Olivero, Ivana Valeria - ***Manual basico de salud, alimentación y nutricion publica***.
1a ed. - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2013.
E-Book.
ISBN 978-987-1852-70-3

1. Nutrición. I. Título - CDD 613.2 - *Fecha de catalogación: 18/03/2013*

OLIVERO, IVANA

MANUAL BASICO DE SALUD, ALIMENTACIÓN Y NUTRICION PUBLICA

2013

INDICE	PAG
PROCESO SALUD ENFERMEDAD	3
SALUD y NUTRICION PUBLICA	7
FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PUBLICA	42
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD y ALIMENTACION	46
POLITICAS INTERNACIONALES DE SALUD Y ALIMENTACION	68
POBREZA	101
PLANIFICACION PARA LA SALUD, NUTRICION Y ALIMENTACION	145
PROMOCION y EDUCACION PARA LA SALUD	175
PERSPECTIVA DE GENERO	187
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y ALIMENTACION	221
SISTEMAS DE VIGILANCIA E INDICADORES	250
BIBLIOGRAFÍA	320
GLOSARIO	336

CAPÍTULO I

PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Objetivos específicos:

Identificar el avance del concepto de salud a través de la historia.

Distinguir los aportes y las deficiencias del concepto actual de salud establecido por la OMS.

ANALISIS DEL CONCEPTO DE SALUD

Es importante que se plante resolver

La idea de que los estados de salud y enfermedad en el hombre se generan como resultado del ataque - o ausencia de ataque - de un agente microbiano al organismo, como proponía el modelo biologisista, ha sido ampliamente superada.

Modelo Epidemiológico (1965) Leavell Y Clark

Compuesto por tres elementos básicos: agente, huésped y ambiente. (Tríada ecológica)

Enfoque multicausal

Relación dinámica

Equilibrio

Aunque incorpora el ambiente antes no existente en el concepto de salud, siguen faltando elementos para su análisis.

Para otros autores como León Rubio & Expósito (1995) la concepción tópica clásica que homologa la salud a "ausencia de enfermedad o invalidez" (p.18) es irreal e inoperante debido a tres elementos, a saber:

a) Obliga trazar una división artificial entre lo normal y lo patológico;

b) El concepto de normalidad no es algo fijo y estable, sino que, muy al contrario, varía con el tiempo; y

c) Al estar definida por lo que no es resulta inútil.

La OMS ha agregado a la versión clásica una definición de la salud por lo que es (estado de completo bienestar físico, mental y social) y ha incluido el factor psicosocial que estimula el trabajo interprofesional. León Rubio & expósito (1995 p. 18).

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Como dice Rose (1992) la idea de una precisa distinción entre salud y enfermedad es un artificio médico, para el cual, si se consulta a la naturaleza, no se obtiene ningún sustento.

Otros estudiosos como Terris (1980) plantean que esta definición se podría mejorar si se eliminara la palabra completo ya que hace referencia a un valor absoluto irreal quitando la posibilidad de entender la salud como una entidad dinámica.

El bienestar es subjetivo: Ej: un toxicómano siente bienestar cuando consume.

Crítica:

No tiene en cuenta las diferentes culturas

Es histórica

Tal concepto de salud es una utopía por ser ambigua y por lo tanto inalcanzable

La definición es estática.

Las tres dimensiones son indivisibles, como el hombre.

Estos autores plantean que se ha operado un pasaje desde la concepción tópica clásica de salud a un concepto utópico, donde ubican la definición de la Organización Mundial de la Salud (UNESCO, 1951);

Al respecto, Dubos (1987) afirma que en realidad la medida real de la salud es la habilidad del individuo para funcionar de manera aceptable para sí mismo y para el grupo al cual pertenece. Este autor incluye en su aproximación al concepto la dimensión individual (para sí) y la social (grupo al que pertenece).

Al considerar el aporte de Dubos queda claro que definir salud supone siempre una dimensión subjetiva. En relación con ello, López (2005) afirma "intentar definir la salud y la enfermedad supone entrar de lleno en el terreno de lo subjetivo" (p. 336). Esto se relaciona con las valoraciones socioculturales, propias de cada momento y lugar, que determinan qué es ser o estar sano y qué es ser o estar enfermo.

En la segunda mitad del Siglo XX, comienzan a surgir las concepciones de salud – enfermedad vinculadas a la idea de proceso. Autores como Morales Calatayud (1999) la definirán como "proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia de las relaciones humanas, económicas y sociales" (p. 26). Esta última concepción permite observar una aproximación al modelo de campo de salud, en su referencia a las relaciones humanas, es decir, a la relación profesional/ paciente y en consecuencia a la calidad de la atención recibida. Asimismo refiere a variables económicas, en este caso vale decir que según sea el nivel adquisitivo del paciente será la calidad de atención que reciba.

Es claro el avance entre la noción de estado – 1º mitad del Siglo XX - a la idea de proceso –

2º Mitad del Siglo XX - para caracterizar la noción de salud y enfermedad.

Retomando a San Martín (1984), se resalta su propuesta de pensar que la salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos

Su contraparte la enfermedad se entendería como un desequilibrio biológico, ecológico y social o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto, esto termina por producir una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo.

Esta propuesta resalta la necesidad de contextualizar las definiciones revalorizando la idea de que existe un continuo entre estos dos polos – salud y enfermedad-, en él se pueden reconocer distintos puntos intermedios en la medida "en que se pueda tener la capacidad de identificar la situación del sujeto en el marco de sus relaciones" (Morales Calatayud, 1999). Teniendo en cuenta la idea de continuo es válido considerar las propuestas teóricas referida a los factores de riesgo y factores protectores de la salud.

El interjuego entre salud y enfermedad es constante, ninguno de los dos estados son estamentos estancos e inmodificables, por el contrario, en cada etapa evolutiva de la vida la persona se enfrenta al proceso salud – enfermedad como un aspecto más de la existencia humana.

En la región europea de la OMS (1996) se propuso pensar que la salud es el grado en que un apersona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y de enfrentarse adecuadamente al ambiente. En relación con esta propuesta, Starfield (2001) afirma que la salud debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo de la vida; se trataría de un concepto positivo que engloba tanto recursos personales como capacidades físicas.

Si se considera a la salud como un recurso del que dispone el hombre, recurso en el que se integran sus potencialidades biológicas, psicológicas y sus posibilidades sociales cabe retomar la propuesta de Pichón Riviere (1999). Para este autor la salud remite a la idea de adaptación activa, adaptación del hombre a las posibles contingencias del entorno. En este proceso constante de adaptación al medio–social, cultural y ecológico - el hombre

pondrá en juego todos sus recursos- físicos, psicológicos y sociales - para sortear con éxito los obstáculos; en algunos casos saldrá beneficiado y en otros debilitado. En consecuencia la enfermedad no se presenta como una desviación poco frecuente (Contini, 2006)

.

CAPÍTULO II

LA SALUD Y NUTRICION PUBLICA

Objetivos:

Identificar las diferentes teorías en relación a la salud pública.

INTRODUCCIÓN

Para realizar el análisis de este concepto se toma como base el documento de FRANCO G del año 2006.

La salud pública se constituye poco a poco en una transdisciplina autónoma, en el sentido de un conjunto de proposiciones articuladas dentro de un cuerpo teórico y sujetas a verificación empírica y confrontación política, más allá de lo que han venido planteando prestantes estudiosos de este saber, (Frenk J. 1994) quienes la han dejado reducida a un campo del conocimiento y a un ámbito para la acción. Es válido reconocer que la salud pública ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas, que buscan la convergencia interdisciplinaria.

El método de la salud pública debe partir de enfoques integradores y estructurales de las ciencias, la filosofía y la política que garanticen a la acción humana la consecución de una verdadera transformación social, en la permanente búsqueda del bienestar, la democracia y el desarrollo humano sustentable. Implica, por lo tanto, una comprensión profunda de las teorías en salud pública, (Franco A. 2000, 2002) innovar la respuesta social de esta área académica y dotar de poder a la praxis sanitaria, colocándolas más allá de la frontera del conocimiento de las disciplinas aisladas y del desarrollo de los sistemas de salud. Adicionalmente, el método de la salud pública debe contribuir a la generación de habilidades políticas para la reconstrucción de la salud pública y propiciar espacios éticos incuestionables para la participación ciudadana.

La investigación constituye el eje fundamental sobre el cual debe girar el desarrollo de la salud pública, pero no puede ser solo eso. Debe superar los estudios descriptivos y basados en la indagación de rutinas o la búsqueda de información empírica para la acción inmediata o para dar cuenta de datos; debe ante todo enfocarse en la generación de

conocimientos e inteligencia en salud pública, requiriendo de hipótesis fuertes y preguntas profundas, con capacidad explicativa e interpretativa de la realidad, única forma de avanzar en la ciencia y en la práctica transformadora.

Este trabajo hace énfasis en estas dos cuestiones fundamentales, propiciando una exploración permanente en el campo de la salud pública y de las disciplinas conexas acerca de métodos, teorías, modelos y enfoques que nos permitan llegar a una visión auténtica de la producción intelectual en salud pública. El propósito es analizar algunas teorías y modelos que, históricamente, hayan surgido como expresiones y construcciones propias de la salud pública, que hayan contribuido a perfilar un núcleo académico disciplinar. Ayudará a esta tarea el recorrido por disímiles enfoques de la sociedad y la salud, en los dos últimos siglos, los cuales —desde la perspectiva metodológica e ideológica— han afectado la práctica sanitaria.

No se desconocen nuevas concepciones en torno a la salud, surgidas tras la irrupción del neoliberalismo, en el seno de organismos supranacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS). Sus enfoques han impulsado reformas sustanciales en los sistemas de salud y en la práctica de la salud pública. Aunque para ellos pueden constituir una “nueva salud pública”, en este trabajo se interpretan como limitaciones impuestas desde afuera al desarrollo de la salud pública y, por lo tanto, no se incluyen como teorías. En el mismo sentido, solo “las funciones esenciales de la salud pública” (formuladas entre 1990 y 2000 por expertos internacionales) muestran una tendencia de renovación, a lo cual se alude en algunos de los capítulos de este ensayo, pero no se caracterizan como una nueva teoría.

APUNTES PARA UN MARCO EPISTÉMICO EN SALUD PÚBLICA

Responder a la pregunta de si existen teorías y modelos en salud pública no es tan fácil como pudiera parecer a los primeros deseos de los salubristas. En primer lugar habría que diferenciar que existen teorías y modelos desde diferentes disciplinas para abordar temas de salud, que no necesariamente significan abordajes teóricos desde la salud pública o que pudiéramos llamar, sin más análisis, teorías o modelos en salud pública. En segundo lugar, es necesario establecer una segunda delimitación con los modelos o teorías sobre sistemas de salud, (OPS.; 2000) que algunos académicos toman indistintamente, sin que representen exactamente todo lo que se le puede pedir a una teoría explicativa de la salud pública. De ahí que convenga puntualizar en algunos aspectos:

Es necesario delimitar las teorías y modelos en salud pública de aquellas que han enfocado la salud como objeto de estudio particular, pero externamente a la racionalidad de un área académica más global como puede ser la salud pública. Es el caso de algunas interpretaciones, aunque afortunadas, de autores que lo hacen desde la filosofía o la medicina (por ejemplo, Gadamer,5 Ilich6 o Canguilheim7), pero sin dar cuenta de un objeto colectivo e integrador de la salud. Las teorías y modelos en salud pública deben mantener simultáneamente unos enfoques conceptuales y metodológicos coherentes con el objeto de la salud poblacional. (Gadamer HG., 1996, Ilich I., 1970; Canguilhem G., 1978)

Es necesario diferenciar teorías y modelos de salud pública de teorías y modelos de sistemas de salud. De manera simplista algunos caen en esta desviación, haciendo clasificaciones o estableciendo algunas taxonomías para poder comparar los sistemas de salud, con fines evaluativos. No podemos negar su importancia, pero considerarlos como si eso fuese la salud pública o los modelos de salud pública no deja de ser un pobre reduccionismo, parecido a otro más frecuente, en el que se incurre al considerar los servicios de salud como si fuesen los sistemas de salud. (OPS.; 2000) (Medici A.; 2000.) La salud pública es mucho más que todos ellos, más holística

También hemos sido muy dados a considerar como modelos en salud pública algunas de las formas de atención sanitaria, con sus connotaciones históricas: el modelo biomédico, el médico social, el epidemiológico, el ecológico, que son más enfoques disciplinares de tipo académico. Otra forma de denominarlos los caracteriza como modelo social, familiar o comunitario, que enfatizan solamente en las formas de intervención de la práctica sanitaria. Así, por ejemplo, el modelo comportamental, propio de una de las escuelas más recientes de la promoción de la salud preconiza intervenciones en la salud basadas en cambios en los estilos de vida, perspectiva esta de corte anglosajón que ha dejado de lado otros enfoques en promoción de la salud de mayor alcance y efectividad, como han sido los modelos canadiense, europeos o, incluso, latinoamericanos. Como puede inferirse del ejemplo, no bastaría un solo enfoque para plantear una teoría o modelo en salud pública.

SOBRE TEORÍAS Y MODELOS

Según algunos autores, se entienden los modelos como representaciones de la realidad mediante aspectos o elementos esenciales. (Kerlinger F.; 1979) (Vanryn M, Heany c. 1992) También, se entiende la teoría como la sistematización de un determinado conocimiento, organizado de tal manera que pueda replicarse en otras circunstancias o sobre objetos similares. Las teorías tratan de representar la realidad pero sin la solidez y el dominio de una época de pensamiento, como suele suceder con los paradigmas. De ahí que sea importante diferenciar concepciones de modelos, teorías y paradigmas. Así, las teorías,

echan mano de diversos objetos, técnicas y pronósticos de la realidad o interpretaciones de la misma; también de concepciones de la práctica acompañadas de sus formas de instrumentación. Esta diversidad conceptual depende de distintas ideologías y de las relaciones que los individuos establecen con la realidad: diferencias que se evidencian en la praxis y en los marcos epistémicos.

Las teorías buscan soluciones a problemas propios de una disciplina y de su objeto de conocimiento; como tal, en salud pública deben enfocar los problemas relacionados con la vida, la salud y la manera de enfermar y de morir de las poblaciones. Una teoría en salud pública debe dar cuenta de la salud de la población, pero no solamente la de los individuos en particular, o de las meras relaciones interpersonales, o de grupos aislados, o de las relaciones del proceso de atención médico-paciente (como pudieron ser las teorías de Ilich en los años sesentas); debe, ante todo, referirse al resultado colectivo de las intervenciones sanitarias. (Ilich) Algunas de ellas son más del ámbito de la medicina, que trata sobre el individuo y la enfermedad; o de la sicología, basada en formas de comunicación o en enfoques cognitivos. Más concretamente, la salud pública debe enfocar lo "público de la salud", que no significa ni un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni la consideración de los problemas más frecuentes en salud, ni un componente gubernamental,‡ sino "un nivel de análisis, a saber el nivel poblacional". (Frenk J..; 1994). De aquí se desprende que las teorías en salud pública no podrán ser meras respuestas con métodos y objetos de una disciplina de apoyo, en particular. Deben propender por la construcción del objeto de conocimiento. No obstante, las teorías en salud pública engloban objetos complejos y utilizan concepciones holísticas de la salud poblacional, subsumiendo otra serie de teorías o modelos particulares, individuales o grupales o de disciplinas aisladas que participan en el campo de la salud pública.

Otros autores de renombre en salud pública como Susser y Breilh al hacer aproximaciones desde la concepción de Kuhn sobre paradigmas, resaltan el papel de la estructura sanitaria de la ciencia, los modelos y ejemplos compartidos en una comunidad científica y las creencias, valores y compromisos de esa comunidad. (Susser M. 2001 Breilh J.;1999. Kuhn TS.; 1970.) ;Es decir que, además de razonamientos teóricos, tienen en cuenta otro tipo de aspectos, como los modelos prácticos. Esos paradigmas y teorías en salud pública están articulados a la práctica política y social en consonancia con los modos de vida de una comunidad dada.

Así, Breilh incluye —en el modelo que propone — la dimensión ontológica (una forma de recorte del objeto salud y su interpretación), la dimensión epistemológica (formas de relación sujeto-objeto y su cosmovisión) y la dimensión praxiológica (una concepción de la

práctica y el posicionamiento frente a la estructura de poder), dimensión novedosa pero cercana al concepto de Foucault sobre el poder y la salud. En consecuencia, para Breilh,18 los temas en salud pública deben referirse a una teoría de la necesidad, los derechos humanos relacionados, las formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes, los preceptos y los mecanismos de la seguridad humana, cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder. (Breilh J, 1999)

También se pueden repensar estas teorías a la luz del concepto foucaultiano de espisteme: "reglas generales" o "presuposiciones epistémicas inconscientes que rigen el discurso general de la cultura" en un momento histórico dado. (Foucault M.; 1978. Breilh J, 1999) Son, por lo tanto, formas de pensamiento relacionadas con el poder, incluyendo sus recortes ontológicos, sus puntos de vista, sus implicaciones prácticas y el posicionamiento en cada época.

En resumen, la salud pública es un área de controversia, tanto desde la perspectiva ideológica como metodológica y desde su concepción epistemológica relacionada con la praxis (ético–política), de ahí que sea necesario hablar más detenidamente de las contradicciones entre los enfoques, las teorías y los modelos condicionados por la perspectiva ideológica.

LA SALUD PÚBLICA COMO CIENCIA

Una discusión, quizá de mayor trascendencia, se ha dado en torno a la salud pública como ciencia,(Franco A. 2000;) Diversos autores se han preguntado si existen o no ciencias de la salud, o si la salud pública es una ciencia. Se ha hecho la separación entre ciencias naturales y ciencias sociales, se ha hablado de ciencias modernas y no ciencias, o seudociencias. Dentro de estas últimas estaría relegada la salud pública, considerada solo como una construcción ideológico-política; o, finalmente, se niega la existencia de las ciencias naturales al mismo tiempo que la de las ciencias sociales, admitiéndose solo la existencia de discursos y metarrelatos y argumentando que el único saber posible es el de la deconstrucción de los discursos.(Derrida J. en: Samaja J.; 2004)

Esta discusión se puede dirimir con Samaja, quien entre las opciones anteriores trae la siguiente proposición que nos permite llegar a alguna claridad inicial:

No es posible una ciencia de la salud en el sentido de “ciencia natural”, pero sí es posible una ciencia social de la salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son [...] hechos del mundo de las cosas reales o naturales, sino hechos del campo de las relaciones sociales: de las valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan. La salud es un valor y no un ser.(Samaja J.; 2004.)

En consecuencia, el objeto de estudio de la salud y, por extensión, el de la salud pública, es en esencia “el de las interacciones sociales y campos de poder”; aunque otros interpretan que se puede soslayar el tema de la ciencia cuando se cae en el terreno del poder y de los actores sociales. En salud, a pesar de los planteamientos anteriores, basados en Samaja, aún es difícil aceptar como un hecho la separación entre lo natural y lo social y entre lo real y lo discursivo.

En síntesis, este marco epistémico planteaque una teoría de la salud estaría constituida por los diversos espacios de valoración y regulaciones de los problemas que se presentan en el curso de la reproducción del ser social en todas sus formas de sociabilidad humana: la bio-comunal, la socio-cultural, la ecológico-política y la economía societal. .(Samaja J.; 2004.)

Lo cual presupone varios enfoques y tendencias, como los que se describen en este artículo. Se quiere decir con esto que según la interpretación que se tenga de la ciencia y el acercamiento que se haga a los procesos políticos de la sociedad, se establecerá uno u otro

modelo teórico para explicar la realidad de la salud pública, aunque se pueden traslapar varias concepciones en este intento de generar modelos y teorías.

ENTRE LA TEORÍA Y LA ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA

Podríamos iniciar identificando conceptualmente la salud pública de acuerdo con pensadores clásicos en esta área de conocimiento, algunos de ellos proclives a la práctica y otros, a la teoría. Sir Donald Acheson, uno de los autores más reconocidos en el ámbito de la salud pública europea, retoma a C. Winslow y define la salud pública como ciencia y arte: "La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad". (Acheson D.. 1988) Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos trae esta definición de salud pública: "El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio actuaciones del alcance colectivo". (OPS.)

Aunque algunos otros enfoques apuntan a la práctica, incluyen en su definición marcos conceptuales más amplios, centrando su objetivo en los individuos, en los servicios de cuidados individuales o colectivos o en el ambiente y la comunidad. Frenck, por ejemplo, dice que "la esencia de la salud pública es que se adopte una perspectiva basada en grupos de personas o en poblaciones, como un campo del conocimiento y como una esfera para la acción".(Frenk J.. 1995).

En general, los tratadistas han apuntado a que la salud pública es práctica y ciencia, pero otros más han agregado que la salud pública es un arte, (Molina G; 1978.) otros que la salud pública es una actividad profesional18, 23 y, más allá, que la salud pública es ética, ciencia y política, es decir, "el resultado social de la relación dialéctica entre tres elementos, ciencia, ética y voluntad política". (Álvarez-Dardet C.; 2001).Esta última concepción ha entrado con fuerza en los últimos años, tanto en Europa como en Latinoamérica, en respuesta a quienes desconocen el derecho a la salud y desplazan los objetivos sociales de la salud pública.

Se destacan, así, dos vías para la interpretación de los hechos en salud pública: la teoría y la acción, basada esta última en la práctica y en el arte.

LA PERSPECTIVA TEÓRICA

Son muchas las corrientes de pensamiento y escuelas que defienden una teoría o proponen modelos teóricos en salud pública: desde las teorías miasmáticas hasta las

demográficas; los modelos mecanicistas y los basados en el bienestar; los modelos tradicionales (biomédico y socio- ecológico); los aportes en las áreas biológicas y sicosociales o comportamentales, entre estos, los enfoques de la promoción de la salud también referidos atrás. (Cabrera G. 2004)

Al respecto, Cabrera, de la Facultad Nacional de Salud Pública, hace un esfuerzo por sistematizar algunos modelos y teorías, enfatizando en aquellos basados en el comportamiento y en la comunicación social, que pueden servir de apoyo a algunos campos de la salud pública, especialmente en promoción y educación en salud, pero no todos son propios de esta área de conocimiento. (Cabrera G. 2004)

Susser, por su parte, menciona las siguientes teorías relacionadas con un determinado paradigma, que han dominado por buen tiempo el pensamiento científico en salud en los últimos dos siglos: la teoría del miasma, la teoría del germen y la teoría multifactorial del riesgo. (Susser M. 2001) Otros analistas encuentran una secuencia histórica en estas teorías, dependiendo del interés público por los métodos de la salud pública para llenar las expectativas sociales de mejorar de la salud; así se describen oleadas de la salud pública alternadas con los métodos de la medicina clínica: movimiento sanitarista (1850), teoría del germen (al final del siglo XIX), la higiene (en la primera parte del siglo XX), la era terapéutica (1950) y la nueva salud pública (en 1980-90); y habría que agregar la genómica (período que comienza). (Álvarez Dardet C., 1994)

Es importante entender que en las teorías o pensamientos actuales en salud pública prevalecen algunas de las concepciones anteriores o mezclas de las mismas, aunque ello no se haga explícito por parte de sus defensores.

LA PERSPECTIVA DE LA ACCIÓN

La acción en salud pública recoge, por un lado, la práctica profesional y, por otro, los movimientos sociales encaminados a solucionar los problemas de salud de las gentes y a remover o incidir en los determinantes sociales de la salud. Se ha aceptado mucho por parte de la mayoría de los autores concebir la salud pública como “la respuesta organizada de la comunidad para promover, proteger y restablecer la salud de la población”. O como la entiende la OMS: “Los esfuerzos organizados de la sociedad para desarrollar políticas de salud pública, promover la salud, prevenir enfermedades y trabajar por la existencia de la seguridad social en el marco del desarrollo sostenible”, o “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar su salud cuando esta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y

reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, cultural y laboral", propia de otro tratadista europeo.(Piedrola G, Gálvez R, et al.; 2001)

Recientes concepciones sobre las funciones esenciales de la salud pública35 también están enfocadas en la práctica y la acción sanitaria, más que a cualquier otro interés epistemológico o cognoscitivo. (OPS.; 2000) En algunos momentos se hace énfasis en una u otra estrategia, dependiendo de la forma de intervención o acción que se defienda: promover la salud, prevenir la enfermedad y curar la enfermedad, así como la abogacía (advocayy), la defensa de la salud pública, la comunicación, la mediación, las acciones políticas, la vigilancia, la investigación, la educación en salud y la capacitación, entre otras.

ENTRE IDEOLOGÍA Y CIENCIA

¿La salud pública es más ideología que ciencia, o más ciencia que ideología? No es el objeto de este ensayo resolver tan apasionante dilema, pero no hay duda de que en salud pública resulta tan importante pensar en la ciencia como en las corrientes ideológicas que la atraviesan.

Desde este ángulo, habría que mencionar otros enfoques e hipótesis en salud pública: el funcionalista y positivista, el constructivista y microcultural, el marxista y estructuralista, el interaccionista, etc. Y, más recientemente, los derivados de sinergias disciplinarias como elembodyment (Krieger N. 2001) y la teoría ecosocial y otras corrientes transdisciplinarias. Aflorarán así, en contraposición al funcionalismo, los enfoques basados en el interaccionismo y las concepciones culturales, aquellos que se apoyan en la participación y en la acción de las propias comunidades investigadas o intervenidas. En el mismo sentido, en América Latina, siguiendo la corriente de Fráncfort, fue muy intensa al final del siglo pasado la discusión entre métodos empírico-analíticos, métodos hermenéuticos y la investigación acción participativa. Lo mismo ocurrió con la discusión entre métodos cualitativos y cuantitativos. Después de todo, habría que agregar las concepciones integrales y holísticas, a las cuales hemos hecho referencia en algunos párrafos anteriores.

Pero no basta solo con explorar corrientes definidas o teorías completamente consolidadas y estructuradas. También hacen parte del bagaje histórico de la salud pública hipótesis de trabajo relevantes en esta área del conocimiento como las desarrolladas por los siguientes autores:

Mckeown, en la misma perspectiva de Ilich (para quien las actividades de la profesión médica constituían un componente importante dentro de los problemas de salud), al

estudiar la práctica médica concluye que los cuidados médicos poco aportan a la salud, y que más bien pueden producir daños. (Ilich I) Mckeown deduce de sus estudios para Inglaterra y Gales que en orden de importancia para mejorar la salud y disminuir la mortalidad influyen los siguientes factores: “La limitación del tamaño familiar [...], el aumento del aporte de los alimentos [...], factores ambientales [...]”; y en último lugar deja las medidas preventivo-terapéuticas. (Mckeown T.; 1988.) Sus ideas, más que un hito, son consideradas las bases teóricas de la nueva salud públicade Asthon. (Asthon J, Seymour H.; 1988)

Sigerist y otros autores le aportaron a una nueva concepción de la medicina y de la salud pública. (Sigerist H.; 1941.)

Los informes sobre condiciones de vida de los trabajadores en Inglaterra y en Alemania (Prusia) en la mitad del siglo XIX, de E. Chadwick (Chadwick E.;1965) y R. Virchow, respectivamente. El primero dio origen a la primera ley de salud pública británica en 1848 y el segundo, a la medicina social europea.

El informe Black, también sobre desigualdades en la salud de Inglaterra y Gales, desigualdades entre clases sociales (fundamentalmente estas), género y grupos raciales. (Thosand P, Davison N.; 1988.)

El informe Lalonde, de Canadá, en una novedosa perspectiva para la salud de los canadienses propone realmente una nueva visión sobre la prevención médica. Constituye un informe de salud pública orientado a las políticas públicas y se convierte en un hito para una nueva salud pública. (Lalonde M.; 1974)

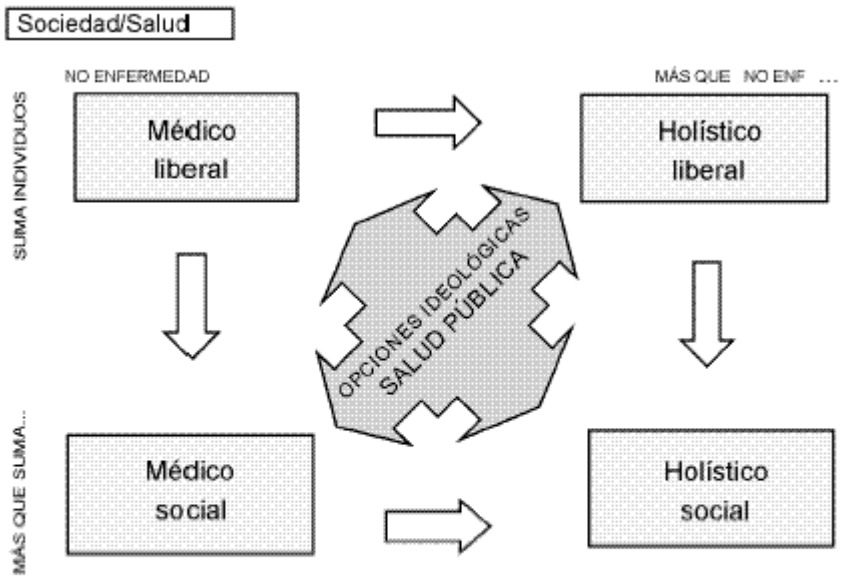
También la Estrategia de Salud para Todos del año 2000 (OMS), refrendada en 1981 por la 34.ª Asamblea Mundial de la Salud, marca un paso importante en la salud pública global. (World Health Organization. 1991)

LA RELACIÓN MEDICINA Y POLÍTICA

Siguiendo con el dilema ideología-ciencia, encontramos las relaciones de la salud pública con la medicina y la política. La salud pública ha dependido históricamente de la medicina, por lo menos en los dos últimos siglos, e incluso actualmente con la importación de nociones y prácticas “basadas en la evidencia” (salud pública basada en la evidencia, por extensión de la medicina basada en la evidencia). No puede olvidarse en este debate la afirmación de Molina: “La salud pública es hija de la medicina y del movimiento social del siglo pasado”, (Molina G. 1978) y antes, Rudolph Virchow en La Reforma Médica de

1848, en Prusia, expresaba la visión de la relación política y salud al sentenciar que “la medicina es una ciencia política, y la política no es más que medicina a escala social”.

Contrariamente a la perspectiva de quienes ven en la salud la búsqueda de la verdad en el terreno empírico, está la de quienes ubican la salud pública en el campo de los valores y los principios, es decir, que la salud pública se ubica en el otro polo, en el de las disciplinas políticas. Históricamente, la salud pública ha pasado por estadios médicos-políticos, denominados según Álvarez- Dardet como opciones ideológicas (véase figura).(Álvarez-Dardet C.)



Estadios médico-políticos de la salud pública

Fuente: Adaptado de Álvarez-Dardet C. Proyecto docente-investigador. Alicante: Universidad de Alicante; 2001

Estas opciones están basadas en una doble polisemia, según Nijhuis y Van der Maesen: polisemia salud/sociedad. (Nijhuis HG, Van der Maesen LJ. 1994) Para quienes derivan la salud de la medicina, esta se encarga de la “enfermedad” y la salud pública, de la “no enfermedad”; pero habría otra lógica política, más propia de la salud pública, que la concibe como “más allá de la no enfermedad”.

Analicemos el otro concepto polisémico, lo social: desde la perspectiva liberal, el mundo está basado en el individuo, así, la medicina atiende “individuos” y la salud pública, la “suma de individuos”. Por otro lado está la concepción estructural de la sociedad que lleva a entender el objeto de la salud pública constituido por algo “más que la suma de los individuos”.

Si cruzamos estos dos ejes de la polisemia, se obtienen los modelos descritos en la figura, donde cada modelo está representado por diferentes escuelas o corrientes de desarrollo de la salud pública, históricamente y con énfasis en el siglo XX. A continuación se ubican diferentes escuelas y enfoques de la salud pública en esas opciones ideológicas:

Médico liberal. Basado en la “no enfermedad” y centrado en lo individual. Ha sido la concepción de la epidemiología clínica, la medicina preventiva y la educación sanitaria.

Holístico liberal. “Más que no enfermedad”, individual. Ha sido la concepción del risk factorial, la educación para la salud y la promoción de la salud (Estados Unidos).

Médico social. “No enfermedad”, colectivo. Ha sido la concepción de la medicina comunitaria, la epidemiología crítica y la epidemiología social

Holístico social. “Más que «no enfermedad»”, colectivo. Ha sido la concepción de la educación popular (empoderamiento), la promoción de la salud (Europa, Canadá), la nueva salud pública, la ecoepidemiología, la teoría ecosocial, la teoría salutogénica y la medicina social.

Aunque la práctica de la salud pública se mueve de un modelo a otro, pueden darse varias opciones prácticas y superponerse varias concepciones ideológicas.

ALGUNAS DE LAS TENDENCIAS EN LA PERSPECTIVA ACTUAL

DEL MODELO MÉDICO BIOLÓGICO AL PREVENTIVISTA Y AL AMBIENTALISTA

Podemos remontarnos en la búsqueda de teorías y modelos en salud pública hasta encontrarnos con el modelo médico clásico, que encarna como ninguno el modelo biologista. Este enfatiza en las dimensiones biológicas frente a las socioculturales, excluyendo a estas últimas de su papel en la generación de la enfermedad y por ende de las respuestas que pueda dar la sociedad en este campo.

Este modelo entra en crisis al final del siglo xix, pero se fortalece con el modelo hospitalario que mantiene su hegemonía durante el siglo XX. Se basa en la atención de la enfermedad particular de los individuos y pasa de lado por el proyecto colectivo del higienismo del siglo XIX, que pudo interpretarse como el modelo alterno.

A ese modo de articularse el hospital, la atención privada (primaria) a los enfermos y el papel de los médicos como expertos en política de salud se le ha denominado modelo médico clásico.(Comelles J. 1993) Su hegemonía y orígenes datan del siglo XVIII, y está

atado en un momento al principio de beneficencia y luego al de bienestar, siendo homologado por esta vía por el Estado. Asimismo, la intervención asistencial del Estado pretendía la legitimación de la clase política.

Por su parte, la idea sanitarista, miasmática y ambientalista se mantuvo durante la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en las políticas públicas. Nuevas teorías ecologistas y ambientalistas reaparecen al final Estadios médico-políticos de la salud pública del siglo XX,(Mc Michel AJ) dando un salto cualitativo con respecto al higienismo del siglo XIX. Han sido importantes al final del siglo las reuniones de Oslo (1968), Río de Janeiro (1992), Sundsval, Suecia (1991) o los programas de Río de Janeiro y el Protocolo de Kioto, (OPS/OMS.; 1998) que han hecho énfasis en el tema ambiental.

Posteriormente al siglo XIX, la teoría del germen se impone en las prácticas curativas, pero esencialmente en las preventivas (inmunizaciones específicas, por ejemplo). Esta atraviesa gran parte del siglo XX y hace crisis después de su segunda mitad. Sin embargo, la introducción de la terapéutica a mediados del siglo XX conduce a reforzar el modelo médico biologista, al igual de lo que hizo el hospital en siglos pasados.

Este ciclo oscilatorio de teorías y modelos se ve de nuevo fortalecido por nuevas estrategias y prácticas sociales como las preconizadas por Alma Ata (URSS, 1978), con la atención primaria en salud, y Ottawa (Canadá, 1984), fundamentada en las políticas públicas, en los estilos de vida y en la participación ciudadana.

Al final del siglo XX, una nueva fase de este ciclo se ve llegar con la genómica y el desarrollo de la teoría biomolecular, que refuerzan el modelo biologista; no obstante, llama la atención sobre las nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas que afloran en el terreno de la salud, responsables ellas de cambios teóricos, en la causalidad de la enfermedad y de soluciones prácticas.

Estos modelos tratan de coincidir con las tendencias históricas del pensamiento en salud pública. Frenk, en tal sentido, los ubica así: el modelo higienista y preventivo en el siglo XIX, basado en el enfoque familiar de vida sana y “moral del cuerpo”,‡‡‡ es desplazado por el modelo “biomédico” durante la era microbiológica y terapéutica; de nuevo el modelo higienista-preventivista resurge en el siglo XX, basado en los programas tendientes a cambiar los estilos de vida y en la promoción de la salud (que lleva a la nueva salud pública); el modelo socio-médico, que explica los fenómenos de la salud en la sociedad en distintas épocas no es exactamente asimilable a la medicina social; y finalmente, incluye el modelo ecologista. (Frenk J.)

De la nueva salud pública

Mientras tomaba fuerza la teoría del germen (modelo biologista), la idea sanitaria con su planteamiento ambientalista seguía influyendo en las políticas públicas en Europa en el siglo XIX, como se vio en el capítulo anterior. Pero también llegó la era terapéutica (introducción de la insulina y las sulfamidas) en los años treintas del siglo XX, que dominó hasta los años setentas las políticas públicas en Europa hasta que vino la crisis por la escalada de los costos.

Con la aparición de la atención primaria en salud (APS) y el desarrollo comunitario, concomitantemente con las teorías de Mckeown (1976), se da, según Ashton, un hito importante para el surgimiento de la nueva salud pública, la cual define como: "Un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud". (Ashton J.; 1993)

Además de lo descrito atrás por Asthon o Lalonde, adalides de este nuevo enfoque, recientemente otros autores también defienden la nueva salud pública, (Millio N. 1993)asociándola con las estrategias planteadas en la carta de Ottawa(Organización Mundial de la Salud.; 1986.) y relacionándola con el concepto de ciudades sanas de la OMS, de 1986 (proyecto europeo para el desarrollo de la promoción de la salud). No obstante, plantea que "por supuesto la nueva salud pública no es 'nueva' ya que todas o cada una de sus facetas han hecho parte de otras prácticas", (Millio N). como los movimientos de servicios de salud personales, actividades de voluntariado, mejoras ambientales y políticas de apoyo en las ciudades. Pero de todas formas es importante destacar estas prácticas como expresiones de otro modelo o teoría en salud pública, o de una perspectiva alterna al modelo médico biologista o al modelo preventivista epidemiológico, dado que pondera los componentes de la salud pública al buscar la mejora de la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

El nuevo enfoque europeo y canadiense de promoción de la salud, basado en ciudades y espacios sanos, ha enfatizado en las políticas públicas y trasciende las actividades comunitarias y de proyectos intersectoriales aislados, (Millio N.) más allá del enfoque estatal o gubernamental. Quienes han defendido la estrategia de ciudades sanas (Ashton J.. 1993) suministran la visión política necesaria y el imaginario para la nueva salud pública, con herramientas como la defensa de la salud, la capacitación y la mediación.

Para algunos autores europeos que también propugnan por una nueva salud pública, es prioritario para el enfoque de esta corriente definir algunos límites a las relaciones

que la salud pública establece con el Estado. Se aduce para ello que la relación clásica de la salud pública con el Estado, o la que detenta con la población a través del Estado, tiene un carácter paternalista y vertical.(Álvarez-Dardet C. 1994)

Como alternativa se plantea una relación de la salud pública con el Estado, mediada por la población o, mejor aún, relacionarse con la población sin la intermediación del Estado. Es una crítica fundamentalmente a la salud pública como acción gubernamental y al carácter partidista que puede tomar la práctica sanitaria. Hace un llamado a no confundir la autoridad sanitaria (ejercicio del gobierno) con la práctica profesional de la salud pública, recomendando mayor independencia con respecto al poder político.

Existe una especial escisión del Estado y del poder político con la salud pública, que no atiende los requerimientos técnicos de los salubristas; estos, a pesar de sus herramientas de vigilancia e intervención en salud pública, se sienten impotentes frente a la ineficacia del Estado para mejorar la salud de la población, situación que ha llevado a algunos a retomar la idea de cambiar de enfoque y establecer unas relaciones en la sociedad más efectivas para la salud pública, basadas en nuevos actores, posiblemente, en un ambiente más democrático, para la nueva salud pública.

En síntesis, la nueva salud pública es un enfoque dentro de esta disciplina que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil, así como el desarrollo y la participación comunitaria, yendo más allá del enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas; significa además el renacer de las actividades de promoción de la salud y se interesa por la pobreza y los más vulnerables y por la reorientación de los servicios, pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud, fortaleciéndose, finalmente, con la acción política.

De la medicina social

Al tratar de diferenciar teorías y corrientes de pensamiento, aparece la medicina social, principalmente la perspectiva latinoamericana, que irrumpió con mucha fuerza en el último tercio del siglo XX. Esta se desarrolló por la conjunción de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud con movimientos de trabajadores y estudiantes y organizaciones populares, inconformes con el modelo económico y político implementado en América Latina en los años sesentas y setentas, por un lado, y por otro,

influidos por movimientos revolucionarios en algunos países y corrientes del materialismo histórico. (Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. 2002)

Es necesario aclarar cierta confusión de algunos académicos sobre lo social: no toda teoría que desarrolle o incluya contenidos sociales se puede catalogar como medicina social, dado que esos contenidos pueden ser abordados desde diferentes corrientes de pensamiento o escuelas sociológicas. De ahí que Nancy Krieger, se pregunte sobre la epidemiología si "¿no es, después de todo, epidemiología social?"†††† La respuesta es: ¡no! De acuerdo con esta precisión, será epidemiología social solo si hace énfasis en la investigación de los determinantes sociales sobre la distribución de la salud, el bienestar y la enfermedad; más, aún, si tiene como eje de análisis la clase social y los patrones de reproducción social. Igual podríamos decir de la medicina social y de la salud colectiva, en relación con la clásica salud pública. (Krieger N. A 2001)

Breilh, uno de los prohombres de esta escuela, lo dice taxativamente: "Una revisión de los paradigmas científi- ficos no puede cumplirse al margen de los condicionamientos más amplios de la sociedad [...] caracterizada por una inmovilidad relativa de la necesidad humana". (Breilh J.)

De ahí que este intento por definir paradigmas, teorías y modelos en salud pública debe entenderse como un desafío no solamente conceptual sino también político. Se trata, por lo tanto, de preguntarse por las bases conceptuales y de praxis política que sustentan la salud pública. La respuesta estaría mejor dada por unas teorías que por otras. Para quienes estudien este tema o se dediquen a desarrollarlo académicamente será este un reto de mucha monta.

Dentro de esta corriente ha sido importante la discusión sobre los modelos, a partir de la taxonomía de la Escuela de Fráncfort sobre los enfoques empírico-analítico, el hermenéutico y la investigación acción participativa, referidos atrás. Al aplicarlos en salud, proponen otros modelos: (Breilh J. 1999)

el modelo objetivista empírico y funcionalista,muy propio de la epidemiología clásica; el modelo subjetivo culturalista de acción localizada, opuesto al positivismo y al inductivismo del anterior, prioriza la teoría y se basa en la "interpretación culturalista y micro social" de tipo antropológico, de corte cualitativo, criticado por caer en el relativismo cultural; finalmente, el modelo praxiológico participativo, que "coloca la relación dinámica objeto-sujeto como eje del conocimiento e inserta la praxis como sustento y condición de dicha relación" y no como elemento externo (crítica que se les hacen a los otros dos modelos).

Ya antes, Juan César García, uno de los pioneros latinoamericanos de medicina social, había hecho algunas aproximaciones filosóficas históricas a estos modelos,al hablar de las corrientes de pensamiento en medicina y sociedad, haciéndolos derivar de las corrientes neopositivista, neokantista y materialista (marxista), respectivamente. Estas tres corrientes "se encuentran en la actualidad en una aguda lucha con respecto a la explicación de los fenómenos en el campo de la salud".(García JC. 1983)

En el terreno político, el primero representa el pensamiento hegemónico universal de estos últimos siglos, que ha incentivado corrientes liberales de pensamiento en salud pública. El segundo ha influenciado las corrientes posmodernas de la salud pública y de la modernización neoliberal. El tercero se presenta como una nueva alternativa a las otras dos propuestas anteriores y considera más relevante partir de los procesos generativos de los fenómenos naturales y sociales que determinan o producen la salud. Este último método vuelve a ser de nuestro interés —no solo político sino también académico— cuando se trata de trazar un eje a la investigación y a la formación en salud pública.

Las teorías y modelos en salud pública se han sucedido históricamente pero de una manera no lineal; a veces en contradicción y, en otras ocasiones, complementándose en la práctica, pero generando siempre un cuerpo de conocimientos en salud pública que no puede desconocerse por quienes tienen el interés de ir definiendo un ámbito propio, no solo como campo de práctica sanitaria sino, fundamentalmente, como área académica.

La discusión sobre teorías lleva a diferenciar escuelas y corrientes de pensamiento cercanas a la salud pública y a la epidemiología, e implica que se deben destacar teorías, marcos conceptuales, métodos y aún hipótesis que en alguna forma hayan contribuido al desarrollo de la salud pública.

Las concepciones ideológicas y políticas muestran otra dimensión para el análisis y son responsables de las grandes contradicciones y disímiles enfoques epistémicos de la salud-enfermedad, a veces antagónicos, pero con un potencial de trasformación y cambio también importante. Su discusión, sin duda, nos ayudará a concretar aún más el problema de las teorías y modelos en salud pública, propiciando la defensa de aquellas tendencias que propenden por aproximaciones más estructurales, integrales y basadas en concepciones políticas e ideológicas explícitas, que relacionan la teoría con la praxis, que parten de enfoques a escala mayor y estructural de las ciencias, la filosofía y la política y que garanticen a la acción humana la verdadera transformación social.

Se destacan entre ellas, las tendencias discutidas en la medicina social, algunas corrientes en la nueva salud pública y algunas otras en la opción holístico-social (estadios médico–políticos).

Los paradigmas son modelos de explicación integral de los procesos de salud y enfermedad. Establecen lo que es normal o legítimo como conocimiento e intervención, mientras sean coherentes con el paradigma vigente. Los paradigmas expresan y se explican en determinado contexto histórico, de los cuales son importantes los procesos: económico, político y cultural.

Algunos suelen considerar a los paradigmas de salud como un asunto "histórico", perteneciente al pasado o a algo sólo "teórico", pero no perciben que actualmente estamos inmersos en un paradigma, es más, hemos sido formados en él y asumimos que es obvio, natural y verdadero.

A través de la historia se han ido constituyendo diversos paradigmas, con diferentes concepciones de la salud, agentes y medios de intervención.

Los principales paradigmas a través del tiempo han sido: el mágico religioso, el miasmático, la medicina social, la atención primaria de la salud, la medicina comunitaria, el moderno o científico y el de campos de la salud.

En sociedades con diferentes niveles de desarrollo y diversos grupos culturales, estarían vigentes algunos paradigmas de diferentes épocas históricas, pero actualmente el dominante en el mundo es el llamado: la Medicina Científica o Moderna.

Al revisar los hechos de la Medicina retrospectivamente, por ejemplo: las concepciones y prácticas sobre la epilepsia, la esquizofrenia, la peste bubónica, la gestación, la vida y la muerte, no podemos dejar de sorprendernos con cierta conmiseración por los conocimientos que se tenían en tiempos antiguos y sus formas de tratar a los enfermos, mucho de lo cual nos suele parecer obviamente equivocado, absurdo o incipiente.

La historia de la Medicina "oficial" actual pone énfasis y se estructura con base a rasgos o elementos identificados a través del tiempo que pueden ser coherentes con la Medicina Científica Moderna, a los cuales llama precursores y aportes, así como describe un desarrollo de la ciencia a partir de personajes, siendo los más destacado: Hipócrates, Galeno, Avicena, Paracelso, Vesalio, Harvey, Pasteur, Koch, Lister, Bernard, Pavlov, entre muchos otros, y así se llega a: Fleming, Watson y Crick, Christiaan Barnard y Richard J.

Roberts[2]todos unidos por el mismo paradigma. Esta es una historia contada como una evolución larga y progresiva, de sumas y saltos, pero dentro de un solo camino: la racionalidad y objetividad de la ciencia.

Ahora nos parece obvio y hasta fácil saber que por las venas y arterias circula sangre y no aire, que la peste se explica por el contagio de una bacteria y no por olores extraños del ambiente, que un esquizofrénico se puede aliviar con un tratamiento de clorhidrato de trifluoperazina y no es necesario las duchas heladas o invocar a los dioses para que lo liberen de sus demonios.

Afirmamos que las formas de comprender y actuar en salud, como en todos los campos sociales y del conocimiento, tienen historia, se mueven o cambian, movilizadas por procesos profundos en contextos más amplios y en el mismo campo. Estos procesos pueden son: el económico, el cultural y el político, de allí la necesidad de considerarlos para comprender el origen, vigencia y declive de un paradigma.

Un paradigma es un modelo, una teoría, un enfoque o una concepción que proporciona una explicación integral a los procesos de salud y enfermedad, en este caso. Los paradigmas establecen lo que es normal o legítimo como conocimiento e intervención, mientras sean coherentes con el paradigma vigente

Luego, es característico de los paradigmas: su condición de vigencia dominante o hegemónica, de aceptación casi absoluta en la comunidad o sociedad respectiva, así como en sus portadores y practicantes; pues con este paradigma son educadas las nuevas generaciones y la misma sociedad está organizada con sus principios, de allí también el carácter de oficial y coercitivo de su presencia. Discrepar o incluso pensar y hacer algo diferente al paradigma dominante se constituye en riesgosa herejía o potencialmente en crisis, revolución y cambio del paradigma.

Los paradigmas expresan y se explican en determinado contexto histórico, destacan a ciertos actores sociales y a ciertos procedimientos como legítimos y válidos. Son portados no sólo por sus instrumentadores formales sino por sectores sociales, a manera de un elemento cultural. Un nuevo paradigma puede incluir elementos de otros y no ser totalmente diferente.

PARADIGMAS Y TEORIAS EN SALUD

MÁGICO RELIGIOSO

Surgido en épocas antiguas de todas las sociedades, donde el ser humano vivía en grupos pequeños y errantes, gobernados de manera comunitaria y líderes carismáticos. Su economía era de subsistencia y autoconsumo basada en la recolección, la caza y la pesca, con desarrollo rudimentario de herramientas y técnicas. La vida dependía profundamente del curso de la naturaleza, los hombres se percibían como débiles o inferiores ante los fenómenos naturales pues no lograban explicarlos eficazmente.

Posteriormente se descubre la agricultura y esta lleva a la constitución de las ciudades, al aumento de la productividad y de la población así como a la aparición de los primeros Estados.

Las explicaciones de la salud y enfermedad eran sobrenaturales, míticas y religiosas; entre ellas destaca: el castigo o gracia de los dioses, la posesión del cuerpo por espíritus malignos o de los muertos, una prueba a la templanza humana o por algún designio superior desconocido. En Grecia, los dioses de la salud eran Apolo, Higia y Esculapio, en Egipto era Imhotep y en la India Dhanu-Antari era la encarnación médica de Dios. La salud, el bienestar y el pensamiento se percibían como un estado de equilibrio entre: el hombre y lo divino, el hombre y la naturaleza, el calor y el frio, el cosmos y la tierra, la alimentación y el cuerpo, la moral y la conducta, los humores y las energías, entre otros elementos.

Debemos reconocer que, adicional y supeditadas a esta práctica mágica y religiosa predominante de la salud, existían algunas dolencias o situaciones de salud explicadas por mecanismos naturales y empíricos o de evidente causa como la traumática directa, por ejemplo; frente a las cuales se usaban procedimientos empíricos para tratarlas, entre ellas: infusiones de hierbas para lavar heridas o calmar el dolor, colocación de emplastos, trepanación de cráneos para retirar los fragmentos de hueso, reposición de dislocaciones y fracturas con tablillas.

Otras explicaciones naturalistas incipientes fueron las concepciones hipocráticas (en "De los aires, las aguas y los lugares") sobre los humores y la influencia del clima en la vida y la salud. Precisamente esta fue la forma antigua en que se originó el paradigma de la Medicina Científica Moderna.

Regresando al paradigma mágico religioso diremos que es característico de todos los sistemas de salud de la antigüedad y se llaman "Medicinas Tradicionales" a sus expresiones actuales, entre ellos son muy reconocidos los siguientes sistemas: la Medicina china, el Ayurveda de la India, la Medicina Pránica, la Medicina Andina de América latina, entre muchos otros.

Los agentes de sanación eran los sacerdotes como intermediarios entre los dioses y los seres humanos, o eran los curanderos, los chamanes, las parteras, los hierberos, los adivinadores, los brujos y otros especialistas elegidos por los dioses y con capacidad para reconocer la causa de la enfermedad y/o tratarlas, luego, el ser sanador era un don divino y su práctica era un servicio.

En otras culturas los sanadores eran elegidos por alguna cualidad y formados en escuelas donde aprendían de los maestros, también había un mecanismo de herencia de padres a hijos o a allegados que convivían con los maestros. Los sanadores tenían jerarquía y especialidades que iban desde los más mágico/religiosos hasta los más empíricos o naturistas. Con la experiencia y las virtudes podían mejorar su desempeño, así como su ejercicio era respetado y protegido por la sociedad y los gobernantes.

Los procedimientos de diagnóstico eran variados: examen físico directo, interrogatorio al enfermo y a los familiares, lectura de hojas, del canto de los pájaros, del clima, de los sueños, de las entrañas de animales, del humo, etc. Su uso dependía de la experiencia del sanador.

Los medios de curación dependían del diagnóstico realizado. Podían ser mediante el uso de recursosmateriales que incluían una dieta especial, el uso de hierbas por su carácter de cálidas o frías o por sus efectos biológicos, además usaban diversos minerales y órganos de animales.

Los procedimientos mágicos consistían, por ejemplo, en sesiones donde un brujo convoca a los espíritus malignos para exigirles abandonen el cuerpo de paciente, llamar a los espíritus de los muertos en un cementerio o del paciente, en el casos del "susto" o pérdida del ánima.

Los procedimientos religiosos incluían rituales de reconciliación o satisfacción de los dioses, a veces mediante sacrificios de animales o humanos, todo lo cual debía ser orientado por los sacerdotes. Los templos o lugares sagrados eran centros de curación de los enfermos. Se trataba con conjuros, danzas, ritos mágicos, talismanes o buscaban hacer inhabitable el cuerpo al demonio con apaleamientos, ayuno, vómitos y otros procedimientos.

Si no curaba cierta dolencia, se podía recurrir a otro sacerdote o sanador con más experiencia o poderes, lo cual podía implicar mayores esfuerzos o un curso tortuoso para el paciente. Otra opción también era invocar a otros dioses y hacer mayores sacrificios para obtener su gracia. Si aun así, no curaba un enfermo se interpretaba como un misterio o el designio divino indescifrable.

Dentro de este paradigma, las sociedades y gobernantes hacían grandes esfuerzos individuales y colectivos para guardar el respeto y equilibrio con las fuerzas divinas o en general superiores, como las naturales. Había fechas establecidas para ciertos rituales importantes que a veces incluían sacrificios de animales e incluso humanos.

Actualmente muchos sectores de la población popular de cultura tradicional e incluso entre los mismos profesionales de la salud con formación científica en países como el Perú, recurren a la religión (cristiana generalmente) con: oraciones, misas, actos de sacrificio, penitencias, peregrinaciones, procesiones, bendiciones, etc. para curar sus males o tener éxito en los tratamientos médicos. Asumen la curación como la voluntad de su dios y al profesional de la salud como un intermediario de dicha voluntad.

Se puede observar por doquier en las instituciones de salud, capillas o altares e imágenes donde las personas realizan oraciones para la salud de sus familiares. Hemos encontrado en los consultorios de hospitales, afiches donde se observa a jesucristo entre los cirujanos guiando la mano del profesional; esto además refuerza la imagen del médico como próximo a lo divino. Tenemos referencias directas que esto mismo se puede encontrar en los hospitales de España, donde un esposo de religión islámica realizaba rituales con agua para pedir por la salud de su esposa en el trabajo de parto.

También se puede observar actualmente diversos rituales tradicionales no religiosos para proteger la salud, el bienestar, curar enfermedades o simplemente para mantener el equilibrio con la naturaleza y los seres superiores, por ejemplo: el pago a la tierra, el llamado del alma, el Kayka, el ojeado, etc., en poblaciones andinas.[6]

Las políticas de salud y la intervención de los profesionales de formación científica y oficial, en poblaciones de cultura tradicional, suelen encontrar resistencias para asumir sus diagnósticos e indicaciones, lo cual algunos lo interpretan como ignorancia y terquedad

Además podemos afirmar que una expresión actual de las primeras concepciones naturalistas de Hipócrates es la Medicina Homeopática.

PARADIGMA BIOLOGICISTA O TRADICIONAL O TECNOCRATICO

TEORIA MIASMÁTICA

En la edad media o feudal, la economía estaba sustentada principalmente en la agricultura, desarrollada en grandes propiedades, con tecnología básica para la irrigación, la

rotación de suelos y el cultivo con algunas herramientas de hierro, dirigida a la sustentación directa y menos a la comercialización. El poder político era clasista y estaba en manos de una escala piramidal de familias feudales y sus vasallos, quienes pagaban tributos o trabajaban para un señor.

Continuaba predominando el pensamiento mágico y mítico pero se hace profundamente más religioso, dada la extensión y poder del cristianismo católico y sus prácticas extremas de control del espíritu y de los Estados. Se pensaba que el ser humano poseía un cuerpo mortal y un alma eterna que provenía de dios. El cuerpo era sólo el receptáculo del alma y fuente de tentaciones y vicios, por lo tanto no tenía mucho sentido preocuparse por el gozo del mismo o la prolongación de la vida terrena, cuando lo importante era la salvación del alma.

Estaba prohibida la exploración del cuerpo y por ello no se llegaba a superar las descripciones anatómicas de la antigüedad como las de Galeno (siglo II). Las epidemias de peste que arrasaban a gran parte de la población, eran interpretadas como castigos de dios por los pecados de la humanidad, y recurrían a oraciones, el uso de reliquias sagradas, las peregrinaciones a lugares santos, incluso surgieron movimientos de cristianos extremistas como los flageladores que se practicaban así mismos el sufrimiento o lo imponían a los pobladores, a veces hasta provocar la muerte, para expiar el pecado y obtener la compasión de dios.

La Medicina de esta época combinaba lo religioso con el empirismo naturalista. Desde Hipócrates y Galeno se heredaron diversos procedimientos que se hicieron más abundantes y eficaces, pero con escaso conocimiento de los componentes anatómico y la fisiología, debido a las prohibiciones religiosas. Las ideas hipocráticas sobre la influencia del ambiente evolucionaron y dieron origen al concepto de miasma.

Los miasmas eran definidos como efluvios que se desprendían de los pantanos, de la materia en descomposición o del agua estancada, entre otras fuentes. Creían que eran responsables de la corrupción del aire y que éste viajaba por el espacio produciendo las pestes.

Otros atribuían el origen de los mortales miasmas a fenómenos naturales como los terremotos, los rayos, los meteoritos y las erupciones volcánicas, que liberaban vapores insalubres desde las profundidades de la tierra. Asumían que emanaciones malolientes se desprendían del cuerpo de los enfermos e ingresaban por vía aérea al cuerpo de las

personas próximos a ellos, pero no era la concepción infecciosa de la enfermedad, que implica un microorganismo, que se tendría tiempo después. La concepción miasmática básica asocia el ambiente físico a la salud.

Las pestilencias eran comunes en la vida medieval, las viviendas insalubres no tenían un sistema de eliminación de sus desechos ni alcantarillado y la higienepersonal no era una práctica extendida. Los mataderos de los carniceros, los pantanos, las viviendas de los pobres, los almacenes y otros lugares, eran muy impopulares en tiempos de epidemias. Los cuerpos en descomposición de los muertos, así como sus pertenencias y vestimentas eran temidos en especial, por lo que se los incineraba a veces de manera violenta o se los enterraba de manera compulsiva.

Al igual que las normas para mejorar la higiene y el saneamiento, se ordenaron restricciones del movimiento de la gente y de las mercancías, el aislamiento de los apestados, su expulsión de las ciudades o su retirada a hospitales periféricos ("casas de apestados"), enterramientos improvisados ("foso de pestosos") de las víctimas en cementerios extramuros y la quema de sus vestimentas. Se prendían fogatas en las calles cercanas a los muertos o enfermos para de alguna manera bloquear a los miasmas.

Como se conceptuaba que el aire maloliente era nocivo, para contrarrestarlo se utilizaban perfumes, aromas agradables, la quema de especias e inciensos en los interiores, otros colgaban en las puertas de las viviendas o al cuello, cebollas y ajos, por sus olores intensos. Tras la introducción de las hierbas procedentes de las indias exóticas del Nuevo Mundo, se pensó que el consumo de tabaco era efectivo.

La intervención era principalmente sobre el ambiente y el agente de intervención principal tenía un carácter de "policía sanitaria" por el uso del poder represivo de los gobiernos locales, que buscaba controlar algunas conductas sociales como la mendicidad, la vagancia, la entrada de extranjeros y la prostitución, así como también para el control de los apestados y las personas en riesgo. La medicina de base empírica era incipiente y paliativa, los hospitales fueron inicialmente centros de consuelo caritativo de la iglesia.

Actualmente en los sectores populares se puede encontrar que interpretan algunas enfermedades o brotes de resfríos comunes como causados por los cambios en el clima, así, cuando inesperadamente amanece nublado u ocurre un sismo, la gente sostiene que "habrá enfermedad". Durante la epidemia del cólera en el Perú en 1991, algunos sectores de la población tenían la concepción de que el cólera era producido por una especie de nube invisible que se movilizaba por los aires de la ciudad y que se introducía al cuerpo de las personas débiles.

Algunas variantes actuales de este paradigma atribuyen al clima de las regiones como el determinante de la conducta, la moral y la salud de las poblaciones, así, habría personas perezosas, melancólicas, alegres, sensuales o con tendencia a ciertas enfermedades en función del clima.[9] En la ciudad de Arequipa Perú, por ejemplo, se llama "nevada arequipeña" al carácter hosco que pueden tener temporalmente sus habitantes cuando los tres volcanes de la ciudad se cubren de nieve.

PARADIGMA BIOPSICOSOCIAL O HUMANISTA

la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos.1 Contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico que sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anormalidad del desarrollo o lesión.2

Se utiliza en campos como la medicina, nutrición, enfermería, psicología clínica, Psicopedagogía y la sociología y en particular en ámbitos más especializados como la psiquiatría, la fisioterapia, la terapia ocupacional y el trabajo social clínico. En el ámbito de la atención a las personas con discapacidad y enfermedad crónica es básico este enfoque dentro del equipo de rehabilitación formado por médicos especilistas en rehabilitación, neuropsicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas asistentes sociales y otros profesionales.

MEDICINA SOCIAL

En el siglo XIX la economía capitalista se revoluciona con la aparición de la máquina haciéndose más productiva e industrial. Se extiende por Europa con sobreexplotación de los trabajadores, las mujeres y los niños, con jornadas de trabajo de 16 horas y sin respeto a la dignidad humana y la seguridadlaboral. Las nuevas industrias atraen a la población rural y ésta se concentra en las cercanías de las fábricas en improvisadas ciudades, las cuales crecían de manera desordenada, con hacinamiento y sin servicios de saneamiento básico. Los desechos domésticos y humanos se arrojan a la vía pública o a los ríos cercanos.

La vida social y política era clasista, donde los propietarios de las crecientes industrias imponían las condiciones laborales, guiadas por el pensamiento liberal de Adam

Smith (1723 – 1790): la libertad como el principal valor y el lucro como la mayor motivación de la conducta humana y ordenador social.

La iglesia cristiana católica, muy poderosa cultural, política y económicamente, persistía en sus concepciones antiguas sobre el origen divino del mundo, de la vida y del hombre. Instituyen el Oficio de la Inquisición para acosar, entre otros, a los revolucionarios científicos de pensamiento moderno como Charles Darwin. La iglesia reclama templanza y paciencia al pueblo, desarrolla mayor control de la educación evangelizadora de la infancia y de nivel superior, con un enfoque escolástico.

El concepto infeccioso de algunas enfermedades y de la ciencia moderna aún era incipiente y aislado, pero sólido. Los conceptos hipocráticos y galénicos eran aún dominantes en la medicina formal, pero rivalizaban con las prácticas tradicionales mágicas, muy extendidas en los sectores populares.

La Medicina Social, surgida en la segunda mitad del siglo XIX en Europa, en sectores intelectuales de crítica al sistema económico y social, que se indignan por la abusiva explotación del obrero en las fábricas y por la indolencia del Estado ante la insalubridad de las ciudades.

Destaca la participación y aportes de los alemanes Salomón Neumann (1819 – 1908) y Rudolf Virchow (1821-1902), quienes definen la salud como un derecho. Plantean que las condiciones de vida y de trabajo de la población, la pobreza, el hambre y la miseria, que actúan sobre las condiciones biológicas y físicas, son las responsables de la salud y la enfermedad. Afirmaban que las condiciones atmosféricas y cósmicas no causaban epidemias por sí mismas, sino que eran debidas a la situación social en que la gente vivía.

En consecuencia, las estrategias de la Medicina Social se dirigían al nivel político y al Estado, para realizar reformas laborales y en las condiciones materiales de vida de la población; pero incluían también: la atención médica para el indigente, el derecho al trabajo, la higiene y la seguridad laboral, así como cambios en la conducta de las personas a través de la educación sanitaria.

Virchow sintetiza las relaciones de la medicina con los problemas sociales en la frase: "La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala". Atribuía la epidemia de fiebre tifoidea de 1987 a un conjunto de factores sociales y económicos y en consecuencia esperaba poco de cualquier tratamiento exclusivamente

médico como sostenían los bacteriólogos. Proponía, en cambio, reformas sociales radicales, que en general comprendían: "democracia completa y sin restricciones", educación, libertad y prosperidad.

Su movimiento se extendió por toda Europa y se expresó no sólo en manifiestos, sino también en investigaciones, en luchas reivindicativas y políticas del proletariado que logran reducir la jornada de trabajo, mejorar las condiciones laborales para las gestantes, la prohibición del trabajo infantil y la inversión estatal en saneamiento básico. Otro impacto fue la creación de la Seguridad Social en Alemania, en la época del Canciller Otto von Bismarck, con la Ley del Seguro de Enfermedad, en 1883, el primero en la historia mundial.

Quizá también este fue el origen más definido de la Salud Pública como ciencia que enfrenta la salud como un asunto de colectividades y que requiere una intervención de políticas de Estado.

De este se desprendía la necesidad de investigar la distribución de las enfermedades y la mortalidad por estrato social, donde se observaba la estratificación de las clases sociales del perfil epidemiológico. A esto contribuyeron los estudios de John Snow (Inglaterra 1813 – 1858), padre de la epidemiología moderna, al demostrar en 1854 que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materias fecales, la clausura de esta fuente de agua disminuyó los casos de la enfermedad. Snow introdujo un método de estudio lógico y racional que asociaba los hechos y evidencias con los casos, que sustentaba la intervención.

Este enfoque actualmente es portado por muchos gremios profesionales de salud y los movimientos de la sociedad civil en salud que propugnan una mayor participación del Estado en salud y no dejar que el mercado sea el regulador. Denuncian la mercantilización de la salud y el predominio de los fines de lucro en la orientación de la investigación y el desarrollo de la Medicina. Proponen un sistema único de salud donde se enfrente las inequidades y la mercantilización, se establezca la descentralización política y el rol rector del Estado.

Atención primaria de la salud

En los 70s se vivía un clima mundial de entusiasmo por el desarrollo de la ciencia y la tecnológica que había comenzado luego de la Segunda Guerra Mundial, pero que no alcanzaban a superar las desigualdades sociales y la pobreza en el mundo. Políticamente el

mundo estaba bipolarizado en todos los campos por lo que se llamó "la guerra fría", que enfrentaba el modelo de desarrollo capitalista, encabezado por Estados Unidos, con el modelo socialista floreciente, encabezado por la URSS. Estas tensiones implicaron un extraordinario desarrollo tecnológico bélico y las estrategias de ambos lados para ampliar sus áreas de influencia geopolítica.

Paralelamente se fortalece el llamado movimiento de los países no alineados en diversas conferencias y declaraciones con una agenda diferente a los dos bloques de la guerra fría. Los gobiernos básicamente seguían el modelo de Estado benefactor en diferentes niveles. Los no alineados levantaban la autodeterminación, la oposición al apartheid, la no-adhesión a pactos multilaterales militares, la lucha contra los colonialismos así como a la carrera armamentista y las guerras. Sustentaban la defensa de los fines originales y la autoridad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) deteriorada por las dos potencias mundiales. Avanzan en acuerdos para la cooperación económica internacional en condiciones de igualdad.

En este contexto de entusiasmo por la concertación internacional no alineada, pacífica y por la justicia, diversos procesos sanitarios y experiencias de organizaciones públicas y privadas sin fines de lucro, así como antecedentes aislados confluyen en la convocatoria por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) a la Conferencia de Alma Ata (URSS) en 1978, a la cual asistieron 134 países y 67 organizaciones internacionales. Sus conclusiones se expresan en la llamada "Declaración de Alma-Ata" y el lema/meta: "Salud para Todos en el año 2000" y define a la Atención Primaria de la Salud (APS), como la estrategia para alcanzarla.

Los fundamentos teóricos de este paradigma fueron el concepto de "Historia Natural de la Enfermedad" (triada ecológica: huésped, medio ambiente y agente) y los "Niveles de prevención". La Conferencia define la salud como el "estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares", se la define como un derecho humano fundamental y meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de los gobiernos, de otros sectores sociales y económicos, así como de la población.

La enfermedad se explicaba por el desequilibrio en uno o más de los componentes de la tríada ecológica por falla de las acciones de prevención. La enfermedad tenía una etapa prepatogénica donde interactuaban dichos factores. Al perderse el equilibrio, provocando la

aparición de los primeros síntomas y signos, los cuales se podían detectan precozmente y evitar que la enfermedad evolucione y, cuando la enfermedad se encontraba en etapa avanzada, la intervención podía dirigirse a curar al paciente, evitando las secuelas o la muerte. Por lo tanto la atención de salud tenía una estructura por niveles, donde en hospital se reservaba para los casos de atención especializada.

De este modelo se desprendía un sistema de atención por niveles de complejidad, donde la prioridad era la prevención primaria, pues se esperaba que aquí se evitara la enfermedad, se atienda la mayor cantidad de casos y que sólo los que lo ameritaban, fueran derivados a los hospitales de apoyo, luego a los hospitales generales y finalmente, llegaran a los hospitales especializados los casos realmente necesitados de este nivel de atención (sistema de referencia y contra referencia). La lógica de la APS incluía la atención hospitalaria y a la más alta especialización y tecnología.

El primer nivel de atención, a cargo de los Puestos y Centros de Salud, de acción sobre la comunidad y la familia, las medidas eran principalmente de prevención y promoción de la salud. Las profesionales pertinentes eran principalmente los no médicos, como las enfermeras, asistentas sociales, educadores, antropólogos, médicos generales o de familia, entre otros, así como implicaba un decidido trabajo coordinado con la población y sus agentes como son los promotores de salud, las parteras y los curanderos tradicionales.

La APS implicaba una revolución en los sistemas económicos y políticos de los países, así como un nuevo orden mundial. Los medidas sobre las condiciones sanitarias de la población, incluían intervenciones decididas de los gobiernos para la dotación de servicios de agua, disposición de excretas y residuos sólidos, mejoramiento de las viviendas, la formación profesional, entre otros cambios.

La Declaración de Alma-Ata tenía los siguientes principios básicos:

•Distribución equitativa de los recursos: todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud, lo que incluye el acceso económico y geográfico a los servicios.

•Participación comunitaria: alentar y dar oportunidad a las personas de involucrarse de manera activa en las decisiones sobre su propia salud y sobre los servicios de salud para su comunidad.

•Tecnología apropiada: los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en las que van a ser aplicados.

•Cooperación entre los diferentes sectores: colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda.

•Énfasis en la prevención sin excluir los cuidados curativos: incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales.

Este paradigma tuvo rápidamente acogida formal en los gobiernos de los países no alineados que lo asumieron como estrategia oficial de sus sistemas de salud, los organismos no gubernamentales de desarrollo con compromiso popular y sectores intelectuales y profesionales de ideología social.

Pero inmediatamente después de dicha conferencia empezó un proceso para deformarla, reducirla y quitarle su carácter revolucionario. El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial de Comercio e incluso la UNICEF, dentro de su plan de ajustes económicos por la crisis del sistema capitalista, sostienen que los principios de Alma Ata eran idealistas e impulsan la llamada "Atención Primaria de Salud Selectiva" dirigida a lograr algunos indicadores estadísticos de salud (lactancia materna, suplementos alimentarios, alfabetización de mujeres, planificación, terapia de las diarreas mediante la rehidratación oral, inmunizaciones), todo lo cual no implicaba mejorar la realidad social que afectaba a la salud.

El lema "Salud para todos en el año 2000" fue víctima de simplificaciones conceptuales. Se asumió el concepto de primario como sólo el primer nivel de atención por lo que se dijo que la APS era una estrategia para la atención en los servicios periféricos y la comunidad, pero la atención hospitalaria y especializada siguió igual.

Los gobiernos no cambiaron sus políticas y el sistema de salud, pero crearon un departamento de APS para aislarla. Especialmente los médicos y profesionales de salud boicotearon los intentos de formar y trabajar con un enfoque de APS, porque ellos resultaban desplazados por otros personajes como las enfermeras y la comunidad. La atención médica reparativa y centrada en la enfermedad se mantuvo privilegiada.

Tampoco se comprendió que la salud es una realidad social y no sólo biológica o médica, que requiere una acción multisectorial. Regresó la concepción paternalista de los profesionales hacia la población y la participación comunitaria se redujo a ser usuarios de los servicios o colaboradores de los programas del sector.

Con motivo de haberse llegado al año 2000 y que en muy pocos países se alcanzó la meta de "Salud para todos", es que desde muchos sectores e instituciones se hicieron balances acerca de esta famosa estrategia. Se afirmó que las condiciones que dieron origen a la meta de "Salud para todos" y a la estrategia de la APS subsisten actualmente y se han profundizado como las grandes inequidades y la injusticia que afecta a vastos sectores poblacionales.

Otros han levantado la APS con un sentido más ideológico y convocan a persistir en su desarrollo. También algunos sectores públicos la han tomado en sus políticas pero realmente con grandes sesgos y deformaciones y ninguna consecuencia en sus principios, repitiendo la reducción de la APS a la atención en al primer nivel de atención.

Medicina comunitaria

En los años 60 y 70 y especialmente en Latinoamérica, se vivía una crisis económica y social acrecentada por el fracaso de los gobiernos de países dependientes que implementaron modelos de desarrollo dictados por Estados Unidos y sus organizaciones internacionales. Las políticas económicas no lograban mejorar los niveles de vida de la población y se profundizaban los reclamos sociales por el acceso a los servicios como la salud y la educación, así como se consolidaban los movimientos antiimperialistas y diversas estrategias autónomas de sobrevivencia en la población.

Políticamente, la guerra fría se agudizaba. Al interior de los países, los movimientos sociales se polarizaban entre las fuerzas conservadoras de antiguos poderes y quienes luchaban por el cambio social, de creciente influencia.

Los antecedentes de la Medicina Comunitaria se pueden encontrar en las experiencias de los años 50 y 60, como la de los "médicos descalzos" en China y otros países así como diversas experiencias de ONGs en el mundo, que buscaban empoderar a la población, capacitar a promotores de salud, organizar servicios de salud y botiquines, entre otras acciones, con gran acogida y buenos resultados en la prevención y atención básica de salud en lugares a donde no llegaban los servicios gubernamentales.

Los fundamentos fueron:

•La ética solidaria de sectores intelectuales, profesionales y políticos, con los más pobres y necesitados.

•Los conceptos de comunidad e identidad, que asumen la existencia de grupos poblacionales ubicados en un determinado espacio, con problemas y objetivos comunes, así como estatus sociales definidos y roles comunes.

•La prioridad de la acción por las poblaciones o comunidades rurales y de la participación comunitaria.

•El rol de liderazgo de los profesionales de salud, especialmente de los médicos, que se acercaban a la comunidad para darle atención, educación y hacerla protagonista de cambios en su conducta sanitaria.

Esta forma de Medicina, surgió en crítica al modelo dominante de tipo intrahospitalario, "intramural", asistencialista y reparativo; pues amplios sectores de la población no accedían a los servicios de salud por razones de pobreza o desconfianza cultural. Este paradigma no portaba una nueva concepción de la salud, diferente o cuestionador del biomédico dominante, sino que pretendía superar las limitaciones de dicho modelo, con acciones particulares y estrategias de acercamiento a los más necesitados, sin necesariamente llegar al nivel de las políticas gubernamentales.

La Medicina Comunitaria, desde la perspectiva gubernamental, fue una estrategia de ampliación de cobertura sanitaria por acción de los profesionales y de la comunidad, más allí de las posibilidades de los hospitales y de la forma de trabajo del sistema de salud oficial. Carlos Vidal Layseca la define como "conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad".[14] Pero en la práctica los gobiernos no dedicaron recursos ni incentivos para la construcción de establecimientos de salud, provisión de equipamiento y medicamentos ni incentivos para el trabajo de profesionales en dichas zonas.

Pero el trabajo comunitario de las ONGs, tuvo como estrategia central a la educación, la que se fundamentó en el enfoque llamado de "Educación Popular", que destaca la importancia del proceso de transformación de la persona y de las comunidades a través de la "toma de conciencia" de su realidad y su conversión a protagonistas de su futuro. No se preocupa a priori de los contenidos a ser comunicados ni de los efectos en términos de comportamiento, cuanto de la interacción entre las personas y su realidad, del desarrollo de sus capacidades y de su consciencia. Es un modelo pedagógico desarrollado por Paulo

Freire, quien la llama: "educación liberadora" o "transformadora", de clara orientación social, política y cultural.

Se incentivó la investigación y la publicación de las experiencias, conocimientos y percepciones de la población, así como textos de capacitación a la población para el autocuidado y la atención. Se revaloró el conocimiento popular y por esa ruta se encontró un gran bagaje en la Medicina Tradicional y sus agentes: curanderos, parteras, hierberos, hueseros, brujos, sorteadores y otros.

Este paradigma tuvo resistencia para ser asumido masivamente por los profesionales de salud y se restringió a algunos profesionales con grandes motivaciones morales o ideológicas y a las ONGs de orientación "concientizadora" que trabajaron a veces con altos financiamientos extranjeros.

Moderno o científico

Se constituyó desde el siglo XIX paralelamente al pensamiento moderno y al sistema económico liberal, con todos sus valores y expresiones sociales. Este paradigma es actualmente el dominante en el mundo, llamado también por sus críticos como: biologista, biomédico dominante o hegemónico. Conceptúa que la sociedad se moviliza por la motivación del egoísmo y el lucro personal. La gente interactúa en el mercado, como un espacio donde se intercambian bienes y servicios, lo cual regula la sociedad de manera casi perfecta a manera de una "mano invisible" que obvia al Estado. De esta concepción se derivan las condiciones del éxito en el mercado como son: la iniciativa privada, el riesgo, la calidad y competitividad, la gerencia e innovación, etc.

La sociedad está dividida en clases, donde unos son los exitosos o capitalistas y otros, con menos aptitudes, deben resignarse a trabajar en condición de dependientes. Los niveles jurídico y político son controlados por las clases con poder económico. El Estado, que representaría los intereses sociales comunes, es postergado a un rol de facilitador del mercado y para resolver las "fallas o imperfecciones del mercado" subsidiando o interviniendo con servicios en aquellos asuntos no rentables para el mercado.

Este paradigma es la expresión de la ciencia moderna en la salud, cuyos fundamentos son la racionalidad, la objetividad y la verificación empírica. Se dirige principalmente a la enfermedad y menos a la salud. La enfermedad la explica e interviene como un proceso principalmente biológico. Epistemológicamente identifica una etiología para cada enfermedad (infecciosa, degenerativa, inmunológica, metabólica, genética, etc.), a partir

de la cual explica el origen y curso de los síntomas y signos en un cuerpo con ciertas condiciones de edad, sexo, nutrición e inmunidad.

En las últimas tres décadas este paradigma ha llegado a su cumbre con los esfuerzos y la confianza depositada en la investigación genética. Se afirma que en el ADN estaría la respuesta a la prevención de las enfermedades y a diversas expectativas de bienestar, no sólo físico (color de los ojos y piel, talla, sexo, longevidad, etc.) sino también psicológico y social (adicciones, actitud para aprender, actitud pacífica, opciones políticas e ideológicas, fidelidad, entre otros).

En este paradigma los actores más importantes son los profesionales de salud, que se certifican con estudios universitarios y de especializaciones sucesivas. Siguen el modelo de educación propuesto por Abraham Flexner en 1910: énfasis en las ciencias básicas (Anatomía, Fisiología, Bioquímica, Farmacología, Histoembrología, Bacteriología y Patología), seguido por otro periodo clínico en hospitales con gran dedicación de los docentes, sistema de acreditación, privilegia la educación en laboratorios y los profesores deben realizar la investigación,

Los medios de curación exigen cada vez mayor sofisticación tecnológica para el diagnóstico y el tratamiento a través de fármacos y tecnología quirúrgica en general, todo lo cual se organiza en los hospitales de diferentes niveles de complejidad. Se desarrolla dentro de un sistema de mercado, llegando a generarse una industria de la salud de crecientes costos. Destaca la poderosa industria de laboratorios y patentes.

El sistema liberal ha evolucionado a la globalización dirigida por los países más poderosos y es presentada como un fenómeno natural, necesario y positivo. La globalización no sólo es un proceso económico y comercial, sino también cultural. Promueve la homogenización del pensamiento y la ciencia es el espacio de mayores ventajas por la legitimidad que sugiere. Es así que actualmente existen grandes centros que dictan la agenda de investigación, las preguntas, la metodología válida, el lenguaje, etc. A través de las inversiones en investigación dirigen lo que es pertinente conocer. Existe un movimiento por uniformizar y centralizar la producción científica.

La Universidad aparece como el gran legitimador del pensamiento dominante, pues "socializa" un modelo de ciencia, de profesión y de intelectual, así como de validación del conocimiento que no permitiría la emancipación mental. Cuando no funciona esta normatización del pensamiento, se utiliza la segunda estrategia que consiste en el "control

social" a través de las exigencias para el modelo de investigación, las condiciones para publicar en alguna revista internacional, en las formas de los eventos nacionales o internacionales, en los cursos de postgrado, en los prototipos de investigadores que se promueven en los premios que se otorgan.

Actualmente este paradigma ha acrecentado su dominio, a pesar del breve esfuerzo por impulsar la atención primaria de la salud y de los incipientes reclamos por extender el paradigma de medicina social. Esto debido a que el mundo se mueve por el pensamiento neoliberal y el proceso de globalización.

Campos de la salud

En 1974, el entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde presentó el llamado modelo de Campos de Salud, basado en los trabajos de Hubert Laframboise. Este modelo se ha extendido y enriquecido rápidamente en el mundo con aportes a veces con diferente sentido. Es presentado como superior a las anteriores modelos y de alto fundamento científico.

Este enfoque es una variante desarrollada del moderno dominante, no cuestiona sus fundamentos conceptuales e ideológicos. Ha surgido en el contexto de sociedades altamente desarrolladas con gran uso de la tecnología y donde el bienestar material se ha ido derivando en situaciones de exceso como el sedentarismo, la glotonería y la búsqueda de mayores placeres materiales. Son sociedades que defienden al extremo la libertad y la individualidad, que es estimulada por una economía altamente consumista.

Propone cuatro campos que explicarían los procesos de salud y enfermedad:

•Los estilos de vida: se refiere a las pautas de vida personal asociadas a aspectos socioculturales, psicología, adaptabilidad, valores y elecciones de conducta personal, formadas en un grupo social (familia, amistades, publicidad y valores sociales). El modelo responsabiliza principalmente a la conducta del individuo de su situación de salud y plantea que es el más sensible para modificar.

•La organización de los servicios de salud: son las acciones de atención, las políticas de salud, el acceso, el financiamiento, la calidad y equipamiento de los servicios, así como la calificación de los profesionales de salud. Se afirma que influye poco en la situación de salud en los países desarrollados, pero el que mayor financiamiento recibe.

•La biología humana: que hace referencia a la herencia, la inmunidad, la maduración y envejecimiento, así como a los aparatos y sistemas internos del organismo humano. En la investigación genética es donde se tiene confianza para poder intervenir en la salud.

•El medio ambiente: se refiere a la contaminación del aire, suelo y agua por mecanismos: físicos, químicos, biológicos, psicosociales y culturales.

Dentro de estos campos, el más atractivo e importante son los "estilos de vida" pues implican que la sociedad moderna de hiperconsumo provoca algunas conductas inadecuadas que favorecen el crecimiento de los casos de diversas patologías crónicas y degenerativas como la obesidad, la hipertensión arterial, el infarto cardiaco, el estrés, la depresión, las adicciones, el cáncer, entre muchas otras.

Supone intervenir sobre sus estilos de vida mediante la educación y la persuasión; pero ha estimulado una "industria de la prevención" con tecnologías para seguir viviendo con los mismos estilos de vida inadecuados pero evitando sus riesgos.

Además, propone que la legislación impacte sobre el medio ambiente, que la reorganización de los servicios de salud mejore su calidad y que la investigación científica ayude a intervenir sobre la biología humana.

Actualmente tiene creciente vigencia y desarrollo en los ámbitos de los organismos internacionales, los investigadores y profesionales de la salud. También es presentado a nivel académico como el modelo más completo y moderno. Pero, por otro lado, mantiene tensiones con la realidad en países menos desarrollados, donde no es efectivo el explicar la salud con el enfoque de los estilos de vida (individuales) pero si desde el concepto de "determinantes sociales de la salud" o simplemente de los "determinantes de la salud", que a veces son presentados como un tema aislado del concepto de paradigmas.

Originalmente el concepto de "determinantes" está asociado dialécticamente al de "condicionantes", que se usan dentro del modelo social histórico estructural que explica la realidad como una totalidad a partir principalmente de la estructura económica, la cual determina ciertas relaciones sociales y éstas, las reglas jurídicas y políticas. Los condicionantes son el proceso inverso: de lo particular a la totalidad y de la cultura a la estructura económica; por lo tanto, la realidad resultante se explicaría por las tensiones de estas dos fuerzas.

Los críticos y reformadores de este paradigma han pretendido dar mayor importancia al medio ambiente, especialmente al ambiente social, el cual explicaría incluso

los estilos de vida individuales pues es la sociedad la que formaría la voluntad y la personalidad, que es bombardeada por el comercio, los valores del individualismo y el hedonismo. Otros han tratado de integrar los cuatro campos para explicar la salud, llamándolos: "determinantes de la salud", que realmente no es la propuesta original de Lalonde.

En la práctica se sigue considerando que son los estilos de vida lo más decisivo en la salud y merecedora de una mayor atención.

Vigencia de los paradigmas

Los paradigmas mantendrían vigencia en la medida que subsistan los contextos sociales, culturales o ideológicos que los constituyó. Algunos tuvieron una vigencia larga y global, otros se asentaron principalmente en instituciones públicas y organismos internacionales, otros en sectores críticos a las políticas oficiales y dominantes, como también hubo paradigmas que supervivieron en ámbitos académicos o en sectores sociales populares.

Además, los paradigmas residen en sectores sociales que los portan como un elemento de su identidad cultural, luego, mientras sobrevivan dichos sectores sociales, el paradigma tendrá algún grado de vigencia.

Los nuevos sistemas económicos, sociales y culturales se gestan en algunos ámbitos limitados de una sociedad, hasta que las tensiones alcanzan un nivel mayor y desatan una revolución y con ésta, la instalación de un nuevo paradigma como el oficial y vigente. Algo semejante ocurre en sociedades con excesivo centralismo y Estados débiles. En estos casos es posible que en solo país convivan formaciones sociales diferentes, que son el asiento de diferentes paradigmas en diversos campos.

Existen actualmente en los países latinoamericanos diversos movimientos de la sociedad civil, que critican la ineficacia de la medicina oficial y moderna que encarece la salud, la coloca como una mercancía más y que reduce la vida y la salud al componente biológico. Sostienen que el modelo neoliberal está en crisis y ha fracasado en resolver las brechas sociales, la inequidad y que afecta el medio ambiente.

Plantean la salud como un derecho fundamental, proponen que el Estado debe garantizar la salud. No rechaza los aportes de la Medicina científica pero sí el hecho de ser conducida por los intereses mercantiles de los centros de poder económico internacional.

Reconocen el valor de la calidad y competitividad en los servicios de salud, pero también revaloran los saberes tradicionales a través de estrategias de interculturalidad.

Estos nuevos elementos paradigmáticos de la salud, se asumen como componente imprescindibles del desarrollo humano, producto de las mejoras en las condiciones de vida de la población que implique acceso al trabajo, a los servicios básicos y a la democracia.

CAPITULO II

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

Los Ministerios o Secretarías de Salud pueden a través de este instrumento identificar, no solo los factores críticos que deben tenerse en cuenta para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la infraestructura institucional de la salud pública, sino también los mecanismos de gestión y recursos materiales necesarios para que la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), en sus diferentes niveles de intervención, pueda ejercer de manera óptima las funciones que le competen.

1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población

2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública

3. La promoción de la salud

4. El aseguramiento de la participación social en la salud

5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública

6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública

7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos

9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud

10. La investigación en la salud pública

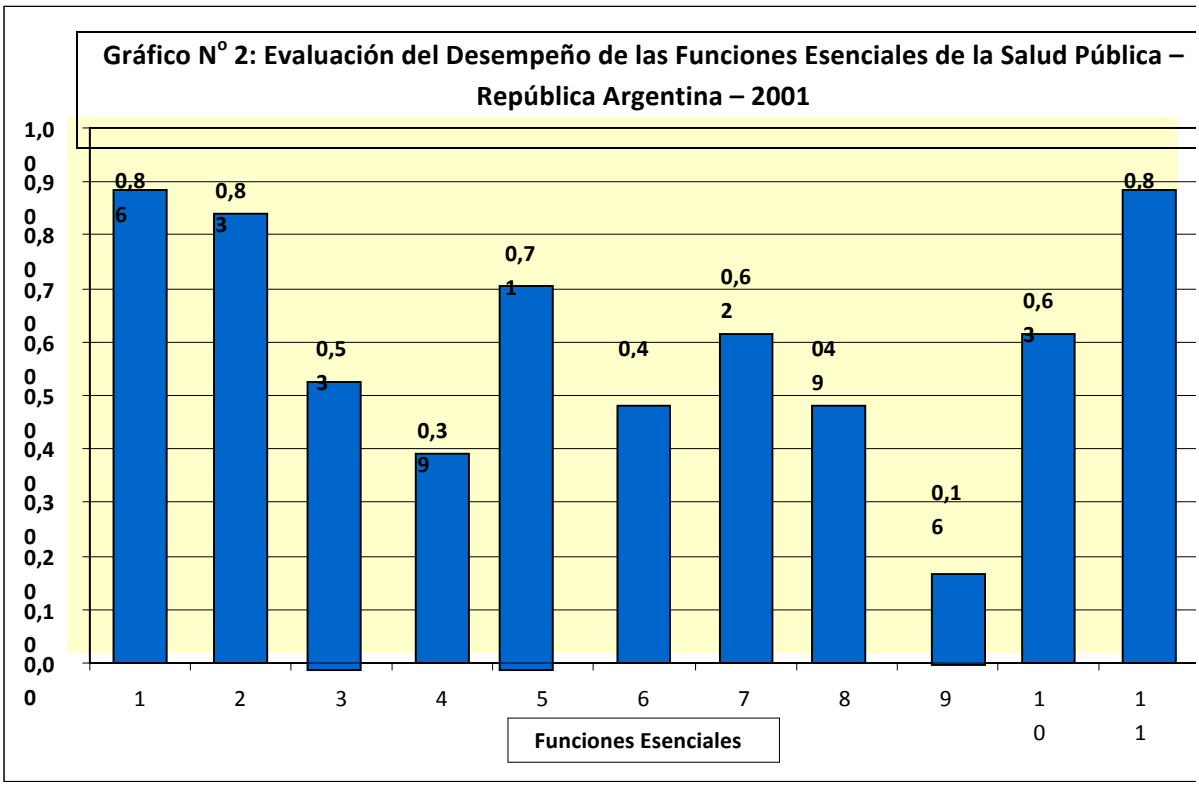
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública

Evolución del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública

En el año 2001 se realizó con la asistencia técnica de la OPS/OMS un Taller de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la República Argentina. Los resultados de este ejercicio permitieron identificar fortalezas y debilidades en el rol del Ministerio de Salud de la Nación como Autoridad Sanitaria Nacional.

Resultados del Taller

Los resultados del mismo, expresado en proporción de desempeño sobre lo ideal fueron los siguientes:



Fuente: TALLER DE APLICACIÓN, Bs. As. 2001, MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN; OPS; CDC.

Según la elaboración realizada por los participantes del taller se evidencian tres núcleos principales de debilidades: i) promoción de salud, ii) participación comunitaria y satisfacción de los usuarios; iii) formación e investigación en Salud Pública y iv) elaboración y cumplimiento de normas que aseguren la calidad de los servicios.

También se identificaron como debilidades las referidas al desarrollo de la capacidad institucional en Salud Pública y destacándose, lo referido a epidemiología y lo vinculado al mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo. Acompañan estas deficiencias la vinculada a la gestión y evaluación de tecnología para apoyar la toma de decisiones.

En ese mismo taller fueron señaladas como fortalezas la producción y el análisis de la información tanto para la evaluación del estado de salud como para la identificación de amenazas y daños a la salud pública; y la respuesta al control de los problemas de salud pública detectados; contrariamente a lo señalado en las debilidades donde la promoción de salud era una de las áreas débiles detectadas, aparecen como fortalezas el apoyo a las actividades de Promoción de Salud y la construcción de alianzas sectoriales, incluyendo normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables. Aparecen, asimismo, como fortalezas la definición de objetivos sectoriales nacionales y subnacionales y la formulación de políticas de Salud Pública junto con la capacidad de respuesta ante desastres y emergencias.

Como fortalezas se han registrado: el monitoreo de la situación de salud y el adecuado soporte tecnológico, los conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas a la población y el desarrollo de la capacidad institucional de investigación.

En ese contexto no aparece una exacta coherencia entre las conclusiones de los diferentes aspectos analizados. Sin embargo aspectos tales como la producción de información para monitorear el estado de salud; la respuesta ante desastres y emergencias y la vinculación con entes subnacionales para programas específicos aparecen como fortalezas reconocidas. Algo similar ocurre con la formulación de políticas de Salud.

El cuidado del medio ambiente tiene referencias débiles y a veces contradictorias.

En su conjunto el documento y sus conclusiones permitieron construir una línea de base para identificar las transformaciones principales ocurridas a partir de la fecha de evaluación hasta el momento.

Tomando en cuenta esta medición previa, la situación descripta ha evolucionado favorablemente hasta el 2009, logrando éxitos, tales como:

Implementación, desarrollo y sustentabilidad de programas específicos (Remediar; Salud Comunitaria; Salud Sexual y Reproductiva; Municipios Saludables; Prescripción por nombre genérico; Salud Investiga; etc.

Protagonismo y consolidación del Consejo Federal de Salud (COFESA)

Apoyo al Consejo Federal Legislativo en Salud (COFELESA)

Articulación con las Universidades Nacionales, estatales y privadas y con la Academia Nacional de Medicina y organismos gremiales sectoriales.

Sin embargo, todavía hay puntos críticos en relación a la capacidad de rectoría:

Déficits en el apoyo técnico para consolidar una mejora en la gestión de los recursos

Déficits en el apoyo técnico para fortalecer acciones de participación comunitaria y promoción de salud en provincias y municipios

Limitada incidencia en la calidad de la Atención y de la Gestión

Falta de continuidad y expansión de los programas

La respuesta a las epidemias de dengue y gripe en sus primeros estadios.

CAPÍTULO IV

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD: VALORES, ENFOQUES Y PERSPECTIVAS

Objetivos específicos:

Identificar los fundamentos de los determinantes sociales de la salud (DSS) y su potencialidad para la formulación de políticas públicas, reconociendo la propuesta de trabajo de la OMS y OPS.

Distinguir los principios de la justicia social, equidad en salud y derechos humanos y sus relaciones, como valores fundamentales para la acción en DSS.

Identificar mecanismos estructurales e intermedios en la producción de inequidades en salud entre grupos poblacionales y territorios, como base para la acción en políticas públicas.

Reconocer la necesidad de un enfoque integral, intersectorial y participativo para la comprensión y acción sobre DSS.

INTRODUCCION

La hipótesis básica (que aunque bastante antigua, que todavía es necesaria de defender, demostrar y propagar) es que las enfermedades no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.

El estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, niveles de educación, etnia, género o áreas geográficas de residencia, nos permiten desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner en evidencia la debilidad científica del paradigma hegemónico positivista, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros

hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar, etc),. Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos.

Y es comprensible que socialmente se imponga esta visión de la salud, pues la idea de que enfermaremos más, moriremos antes y con peor calidad de vida, dependiendo de la familia donde hemos nacido, el barrio donde crecemos y vivimos o de los oportunidades de educación, trabajo o ocio que nos haya tocado tener, es muy dura…e incluso, diría, que es muy desestabilizadora para el mantenimiento del presente status quo social y político.

Si aceptamos esta hipótesis, ya no es suficiente aspirar a tener acceso a un buen médico y sofisticados recursos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios, sino que tendríamos que luchar por una sociedad más justa, si queremos mejorar la salud de todos. La salud colectiva. La salud pública, que siempre es algo más. La salud pasa de esta manera de ser un tema médico a convertirse en un asunto ético, social y político, en el que todos tenemos algo que decir.

Algunos critican la expresión “determinantes sociales” basándose en que el término implicaría la existencia de una lógica social preponderante que determinaría la acción de los actores sociales perdiendo éstos su capacidad de transformación colectiva y de busca de su identidad.

Para otros la expresión “determinación social” del proceso salud-enfermedad posee una potencia explicativa fuerte y ofrece elementos estratégicos para el necesario cambio social.

Unos prefieren “determinantes de salud” interpretando que el “social” limita la determinación ya que excluiría los determinantes políticos, los económicos, los ambientales, los culturales, los psicológicos, los espirituales, etc. Para otros el “social” incluye todos los atributos anteriores representando una síntesis englobadora.

Existe también una polémica acerca de las expresiones “determinantes de salud” y “determinantes de la inequidad en salud”, para algunos la primera expresión equivaldría a los “factores de riesgo” de la epidemiología clásica; al diferenciarla de la primera le otorgan a la segunda expresión un carácter más transformador, considerando que conduciría a la senda para comprender las injustas jerarquías de estructuras sociales, revelando la verdadera “causa de las causas” de la inequidad en salud.

Este debate no está cerrado, pero en este proceso que usted empieza a transitar es bueno que comprenda la riqueza y la polisemia del concepto “determinantes sociales de la salud” y quizás la necesidad de encontrar un lenguaje compartido favorezca la acción política más articulada.

Mientras no logremos esa “lengua franca” consideremos el concepto correspondiente a “los determinantes sociales de la salud” en toda su amplitud y profundidad. Comprender el proceso salud-enfermedad desde este perspectiva nos brindará una mirada más amplia y politizada y nos mostrará la necesidad de políticas públicas más articuladas, integradas y consensuadas –entre gobiernos, movimientos sociales y ONG– que tengan como objetivo lograr una mayor calidad de vida.

Concepto

Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. OMS, 2007

¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para mejorar la salud de las poblaciones del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud. Ello no significa que los sistemas de salud equitativos dejen de tener importancia. Pero debe reconocerse que, muchas veces, los sistemas de salud son parte misma del problema y que ellos y las nuevas estrategias son imprescindibles para abatir las inequidades en salud.

Estas primeras constataciones nos llevan a buscar respuestas a tres problemas fundamentales:

¿Dónde se originan las diferencias en salud entre los grupos sociales, si buscamos sus huellas en sus raíces más profundas?

¿Qué mecanismos nos conducen desde las causas originarias a las diferencias actuales en la situación de salud observada en las poblaciones?

Aclarando las respuestas a estas dos primeras cuestiones, ¿dónde y cómo deberíamos intervenir para reducir las inequidades en salud?

No sólo las circunstancias sociales –estratificación social y posición social– determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales y psicológicas, contribuyen con estos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte y a todos los grupos sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida.

No solamente encontramos desigualdades entre distintos países, sino también dentro de un mismo país podemos observar diferencias extremas. Estas diferencias de salud ocurren a lo largo de la estratificación social, incluyendo los ejes socioeconómicos, políticos, culturales y geo- gráficos. Un modo de describir la magnitud de estas inequidades es la

distancia entre el tope y la base de la escala social. No obstante a lo largo de todo el gradiente social hay diferencias injustas que pueden ser evitadas.

La influencia de los determinantes sociales no sólo se evidencia cuando comparamos la distancia entre el tope y la base de la estratificación social, sino también cuando analizamos los indicadores de salud en relación con otras variables a lo largo de toda la estratificación social. En Bangladesh y en Tailandia, las jóvenes pobres con educación secundaria tienen mejores indicadores de salud que otras jóvenes que no tienen escolarización o que sólo alcanzan la educación básica. El análisis no debería centrar su atención sólo en la situación de la gente que está en los niveles de pobreza, a los pobres entre los pobres (Consultar el Informe Final de la Rede de Conocimiento sobre Genero y Equidad disponible en Enlaces, Textos Completos.) El análisis de la distribución social a lo largo de toda la estratificación social de la salud indica que todos estamos implicados.

Definiendo valores: Equidad, Justicia Social y Derechos Humanos en Salud

El marco de valores que sigue está basado en el trabajo de Solar e Irwin (2007) que puede ser obtenido en su totalidad en Enlaces, Textos Completos. Presentamos aquí los principales conceptos de ese marco con el objetivo de que los ayuden en su proceso de reflexionar sobre los DSS.

La equidad en salud es un concepto ético fundante en el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud. El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud define a la equidad como la “ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente”. En esencia, las inequidades en salud son diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población e injustas. Identificar las diferencias en salud como inequitativas no representa una prescripción objetiva o material, sino que necesariamente implica apelar a normas éticas.

La responsabilidad primaria en la protección y ampliación de la equidad en salud descansa en primera instancia en los gobiernos nacionales, tal como lo desarrollan importantes referentes del pensamiento político contemporáneo. Amartya Sen (2002) dice que “la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.” Anand (2004) destaca que la salud es un bien especial cuya distribución equitativa concierne a las autoridades políticas. Existen dos razones principales: la salud es constitutiva

del bienestar de las personas y la salud habilita a las personas a actuar como agentes sociales.

La inequidad en salud afecta fundamentalmente el compromiso con la libertad, la justicia social y los derechos humanos y cuando la nequidad emerge la gestión del gobierno ha fallado en sus responsabilidades primeras. Pero las causas en la relación entre salud y acción social no son unidireccionales: laequidad en salud es resultado de la gestión pública y es asimismo prerrequisito para que los grupos de población participen en el fortalecimiento de sus derechos y en el control sobre su trabajo y su vida.

El marco internacional sobre los derechos humanos, basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, proporciona una estructura conceptual para avanzar en la equidad en salud. Afirma que el dere-cho a la salud debe ser interpretado ampliamente, incluyendo no sólo la atención de salud, el alimento y nutrición, vivienda, acceso al agua potable, adecuado saneamiento, condiciones de trabajo saludables y seguras y salud am-biental. Abarca, también la responsabilidad por los determinantes sociales en vistas a satisfacer los derechos ciudadanos y el más alto nivel de salud alcanzable.

Los derechos humanos ofrecen una armazón conceptual para vincular la salud, las condiciones sociales y los principios de participación en los derechos políticos. Como indican Braveman y Gruskin (2003) la perspectiva de los derechos humanos traslada las acciones para la superación de la pobreza desde el campo de la caridad hacia el dominio de la ley. En los años recientes, el trabajo de los Reportes Especiales de Derecho a la Salud de las Naciones Unidas constituye un avance en la agenda política alrededor del derecho a la salud en los niveles nacional y global.

El marco de valores que sigue está basado en el la comisión de determinates de la salud en la OMS (2007)

La equidad en salud es un concepto ético fundante en el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud. El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud define a la equidad como la “ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente”. En esencia, las inequidades en salud son diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población e injustas. Identificar las diferencias en salud como inequitativas no representa una prescripción objetiva o material, sino que necesariamente implica apelar a normas éticas.

La responsabilidad primaria en la protección y ampliación de la equidad en salud descansa en primera instancia en los gobiernos nacionales, tal como lo desarrollan importantes referentes del pensamiento político contemporáneo. Amartya Sen (2002) dice que “la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.” Anand (2004) destaca que la salud es un bien especial cuya distribución equitativa concierne a las autoridades políticas. Existen dos razones principales: la salud es constitutiva del bienestar de las personas y la salud habilita a las personas a actuar como agentes sociales.

La inequidad en salud afecta fundamentalmente el compromiso con la libertad, la justicia social y los derechos humanos y cuando la inequidad emerge la gestión del gobierno ha fallado en sus responsabilidades primeras. Pero las causas en la relación entre salud y acción social no son unidireccionales: la equidad en salud es resultado de la gestión pública y es asimismo prerrequisito para que los grupos de población participen en el fortalecimiento de sus derechos y en el control sobre su trabajo y su vida.

El marco internacional sobre los derechos humanos, basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, proporciona una estructura conceptual para avanzar en la equidad en salud. Afirma que el derecho a la salud debe ser interpretado ampliamente, incluyendo no sólo la atención de salud, el alimento y nutrición, vivienda, acceso al agua potable, adecuado saneamiento, condiciones de trabajo saludables y seguras y salud ambiental. Abarca, también la responsabilidad por los determinantes sociales en vistas a satisfacer los derechos ciudadanos y el más alto nivel de salud alcanzable.

Los derechos humanos ofrecen una armazón conceptual para vincular la salud, las condiciones sociales y los principios de participación en los derechos políticos. Como indican Braveman y Gruskin (2003) la perspectiva de los derechos humanos traslada las acciones para la superación de la pobreza desde el campo de la caridad hacia el dominio de la ley. En los años recientes, el trabajo de los Reportes Especiales de Derecho a la Salud de las Naciones Unidas constituye un avance en la agenda política alrededor del derecho a la salud en los niveles nacional y global.

Ramírez Señala que Aristóteles expresó que la equidad es superior no a lo justo en si, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error. Es decir, la equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una legal injusticia [Ramírez A (autor), López C (tutor). Propuesta de un sistema de monitoreo

de la equidad en salud en Cuba. (Tesis Doctoral). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2003].

Un interesante examen sobre el tema se realiza en el primer capítulo de la Investigación sobre Desarrollo Humano y Equidad en Cuba 1999 del cual se extraen las ideas esenciales que a continuación se exponen. Tradicionalmente, los debates acerca de la equidad giraban en torno a una variable focal (por ejemplo, la riqueza o la libertad) a partir de la cual se establecían las comparaciones y los juicios. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM; 2000)

La noción prevaleciente era que todas las personas son iguales, de tal manera que las diversidades sólo eran incorporadas en segunda instancia. Más recientemente, se ha explorado la posibilidad de adoptar diferentes variables focales, y se reconoce la existencia de una amplia variedad de dimensiones relacionadas con el tema de la equidad (libertades, derechos, ingresos), multidimensionalidad que se traduce en una diversidad de perspectivas en los análisis. Otros múltiples aspectos sobre el concepto de equidad social y sus implicaciones son debatidos en ese documento. A manera de síntesis, los autores señalan que los principios de equidad deben aplicarse en dos niveles: en el proceso de adopción de decisiones, y al evaluar los posibles resultados de las decisiones, y enfatizan que se requiere de un análisis integral de ambos niveles ya que los procedimientos equitativos no necesariamente garantizan resultados equitativos y, viceversa, procesos de adopción de decisiones iniquitativas pueden generar resultados equitativos.

Respecto a la equidad en los resultados de salud, o su ausencia-la inequidad, o la iniquidad, según lingüísticamente se quiera expresar- la definición de inequidad en salud más divulgada y sintética es la propuesta por Margaret Whitehead, quien la conceptualiza como las diferencias en salud innecesarias y evitables, pero además, consideradas injustas. Whitehead y Dahlgren señalan que son tres los hechos distintivos que, cuando se combinan, transforman simples diferencias en salud en inequidades sociales en salud: son sistemáticas, son socialmente producidas (por tanto, son modificables) .(Whitehead M.;1991)y son valoradas como injustas.(Whitehead M.; 2006).)En un plano más general, como expresan de la Torre y otros,4 la conceptualización de inequidad no puede sólo limitarse a las desigualdades, ya que existen igualdades injustas, innecesarias y evitables que también debieran considerarse como inequidades.(De la Torre E ;2004.)

Por tanto, como la desigualdad no necesariamente implica inequidad, la igualdad no implica necesariamente equidad.

Luego, es lo justo o no, de la desigualdad en salud, y eventualmente de la igualdad, lo que diferencia a una desigualdad no inequitativa de una inequidad. En este sentido, la propia Whitehead2 identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud:

Variaciones biológicas naturales.

Conductas que dañan la salud elegidas libremente, tales como participación en ciertos deportes y pasatiempos.

Las ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta primeramente una conducta promotora de salud (en tanto otros grupos tengan los medios para alcanzarlo relativamente rápido).

Conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido.

Exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes.

Acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos.

Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.

Las desigualdades determinadas por las tres primeras categorías no son consideradas injustas, en tanto las restantes cuatro serían consideradas evitables, y como injustas sus diferencias resultantes en salud. Coincidente con este criterio, Metzger, refiriéndose a Le Grand, expone que la prueba crucial acerca de si las diferencias resultantes de la salud se consideran injustas parece depender en gran medida de si las personas eligieron la situación que causaba dicha mala salud o si estaba, en su mayor parte, fuera de su control directo.(Metzger X.)

En lo que concierne a la equidad en el acceso a la atención médica, Aday - según Bambas y Casas-6 define la distribución equitativa de los servicios de atención de salud como “una en la cual la enfermedad (como la define el paciente y su familia o los profesionales de la atención en salud) es el principal determinante de la asignación de los recursos.” El punto crucial, señalan los autores, es que los recursos de salud son bienes especiales que no deben ser redistribuidos de acuerdo a las leyes del mercado porque su valor social es significativo. Como es asimismo señalado, que el enfoque de la solución de los problemas de salud a través de los recursos y servicios de salud es insuficiente.

Un ejemplo elocuente de exaltación de los recursos y servicios como solución a los problemas de salud lo es el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 de la Organización Mundial de la Salud. El informe da a los sistemas de salud un peso notable en el mejoramiento de la salud de la población, soslayando el papel de otros determinantes como los socioeconómicos y físicos. (OMS.;2000.)

Pareciera, de acuerdo a lo expuesto en el Informe, que la inversión en los sistemas de salud sería la solución para mejorar la situación de salud de los más desfavorecidos, aun cuando sigan viviendo en la mayor miseria social y económica.

Los resultados de un estudio reciente que comprende más de una veintena de países de América Latina y el Caribe, sugieren que los factores socioeconómicos explican más que los recursos y servicios en salud los cambios entre países de la región en la mortalidad infantil, la de menores de 5 años, y la materna (López C. Inequidades en los determinantes de la salud; un obstáculo para el cumplimiento de las Metas del Milenio. Taller Internacional de Centros Colaboradores OMS e instituciones científicas de excelencia. La Habana, 23-25 de noviembre de 2006).

Bambas y Casas6 exponen que no es la igualdad de las distribuciones de los bienes, sino su justeza, lo que es central al concepto de equidad, y agregan que para establecer una situación como iniquitativa, las diferencias en la distribución de los bienes (tales como los recursos de salud u otros determinantes de la salud) deben satisfacer los siguientes tres criterios: (Bambas A, Casas JA. , 2001)

Las diferencias en la distribución tienen que ser técnica, financiera y moralmente evitables; si no son evitables, las diferencias no pueden ser consideradas injustas en un sentido social.

Las diferencias no deben reflejar una libre elección, siempre que la elección sea hecha en perfecta, o aun en condiciones razonablemente altas de elección, incluyendo adecuada información y libertad de elección.

Debe establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable, bien culpable directa o indirectamente del daño, o bien responsable de rectificar la injusta distribución.

Otros enfoques más globales sobre lo qué es equidad en salud, tanto de los recursos y servicios como de los resultados en salud lo dan la propia Margaret Whitehead y Paula Braveman.

Whitehead considera, sucintamente, que la equidad en salud supone que nadie debe estar desfavorecido para lograr su potencial de salud en la medida en que ello puede evitarse.(Whitehead M.;1991.)

Braveman define operacionalmente como equidad en salud, la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes -incluida, pero no limitada a la atención médica- entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales, concepción que cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como inequidades en salud.(Braveman P.;1998).

Si bien en ocasiones se habla de la medición de la equidad (o de su ausencia), esto no es correcto. La causa de una desigualdad, o de una igualdad, como dice Whitehead, tiene que ser examinada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad; luego, el calificar una desigualdad, o una igualdad, como injusta, innecesaria y/o evitable o no, depende de un valor de juicio. Por consiguiente, las desigualdades se miden, y la inequidades se juzgan. .(Whitehead M.;1991.)

¿Y cómo se miden las desigualdades en el estado de salud de la población y se identifican las relaciones entre el estado de salud y sus determinantes? Se ha expuesto9 que esto puede conllevar el cumplimiento de los siguientes propósitos generales, o de parte de ellos:

Identificar niveles y patrones de distribución espacio-temporal de indicadores del estado de salud de la población.

Identificar niveles y patrones de distribución espacio-temporal de indicadores de los determinantes del estado de salud de la población.

Determinar la relación entre los niveles de mortalidad o de morbilidad y los niveles de los determinantes.

Identificar el impacto de las intervenciones que se realicen en la dinámica de las series de tiempo del estado de salud de la población o de los determinantes.

Determinar la eficiencia de los recursos del estado de salud de la población o de los determinantes.

Determinar la homogeneidad de los territorios en la obtención de los logros en el estado de salud de la población o de los determinantes.

Identificar el nivel de disparidad entre grupos humanos respecto a indicadores que los caractericen.

Evaluar a los territorios de acuerdo a su estado global de salud.

A su vez, cada propósito general puede desglosarse en propósitos específicos de análisis, y se ha identificado un cuerpo de procedimientos de análisis que posibilitan cumplimentar tales propósitos específicos. (López C. 2007;).

Existen otros muchos aspectos concernientes a la conceptualización de equidad en salud, su valoración, y aspectos muy relacionados que quedan por abordar: la equidad como dimensión del desarrollo humano, (PNUD.; 1996.)las dimensiones éticas de la equidad en salud,(Peter F, Evans T.;2002.p.27-35)las respuestas políticas y las iniciativas prácticas para promover la equidad en salud,(Whitehead M, Dahlgren G, Wilson L.;2002.p.335-51)y lo relativo a la equidad horizontal y vertical,(Evans T,;2002.p.365-70)entre ellos.

EJEMPLOS QUE NOS AYUDAN A DICERNIR:

la diferencia entre tres términos aparentemente similares:

Diferencias

Des-igualdades (en inglés In-equalities)

Inequidades (en inglés In-equities)

Puede haber diferencias y desigualdades que no son necesariamente injustas. Si alguien decide libremente ir a esquiar y se rompe una pierna, el hecho de que tenga una fractura y su hermano, que no quiso salir a esquiar, no la tenga, no convierte a esa diferencia en salud en una inequidad en salud, Y en términos colectivos, el hecho de que los que practican deportes de riesgo tengan más accidentes, tampoco se percibe como algo injusto.

Sin embargo, tener mas posibilidades de enfermar por estar expuesto a un riesgo laboral (por ejemplo, enfermar por un tumor pleural por no quedarle más remedio que trabajar en un ambiente laboral expuesto al amianto) o tener una esperanza de vida menor por ser de clase trabajadora (como consecuencia de tener menores oportunidades de vida, peores hábitos de salud, mayor exposición a riesgos ambientales y laborales, vivir bajo una mayor tensión emocional e inseguridad, tener peores posibilidades de neutralizar el impacto de las

situaciones críticas, en definitiva, por sufrir un mayor desgaste en salud), es una clara iniquidad en salud.

La distinción entre diferencia y desigualdad es más sutil. Está basada, en el instrumento y unidad de medida. La desigualdad supone que se ha medido la diferencia con el mismo instrumento (más o menos cm. de talla, más o menos incidencia de enfermedad o mortalidad). La diferencia, sin embargo, es la apreciación subjetiva que dos cosas no son iguales, aunque no podamos aplicar un instrumento de medida (una pera y una manzana son diferentes, mas que desiguales)

Factores que determinan las inequidades sanitarias

La OMS en el 2007 establece los factores que afectan la equidad social y en salud.

El contexto mundial afecta al modo en que las sociedades prosperan, pues repercute en las relaciones internacionales y en las normas y políticas nacionales. A su vez, éstas configuran la organización del funcionamiento interno de las sociedades, a escala nacional y local, propiciando la aparición de diversas formas de posición social y jerarquía, organizadas en función de los ingresos, educación, ocupación, género, raza/etnicidad y otros factores. El lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad.

Los beneficios del crecimiento económico registrado durante los últimos 25 años se han distribuido de modo desigual. En 1980, los países más ricos, donde habitaba el 10% de la población del mundo, tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres. En 2005 lo multiplicaba por 122.

La ayuda internacional – en gran medida inadecuada y muy por debajo de las cantidades prometidas – queda en nada al lado de la magnitud de las obligaciones que impone el pago de la deuda a muchos países. En consecuencia, muy a menudo se registra un flujo financiero neto desde países pobres hacia países más ricos, situación ciertamente alarmante.

A lo largo de los últimos 15 años se ha registrado una tendencia a la disminución de la participación en el consumo nacional del quintil más pobre de la población de muchos países. En Kenya, por ejemplo, si se mantienen las actuales tasas de crecimiento económico y niveles de desigualdad en los ingresos, la familia pobre mediana no superará la línea de pobreza hasta 2030.

Si se duplicara la porción de crecimiento de los ingresos de los pobres de Kenya, la disminución de la pobreza se registraría en 2013.

los prejuicios sexistas en el acceso al poder y los recursos, en los derechos, las normas y los valores, y el modo en que se estructuran las organizaciones y se ejecutan los programas dañan la salud de millones de muchachas y mujeres. La posición de la mujer en la sociedad está asociada también con la salud y la supervicencia de los niños y las niñas.

la equidad sanitaria depende de forma crucial de la capacidad de acción y decisión de las personas para afrontar y cambiar la distribución, injusta y fuertemente jerarquizada, de los recursos sociales, a los que todos tienen derecho y pueden aspirar por igual. La inequidad de poder interactúa en cuatro dimensiones principales – política, económica, social, y cultural – y se manifiesta sin solución de continuidad, incluyendo o excluyendo a los grupos en diversos grados.

Revisando enfoques y construyendo un marco referencia integral para la comprensión y la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud

La revisión de los distintos análisis producidos en torno a los Determinantes Sociales de Salud nos lleva a identificar tres principales abordajes, con aportes complementarios (Solar & Irwin, 2007)2:

el psico-social.

el de la producción social de la salud /enfermedad el eco-social con múltiples niveles de referencia.

Los tres abordajes buscan explicar las inequidades en salud. Aunque todos ellos partan del análisis de la distribución social de la enfermedad, su interpretación no se reduce a los aspectos biológicos, los que son integrados a las explicaciones sociales con distintos énfasis en la perspectiva de salud poblacional.

El abordaje psico-social enfatiza el peso que tiene la percepción del estatus personal en sociedades desiguales, lo que conduce a tensiones y peores condiciones de salud. De acuerdo con estos teóricos, la experiencia de vivir en situaciones de inequidad fuerza constantemente a las personas a comparar constantemente su estatus, posesiones y otras circunstancias de vida con otros, engendrando sentimientos de desvalorización y desventaja, produciendo conflic-tos y deterioros en la salud. A nivel social, las jerarquías de ingresos y de estatus debilitan la cohesión social. Estas investigaciones se han inspirado en una amplia literatura sobre las relaciones entre las percepciones sociales de inequidad, los mecanismos psico-biológicos y la situación de salud.

El abordaje de la producción social de la salud/enfermedad ha destacado explícitamente los determinantes económicos y políticos. No niegan las consecuencias psico-sociales de la inequidad en los ingresos, pero argumentan la necesidad de comenzar desde las causas estructurales de las inequidades. Desde este ángulo, interpretan que la inequidad refleja la falta de recursos de los grupos e individuos y la sistemática falta de inversión en la infraestructura (educación, servicios de salud, controles ambientales, disponibilidad de alimentos, calidad de vivienda, regulaciones de salud ocupacional, controles ambientales, transporte, etc.). Las decisiones políticas y los procesos económicos constituyen un conjunto de condiciones materiales que afectan la salud de la población.

Recientemente, el abordaje eco-social con múltiples niveles de referencia busca interpretar las inequidades en salud como causa y resultado de una relación dinámica, histórica y ecológica. Se propone estudiar los patrones comportamientos de salud, enfermedad y bienestar de una población como expresiones integradamente biológi- cas y de relaciones sociales y cómo, asimismo, las relaciones sociales influyen en las más básicas comprensiones de lo biológico y la construcción social de la enfermedad. Más que sumar lo biológico y lo social, este enfoque busca integrar una visión compleja de los cambiantes patrones de salud de la población.

Pero, ¿qué aportan estos tres distintos abordajes?

En verdad, logran una mejor comprensión de los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales influyen sobre la salud, reconociendo explicaciones complementarias, explicaciones que no son mutuamente excluyentes:

- La selección social: desde esta mirada, la salud determina la posición socioeconómica y no el proceso inverso. La salud ejerce una importante influencia en el logro de posiciones sociales como resultado de la movilidad social, a través de la cual los sanos están en mejores condiciones de ascender que los que padecen enfermedades o discapacidades.

La posición social, complementando el mecanismo anterior, determina la salud a través de factores intermediarios. Los problemas de salud tienen mayores posibilidades de desarrollarse en los grupos socioeconómicos más bajos, principalmente en forma indirecta. Las diferencias socioeconómicas en salud aparecen cuando la calidad de esos factores intermediarios se distribuyen entre diferentes clases socioeconómicas.

La perspectiva del curso de vida, a lo largo de la vida individual, a través de generaciones y a nivel de poblaciones. Esta perspectiva permite detectar períodos críticos en la vida, la importancia del tiempo de exposición al riesgo y la acumulación de riesgos a lo largo del tiempo. Facilita, particularmente, la comprensión de la intervención “a tiempo” en el proceso temporal (infancia temprana, infancia, adolescencia, adultez).

perspectivas sobre los DSS que sean más integrales

Un marco integral y estratégico para la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud adopta el concepto de posición social como el concepto central para interpretar los mecanismos de la inequidad en salud, como generadores de la distribución del poder, la riqueza y los riesgos, estratificando los resultados en salud.

Desde esta perspectiva integral, pueden reconocerse:

Determinantes Estructurales, definidos por la estratificación social y sus mecanismos de mantenimiento.

Determinantes Intermediarios, relativos a factores y circunstancias sociales específicas.

La estratificación social engendra la exposición desigual a las condiciones de riesgos de enfermedad y provoca la vulnerabilidad diferencial, en términos de condiciones de salud y recursos materiales disponibles, determinando consecuencias diferenciales de

enfermedad para los grupos más vulnerables, tanto en el ámbito social y económico como en los resultados de salud per se.

El grado de cohesión social atraviesa y afecta tanto los factores estructurales como los intermediarios. La magnitud del problema alcanza al conjunto del contexto socio-económico y político, con impacto en la mortalidad y morbilidad y, simultáneamente, afecta al crecimiento económico y social.

El enfoque integral y estratégico sobre los Determinantes Sociales de Salud, implica

Considerar la estratificación social como factor de importancia central en la comprensión de los DSS. Esta estratificación produce las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza en diferentes posiciones socioeconómicas.

Considerar que los mecanismos que influyen en los resultados de salud a partir de la estratificación social operan de la siguiente manera:

El contexto social que asigna a los individuos y grupos diferentes posiciones sociales, creando y manteniendo las jerarquías, como el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y los valores socio-culturales. La exposición diferencial a la salud y los daños en salud y la vulnerabilidad diferencial en las condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales según grupos poblacionales.

Las consecuencias diferenciales en las condiciones de salud y enfermedad para los grupos con más desventajas.

A partir de estos determinantes y mecanismos estructurales, se desarrollan y operan determinantes intermediarios, que implican la concreción de situaciones específicas de importancia, configurando los resultados de salud:

Las circunstancias materiales: calidad de vivienda, acceso al alimento y condiciones del ambiente físico.

Las circunstancias psico-sociales: las tensiones sociales (stress, violencia, coacción, etc.), las tensiones de género y etnia, y el cambio o copia de los patrones y estilos de vida de otros grupos o contextos culturales.

Los factores biológicos y comportamentales: como los patrones de nutrición, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco, los factores genéticos.

Para construir un enfoque integral y estratégico es importante, ante todo, considerar que cualquier esfuerzo serio para reducir las inequidades en salud implica cambiar la distribución del poder dentro de la sociedad beneficiando a los grupos con más desventajas y actuando en varios niveles. La acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud constituye un proceso político que involucra a las agencias sociales de la comunidad y al Estado, basado en la acción colectiva. El análisis del impacto del poder social sobre la salud sugiere que el empoderamiento de los grupos vulnerables y con menores ventajas es vital para reducir las inequidades en salud.

Implicaciones para las políticas y para la política:

El análisis de estos factores lleva a definir la necesidad de:

Superar los enfoques despolitizados en el rol del Estado para la promoción de la equidad.

Generar políticas intersectoriales que ataquen las causas profundas de la vulnerabilidad diferencial y la exposición diferencial a los riesgos.

Un importante determinante social de la salud que no deberíamos ignorar

Sistemas de salud: Muchas veces ignorado como un determinante social de la salud.

Gran parte de la investigación sobre políticas de salud ha destacado sus esfuerzos en la forma de abordar los problemas de salud, centrándose en acciones curativas y de mejora de la eficacia de los servicios de salud. Por otro lado, una proporción considerable de la investigación en salud pública hace hincapié en las acciones para prevenir las enfermedades entre las personas en grupos de alto riesgo, dando preferencia a las acciones individuales sobre estilos de vida. También dentro de la literatura SDH, diversos modelos de análisis de SDH han puesto su atención sobre el papel que desempeña la organización de los sistemas de salud de modo que puedan mejorar la equidad en salud. El Informe Final de la Red de Conocimiento sobre el Sistema de Salud3 aborda explícitamente esta cuestión y afirma que los sistemas de salud son el resultado de procesos sociales y políticos. Como consecuencia de ello los sistemas de salud son determinados socialmente y, de hecho, son un determinante social de salud. La organización y los valores incorporados en un sistema de salud pueden afectar a las personas, a la exposición y la vulnerabilidad. Adecuadamente

diseñados los sistemas de salud pueden hacer frente al problema de la desigualdad en la exposición y a la vulnerabilidad entre los grupos de población, por ejemplo, mejorando la equidad en el acceso, mediante la promoción de la acción intersectorial, estimulando a las comunidades a participar en procesos de toma de decisiones, o mediante la adopción de políticas públicas innovadoras en materia de salud comunitarias. Las acciones sobre los DSS también exige el empoderamiento de las comunidades marginalizadas y las estructuras de gobierno que genuinamente expresan la voz de todos.

Como resultado, implementar la APS y las acciones sobre los DSS exige un fuerte interés en las acciones intersectoriales para la salud, es decir, políticas e iniciativas que van más allá del sector de la salud y que son necesarias para proteger y promover la salud. Las acciones intersectoriales fueron un principio clave de la declaración de Alma Ata, las que se reconfiguraron más recientemente como “salud en todas las políticas” en la región europea. La APS reconoce que el sector de la salud no es el único que contribuye a mejorar la salud. El discurso sobre los DSS demuestra claramente de qué manera las inequidades en salud no obedecen exclusivamente a la falta de acceso a los servicios de salud, sino a la influencia de inequidades en otros sectores, por ejemplo vivienda, trabajo, educación o ingresos. Así, las acciones sobre los DSS involucran a la sociedad toda, mientras que el sector de la salud, aunque importante, es sólo uno entre muchos otros en los que se requiere la adopción de acciones inmediatas si se tiene como meta reducir las inequidades en salud.

En conclusión, la APS necesita la información que los análisis de los DSS pueden brindarle y la guía de sus acciones a fin de lograr el objetivo de la equidad en salud. Esto requiere políticas públicas que abarquen a todos los sectores que actúan sobre los DSS con el objeto específico de promover y proteger la salud. Más aún, de acuerdo con el enfoque de la APS, los sistemas de salud necesitan ser informados y dirigir sus acciones sobre los DSS en toda la sociedad, al tiempo que promueven la participación social para la formulación de políticas orientadas a proteger la salud.

Banco de casos de situaciones-problema de desigualdad o inequidades sociales

Desigualdad o inequidad social en la salud y equidad social en la salud

Desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud es un término que refiere a las disparidades de salud dentro de un mismo país o entre diferentes países.

Desigualdades que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales. De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud no son sinónimo de "desigualdades en la salud", dado que esta última expresión puede ser interpretada como referida a cualquier diferencia, y no específicamente a las disparidades injustas. Por ejemplo, las medidas de las "desigualdades en la salud" propuestas recientemente cuantifican deliberadamente la distribución de la salud en las poblaciones sin ninguna referencia a los grupos sociales ni a las desigualdades sociales en el campo de la salud.

Inequidades en la mortalidad materna en áreas urbanas

Ya se sabe que, incluso en países desarrollados, los grupos poblacionales desfavorecidos en lo socioeconómico, viven menos y tienen más episodios de enfermedad que los más ricos. En la ciudad de San Pablo (Brasil), la mortalidad materna se encontraba cerca de 40/100.000 en el año 2003. En la periferia urbana de la misma ciudad la mortalidad materna llegaba a 65/100.000, y entre las mujeres negras las tasas alcanzaban al l 200/100.000.

Inequidades en esperanza de vida entre países

Existen diferencias dramáticas, globalmente, en el grado en que las personas pueden desarrollar vidas saludables. Los niveles de salud son claves para medir esas diferencias. Una mujer en Botswana tiene una expectativa de vida de 34 años, mientras que una mujer en Japón alcanza los 86. El resto del mundo se distribuye entre estos extremos, con diferencias dentro de cada país según distintos estratos socio- económicos.

Inequidades en la salud reproductiva de adolescentes

En el área industrial de la región metropolitana de San Pablo (específicamente en el municipio de Santo André), a fines de los años noventa, adolescentes del sexo femenino presentaron tasas de fecundidad tres veces superiores a las tasas presentadas por adolescentes de la misma edad que viven en áreas de inclusión social.

Inequidades entre los resultados en salud relacionados con educación

En El Salvador, por ejemplo, si la madre no tiene escolaridad sus bebés tienen 100 oportunidades sobre 1000 de morir en el primer año de vida. En cambio, si las madres tiene al menos la educación secundaria, la tasa de muerte infantil se reduce a la cuarta parte.

Etnia, acceso a la atención, género, cultura, pobreza, vulnerabilidad

Los pueblos amerindios fueron los primeros sujetos de la historia humana de la Baja América Central. Se ha considerado que los pueblos indígenas que han mantenido costumbres similares a sus antepasados conservaban buenas condiciones de salud y sobrevivencia. Actualmente, los cambios resultantes de la globalización han provocado una transición demográfica, epidemiológica y cultural con un impacto negativo en salud.

Hoy los amerindios son las minorías étnicas y los que sufren mayor marginación pese a su larga historia de resistencia a la dominación, sus derechos ciudadanos siguen siendo limitados en educación, en la participación política efectiva y en el acceso a los servicios de salud.

La principal actividad es la agricultura. Las condiciones de acceso a los servicios de salud de las mujeres dependen de su ubicación geográfica y de las barreras del idioma. Algunos de los pueblos conservan su lengua (Bribri y Cabecar). Muchas de las mujeres no son bilingües, a diferencia de los hombres.

El acceso a la atención del embarazo y parto de las mujeres indígenas que habitan en el distrito Bratsi, localizado geográficamente al sur-este de Costa Rica, limitando con Panamá es muy deficitario. Aquí se encuentran grupos étnicos amerindios que hablan Chibcha. El Cantón de Talamanca posee uno de los índices de desarrollo humano (IDH) más bajos del país.

Las localidades se encuentran divididas según su ubicación geográfica en: localidades antes de cruzar los ríos (no existen puentes), localidades después de los ríos (Valle Talamanca) y localidades en los altos de las montañas. Los dos últimos grupos de localidades, tienen dispersa su población, a veces con más de un kilómetro entre los ranchos.

El riesgo de muerte infantil del cantón de Salamanca duplica el riesgo de muerte a nivel nacional y la desnutrición infantil en edades tardías (24-35 meses) se atribuye a la pobreza y escasa cobertura de programas de Nutrición en la zona.

Prioridades para las intervenciones en salud

Millones de personas en el mundo se encuentran hoy afectadas en su derecho a la salud por causas sociales controlables y evitables desde políticas y acciones públicas.

¿Sobre qué ejes o dimensiones trabajar para enfrentar estos retos?

Impulsar políticas públicas saludables basadas en los determinantes sociales de la salud implica sustentar las acciones en desafíos y en compromisos públicos para:

Saldar la deuda social, generada en entornos de pobreza y en donde existe desigualdad en la distribución de la riqueza, donde la TBC, malaria, SIDA siguen en aumento

Mantener los logros de salud alcanzados, como la mayor disponibilidad de servicios sanitarios y eficacia creciente en los programas o para citar ejemplos como la eliminación de la poliomielitis y la disminución del sarampión.

Enfrentar los nuevos escenarios y desafíos, como los problemas generados por los estilos de vida y sus entornos ambientales, como la hipertensión arterial, la diabetes a los accidentes de tránsito, la depresión, o los efectos de los cambios climáticos, entre otros

1. En primer lugar, hay una clara y definitiva opción ética que consiste en poner en el centro de la acción sanitaria a la justicia social, expresada en la formulación del proyecto como la búsqueda de mejorar la salud de la población a través de disminución de las brechas de equidad, buscando disminuir el impacto de los factores negativos, es decir, los que contribuyen a una mayor frecuencia de ciertas enfermedades para los grupos desprotegidos respecto de otros grupos de la sociedad, acciones sanitarias y extra-sanitarias. Esta visión ética es de la mayor trascendencia, porque cambia el foco de la acción y la “re-sitúa” donde siempre ha debido estar, en la creación de oportunidades equitativas para todos los miembros de una sociedad a través de la eliminación de las barreras sociales y económicas que no permiten que todos alcancen los mismos resultados en salud. En esta opción manifiesta desde el principio, la mirada básica es ética junto con el imperativo de la justicia social.

2. En segundo lugar, la identificación y acción en relación con los determinantes sociales de la salud implica resolver la manera de abordar tanto el estudio del impacto de esos factores sociales, como también la forma de prevenir su acción nociva. Esto conlleva un cambio metodológico significativo, por dos razones:

Porque importan más las brechas en los resultados en la salud de los distintos grupos sociales, medidos, al menos, en

Expectativa de vida y discapacidad, que los resultados promedio de la salud de la población, que hacen necesario desarrollar los instrumentos que permitan efectivamente medir esas diferencias y relacionarlas con los factores que las originan; porque se otorga prioridad en el análisis a la interacción de los factores entre sí y con las variables de la dinámica de las poblaciones que al conocimiento de la acción específica de cada factor aisladamente. Es decir, metodológicamente, más que universos separados de acciones individuales, se marca la relevancia de la acción intersectorial para el abordaje de la multicausalidad social.

Este cambio metodológico representa un cambio en la visión sectorial y compartimentada de la realidad y por tanto, una búsqueda para superar las fronteras sectoriales. Implica abordar políticas públicas integradoras y de un mejoramiento de la cohesión social, a partir de trabajo sobre las causas más profundas de la inequidad en salud, elaborando estrategias para superarlas.

Claves y estrategias de acción para enfrentar los Determinantes Sociales de Salud

El análisis de las estrategias de intervención sobre los DDS muestra la existencia de tres modalidades de políticas: (1) mejorar la salud de grupos de población más desfavorecida a través de programas focalizados por objetivos, (2) disminuir las brechas entre los grupos más pobres y los más aventajados socialmente y (3) adherir a todos los gradientes de salud asociando la posición socio- económica y las condiciones de salud en toda la población.

La estrategia de programas focalizados, identifica a un segmento de la población objetivo y monitorea los resultados que se van alcanzando alrededor del desarrollo del programa. Esta estrategia es de uso extendido y puede alinearse con otros programas sociales. Sin embargo, tiene sus límites, dado que se beneficia solamente a un subgrupo que representa un porcentaje pequeño de la población y en una problemática específica. Es decir, puede no reducir la inequidad, porque no trabaja integralmente con otros factores estructurales e intermediarios ni atiende a otros grupos sociales.

La estrategia de reducción de brechas, como por ejemplo, aproximar la expectativa de vida de los grupos más vulnerables a la de otros grupos sociales o ampliar el acceso a la educación de los más desfavorecidos socialmente. Esta estrategia brinda resultados pero estos esfuerzos específicos también benefician sólo a un sector, al no incidir en otros grupos sociales y en otros mecanismos determinantes.

La estrategia de gradientes implica un esfuerzo comprehensivo dirigido a impactar en la salud de toda la población, incluyendo grupos de distintas posiciones sociales, como por ejemplo la acción sobre la violencia y los accidentes de tránsito, la mejora de las condiciones y espacios de trabajo (tabaquismo) o la lucha por la mejora de las condiciones del medio ambiente. En general, pueden ser estrategias más costosas y de largo plazo, lo que impide monitorear resultados de salud a corto plazo. Debemos tener en cuenta que la estrategia de Para la toma de decisiones acerca de las mejores estrategias de acción para incidir sobre los determinantes sociales de la salud, pueden recomendarse los siguientes criterios sustantivos:

La primera opción y la más fundamental implica la búsqueda de reducción de los determinantes estructurales que perpetúan las desigualdades, la inequidad y la exclu- sión, actuando centralmente sobre el contexto social y las consecuencias diferen- ciales, como por ejemplo, el acceso al trabajo digno y regulado y a la educación.

La segunda opción refiere a los determinantes intermediarios, tales como las condiciones de trabajo, los derechos de género y el ambiente saludable, disminu- yendo la exposición diferencial y la vulnerabilidad específica a los daños en salud

La tercera opción apunta a revertir los efectos de la posición socio-económica, tales como los que surgen ante la pérdida de la fuente de trabajo o los que crean condiciones para mantener en el trabajo a personas con enfermedades crónicas y asegurar el cuidado curativo para los que sufren daños, a través del aseguramiento en salud, incluyendo a personas de distintas posiciones sociales.

En cuanto a las claves de las intervenciones de política, las experiencias y los estudios indican la importancia de:

Atacar integralmente los determinantes estructurales e intermedia-rios, con estrategias específicas según el contexto. La economía en crecimiento es y ha sido de gran importancia para mejorar las condiciones de vida pero no es suficiente sino va acompañada de políticas que corrijan las desigualdades.

Priorizar el trabajo intersectorial. Este nuevo enfoque supera el modelo histórico que considera que el campo de la salud era competencia exclusiva y excluyente del sector salud. E implica, asimismo, renovar el compromiso con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Enfatizar el trabajo conjunto con la participación de la sociedad civil y sus organizaciones sociales y el empoderamiento auténtico de los grupos más vulne- rables. Esto se expresa en políticas públicas concretas que mejoren la situación de muchos de sus ciudadanos que enferman y mueren por causas evitables. La aplicación de tecnología médica ayuda y es importante, pero es necesario crear las condiciones para que la población logre un bienestar general que conduzca al bienestar individual y a la buena salud, enfocando la salud como un derecho (ej. redes de municipios salu- dables, abogacía, programas conjuntos con ONG, presupuestos participativos,

Banco de metodologías e intervenciones

¿Existen ejemplos concretos de intervenciones exitosas sobre determinantes sociales de la salud?

Algunos ejemplos de metodologías e intervenciones exitosas sobre los determinantes sociales de la salud que se pueden destacar son:

Metodologías para la evaluación de impacto en salud de distintas intervenciones sobre determinantes sociales. Metodologías para la evaluación de necesidades de salud en grupos vulnerables y definición de prioridades.

Intervenciones y políticas integradas para disminuir la exposición y vulnerabilidad diferencial a determinantes sociales tales como:

1- Campañas de prevención y de promoción focalizadas en grupos vulnerables, tales como familias o personas en extrema pobreza, grupos de edades extremas y otros.

2- Experiencias de definición de “zonas de acción sanitaria” para implementar intervenciones integradas, tales como nutrición, empleo y mejoría ambiental en zonas geográficas definidas como prioritarias.

3- Programas de rotación laboral de trabajadores en puestos de alto riesgo y cambios en la modalidad de contrato para puestos de trabajo asociados a mayor riesgo psico-social.

4- Suministro de alimentación saludable en los lugares de trabajo y escuelas.

- Intervenciones desde el sistema de salud sobre los determinantes sociales y soporte a los grupos más desfavorecidos, tales como:

1- Evaluación y medición de las inequidades en salud y atención de salud por las autoridades nacionales y locales, como base para la asignación de recursos y definición de programas acorde a las necesidades.

2- Implementación de servicios de salud ocupacional para todos los trabajadores, especialmente inmigrantes e informales.

3- Programas integrados de salud y nutrición en las escuelas. Capacitación en salud a comunidades locales.

4- Programas de subsidios sociales que vinculen éstos con el cumplimiento de metas en las familias que disminuyan su riesgo social, tales como porcentaje de asistencia de los niños a la escuela, realización de chequeos médicos sistemáticos y otras medidas de promoción de la salud.

5-Intervenciones para superar las barreras de acceso al sistema de salud de los grupos desfavorecidos.

Intervenciones para disminuir la estratificación social, tales como:

1- Definición de Presupuesto público asignado a los distintos sectores sociales basado en la definición de metas y actividades específicas que contribuyan al cumplimiento de objetivos sanitarios y de equidad en salud en los países.

2- Programas de participación y empoderamiento comunitario, preferentemente de los grupos socialmente excluidos, que contribuyan a la cohesión social.

3- Programas que contribuyan a disminuir los efectos negativos de las enfermedades sobre la posición social, tales como: empobrecimiento por pagos catastróficos, desempleo, falta de protección laboral para los ciudadanos con enfermedades crónicas y/o soporte para su reinserción al trabajo.

CAPÍTULO V

LAS POLÍTICAS DE SALUD, NUTRICION Y ALIMENTACION INTERNACIONALES

La definición de políticas de salud en el ámbito internacional es una importante fuente de orientación y de reflexión para analizar el desarrollo de las políticas nacionales en salud colectiva.

Estas políticas, si bien de distintos orígenes, tienen una característica común que es su aceptación generalizada en un determinado momento histórico del desarrollo de la teoría y práctica de la Salud Pública.

Un ejemplo del origen de conocimientos sobre la salud colectiva y las relaciones del desarrollo económico social con equidad se encuentra ya en la concepción histórica de la medicina social y en los conocimientos aportados a través de investigaciones de epidemiología social y de las ciencias sociales aplicadas a la salud como la sociología y la antropología social (Sonis, 1968; San Martin,

1970; White, 1992).

Los mismos han contribuido a definir a través de la historia consensos de opinión y discursos de políticas de salud orientados hacia el desarrollo económico social con equidad.

Ya Hipócrates en su enfoque holístico del concepto de salud-enfermedad destacaba la importancia de la influencia del ambiente en la salud colectiva y su relación con la situación social.

Esta concepción holística de la salud y sus relaciones con el medio social y económico ha sido enriquecida y confirmada en los clásicos estudios epidemiológicos realizados en el siglo XIX, los que presentan nuevas evidencias sobre las relaciones de la situación social de la población con su nivel de salud.

Entre otros cabe mencionar los estudios realizados por John Snow y William Farr, en Londres, sobre las epidemias de cólera y su relación con poblaciones con altos grados de pobreza y carencia de saneamiento básico y de provisión de agua segura; así como los de Louis Villermé, en Paris, quien relacionó las tasas de mortalidad de la población con su situación económica (1826); y los estudios de Rudolph Virchow, en Alemania, quien denunció la relación de una devastadora epidemia de fiebre tifoidea en distritos industriales de Silesia con factores económicos y sociales. Para su tiempo, poco podía esperar del tratamiento médico y proponía una reforma hacia “una democracia completa y sin restricciones” que comprendiera educación, libertad y prosperidad (Rosen, 1985:76).

La estrecha relación entre la teoría y la práctica médica y sus resultados a nivel poblacional fue enfatizada por Virchow cuando afirmó que “ la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala” (Virchow, 1992:18).

Las relaciones entre salud y desarrollo económico social que avalan la definición de políticas sociales y de salud colectiva surgen también por las investigaciones recientes aportadas entre otros por Wilkinson y Kawachi.

Al estudiar la relación entre desarrollo económico y esperanza de vida Wilkinson (Wilkinson, 1997) encuentra que la diferencia de ingresos es la variable económica más relevante que afecta el nivel de salud.

Es decir que se vuelve a afirmar lo ya explicitado en el siglo XIX: que la situación de salud de una población es función de la distribución justa de los recursos de la economía a toda la población.

En este mismo campo, Kawachi realiza también aportes de interés (Kawachi, 1999).

Analizando la relación entre situación de salud y pobreza, Kawachi afirma que es la cohesión social de una comunidad la que influye sobre la salud colectiva y que ello se logra reduciendo las diferencias de ingreso y otorgando igualdad de oportunidades en los sectores sociales de mayor capacidad distributiva potencial como la salud y la educación.

Como se puede apreciar, la necesidad de definir políticas de salud que contemplen su íntima relación con el desarrollo social con equidad, no es nueva.

Estas reflexiones que llevan ya más de 150 años son, sin lugar a dudas, aportes importantes a las políticas de salud actuales. En ellas se afirma la necesidad de lograr desarrollos económicos sociales con justicia y equidad como elementos sustanciales para la salud colectiva.

Los aportes de pensadores de la medicina social y los recientes estudios de la investigación epidemiológica así lo sustentan.

A partir de la década de 1950 con la creación de organismos internacionales especializados dentro del marco de las Naciones Unidas, la definición de políticas globales tiene un origen y consenso institucional claramente definido.

Estos organismos se identifican como aquellos destinados a aspectos generales del desarrollo como el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), o los organismos de la ONU en el campo de la economía como el Banco Mundial (BM) .

Se crea la declaración de los derechos humanos y demas pactos internacionales

DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000. DECLARACIÓN DEL MILENIO: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA

“Crisis mundial – Acción mundial”

Nosotros, Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de Estados y de gobiernos, reunidos en las Naciones Unidas del 25 al 27 de junio de 2001 con ocasión del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea

General, celebrado, como cuestión de urgencia, de conformidad con la resolución 55/13, de 3 de noviembre de 2000, para examinar y hacer frente al problema del VIH/SIDA en todos sus aspectos, así como para lograr que todos se comprometan a mejorar la coordinación e intensificar las actividades nacionales, regionales einternacionales para combatirlo de forma integral;

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

Artículo 12

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad

DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE

Artículo 11.

Todo individuo tendrá derecho a reunirse libremente con otros. El ejercicio de este derecho estará sujeto solamente a las necesarias restricciones estipuladas por la ley, en especial las decretadas en interés de la seguridad nacional, la seguridad personal, la salud, la ética y los derechos y libertades de los otros.

Artículo 16.

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.

2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

DECLARACION UNIVERSAL SOBRE LA ERRADICACION DEL HAMBRE Y LA MALNUTRICION

Reconociendo que:

La grave crisis alimentaria que afecta a las poblaciones de los países en desarrollo, en los que vive la mayoría de las personas hambrientas y malnutridas del mundo y donde más de dos tercios de la población mundial producen alrededor de un tercio de los alimentos del mundo -- desequilibrio que amenaza aumentar en los diez próximos años -- no sólo tiene graves repercusiones económicas y sociales, sino que compromete gravemente la realización de los principios y valores más fundamentales asociados con el derecho a la vida y la dignidad humana, incorporados en la Declaración Universal de Derechos Humanos;

La eliminación del hambre y la malnutrición, que es uno de los objetivos de la Declaración de las Naciones Unidas sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, y la eliminación de las causas que determinan esta situación, son objetivos comunes de todas las naciones;

La situación de los pueblos que sufren de hambre y malnutrición se origina en circunstancias históricas, especialmente en las desigualdades sociales, incluyendo en muchos casos la dominación extranjera y colonial, la ocupación extranjera, la discriminación racial, el apartheid y el neocolonialismo en todas sus formas, que siguen constituyendo uno de los mayores obstáculos para la plena emancipación y el progreso de los países en desarrollo y de todos los pueblos involucrados;

Esta situación se ha visto agravada desde hace unos años por una serie de crisis por las que ha atravesado la economía mundial, como el deterioramiento del sistema monetario internacional, el aumento inflacionista de los costos de importación, la pesada carga impuesta por la deuda exterior a la balanza de pagos de muchos países en desarrollo, el aumento de la demanda de alimentos, debido en parte a la presión demográfica, la especulación y la escasez y el aumento de los costos de medios esenciales de producción agrícola;

Estos fenómenos deben considerarse dentro del marco de las actuales negociaciones sobre la Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados y debe instarse a la Asamblea General de las Naciones Unidas a que acuerde por unanimidad y adopte una Carta que sea instrumento eficaz para la creación de nuevas relaciones económicas internacionales basadas en principios de equidad y justicia;

Todos los países, pequeños o grandes, ricos o pobres, son iguales. Todos los países tienen pleno derecho a participar en las decisiones relativas al problema alimentario;

El bienestar de todos los pueblos del mundo depende en buena parte de la producción y distribución adecuadas de los alimentos tanto como del establecimiento de un sistema mundial de seguridad alimentaria que asegure la disponibilidad suficiente de alimentos a precios razonables en todo momento, independientemente de las fluctuaciones y caprichos periódicos del clima y sin ninguna presión política ni económica, y facilite así, entre otras cosas, el proceso de desarrollo de los países en vías de alcanzarlo;

La paz y la justicia entrañan una dimensión económica que ayuda a resolver los problemas económicos mundiales y a liquidar el subdesarrollo, que ofrece una solución duradera y definitiva del problema alimentario de todos los pueblos y que garantiza a todos los países el derecho de llevar a la práctica, de manera libre y efectiva, sus problemas de desarrollo. Con este fin es necesario eliminar las amenazas y el recurso a la fuerza y promover la cooperación pacífica entre los Estados en la máxima medida posible, aplicar los principios de no injerencia en los asuntos internos de otros Estados, plena igualdad de derechos y respeto de la independencia y soberanía nacionales, y alentar la cooperación pacífica entre todos los Estados cualesquiera que sean sus sistemas políticos, sociales y económicos. El mejoramiento continuo de las relaciones internacionales creará condiciones más favorables para la cooperación en todos los sectores, lo que hará posible, sin duda, que se usen grandes recursos financieros y materiales entre otras cosas para aumentar la producción agrícola y mejorar substancialmente la seguridad alimentaria mundial;

Para lograr una solución duradera del problema alimentario deberán hacerse todos los esfuerzos posibles por eliminar la brecha cada vez mayor que hoy separa a los países desarrollados de los países en desarrollo y por lograr un nuevo orden económico internacional. Todos los países deberían estar en condiciones de participar de manera activa y eficaz en las nuevas relaciones económicas internacionales mediante el establecimiento de sistemas internacionales adecuados, donde proceda, capaces de poner en marcha una

acción apropiada, a fin de establecer relaciones justas y equitativas en la cooperación económica internacional;

j) Los países en desarrollo reafirman su convicción de que es a ellos a quienes incumbe ante todo la responsabilidad de asegurar su rápido desarrollo. Por tanto, se declaran dispuestos a seguir intensificando sus esfuerzos individuales y colectivos para aumentar su cooperación mutua en el sector del desarrollo agrícola y la producción de alimentos, incluida la erradicación del hambre y la malnutrición;

k) Dado que, por diversas razones, muchos países en desarrollo no están todavía en condiciones de satisfacer sus necesidades de alimentos, es necesario emprender una acción internacional urgente y eficaz y exenta de presiones políticas para ayudarlos.

En consonancia con los fines y objetivos de la Declaración sobre el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional y el Programa de Acción aprobados por la Asamblea General en su sexto período extraordinario de sesiones,

La Conferencia proclama solemnemente en consecuencia:

Todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales. La sociedad posee en la actualidad recursos, capacidad organizadora y tecnología suficientes y, por tanto, la capacidad para alcanzar esta finalidad. En consecuencia, la erradicación del hambre es objetivo común de todos los países que integran la comunidad internacional, en especial de los países desarrollados y otros que se encuentran en condiciones de prestar ayuda.

Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos. Los gobiernos deberían iniciar inmediatamente una lucha concertada más intensa contra la malnutrición crónica y las enfermedades por carencia que afectan a los grupos vulnerables y de ingresos más bajos. A fin de asegurar una adecuada nutrición para todos, los gobiernos deberían formular las políticas de alimentos y de nutrición adecuadas, integrándolas en planes de desarrollo socioeconómico y agrícola de carácter general, que se basen en un conocimiento adecuado tanto de los recursos disponibles para la producción de alimentos como de los potenciales. A este respecto debería subrayarse la importancia de la leche humana desde el punto de vista de la nutrición.

Los problemas alimentarios deben abordarse durante la preparación y ejecución de planes y programas nacionales de desarrollo económico y social, haciéndose hincapié en sus aspectos humanitarios.

Los problemas alimentarios deben abordarse durante la preparación y ejecución de planes y programas nacionales de desarrollo económico y social, haciéndose hincapié en sus aspectos humanitarios.

Incumbe a cada Estado interesado, de conformidad con sus decisiones soberanas y su legislación interna, eliminar los obstáculos que dificultan la producción de alimentos y conceder incentivos adecuados a los productores agrícolas. Para la consecución de estos objetivos, es de importancia fundamental adoptar medidas efectivas de transformación socioeconómica, mediante la reforma agraria, de la tributación, del crédito y de la política de inversiones, así como de organización de las estructuras rurales, por ejemplo: la reforma de las condiciones de propiedad, el fomento de las cooperativas de productores y de consumidores, la movilización de todo el potencial de recursos humanos, tanto de hombres como de mujeres, en los países en desarrollo para un desarrollo rural integrado, y la participación de los pequeños agricultores, los pescadores y los trabajadores sin tierras en los esfuerzos por alcanzar los objetivos necesarios de producción alimentaria y de empleo. Además, es necesario reconocer el papel central que desempeña la mujer en la producción agrícola y en la economía rural de muchos países, y asegurar a las mujeres, en pie de igualdad con los hombres, una educación adecuada, programas de divulgación y facilidades financieras.

Hoy más que nunca, la utilización de los recursos marinos y de las aguas interiores cobra importancia, como nueva fuente de alimentos y de bienestar económico. Por lo tanto, se deben tomar medidas para promover una explotación racional de estos recursos, preferiblemente para consumo humano directo, con objeto de contribuir a satisfacer las necesidades de alimentos de todos los pueblos.

Los esfuerzos encaminados a aumentar la producción de alimentos deberán ir acompañados del mayor empeño posible por evitar el desperdicio de alimentos en cualesquiera de sus formas.

Para impulsar la producción de alimentos en los países en desarrollo, y en particular en los menos desarrollados y más seriamente afectados entre ellos, los países desarrollados y otros países que estén en condiciones de hacerlo deberán adoptar medidas internacionales urgentes y efectivas para proporcionarles en forma sostenida más asistencia técnica y financiera en condiciones favorables y en volumen suficiente para sus necesidades, por

conducto de acuerdos bilaterales y multilaterales. Esta asistencia no deberá ir unida a condiciones que atenten contra la soberanía de los Estados beneficiarios.

Todos los países, y en especial los altamente industrializados, deberán promover el adelanto de la tecnología de producción de alimentos y realizar todos los esfuerzos posibles para promover la transmisión, adaptación y difusión de una tecnología adecuada para la producción de alimentos en beneficio de los países en desarrollo y para ello deberán, entre otras cosas, esforzarse por comunicar los resultados de sus investigaciones a los gobiernos e instituciones científicas de los países en desarrollo a fin de que puedan promover un desarrollo agrícola sostenido.

A fin de asegurar una adecuada conservación de los recursos naturales que se utilizan o podrían utilizarse para la producción de alimentos, todos los países deben colaborar a fin de facilitar la conservación del medio ambiente, inclusive el medio marino.

9. A fin de asegurar una adecuada conservación de los recursos naturales que se utilizan o podrían utilizarse para la producción de alimentos, todos los países deben colaborar a fin de facilitar la conservación del medio ambiente, inclusive el medio marino.

Todos los países desarrollados, y aquellos que estén en condiciones de hacerlo, deberán colaborar técnica y financieramente con los países en desarrollo en sus esfuerzos por ampliar los recursos de tierra y agua para la producción agrícola, y para asegurar un rápido aumento de la disponibilidad, a costo razonable, de insumos agrícolas, como fertilizantes y otros productos químicos, semillas de alta calidad, crédito y tecnología. A este respecto, es también importante la cooperación entre los países en desarrollo.

Todos los Estados deberán esforzarse al máximo para reajustar, cuando proceda, sus políticas agrícolas para dar prioridad a la producción alimentaria, reconociendo a este respecto la correlación existente entre el problema alimentario mundial y el comercio internacional. Al determinar sus actitudes ante los programas de sostenimiento de la agricultura para la producción alimentaria nacional, los países desarrollados deberían tener en cuenta, en lo posible, los intereses de los países en desarrollo exportadores de productos alimenticios, a fin de evitar efectos perjudiciales a las exportaciones de estos últimos. Además, todos los países deberían cooperar para arbitrar medidas eficaces a fin de afrontar el problema de la estabilización de los mercados mundiales y promover unos precios equitativos y remuneradores, cuando convenga mediante acuerdos internacionales, para mejorar el acceso a los mercados reduciendo o suprimiendo las barreras arancelarias y no arancelarias contra los productos que interesan a los países en desarrollo, aumentar sustancialmente los ingresos por concepto de exportación de estos países, contribuir a la

diversificación de sus exportaciones y aplicarles en las negociaciones comerciales multilaterales los principios convenidos en la Declaración de Tokio, incluido el concepto de no reciprocidad y de trato más favorable.

Siendo responsabilidad común de toda la comunidad internacional garantizar en todo momento un adecuado suministro mundial de alimentos básicos mediante reservas convenientes, incluidas reservas para casos de emergencia, todos los países deberán cooperar en el establecimiento de un sistema eficaz de seguridad alimentaria mundial: Aportando su participación y su apoyo al funcionamiento del Sistema Mundial de Alerta e Información en materia de agricultura y alimentación; Adhiriéndose a los objetivos, políticas y directrices del propuesto Compromiso Internacional sobre Seguridad Alimentaria Mundial refrendado por la Conferencia Mundial de la Alimentación; Asignando, cuando sea posible, existencias o fondos para satisfacer las necesidades alimentarias internacionales de urgencia según se prevé en el propuesto Compromiso Internacional sobre Seguridad Alimentaria Mundial y elaborando directrices internacionales para proveer a la coordinación y utilización de esas existencias; Cooperando en el suministro de ayuda alimentaria para cubrir necesidades nutricionales y de urgencia, así como para fomentar el empleo rural mediante proyectos de desarrollo.

Todos los países donantes deberían aceptar y aplicar el concepto de la planificación anticipada de la ayuda alimentaria y no ahorrar esfuerzos para proporcionar los productos básicos y la asistencia económica que garanticen cantidades suficientes de cereales y otros productos alimenticios.

Escasea el tiempo. Es vital actuar con urgencia y constancia. Por tanto, la Conferencia pide a todos los pueblos que expresen, individualmente y por medio de sus gobiernos y organizaciones no gubernamentales, su voluntad de cooperar para poner fin al antiquísimo flagelo del hambre.

La Conferencia afirma:

La determinación de los Estados participantes de hacer pleno uso del sistema de las Naciones Unidas para la ejecución de esta declaración y de otras decisiones que apruebe esta Conferencia

DERECHO A LA SALUD

Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

NACIONES UNIDAS ,2000. DECLARACIÓN DE COMPROMISO EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

"Crisis mundial – Acción mundial"

Nosotros, Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de Estados y de gobiernos, reunidos en las Naciones Unidas del 25 al 27 de junio de 2001 con ocasión del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado, como cuestión de urgencia, de conformidad con la resolución 55/13, de 3 de noviembre de 2000, para examinar y hacer frente al problema del VIH/SIDA en todos sus aspectos, así como para lograr que todos se comprometan a mejorar la coordinación e intensificar las actividades nacionales, regionales e internacionales para combatirlo de forma integral;

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

Artículo 12

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad

DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE

Artículo 11.

Todo individuo tendrá derecho a reunirse libremente con otros. El ejercicio de este derecho estará sujeto solamente a las necesarias restricciones estipuladas por la ley, en especial las decretadas en interés de la seguridad nacional, la seguridad personal, la salud, la ética y los derechos y libertades de los otros.

Artículo 16.

Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.

Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

Derecho a nivel de vida adecuado y medios de subsistencia

DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Artículo 12

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

DECLARACION UNIVERSAL SOBRE LA ERRADICACION DEL HAMBRE Y LA MALNUTRICION

Reconociendo que:

La grave crisis alimentaria que afecta a las poblaciones de los países en desarrollo, en los que vive la mayoría de las personas hambrientas y malnutridas del mundo y donde más de dos tercios de la población mundial producen alrededor de un tercio de los alimentos del mundo -- desequilibrio que amenaza aumentar en los diez próximos años -- no sólo tiene graves repercusiones económicas y sociales, sino que compromete gravemente la realización de los principios y valores más fundamentales asociados con el derecho a la vida y la dignidad humana, incorporados en la Declaración Universal de Derechos Humanos;

La eliminación del hambre y la malnutrición, que es uno de los objetivos de la Declaración de las Naciones Unidas sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, y la eliminación de las causas que determinan esta situación, son objetivos comunes de todas las naciones;

La situación de los pueblos que sufren de hambre y malnutrición se origina en circunstancias históricas, especialmente en las desigualdades sociales, incluyendo en muchos casos la

La situación de los pueblos que sufren de hambre y malnutrición se origina en circunstancias históricas, especialmente en las desigualdades sociales, incluyendo en muchos casos la dominación extranjera y colonial, la ocupación extranjera, la discriminación racial, el apartheid y el neocolonialismo en todas sus formas, que siguen constituyendo uno de los mayores obstáculos para la plena emancipación y el progreso de los países en desarrollo y de todos los pueblos involucrados;

Esta situación se ha visto agravada desde hace unos años por una serie de crisis por las que ha atravesado la economía mundial, como el deterioramiento del sistema monetario internacional, el aumento inflacionista de los costos de importación, la pesada carga impuesta por la deuda exterior a la balanza de pagos de muchos países en desarrollo, el aumento de la

demanda de alimentos, debido en parte a la presión demográfica, la especulación y la escasez y el aumento de los costos de medios esenciales de producción agrícola;

Estos fenómenos deben considerarse dentro del marco de las actuales negociaciones sobre la Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados y debe instarse a la Asamblea General de las Naciones Unidas a que acuerde por unanimidad y adopte una Carta que sea instrumento eficaz para la creación de nuevas relaciones económicas internacionales basadas en principios de equidad y justicia;

Todos los países, pequeños o grandes, ricos o pobres, son iguales. Todos los países tienen pleno derecho a participar en las decisiones relativas al problema alimentario;

El bienestar de todos los pueblos del mundo depende en buena parte de la producción y distribución adecuadas de los alimentos tanto como del establecimiento de un sistema mundial de seguridad alimentaria que asegure la disponibilidad suficiente de alimentos a precios razonables en todo momento, independientemente de las fluctuaciones y caprichos periódicos del clima y sin ninguna presión política ni económica, y facilite así, entre otras cosas, el proceso de desarrollo de los países en vías de alcanzarlo;

La paz y la justicia entrañan una dimensión económica que ayuda a resolver los problemas económicos mundiales y a liquidar el subdesarrollo, que ofrece una solución duradera y definitiva del problema alimentario de todos los pueblos y que garantiza a todos los países el derecho de llevar a la práctica, de manera libre y efectiva, sus problemas de desarrollo. Con este fin es necesario eliminar las amenazas y el recurso a la fuerza y promover la cooperación pacífica entre los Estados en la máxima medida posible, aplicar los principios de no injerencia en los asuntos internos de otros Estados, plena igualdad de derechos y respeto de la independencia y soberanía nacionales, y alentar la cooperación pacífica entre todos los Estados cualesquiera que sean sus sistemas políticos, sociales y económicos. El mejoramiento continuo de las relaciones internacionales creará condiciones más favorables para la cooperación en todos los sectores, lo que hará posible, sin duda, que se usen grandes recursos financieros y materiales entre otras cosas para aumentar la producción agrícola y mejorar substancialmente la seguridad alimentaria mundial;

Para lograr una solución duradera del problema alimentario deberán hacerse todos los esfuerzos posibles por eliminar la brecha cada vez mayor que hoy separa a los países desarrollados de los países en desarrollo y por lograr un nuevo orden económico internacional. Todos los países deberían estar en condiciones de participar de manera activa y eficaz en las nuevas relaciones económicas internacionales mediante el establecimiento de sistemas internacionales adecuados, donde proceda, capaces de poner en marcha una

acción apropiada, a fin de establecer relaciones justas y equitativas en la cooperación económica internacional;

Los países en desarrollo reafirman su convicción de que es a ellos a quienes incumbe ante todo la responsabilidad de asegurar su rápido desarrollo. Por tanto, se declaran dispuestos a seguir intensificando sus esfuerzos individuales y colectivos para aumentar su cooperación mutua en el sector del desarrollo agrícola y la producción de alimentos, incluida la erradicación del hambre y la malnutrición;

Dado que, por diversas razones, muchos países en desarrollo no están todavía en condiciones de satisfacer sus necesidades de alimentos, es necesario emprender una acción internacional urgente y eficaz y exenta de presiones políticas para ayudarlos.

En consonancia con los fines y objetivos de la Declaración sobre el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional y el Programa de Acción aprobados por la Asamblea General en su sexto período extraordinario de sesiones, La Conferencia proclama solemnemente en consecuencia:

Todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales. La sociedad posee en la actualidad recursos, capacidad organizadora y tecnología suficientes y, por tanto, la capacidad para alcanzar esta finalidad. En consecuencia, la erradicación del hambre es objetivo común de todos los países que integran la comunidad internacional, en especial de los países desarrollados y otros que se encuentran en condiciones de prestar ayuda.

Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos. Los gobiernos deberían iniciar inmediatamente una lucha concertada más intensa contra la malnutrición crónica y las enfermedades por carencia que afectan a los grupos vulnerables y de ingresos más bajos. A fin de asegurar una adecuada nutrición para todos, los gobiernos deberían formular las políticas de alimentos y de nutrición adecuadas, integrándolas en planes de desarrollo socioeconómico y agrícola de carácter general, que se basen en un conocimiento adecuado tanto de los recursos disponibles para la producción de alimentos como de los potenciales. A este respecto debería subrayarse la importancia de la leche humana desde el punto de vista de la nutrición.

Los problemas alimentarios deben abordarse durante la preparación y ejecución de planes y programas nacionales de desarrollo económico y social, haciéndose hincapié en sus aspectos humanitarios.

Los problemas alimentarios deben abordarse durante la preparación y ejecución de planes y programas nacionales de desarrollo económico y social, haciéndose hincapié en sus aspectos humanitarios.

Incumbe a cada Estado interesado, de conformidad con sus decisiones soberanas y su legislación interna, eliminar los obstáculos que dificultan la producción de alimentos y conceder incentivos adecuados a los productores agrícolas. Para la consecución de estos objetivos, es de importancia fundamental adoptar medidas efectivas de transformación socioeconómica, mediante la reforma agraria, de la tributación, del crédito y de la política de inversiones, así como de organización de las estructuras rurales, por ejemplo: la reforma de las condiciones de propiedad, el fomento de las cooperativas de productores y de consumidores, la movilización de todo el potencial de recursos humanos, tanto de hombres como de mujeres, en los países en desarrollo para un desarrollo rural integrado, y la participación de los pequeños agricultores, los pescadores y los trabajadores sin tierras en los esfuerzos por alcanzar los objetivos necesarios de producción alimentaria y de empleo. Además, es necesario reconocer el papel central que desempeña la mujer en la producción agrícola y en la economía rural de muchos países, y asegurar a las mujeres, en pie de igualdad con los hombres, una educación adecuada, programas de divulgación y facilidades financieras.

Hoy más que nunca, la utilización de los recursos marinos y de las aguas interiores cobra importancia, como nueva fuente de alimentos y de bienestar económico. Por lo tanto, se

Hoy más que nunca, la utilización de los recursos marinos y de las aguas interiores cobra importancia, como nueva fuente de alimentos y de bienestar económico. Por lo tanto, se deben tomar medidas para promover una explotación racional de estos recursos, preferiblemente para consumo humano directo, con objeto de contribuir a satisfacer las necesidades de alimentos de todos los pueblos.

Los esfuerzos encaminados a aumentar la producción de alimentos deberán ir acompañados del mayor empeño posible por evitar el desperdicio de alimentos en cualesquiera de sus formas.

Para impulsar la producción de alimentos en los países en desarrollo, y en particular en los menos desarrollados y más seriamente afectados entre ellos, los países desarrollados y otros países que estén en condiciones de hacerlo deberán adoptar medidas internacionales urgentes y efectivas para proporcionarles en forma sostenida más asistencia técnica y financiera en condiciones favorables y en volumen suficiente para sus necesidades, por conducto de acuerdos bilaterales y multilaterales. Esta asistencia no deberá ir unida a condiciones que atenten contra la soberanía de los Estados beneficiarios.

Todos los países, y en especial los altamente industrializados, deberán promover el adelanto de la tecnología de producción de alimentos y realizar todos los esfuerzos posibles para promover la transmisión, adaptación y difusión de una tecnología adecuada para la producción de alimentos en beneficio de los países en desarrollo y para ello deberán, entre otras cosas, esforzarse por comunicar los resultados de sus investigaciones a los gobiernos e instituciones científicas de los países en desarrollo a fin de que puedan promover un desarrollo agrícola sostenido.

A fin de asegurar una adecuada conservación de los recursos naturales que se utilizan o podrían utilizarse para la producción de alimentos, todos los países deben colaborar a fin de facilitar la conservación del medio ambiente, inclusive el medio marino.

A fin de asegurar una adecuada conservación de los recursos naturales que se utilizan o podrían utilizarse para la producción de alimentos, todos los países deben colaborar a fin de facilitar la conservación del medio ambiente, inclusive el medio marino.

Todos los países desarrollados, y aquellos que estén en condiciones de hacerlo, deberán colaborar técnica y financieramente con los países en desarrollo en sus esfuerzos por ampliar los recursos de tierra y agua para la producción agrícola, y para asegurar un rápido aumento de la disponibilidad, a costo razonable, de insumos agrícolas, como fertilizantes y otros productos químicos, semillas de alta calidad, crédito y tecnología. A este respecto, es también importante la cooperación entre los países en desarrollo.

Todos los Estados deberán esforzarse al máximo para reajustar, cuando proceda, sus políticas agrícolas para dar prioridad a la producción alimentaria, reconociendo a este respecto la correlación existente entre el problema alimentario mundial y el comercio internacional. Al determinar sus actitudes ante los programas de sostenimiento de la agricultura para la producción alimentaria nacional, los países desarrollados deberían tener en cuenta, en lo posible, los intereses de los países en desarrollo exportadores de productos alimenticios, a fin de evitar efectos perjudiciales a las exportaciones de estos últimos. Además, todos los países deberían cooperar para arbitrar medidas eficaces a fin de afrontar

el problema de la estabilización de los mercados mundiales y promover unos precios equitativos y remuneradores, cuando convenga mediante acuerdos internacionales, para mejorar el acceso a los mercados reduciendo o suprimiendo las barreras arancelarias y no arancelarias contra los productos que interesan a los países en desarrollo, aumentar sustancialmente los ingresos por concepto de exportación de estos países, contribuir a la diversificación de sus exportaciones y aplicarles en las negociaciones comerciales multilaterales los principios convenidos en la Declaración de Tokio, incluido el concepto de no reciprocidad y de trato más favorable.

Siendo responsabilidad común de toda la comunidad internacional garantizar en todo momento un adecuado suministro mundial de alimentos básicos mediante reservas convenientes, incluidas reservas para casos de emergencia, todos los países deberán cooperar en el establecimiento de un sistema eficaz de seguridad alimentaria mundial: Aportando su participación y su apoyo al funcionamiento del Sistema Mundial de Alerta e Información en materia de agricultura y alimentación; Adhiriéndose a los objetivos, políticas y directrices del propuesto Compromiso Internacional sobre Seguridad Alimentaria Mundial refrendado por la Conferencia Mundial de la Alimentación; Asignando, cuando sea posible, existencias o fondos para satisfacer las necesidades alimentarias internacionales de urgencia según se prevé en el propuesto Compromiso Internacional sobre Seguridad Alimentaria Mundial y elaborando directrices internacionales para proveer a la coordinación y utilización de esas existencias; Cooperando en el suministro de ayuda alimentaria para cubrir necesidades nutricionales y de urgencia, así como para fomentar el empleo rural mediante proyectos de desarrollo.

En el campo específico de la salud colectiva se identifican el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de Naciones Unidas para la Alimentación y Nutrición, la organización Internacional del Trabajo (OIT), y más específicamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuya representación en las Américas ejerce la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

El análisis de algunas de estas políticas de salud colectiva de las últimas décadas a través de estos organismos internacionales son de utilidad con el fin de observar sus características y de reflexionar sobre su pertinencia y utilidad en el marco de las necesidades de desarrollo de la salud presente y futura.

Comenzando por la década de 1960 encontramos un importante documento de política sanitaria regional denominado el Plan Decenal de Salud para las Américas (OPS, 2001).

Este plan fue aprobado por todos los Ministros de Salud participantes en la reunión realizada en

Punta del Este (Uruguay, 1961) e incluía al sector Salud como objeto y sujeto del Desarrollo.

En el mismo, al definir el concepto universal de la salud, se decía:

"...la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, ya que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido, y su razón de ser" (OPS, 2001:4).

Como se puede apreciar, esta amplia definición de política originada en un organismo especializado de salud reafirma conceptos ya emitidos en los últimos 150 años.

En este informe ya se mencionaba que las tasas de mortalidad materna eran entre cinco a siete veces mas elevadas en América Latina y el Caribe que en América del Norte (OPS, 2001:4). Se mencionaba además que el desafío de la década era el proveer de servicios al 37% de los habitantes que no recibían Atención Médica (OPS, 2001:17).

Una nueva definición de política de salud colectiva surge en la década de 1970 cuando la mayoría de los gobiernos integrantes de la OMS aprueba en 1977 la declaración de la Meta de Salud Para Todos: "la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (Gómez López, 1988:1087).

Posteriormente, en la conferencia de Alma Ata (Kazajstán, Asia central) bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF (1978), se define a la Atención Primaria como la estrategia para su desarrollo (OMS- UNICEF, 1978).

Ambas definiciones de políticas y estrategias son dos hechos históricos fundamentales del sector salud en la lucha contra la desigualdad.

Los mismos se basan también, como las políticas anteriores, en la falta de equidad que surge del análisis de las diferencias en los estados de salud de las poblaciones. Basta mencionar algunas definiciones encontradas en documentos sobre la Estrategia de Atención Primaria:

- el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social
- toda población debe estar cubierta con servicios básicos de salud
- reafirmación del principio de equidad, accesibilidad económica, cultural y geográfica y del

rol fundamental de la comunidad

En la década de 1980 y dentro de los cambios ocurridos en la mayoría de los países con avances positivos hacia democracias participativas, se desarrollaron políticas de salud orientadas a apoyar y responder a las necesidades de la población y la equidad en salud.

En todas ellas se mencionan, como fundamento, los limitados logros alcanzados en la distribución de la salud a toda la población.

Entre ellas se destaca la definición de las Políticas de Promoción de la Salud a través de la denominada

Carta de Ottawa (Canadian Public Health Association, 1986) y su aplicación a las Américas, a través de la Declaración de Santa Fe de Bogota (OPS, 1992).

En ambas se hace énfasis a los prerrequisitos para la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el trabajo, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Se afirma además que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Para ello se destaca la necesidad de definir políticas públicas saludables, es decir decisiones gubernamentales tendientes a impulsar la cultura de la salud, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y

la reorientación de los servicios de salud hacia la accesibilidad y la equidad. Hay ejemplos significativos de este tipo de políticas

Políticas públicas saludables locales

Políticas económicas que promueven el pleno empleo.

Prohibición del expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad. Prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas.

Rotulado de productos peligrosos.

Prohibición de fumar en espacios cerrados, aeropuertos, oficinas públicas, servicios de salud, etc. Prohibiciones de publicidad de cigarrillos en torneos o eventos deportivos.

Promoción y obligación del uso del cinturón de seguridad. Límites de velocidad.

Control de alcoholemia a conductores.

Códigos de edificación que aumentan la accesibilidad para las personas con discapacidad. Códigos de edificación y planeamiento urbano.

Control veterinario de canes sueltos.

Programa de capacitación en clasificación de residuos sólidos. Programa de reciclado de papel, cartón y afines.

Programa de recolección de baterías.

Plan de amplificación de la red de agua potable.

Planes de forestación y recuperación de suelos erosionados.

Talleres nutricionales a jefas de hogar bajo programas de alimentación.

Grupos autogestionados de alimentación sana, huertas, microemprendimientos productivos, etc. Formación de grupos de ayuda.

Planes municipales de vivienda.

Programas de recreación y actividad física gratuitos para todas las edades en plazas públicas y/o polideportivos.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. OPS, 2005.

El concepto de promoción de la salud a nivel municipal llevó al desarrollo de la propuesta de municipios saludables (Paganini, 1995). Esta propuesta tiende a definir el espacio geográfico en función de las características latinoamericanas respecto a la unidad político-administrativa de base: municipio, alcaldía, departamento2. Es parte, con matiz propio, del proyecto de ciudades saludables3 que se desarrolla en Europa bajo el patrocinio de la OMS (1985) (OPS, 1997). En Toronto (Canadá) fue impulsado, en el marco del Informe Lalonde4 con la aspiración de ser "la ciudad más sana de Norteamérica" (Ashton y Seymur, 1990:166). Con una visión idealista se ha dicho que ciudad sana es aquella que:

"continuamente está creando y mejorando su ambiente físico y social y potenciando los recursos comunitarios que capacitan a la gente a apoyarse mutuamente en las realizaciones de la vida y el propio desarrollo hasta su máximo potencial" (Hancock y Duhl; Ashton y Seymur, 1990: 171).

La OPS impulsó la estrategia de Municipios Saludables a partir de 1991. Con función promotora se definió al municipio o comunidad saludable como aquella en que "los diferentes actores sociales, los gobernantes, las organizaciones locales públicas y privadas, se comprometen a emprender un proceso de construcción económica, social, de preservación del ambiente y de construcción de salud colectiva, en pos de la mejor calidad de vida de la población" (Ministerio de la Salud y Abiente de la Nación, OPS: 9).

Durante esa misma década de 1980 la Organización Panamericana de la Salud (1988), aprobó la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo en donde se define la necesidad de desarrollar y fortalecer a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para la transformación de los sistemas nacionales de salud (OPS, 1988; Paganini y Capote, 1996; Paganini y Chorny, 1990:424-448).

De esta manera se marcan explícitamente políticas de salud en apoyo a los procesos de descentralización, participación y de democracia local. Es en el nivel local donde la democracia tiene mayor posibilidad de ser participativa. Rousseau advertía, respecto a las primeras democracias europeas de mediados del siglo XVIII, el riesgo de que

los pueblos fueran libres en el momento de las elecciones y esclavos después de ellas (Garrido, 1996). Las democracias contemporáneas sin llegar a ese extremo no alcanzan, en general, sino a lograr una escasa participación. En el ámbito municipal, sin embargo, hay mecanismos accesibles para mejorarla como, por ejemplo, la información pública sobre los proyectos locales para que la comunidad pueda observarlos, agregar sugerencias o incluso impugnarlos; el estable acceso a oficinas de iniciativas y reclamos a las que la autoridad deba responder y dar satisfacción; la organización de la defensa de consumidores y usuarios de servicios públicos; las asociaciones de vecinos y los organismos mixtos (administrativo- comunitarios) para conducir servicios o establecimientos públicos (Garrido, 1996:174).

En particular los aspectos considerados para el desarrollo de los SILOS fueron la necesidad de la reorganización del nivel central para la conducción y rectoría del sector así como el apoyo a las actividades y desarrollo de los niveles locales mediante (Paganini, 1995):

- una efectiva descentralización y desconcentración para el control de los recursos locales y la adaptación de las políticas nacionales, siendo en tal sentido parte fundamental del sistema nacional de Salud;

- la participación de la población en las decisiones y en la evaluación de los resultados en un ámbito propicio para el diálogo, el consenso y el desarrollo de responsabilidades recíprocas con el propósito del bienestar y desarrollo;

una división del trabajo institucional fundada en un criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas y rurales, ligado a las dimensiones político-administrativas en las que se concreta la descentralización del Estado, lo que les da base legal y legítima;

- la detección de las necesidades poblacionales definidas en función de daños y riesgos;

- el desarrollo de la intersectorialidad a través de redes de servicios interrelacionados con

niveles de atención según las necesidades de la población;

- la readecuación de los mecanismos de financiación y el desarrollo de un nuevo modelo de atención;

- la capacitación de los RRHH y de los líderes comunitarios para su trabajo en equipo y el refuerzo de su capacidad técnico-administrativa para facilitar la programación local como proceso continuo y reflexivo de toma de decisiones;

- la coordinación de todos los recursos disponibles, de los diversos sectores y subsectores, trabajando en el frente interno de cada SILO y en el frente externo de la red mediante mecanismos de referencia-contrarreferencia;

- la asistencia integrada en el nivel local de las personas, la familia, el conjunto de la comunidad y el propio medio ambiente;

- la integración de los programas de prevención y promoción tendiendo a la horizontalización;

- la investigación epidemiológica que ofrezca un claro panorama de las necesidades, más allá de la demanda de atención, y de la investigación del funcionamiento del sistema y los servicios.

Se trata de desarrollar un nuevo modelo de atención que implica una efectiva descentralización del poder político y de los recursos económicos y técnicos. La administración local y regional deben ser redimensionadas bajo autoridades que aseguren espacios efectivos de participación de los equipos y de las comunidades.

En la década de 1990 y como consecuencia de la evaluación de los limitados logros alcanzados en la búsqueda de la equidad en salud y como propuesta de los organismos que orientan la Economía Mundial entre ellos el Banco Mundial, se propone una política para el sector salud según los principios de la economía de mercado en base a una denominada reforma del sector en donde se hace énfasis en la eficiencia en la adjudicación y utilización de los recursos frente a los costos cada vez mas crecientes de la práctica de la salud (Banco Mundial, 2000).

En esta política, lamentablemente, se da más importancia a la eficiencia en la adjudicación y utilización de los recursos que a la búsqueda de la equidad en el desarrollo de la salud (Banco Mundial, 2000:5).

En conclusión, hemos recorrido alrededor de 150 años de definiciones conceptuales hacia la equidad en salud y casi 50 años de definiciones de políticas internacionales sobre la salud colectiva.

¿Cabe preguntarse cuáles han sido los resultados? Lamentablemente la respuesta no deja lugar a dudas: el fracaso de las mismas es evidente. Salvo dos hechos aislados de triunfo colectivo sobre la enfermedad tanto de la biomedicina como de la organización de servicios de salud como fue la erradicación de la viruela en todos los países declarada el año 1979 y la eliminación de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis declarada en las Américas en el año 1993, el resto de la situación de inequidad persiste o se agrava en la mayoría de los países.

Los mismos organismos internacionales que vienen repitiendo junto con los países, desde hace

ya más de 50 años, la necesidad de lograr una distribución justa de la salud declaran el fracaso de esas políticas.

En el año 1999 la OMS insiste en la necesidad de reducir el exceso de mortalidad y de morbilidad experimentada por la población en extrema pobreza (OMS, 1999).

Por su parte el director de la OPS afirmó en 1998 que el 25% de la población de América Latina

y el Caribe (es decir alrededor de 100 millones de personas), no recibe atención de su salud en forma adecuada y que una madre en un país pobre tiene 50 veces más riesgo de morir por causas relacionadas con su embarazo que en un país rico (OPS, 1998).

La misma situación se detecta en las tasas de mortalidad infantil reportadas por la OPS. Para el período 1990-1995 los datos para países con ingresos altos son de 7 por mil y para los de menores ingresos de 86 por mil (OPS, 1998:5).

Los indicadores de cobertura de los programas de inmunizaciones, a pesar de sus éxitos globales con coberturas de alrededor entre el 80% y 90% muestran grandes diferencias geográficas sobre

14.000 distritos: casi 3.000 de ellos con coberturas entre 50 de 79% y 602 distritos con coberturas inferiores a 50% (OPS, 1998:118).

La OMS, en su informe anual de 2000 sobre la salud mundial (The World Health Report, 2000), afirma que en la mayoría de los países la pobreza y mala situación de salud se hace cada vez más evidente. Promueve la reorganización de la atención al afirmar que “la diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace

puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza" (WHO, 2000).

El informe promueve la mejora de los sistemas de salud englobando en ellos "todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud". Concibe la mejora desde dos vertientes: (a) que alcancen el mejor nivel posible (que el sistema sea bueno, de calidad) y (b) que procure lograr las menores diferencias entre las personas y los grupos (que sea equitativo). En ambas vertientes se detecta que "son numerosos los países que desaprovechan su potencial y no desempeñan los esfuerzos suficientes para alcanzar la mejora, lo que se expresa en defunciones evitables, discapacidades previsibles y sufrimientos injustificados" (WHO, 2000: XVII).

En la función de rectoría de los Estados, a través de los Ministerios de Salud o sus equivalentes, se

percibe en algunos países la falta de formulación de políticas nacionales de salud y la definición de acciones con mirada de corto plazo.

La introducción de nuevos indicadores de salud como la pérdida total de años ajustados en función de discapacidad (AVAD) exhibe los magros logros en equidad: el 60% de la mala salud (en AVAD) se genera en el quintil de los más pobres y sólo el 8-11% en el quintil de los más ricos (WHO, 2000:5).

El déficit de calidad de los sistemas de AM, ha sido medida en errores médicos y equivocaciones en la prescripción o uso de medicamentos. En EEUU se han comunicado alrededor de 51.000 muertes anuales por esos errores y equivocaciones (Who,2000).

La introducción del Enfoque de Riesgo impulsó la propuesta de planificar la Salud Pública y Comunitaria sobre la base del principio de equidad, que da mayor precisión a su igual de solidaridad. Se trata de analizar los recursos diferenciales para la salud y prioritar los recursos hacia los grupos y personas que tienen mayor riesgo.

El modelo de seguros de enfermedad tendió a considerar una cierta homogeneidad y aleatoriedad de los riesgos. Esta visión no alcanza a percibir el condicionamiento de los riesgos por la exclusión, la marginalidad, la desocupación prolongada y otras situaciones que no son azarosas y además tienden a ser estables para amplios grupos poblacionales. Deben considerarse también los caracteres diferenciales de las enfermedades catastróficas (catastrophic illness) y de los siniestros naturales o producidos por el hombre que de golpe

ponen en situación de marginalidad y dependencia a grandes sectores de población (Rosavallon, 1995:27 y ss).

El informe de la OMS de 2002 (OMS, 2002) plantea este enfoque.

Si bien los riesgos para la salud se han considerado durante mucho tiempo, su medición y análisis es reciente y comenzó con los riesgos ambientales. Los estudios epidemiológicos prospectivos (vg. estudios de Framingham en EEUU y de Carelia del Norte en Finlandia) lograron precisar el peso de distintos factores en la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares. En lo que hace a desnutrición como alta probabilidad de muerte y morbilidad, la cantidad de estudios es proficua.

La OMS define el riesgo como “la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad” (OMS, 1998:3). Los riesgos para la salud se abren en un abanico de gran amplitud y configuran un perfil dinámico que interviene, por mecanismos conocidos unos y aún desconocidos otros, en la red de causalidad de fenómenos y enfermedades que afectan la salud. Así el hábito del tabaco, las adicciones, el abuso de alcohol, el sedentarismo, factores biológicos y ambientales tienen ponderación significativa en tales redes. Sin embargo se reconoce la pobreza, la marginalidad y las diferencias de oportunidades de género, como factores universales y los organismos internacionales han emprendido acciones y prédicas para reducirlas. Es así como la OMS en el informe del 2002 les contrapone los factores de protección (OMS, 2002:15), la difusión para percepción de riesgos y la promoción de una vida sana.

con respecto a la pobreza, el indicador y a la vez riesgo que supera a todos los otros, es la insuficiencia ponderal por desnutrición del niño y de la madre que suele acompañarse de carencia de hierro, de vitamina A, de zinc, y en algunas regiones, de yodo, y se lo relaciona con la falta de lactancia natural. Estos factores de riesgo se definen con precisión y se miden con indicadores que orientan las acciones para corregirlos sobre la base de la reforma de los sistemas de salud bajo los principios de calidad y de equidad. Esta última, como se ha señalado, implica una asistencia discriminada positivamente, es decir, otorgar prioridades a los grupos de mayor riesgo, sin perjuicio de las modificaciones estructurales de carácter económico y social que cada país debe empeñarse en lograr.

El Banco Mundial, en su informe sobre el Desarrollo 2000/01, estima que del total de 6 mil millones de la población mundial, 2.800 millones (casi la mitad) viven con menos de 2 dólares por día y 1.200 millones con menos de 1 dólar (Banco Mundial, 2000:3).

Para América Latina y el Caribe se reporta que el 15,6 % de la población vive con 1 dólar diario, es decir unos 78 millones, un aumento de 13 millones desde 19875. (Bco. Mundial, 1993)

Recientemente a través de las Naciones Unidas y aprovechando el nacimiento de un nuevo Milenio, todos los países asociados definieron las denominadas Metas del Milenio (2000) (ONU, 2002).

En los considerandos de las mismas se parte nuevamente de la necesidad de avanzar hacia la equidad en Salud y Desarrollo aceptando los escasos logros obtenidos hasta el momento y denunciando las situaciones de inequidad.

Se definen así metas de Salud colectiva para el año 2015 [Cuadro 1.b].

Objetivos y metas de desarrollo del milenio en las Américas

1. Erradicar la pobreza extrema (ingresos menores a 1 U$A/día a paridad del poder adquisitivo) así como también reducir, entre las víctimas del hambre, el porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al normal y el de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.

2. Lograr la enseñanza primaria universal promoviendo el ciclo de enseñanza primaria completa para todos los niños y la alfabetización de los adultos.

3. Promover la igualdad de los sexos y la autonomía de las mujeres a través de la igualdad de oportu- nidades de acceso a todos los niveles de enseñanza, la alfabetización, el acceso al empleo en el sector no agrícola y a la representación parlamentaria.

4. Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, incluyendo la inmunización contra el saram- pión. El rango de mortalidad infantil en las Américas está entre un 5,3‰ (Canadá) y 80,3‰ (Haití). El promedio de cobertura de inmunización antisarampionosa es de 91%.

5. Mejorar la Salud Materna. La razón de mortalidad materna está en un rango entre 34,10 /0000 (Cuba) y 523,0 (Haití), con altibajos, pero con tendencia a la reducción.

6. Combatir el HIV-SIDA, el paludismo, la TBC y otras enfermedades. La prevalencia de infección

HIV-SIDA es, al menos, de 1% en 12 países del Caribe y en mujeres embarazadas superior al 2% en

6 de ellos. El 31% de la población de las Américas vive en áreas con riesgo potencial de transmisión de paludismo. En 2002 había más de 220.000 casos notificados de TBC, que resultaban de una reducción del 11% desde 1999.

7. Garantizar la sostenibilidad del medioambiente y reducir la población sin acceso al agua potable y servicios cloacales (en la región, 76 millones de personas no tienen acceso a agua potable y 103 millones carecen de servicios de eliminación de excretas y aguas residuales), así como mejorar la vida de habitantes de áreas marginales.

8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo en lo comercial y financiero, los problemas de la deuda externa, atender necesidades de áreas menos desarrolladas, promover el trabajo de los jóvenes y promocionar el acceso a medicamentos esenciales (en la región, sólo el 53% de los infectados por HIV-SIDA tienen acceso al tratamiento) y a tecnologías de información y comunicación.

Organización de las Naciones Unidas, 2002

Como puede apreciarse las metas 4 (sobre la mortalidad infantil), 5 (salud materna) y 6 (lucha contra el HIV-SIDA, paludismo, TBC y otras enfermedades) son competencias directas del sector Salud, la 1 (aspectos de la distribución) en buena parte la promoción del acceso a medicamentos esenciales (meta 8)6 y la 7 (respecto al acceso al saneamiento), son también ámbitos competentes al mismo sector. Es así como la declaración del Milenio "otorga a la salud un papel preponderante dentro de la ayuda del desarrollo mundial y brinda

al sector de la salud grandes oportunidades para el compromiso político de fomentar la salud y el bienestar social de las poblaciones del mundo" (OPS, 2004:1).

En estos documentos se presentan propuestas de estrategias para alcanzar tales metas e indicadores para evaluar su logro. Aunque los plazos para su concreción están definidos para el año 2015 ya existen informes sobre las limitaciones para alcanzarlas (Global Forum for Health Reserch, 2004).

Frente a este análisis de políticas globales de salud colectiva y los escasos resultados logrados cabe preguntarse si estamos frente a un nuevo episodio de definición de políticas globales en salud. ¿Y posiblemente ante un nuevo fracaso?

¿No será el momento de reconsiderar todas las estrategias utilizadas?

¿Cuál puede ser el aporte de la investigación epidemiológica social, de las ciencias políticas y de sistemas y servicios de salud para encontrar las estrategias cuya evidencia científica permita avanzar hacia la equidad en salud?

Las conclusiones y desafíos quedan así enunciados, teniendo en cuenta que las políticas y estrategias para la salud colectiva con equidad no han dado los resultados buscados.

El desafió consiste en definir con toda urgencia un nuevo enfoque global de políticas y estrategias con base en evidencias científicas.

CAPITULO

LA POBREZA

1.- Reducir la pobreza es el primer objetivo del desarrollo humano

1.1.- La pobreza se distribuye en forma desigual según regiones

La pobreza es la expresión más drástica de la desigualdad y el desarrollo humano tiene por objetivo primordial reducirla.

Difícil de medir, el fenómeno es de suyo relativo a la historia y la cultura. Hay conceptualizaciónes diversas, asumiremos la siguiente la formulada por Gallido:

(Gallino, 1995)

Pobreza es:

Una condición de déficit de recursos necesarios

para alcanzar o mantener el nivel de vida

que se considera decente, civilizado, tolerable,

a largo plazo sin grandes sacrificios,

por un individuo, una familia, una comunidad…

La pobreza se inscribe en la estratificación como el escalón menos favorecido de las clases sociales.

Es un fenómeno de todos los tiempos y lugares, aunque su magnitud y extensión varían.

La exclusión en el acceso al poder, a los bienes económicos y culturales, aproxima la marginalidad a la pobreza. La convivencia, en un mismo país, de población integrada y marginal tiene larga tradición histórica. El premier británico conservador, Benjamín Disraeli lo expresó para Ingla terra en una novela, "Sybil, or the two nations" (1845). En nuestra historia el tema de las dos Argentinas es fundacional: la confrontación de la ciudad-puerto, la pampa húmeda y las provincias del interior. El "federalismo constitucional y unitarismo real" generó esa dicotomía que conllevó las dificultades del desarrollo regional (Musalem, 1995). Se trata de un unitarismo sin unidad que hizo decir a Carlos Pellegrini que nuestra sociedad es "un país mal unido, con dificultades externas para consensuar formas de cooperación que garanticen la integración y la equidad" (La Nación,2003)

Los recursos necesarios para un nivel de vida aceptable pueden estimarse en términos de costopara los siguientes logros:

. máxima expectativa de vida;

2. mejores condiciones de salud física y mental;

3. buena alimentación;

4. dignidad y salubridad de la vivienda y del medio;

5. posibilidades de instrucción y de trabajo productivo;

6. disfrute de bienes culturales y recreativos;

7. disponibilidad de tiempo libre;

8. acceso a AM de calidad en todos los niveles.

Las comparaciones son difíciles por los distintos regímenes políticos, condiciones sociales y económicas.

La renta per cápita (PBI p/c) es una aproximación global toda vez que ella no dice nada de la distribución de la riqueza.

La evolución de la expectativa de vida al nacer es un marco de referencia aceptable si se confrontan sectores sociales o regiones de un mismo país. Tiende a hacerse la comparación respec- to de la clase media de un mismo país.

Así la línea de pobreza estaría en el límite inferior del nivel considerado normal, en un ámbito y tiempo, para la clase media. Esta línea se desplaza hacia arriba y abajo según el desarrollo humano de cada país.

La tendencia de un grupo social desde niveles superiores hacia abajo de la línea de pobreza es llamada pauperización.

La superación de la pobreza se fundó, en las sociedades capitalistas, en la renta personal. Sin embargo en ellas la asistencia social fue siendo reemplazada por la previsión y la seguridad social; mecanismos solidarios de redistribución de la riqueza, que permitieron a sectores carecientes su perar la pobreza.

La pobreza puede categorizarse en absoluta o de subsistencia y relativa. La primera compro- mete la salud del individuo y del grupo y suele medirse con el indicador de subsitencia con menos de U$A 1 por persona por día

Número de personas que viven con menos de U$A 1 diarios (en millones redondeados). Por regiones del mundo y períodos. Año 1990 y 1998

Región		1
Asia oriental y el Pacífico Ib. excluyendo China Europa y Asia Central	52	78 2
América Latina y Caribe		6
Medio Oriente y África septentrional	2	5
Asia meridional		2
África Subsahariana		4
TOTAL	.276	1 .151
Total excluyendo a China	16	9 36

(Banco Mundial, 2001: 23).

A principios del siglo XX, Rowntree (1901), en York (UK), categorizó la pobreza de acuerdo a los ingresos. Sin embargo admitió que la tasa de mortalidad mide mejor las diferencias del bienes- tar físico. Calculó que la tasa era más del doble entre pobres respecto a ricos y que la mortalidad infantil era del 250‰ entre los primeros.

Las diferencias interregionales se repiten entre países y en sus jurisdicciones internas, sus loca- lidades y barrios. Dentro de los países de altos ingresos de gran tamaño poblacional y con segrega- ción racial, las diferencias son mayores. Así lo calcula Amartya Sen (2000) comparando los porcen- tajes de sobrevida a los 75 años (hombres y mujeres) entre blancos y negros en EEUU con los mismos en China y en Kerala (India) como describe Sen el el año 2000:

Diferencias de Tasas de Supervivencia de hombres y mujeres. Países y sectores seleccionados

Regiones	Año	% sobrevida a los 75 años		Ingresos per
		Hombres	Mujeres	(U$A 1999)
EEUU (blancos)	1991-3	83	90	30.600*
China	1992	74	76	780
Kerala (India Occ.)	1991	71	79	450**
EEUU (negros)	1991-3	67	78	s/d

(Sen, 2000; Banco Mundial 2001).

* todos los grupos raciales, ** India.

Es así como los afroamericanos aún con mayor renta que los chinos y los indios de Kerala tienen menor sobrevivencia a largo plazo, problemas relativos a la integración social y cobertura sanitaria.

En Argentina a partir del estudio del INDEC en 1985 y las sucesivas Encuestas permanentes de Hogares (EPH) se hizo para el año 2000 el siguiente cálculo:

Argentina: Categorías de población por ingreso (en porcentaje). Año 2000

Categoría	Ingreso $/persona/mes	% población
Pobres indigentes	25	7.6
Pobres no indigentes	89	22.3
Ing. Medios bajos	160	18.9
Ing. Medios vulnerables	252	18.5
Ing. Medios plenos Ing. Medios altos Ingresos altos	417	17.2
	677	8.0

(Feijoo, 2001)

2.- La pobreza se expresa cuanti y cualitativamente

El estudio del INDEC definió a los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según los siguientes indicadores (INDEC, 1995):

1. Hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto.

2. Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente: pieza de inqui- linato, vivienda precaria u otro tipo

3. Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.

4. Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asistiera a la escuela.

5. Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación.

En 1991 el 16,5% de los hogares censados reunían las cinco condiciones con un rango de 5% para Capital Federal a 34,5% para Formosa (INDEC, 1995).

Oscar Lewis, antropólogo estadounidense, estudiando casos de familias marginales mexicanas y portorriqueñas en la década de 1960, acuñó el concepto de “cultura de la pobreza” como formas de pensar, sentir y obrar colectivas de los sectores más pobres de la sociedad, estilos y patrones de vida que los diferencian. En Europa, como en Argentina, hubo tendencias a atribuir indolencia y falta de virtudes a tales sectores que conformarían tal cultura marginal y las hundirían aún más en su estado.

Tal interpretación endógena (casi culposa) de la razón y estado de pobreza ha sido suplida por otra exógena que gira en torno a la discriminación institucional y marginación espacial de los más pobres en una economía monetaria con alta desocupación y bajos salarios.

Lewis describe los riegos de esta cultura, alrededor de 1970, como fuertes agresores de la salud tales como infancia protegida corta, abandono escolar, relaciones sexuales

precoces, embarazo adolescente, abandono familiar ya sea de cónyuges o hijos, hacinamiento, falta de privacidad y violencia familiar habitual.

Lewis destaca los rasgos del "madrismo y el individualismo y su relación con la privación materna" (Gallino, 1995:254-259)1.

Efecto de este complejo cultural es, para Lewis, la tendencia a la autoconservación por transmisión de generación a generación y a la marginación institucional. La transmisión aludida llegará a configurar una valla endógena a las oportunidades de movilidad social.

En Argentina la pobreza fue estudiada conceptualmente desde fines del siglo XIX. En 1973 José Luis de Imaz publicó un estudio de campo, con el título "Los Hundidos" que presentaba un 10,8% de la población de 1970 con "índice de marginalidad" para el conjunto del país con rango de 4,3% (Capital Federal) a 33,5% (Santiago del Estero) (Imaz, 1974:122).

La marginalidad es una medida de posición respecto de un sistema social: conectada pero periférica del mismo. No se identifica necesariamente con la pobreza: así el gueto judío en culturas antisemitas o los barrios de inmigrantes de países subdesarrollados en las ciudades de los desarrollados, tienden a ser marginados ya sea por políticas persecutorias, como en el primer caso, o actitudes espontáneas condicionadas, como en el segundo.

La ancianidad y la discapacidad severa tienden a marginar institucionalmente a quienes la padecen independientemente de las clases sociales aunque con diferencias entre ellas.

El sector social más bajo de la pobreza ha sido llamado lumpen proletariado y está formado por el conjunto de individuos y familias que tienen ocupación irregular, precaria, de la mínima complejidad laboral y cuyos ingresos son, consecuentemente, muy bajos e inciertos. Incluye los mendigos y vagabundos cuyo número, siempre existente, fluctúa con las circunstancias.

En la Revolución Francesa de 1848 los obreros se insurreccionaron, el gobierno reclutó guardias de entre quienes estaban socialmente aún por debajo de ellos. A esos reclutados llamó Marx, lumpenproletariat (término alemán que significa "obreros harapientos") (Gallino, 1995:566). Los diferenció del proletariado industrial y les atribuyó extrema peligrosidad aún para la revolución que predicaba.

Las características actuales del lumpen proletariado son: su indefinición como grupo y el des- arraigo, a diferencia de la clase obrera, la tendencia a movimientos masivos y

cortos de violencia social, el alto grado de desorganización individual y familiar y la casi imposible movilidad ascen- dente (Gallino, 1995:567) Se concentra en la periferia de las grandes ciudades ya sea por migra- ción o por desplazamiento del sistema de trabajo y social urbano. En su seno se genera también violencia individual y delincuencia. El mismo desarrollo económico, en sus primeras etapas, gene- ra el lumpenproletariado por la migración y la desocupación que produce. La ruptura de las solida- ridades comunitarias contribuye al aislamiento de grupos e individuos (Gallino, 1995:568).

1 Se ha criticado a Lewis incluir variables de organización social y personalidad como culturales.

3.- La pobreza. Conceptualización y alcances metodológicos

3.1.- La idea de pobreza varía con el tiempo

El concepto de pobreza ha variado a lo largo del tiempo y difiere entre las culturas. En nuestros tiempos cuenta con una larga tradición en el pensamiento social pero ha sido elusiva de una conceptualización en el marco de los cuerpos teóricos dominantes. Más allá de las dificultades de su desarrollo teórico, esta temática ha asumido relevancia no despreciable en el análisis de la realidad social de países desarrollados y no desarrollados. La pobreza resulta un concepto utilizado no sólo para la descripción social sino también como argumento de acción estatal.

Desde la Antigüedad y hasta fines del siglo XV, la pobreza tuvo dos vertientes. Por un lado, la de aquellos que en forma voluntaria se despojaban de todo bien terrenal y por otro, la de aquellos impedidos de trabajar, ancianos y viudas de numerosos hijos, entre otros. Durante el Medioevo no sólo se toleraba la mendicidad sino que se le daba un espacio social y preponderante en las llama- das órdenes mendicantes. Los mendigos seglares daban al rico la posibilidad de realizar buenas obras por medio de la limosna. Ser pobre era al mismo tiempo condición de gracia divina, a través de la connotación religiosa de “los pobres de Cristo”.

A la diversidad de la pobreza también pertenece la visión “picaresca romántica” que describía al pobre como alguien dotado de una fuerte cultura de subsistencia asentada en recursos, estratagemas y sabidurías más o menos ilegales. El Lazarillo de Tormes proporciona una aproximación medular de esta visión (Castel, 1998).

El aumento de la pobreza y la movilidad geográfica producto de las guerras y los apremios económicos durante los siglos XIV y XV, originaron el temor al extranjero

desconocido, cambiando así el recibimiento hospitalario al peregrino. Se transforma el acto caritativo, pasa de una relación directa y personal entre donante y receptor, a una indirecta e institucional que ya no es monopolizada por la Iglesia, que cuenta con una creciente participación de las autoridades civiles.

A fines del siglo XVI se crean instituciones como centros de coerción y producción para recluir a los pobres. Para comienzos de la Edad Moderna el concepto de pobreza se redujo al punto de vista económico y religioso relacionado con el mercado de trabajo y con la crisis del catolicismo y el fortalecimiento del calvinismo. Es en estos momentos cuando surgen los fundamentos que, hasta nuestros días, han contribuido a la definición de la pobreza centralizada en lo metodológico por sobre lo conceptual. Así, para el siglo XVIII la pobreza se ligaba a la carencia de posesión de tierra o de capital, como lo señala el utilitarista ingles Jeremy Bentham:

"La pobreza es el estado de cualquiera que, para subsistir, se ve obligado a trabajar. La indigencia es el estado de aquel que siendo desposeído de la propiedad... está al mismo tiempo incapacitado para trabajar, o es incapaz, de procurarse los medios de subsistencia" (Minujin en Di Tella, 2002:555).

Durante el siglo XIX, en coincidencia con la ampliación de las acciones del Estado y la Revolu- ción Industrial, se define un cambio radical que proporcionará las bases para el asistencialismo y el Estado de Bienestar de posguerra. En 1834 se dicta en Inglaterra la Ley de Pobres, que regula las instituciones y fija los principios de elegibilidad y a fines de la centuria se inicia la producción de información estadística, como es el estudio paradigmático sobre la pobreza del biólogo ingles Rowntree. Éste clasifica "pobres" a aquellas familias que no tienen acceso a una canasta básica de alimentos que garanticen su eficiencia física. Ello responde a una definición absoluta de la pobreza ubicada por debajo del nivel mínimo de vida y en estado de privación absoluta de los elementos para una vida digna (ibídem).

Bajo el Estado Benefactor y las posturas de Beveridge y T. Marshall, la pobreza queda subsumida en las temáticas de empleo, distribución, redistribución y políticas sectoriales. A partir de aquí, la problemática ha estado ligada a la medición, elegibilidad y programas orientados a la reducción de la pobreza. Amartya Sen, distingue tres enfoques principales: el biológico, el de la desigualdad y el de privación relativa.

El enfoque biológico, introducido por Rowntree ha recibido ciertas críticas. Por un lado, existen variaciones en los requerimientos nutricionales de una persona según sus características físicas, sus hábitos de trabajo y las condiciones climáticas de su residencia.

Por otro lado, la definición del grupo de alimentos que satisfaga estas necesidades es una labor delicada que debe considerar las preferencias, los hábitos y la cultura.

Finalmente, la nutrición constituye sólo una de las múltiples necesidades del individuo.

El enfoque de la desigualdad responde a una revisión relativa de la pobreza. La relación entre ambos se vislumbra al examinar la situación actual de los países de América Latina, en donde coexisten altos niveles de pobreza con estructuras distributivas inequitativas, y conlleva una trans- ferencia de ingresos desde los más ricos a los más pobres, sobre el incremento de la pobreza en cada país. La pobreza se estima así, al comparar la situación de cada hogar según ingreso o acceso a una canasta de bienes y servicios, con el hogar promedio. El pobre es quien se halla en desven- taja frente al conjunto de la sociedad.

El enfoque de privación relativa, reconoce que la pobreza es un estado de carencia, de priva- ción relacionada con las costumbres, actividades y hábitos alimentarios de las sociedades específi- cas. Este estudio aborda tanto las condiciones de privación como los sentimientos de privación, éstos últimos relacionados con las expectativas personales y la visión individual de lo que es justo y quién tiene el derecho a disfrutar de qué.

Pobreza y distribución

“Se es pobre con respecto a algún atributo que algunos tienen. No hay pobreza sin su contrapartida, que es la riqueza; esto es: parte de la explicación de por qué hay tantos pobres es porque hay tantos ricos y, por lo tanto, proponer superar la pobreza tiene mucho que ver con cómo superar la extrema concentración de la riqueza. (...) La pobreza significa carencia de empleo y/o de ingresos adecuados, entonces hay que crecer pero creando empleos, incluyendo y no excluyendo a la gente” (Minujin, 1993:122).

El concepto relativo de pobreza crea una relación dialéctica entre pobreza y riqueza: existen los pobres porque existen los ricos. Introduce el concepto de exclusión social para explicar la concentración de riqueza.

Si bien el estudio de la pobreza bajo este enfoque aporta información valiosa, es necesario complementarlo con el enfoque absoluto, ya que según Sen:

“...hay un núcleo irreducible de privación absoluta en esta idea que traduce manifestaciones de muerte, por hambre, indigencia, desnutrición y penuria visible en un diagnostico de pobreza sin tener que indagar primero la escena relativa. Por tanto, el

enfoque de privación relativa complemen- ta y no suplanta el análisis de pobreza en términos de privación absoluta" (Sen, 1992: 122).

Así la definición de pobreza depende de la aproximación metodológica que se utilice. Solo recientemente la pobreza se relacionó con la exclusión e inclusión social, y con los derechos socia- les. Sin embargo, el escaso desarrollo conceptual, ha dificultado los intentos de definición del térmi- no. Empero, la idea básica común es la imposibilidad de acceder a la satisfacción de las necesidades que la sociedad considera esenciales. A partir de esta visión hay divergencias según las dimensiones involucradas. Una de estas dimensiones se relaciona con el espectro de necesidades esenciales y la importancia relativa de cada una de ellas.

En particular, la idea de pobreza está en su mayoría asociada con la imposibilidad de satisfacer simultáneamente varias necesidades. ¿Cómo considerar, entonces, a quienes solo muestran caren- cias en algunas? Según el investigador de la CEPAL, Oscar Altimir, la pobreza es:

"...un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inser ción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social y, quizá, la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad" (Altimir, 1979:18).

Otra fuente de discusión ha sido la determinación del umbral que define la carencia de las necesidades básicas. Así, la idea de pobreza implica una comparación entre la situación concreta que enfrenta un individuo o un hogar, y lo que sería necesario para vivir.

"La noción de pobreza se basa, en última instancia, en un juicio de valor sobre cuáles son los niveles mínimos de bienestar, cuáles son las necesidades básicas cuya satisfacción es indispensable, y qué grado de privación resulta intolerable. Tales juicios implican, por consiguiente, la referencia a alguna norma sobre las necesidades básicas y su satisfacción, que permita discriminar entre quienes son considerados pobres y quienes no" (Altimir, 1979: 11) .

"Es posible visualizar al fenómeno como uno de los rasgos que caracterizan a la estructura distri- butiva. El tamaño e intensidad del fenómeno estarían, por tanto, en relación directa al empleo, al ingreso medio y a la desigualdad de la distribución... a mediados de los años 70 se registró una concentración de la distribución del ingreso de

los hogares y una fuerte caída del ingreso medio; ambos hechos ocasionaron que el fenómeno de la pobreza, entendido como la insuficiencia de ingresos, adquiriese una importante significación" (Minujin, 1993:143).

Beccaria parte de considerar las necesidades básicas insatisfechas, según la misma sociedad las considere como tales. Establece una relación entre los tres indicadores siguientes: ingreso medio, empleo y distribución.

Sostiene que el descenso de cualquiera de los dos primeros genera o aumenta el nivel de pobreza. Pero la interacción de los dos desmejora al tercero, es decir influye en la "distribución" acentuando la desigualdad social. Incorpora la variable del tiempo, considerando que la alteración de la pobreza no es siempre producto de la simultaneidad de esas variables. Descarta toda relación lineal, e incluso causal, entre "caída de ingreso medio" y "pobreza"; considera un umbral mínimo a partir del cual la caída del empleo repercute en el aumento de la pobreza.

Además sostiene que la implementación de determinadas acciones –gestionadas por y desde el gobierno– podrían retardar o anular los efectos y condiciones de pobreza por la variación de aquellos indicadores. Flie centra el análisis en las necesidades básicas que se encuentran insatisfechas, divergiendo en las variables definitorias y sus umbrales de satisfacción. La autora parte de necesidades insatisfechas desde dos perspectivas: de la "pobreza estructural" y "pobreza pauperi- zada" (Minujin, 1993: 142).

Muchas de las críticas realizadas al concepto, se basan en enfoques que consideran a la pobre- za como resultado del tipo de organización del aparato productivo y de los mecanismos distributivos de la riqueza social.

La Organización de las Naciones Unidas considera la pobreza de manera integral como la carencia de capacidades para desenvolverse en la vida y participar de las oportunidades. Las trabas personales que genera la pobreza (autoestima, descreimiento, confianza, iniciativa), generan una relación circular: pobreza-marginación-pobreza.

Esta concepción hace referencia a las propias capacidades de las personas para concretar las realizaciones personales en la vida. Se basa en cuestiones más subjetivas y no toma en cuenta umbrales mínimos a superar. Los obstáculos que contribuyen a generar condiciones de pobreza se refieren a la autoestima y al crecimiento. Realiza un análisis psicológico de la pobreza. La autoestima y el crecimiento pueden ser pensadas como corolarios de "pertenecer" o "estar" en condiciociones de pobreza.

Desde el enfoque de sustentabilidad territorial, Roberto Guimaraes dice:

"...en situación de extrema pobreza, el ser humano empobrecido o excluido de la sociedad y de la economía nacional no posee ningún compromiso para evitar la degradación ambiental, si es que la sociedad no logra impedir su propio deterioro como persona" (Guimaraes, 2002)

Para Guimaraes, las premisas de sustentabilidad social y territorial conforman las siguientes variables:

a.- Dimensión social (capital humano)

- Educación: nivel de alfabetización.; nivel de instrucción; deserción escolar; superación educativa intergeneracional; grado.

- Salud: acceso a los diferentes niveles de AM; tasa de fertilidad; esperanza de vida; mortalidad infantil; de mortalidad por diferentes enfermedades; natalidad, morbilidad; nacidos vivos según instrucción de la madre.

- Vivienda: tipo de vivienda; hacinamiento; servicios básicos; vivienda con NBI insatisfecho.

- Seguridad: tasa de delincuencia; tipo de delito; cercanía de comisaría.

b.- Dimensión económica

- Empleo: tasa de desocupación; subocupación; por rama de actividad PEA.

- Ingresos: NBI; línea de pobreza.

- Acceso al suelo urbano: tipo de ocupación; años de ocupación; tamaño de lote.

- Acceso a servicios: red de agua, energía, transporte; grado de acceso a centros de salud y educación; cobertura médica.

- c.- Dimensión política participación; entidades barriales (ONGs; clubes; sociedades de fomento).

d.- Dimensión Ambiental

- Medio físico: superficie construida en área inundable; concurrencia de problemas ambientales.

- Contaminación: basurales; industrias contaminantes; aguas servidas y/o contaminadas; espacios verdes (ha por 1000/ ha).

e.- Dimensión percibida

- Espacio construido: forma, ordenamiento, calidad.

- Relaciones: intrabarriales; extrabarriales; con el entorno.

Este concepto de pobreza resulta normativo, y varía con la norma sobre necesidades básicas en la que se apoya. Así la discusión sobre la pobreza está plagada de diferencias de criterio y diferentes valoraciones morales y políticas acerca del orden social y de la organización de la sociedad.

3.2.- El Desarrollo Humano implica la progresiva reducción de la pobreza

¿Puede estudiarse el concepto de pobreza humana? ¿Puede medirse la pobreza para informar y formular políticas?

El Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 1996) introduce el Índice de Pobreza Humana (IPH) para aunar en un índice compuesto las características diferentes de privación de calidad de vida y juzgar el grado de pobreza de una comunidad. El Informe dio una versión del "índice de pobreza de capacidad". El IPH sigue el mismo criterio, conjugando mayor número de variables, en relación coherente con el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Sin embargo, la pobreza humana es más amplia que una medida particular, incluido el IPH, ya que involucra aspectos que no se miden. Por ejemplo la falta de libertad política, la incapacidad para participar en la adopción de decisiones, la falta de seguridad personal, la incapacidad para intervenir en la vida de una comuni- dad y las amenazas a la sostenibilidad y la equidad intergeneracional.

La selección de indicadores del IPH debe ser sensible al contexto social de un país. Por ejemplo, un índice que se concentre en el analfabetismo y la mortalidad prematura puede discriminar entre Sri Lanka y el Pakistán más de lo que puede hacerlo, por ejemplo, entre Alemania y Francia. Las cuestiones relacionadas con la pobreza en los países en desarrollo incluyen el hambre, el analfabetismo, las epidemias y la falta de servicios de

salud o de agua potable, los que pueden no tener importancia en los países desarrollados, en que el hambre es de rara ocurrencia, la alfabetización es casi universal, la mayoría de las epidemias están controladas, los servicios de salud son por lo general universales y es fácil hallar agua potable. Los estudios relativos a la pobreza en los países más opulentos se concentran en variables como la "exclusión social". Puede tratarse de privaciones forzadas y difíciles de eliminar en cualquier país. Pero asumen una prominencia mayor en los países opulentos.

No hay posibilidad real de lograr un índice de la pobreza que sea igualmente pertinente a los diferentes tipos de países.

Dado lo generalizado de la pobreza en los países pobres, el IPH está se orienta a ese contexto y las variables escogidas lo reflejan.

El carácter de la pobreza en los países ricos merece un estudio especializado que se concentre en las privaciones pertinentes a esos países.

Ya en 1948 el Banco Mundial (BM) definía como pobres a los países con una renta por habitante menor de 100 U$S, durante las décadas de los años 1950 y 1960 se consideraba que el crecimiento era el principal instrumento de reducción de la pobreza. Habrá que esperar a 1973 cuando el mismo BM, de su presidente, Robert McNamara, lance el concepto de pobreza absoluta:

"Unas condiciones de vida tan degradadas por la enfermedad, el analfabetismo, la desnutrición y la miseria que niegan a sus víctimas las necesidades humanas fundamentales... unas condiciones de vida tan limitadas que impiden la realización del potencial de los genes con los que se nace; unas condiciones de vida tan degradantes que insultan a la dignidad humana; y aún así, unas condiciones de vida tan habituales que constituyen el destino de cerca del 40% de los pueblos de los países en vías de desarrollo" (Tomas, 1997).

Desde entonces la lucha contra la pobreza ha presidido la política de "cooperación al desarrollo". El Informe del Banco Mundial de 1990 ofrece un panorama de la situación hasta aquel momento y define y mide la pobreza. La apropiación de la pobreza por la economía le ha conferido una respetabilidad científica y la ha hecho entidad mensurable.

Sin embargo, las dificultades con los indicadores cuantitativos de pobreza han elevado a adoptar otra estrategia. En la misma línea de su IDH el PNUD inventó el IPC

(Índice de Pobreza de Capacidad) en 1996, Año Internacional para la Erradicación de la Pobreza:

"El concepto de pobreza se equipara habitualmente al de falta de ingreso, porque se presume que es el ingreso el que determina el nivel de bienestar material. De esta manera, si se adopta como límite de pobreza 1 dólar diario, es pobre un 33% de la población del mundo en desarrollo, es decir, 1.300 millones de personas. Pero la "pobreza de ingreso" es sólo parte del panorama. El Informe de ese año introduce de esta manera una nueva medición multidimensional de la pobreza humana, el Índice de Pobreza de Capacidad (IPC) substituido más tarde por otro, el Índice de Pobreza Humana (IPH), que refleja el porcentaje de gente que carece de capacidad humana básica o mínimamente esencial" (Op. Cit 1997).

El discurso de la pobreza humana, como el del desarrollo humano, pretende universalizar las categorías propias de la cultura occidental. Como sabemos, el discurso oficial del PNUD, acentúa lo no económico, en este caso la multidimensionalidad de la pobreza, en contraste con el econo- micismo del Banco Mundial y sus umbrales de pobreza absoluta. El carácter eminentemente occi- dental de esta visión humanista se puede ver en dicha conceptualización. El IPH muestra la misma raíz metodológica con la medición del ya clásico Índice de Desarrollo Humano. Hay que señalar aquí que el IPH no utiliza ningún componente económico lo que le permite evitar las críticas a los índices cuantitativos y se presenta como el mejor instrumento de medida y de clasificación. Se elabora primero un cuadro sobre la clasificación de los países en desarrollo según el IPH para mejor comparación internacional entre países.

Una posible línea de reflexión podría articularse en torno a la transformación de la noción de pobreza en Occidente, al hilo de trabajos como el de Polanyi y Geremek al reciente de Rahnema (Castel, 1998), quién pone de relieve la relatividad cultural que envuelve a la noción de cultura. Aportaciones en esta óptica y, desde otras culturas, ayudarían a situar el papel de la noción occidental moderna de pobreza como noción legitimadora de la occidentalización del mundo.

En su artículo pionero, Amartya Sen (1992) propone dos problemas para evaluar la pobreza, a saber, el problema de identificación del conjunto de individuos en situación de pobreza, y el de agregación de las características de estos individuos. Sin embargo, la identificación de los individuos en condición de pobreza requiere, una aproximación conceptual a la condición de vida pobre. Al entender el desarrollo como un proceso de expansión de las libertades reales que disfru- tan los individuos, Amartya Sen ha introducido una visión ética del concepto que cuestiona las teorías clásicas del desarrollo. Éstas

pretendían desnudarse de toda presunción ética al concentrar- se en variables económicas exógenas al individuo para definir y evaluar el proceso de desarrollo: el crecimiento del PBI, el grado de industrialización, el avance tecnológico, entre otras. En contraste, la ruptura conceptual propuesta por Sen pone el acento en el tipo de vida que las personas valoran y desean seguir, enfatizando los fines que hacen al desarrollo importante para los individuos antes que los medios que colaboran en su consecución. De esta manera se humaniza el concepto de desarrollo y se amplía su más allá de la esfera económica.

Desde esta perspectiva la pobreza es vista como una privación inaceptable de libertades sus- tantivas de los individuos, una condición que limita sus capacidades para vivir la clase de vida que tienen razones para valorar. El individuo en situación de pobreza es aquél obligado a vivir una vida que no valora, obligado a sobrevivir, a subsistir. En el Informe sobre Desarrollo Humano de 1997, la pobreza se define como la privación de las cosas valiosas que una persona puede hacer o ser. El término pobreza humana, persigue distinguir esa privación más amplia de la más estrecha pobreza de ingreso o consumo.

En los Informes sobre Desarrollo Humano se considera que la pobreza es más amplia que la falta de ingresos. Para comparar, llegar a acuerdos y promover políticas que aseguren una vida plena para todos, proponer un esquema mínimo de libertades fundamentales un programa de avan- ce consensual en Derechos Humanos y Desarrollo Humano. Así, se ha propuesto la atención de siete libertades fundamentales (Informe del Desarrollo Humano, 2000):

- Libertad de la discriminación por motivos de género, raza, origen étnico, origen nacio- nal o religión;
- Libertad del temor, las amenazas a la seguridad personal, la tortura, detención arbitra- ria y otros actos violentos;
- Libertad de pensamiento y de expresión, de participar en la adopción de decisiones y de establecer asociaciones;
- Libertad de la miseria, para disfrutar un nivel de vida decoroso;
- Libertad para desarrollar y materializar plenamente el potencial humano personal;
- Libertad de la injusticia y las violaciones del estado de derecho, y
- Libertad de tener un trabajo decoroso, sin explotación.

La pobreza es una condición inaceptable de vida, una restricción dramática de las libertades y capacidades de los individuos. No se trata de un bajo nivel de desarrollo humano. Sino de un nivel inaceptable de desarrollo humano. La visión, avanza en la caracterización de esta libertad funda- mental. Nussbaum y Sen (1996) argumentan a favor de la identificación de combinaciones mínimas de capacidades básicas para plantear el problema del diagnóstico y medición de la pobreza, y critican el uso aislado del ingreso como herramienta para identificar pobres (Nussbaum y Sen, 1996).

- Estos autores proponen considerar para una vida humana decorosa, libre de la miseria al menos cinco capacidades básicas: para vivir libre del hambre; para vivir una vida libre de enfermedades previsibles y mortalidad prematura; para vivir libre del analfabetismo literal y numérico; para acceder a servicios sanitarios básicos (agua potable, eliminación de excretas, electricidad, aseo urbano) y para obtener empleo.

La privación de una o varias de estas libertades básicas debe ser considerada como un indica- dor de pobreza humana. Así definida, la pobreza humana es conceptualmente multidimensional.

3.3.- Es necesario un análisis empírico de la pobreza con parámetros de medición

Para identificar a la población en situación de pobreza necesitamos identificar los individuos privados de una o varias de las capacidades arriba listadas. Un procedimiento es realizar encuestas nacionales, y utilizar las características censadas como variables apoderadas de la privación de estas capacidades. Los ingresos, tasas de desempleo, índices de acceso a servicios básicos, gastos de hogares o familias, tasa de morbilidad, son ejemplos de tales características. Una vez escogidas estas características será necesario decidir umbrales cuyo cruce decida la condición de los indivi- duos con respecto a la privación de las capacidades representadas.

La crítica de Sen al uso de las líneas de pobreza radica en que los umbrales no varían con las características personales y sociales de las que dependen las capacidades, ni entre comunidades. Al utilizar líneas de pobreza referidas al hogar se persigue identificar la falta de capacidad para lograr ciertos funcionamientos mínimos identificando el costo asociado a dichos funcionamientos. Que el primer umbral a identificar sea el de subsistencia nutricional es razonable, y bastante esta- ble regionalmente. Sin embargo, el segundo umbral, aquel que pretende identificar hogares cuyos recursos para satisfacer las necesidades básicas que van más allá de la nutrición adecuada son insuficientes, es demasiado general. Existen funcionamientos y capacidades básicas que difícil- mente mejorarían fortaleciendo, por ejemplo, el ingreso. La condición de una analfabeta de 40 años difícilmente va a cambiar sólo porque incremente sus ingresos.

El Índice de Pobreza Humana (IPH) utilizado en los Informes Globales de Desarrollo Humano es una medición multidimensional de la pobreza que resume en un índice compuesto la privación en cuatro dimensiones básicas de la vida humana: una vida larga y saludable, conocimientos, aprovisionamiento económico e inclusión social. Esas dimensiones de la privación son las mismas para los países en desarrollo y los países industrializados, pero difieren en los indicadores utiliza- dos para reflejar las diferencias entre esos países y por la limitación de datos en varios países en desarrollo.

Para los países en desarrollo se utiliza el IPH-1 como medida de la pobreza humana. La privación de una vida larga y saludable se mide por el porcentaje de los habitantes, nacidos hoy, que no se espera que sobreviva hasta los 40 años, la privación en cuanto a conocimientos, por la tasa de analfabetismo adulto, y la

privación en cuanto al aprovisionamiento económico, por el porcentaje de la población que carece de acceso a servicios de salud y a agua potable y el porcen- taje de niños menores de cinco años que tienen peso insuficiente, moderado o severo.

Para los países desarrollados se utiliza el IPH-2, que mide la privación en cuanto a una vida larga y saludable por el porcentaje de habitantes nacidos hoy que no se espera que sobreviva hasta los 60 años, la privación en cuanto a conocimientos por la tasa de analfabetismo funcional adulto, la privación en aprovisionamiento económico, por la pobreza de ingreso, y la privación en inclu- sión social, por el desempleo de largo plazo.

En ambos casos, la identificación de pobreza de la población está definida implícitamente. Se ha optado por resumir la calidad de vida de la población en cuatro dimensiones de gran relevancia para el concepto de Desarrollo Humano utilizando agregados nacionales, y se utiliza este resumen como medida global de pobreza humana. Estos índices además han sido desagregados cuando ha sido posible de acuerdo con el género, regiones y grupos étnicos. Su desagregación a niveles más elementales es deseable aunque difícil.

Una unidad mínima lo constituye el hogar. La pobreza humana tiene múltiples aristas, y no todos los hogares caen en una condición de vida pobre o perviven en esa condición por las mismas causas. La identificación de las particulares capacidades y libertades cuya privación los ha llevado a la condición de pobreza es vital para el logro de políticas eficientes de superación. No existe un solo camino para superar la pobreza porque no existe una sola forma de pobreza.

Si el Desarrollo Humano es el proceso de expansión de las libertades reales que disfrutan los individuos, y si es la participación de estos individuos en la agencia de sus funcionamientos y capacidades el camino fundamental para conseguir este desarrollo, ¿no se debería intentar medir este grado de desarrollo a ese nivel y en su entorno inmediato?

Una discusión usual en las investigaciones se refiere a si ese umbral debe tener carácter relativo o absoluto. Expresado de manera diferente, si es posible definir valores mínimos que resulten validos para cualquier sociedad o los límites dependen exclusivamente de aquello que resulta “normal” en una sociedad determinada. Algunos autores distinguen entre necesidades y satisfactores. Aquéllas tendrían un carácter más absoluto mientras que la forma de satisfacción depende de usos y costumbres, del tiempo y el espacio. Un ejemplo es la alimentación: el mínimo de

calorías y proteínas que debe consumir una persona es prácticamente universal y no tiene porque variar históricamente. Siguiendo este razonamiento Alan Durning del Instituto WorldWatch define po- breza absoluta como: "...la falta de suficientes ingresos en dinero o especie para satisfacer las necesidades biológicas más elementales de alimentación, vestido y abrigo (el ingreso insuficiente es el menor a un dólar por día)" (Durning, 1992).

Basados en esta definición, hoy 1.300 millones de personas viven en la pobreza absoluta. Casi todos viven en áreas rurales, son analfabetas, gastan la mitad o más de sus recursos en comida y pertenecen a etnias, tribus o religiones que sufren discriminación. Millones de personas están atrapadas en el ciclo de pobreza que lleva a la degradación de los recursos, la perpetúa, y la empeora por las tasas elevadas de fertilidad. (Nebel y Wrigth, 1999).

Más allá de cada contexto sociocultural, es la noción de dignidad humana y la universalidad de los derechos humanos básicos la que marca la norma que sirve para definir el estado de pobreza absoluta. Sin embargo, los alimentos que satisfacen ese mínimo de calorías y proteínas difiere por caso entre la Argentina y un país centroamericano, lo mismo ocurre en cuanto a necesidades como la cultura o la participación política.

Estas son algunas de las dificultades enfrentadas para identificar empíricamente a los pobres y conocer cuántos y quiénes son. Ya sea para su análisis o para desarrollar acciones gubernamentales concretas.

Entre las decisiones cruciales que deben tomarse están la identificación de las "necesidades básicas" y la importancia relativa de cada una de ellas. Se distinguen dos enfoques básicos en los ejercicios empíricos del análisis de la pobreza. Uno de ellos define a una persona (u hogar) como pobre observando directamente los grados de satisfacción de las necesidades esenciales. Dentro de este enfoque existen discrepancias respecto de cuáles necesidades considerar y como ponderar la importancia de cada necesidad. Varios trabajos en Latinoamérica –que se inspiraron en los realizados por el INDEC en Argentina– estiman que la no satisfacción de una de ellas es suficiente para determinar que un hogar o persona deba clasificarse como pobre. Otros autores, por lo contra- rio, utilizan un sistema de ponderaciones inversamente proporcional al grado de satisfacción de tal necesidad. Hay asimismo investigadores que recurren a la opinión de la población sobre la rele- vancia de las distintas necesidades, según ésta se expresa en indagaciones ad-hoc.

Las necesidades básicas que sirven para definir la pobreza, son relativas al entorno –específicas de cada país– y dinámicas, pero también incorporan aquellas necesidades cuya satisfacción responde a la noción de dignidad humana. Según la definición ofrecida por el INDEC en el documento "La Pobreza en la Argentina" (1984), las necesidades básicas son:

"...un núcleo central de necesidades consideradas básicas para el desarrollo de la vida en sociedad, que incluye: alimentación adecuada; vestimenta funcional y decorosa; alojamiento y equipa- miento doméstico mínimamente adecuado para el funcionamiento del hogar y el equilibrio psicofísico de sus miembros; disponibilidad de agua potable y de sistema de eliminación de excretas que garanticen estándares sanitarios mínimos; condiciones ambientales sanas y que posibiliten la realiza- ción de actividades esenciales para el desarrollo individual y la integración social; acceso a servicios adecuados de salud, educación y cultura, así como los recursos mínimos para los gastos complementarios que permiten el aprovechamiento efectivo de esos servicios. El acceso a empleo libremente elegido se inserta, asimismo, entre las necesidades básicas, como medio y como fin, ya que no sólo proporciona un ingreso para adquirir los satisfactores necesarios, sino también es esencial para la autoestima y la dignidad social del individuo".

Si bien el concepto de necesidades básicas puede servir para definir la pobreza, se limita a las dimensiones materiales de la privación. En su acepción más amplia, incluye tanto necesidades psicológicas y políticas como materiales. La medición de necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la Argentina se inicia en 1984, a partir de un conjunto de indicadores elaborados sobre la base del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980 (INDEC, 1984).

Sobre un núcleo central de necesidades consideradas básicas para un desarrollo de la vida en sociedad, la información censal sólo permitió construir indicadores de insatisfacción habitacional, educacional y ocupacional, pero no así sobre nutrición o salud ni tampoco sobre ingresos o equi- pamiento de los hogares. Se consideró hogares NBI a aquellos que reunieran al menos una de las siguientes condiciones:

- Tuvieran mas de tres personas por cuarto (hacinamiento);
- Habitar en una vivienda de tipo inconveniente pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho (vivienda);

- No tuviera ningún tipo de retrete (condiciones sanitarias);

- Tuviera algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela (asisten- cia escolar);

- Tuviera cuatro o más personas por miembro ocupado y además, cuyo jefe poseyera baja educación (capacidades de subsistencia)."

El Censo nacional de 1991 realizado por el INDEC, estimó un 14,3% de los hogares urbanos y un 32,3% de los rurales. En el índice de NBI tienen mucho peso las condiciones de la vivienda y las viviendas rurales frecuentemente presentan más carencias que las urbanas. Las situaciones de ho- gares con NBI más críticas se presentan en las provincias de Formosa (34,3%), Salta (33,9%), Jujuy y Santiago del Estero (ambas con 33,6%), Chaco (33,2%) y Misiones (32,8%), en las que por lo menos 1 de cada 3 habitantes registra NBI (INDEC, 2001).

El método NBI enfatiza el acceso de las personas a los servicios sociales necesarios para tener una vida decente, pero no se plantea las razones por las cuales las necesidades que aborda son importantes. Se trata de una lista empírica de necesidades y en ese sentido difiere profundamente de la visión impulsada por el Desarrollo Humano. Sin embargo, la metodología puede ser reinter- pretada en términos de capacidades y libertades fundamentales, y complementada. Por ejemplo, el indicador obvia la pobreza extrema o más acentuada, relativa a la privación de la capacidad ali- mentaria.

Las distintas metodologías comentadas para la identificación de hogares o personas en situa- ción de pobreza no son medidas alternativas de un mismo fenómeno, sino más bien visiones distintas (y complementarias) de un fenómeno complejo. La identificación de las "necesidades básicas" depende de las disponibilidades de información. Estas investigaciones suponen una corre- lación elevada entre la insatisfacción simultánea de las diversas necesidades básicas, es decir, que si un individuo u hogar no está satisfaciendo una de ellas, es probable que tampoco satisfaga las demás. Sin embargo se indicó que esta situación no es tan frecuente. Muchas de las investigaciones empíricas emplean fuentes estadísticas que no han sido diseñadas para medir la pobreza. Así, por ejemplo, en una serie de estudios en América Latina se recurrió a los datos de los censos de población y vivienda. En ellos, se identifica como pobres aquellos hogares que no cumplían con estándares mínimos de vivienda y educación.

El segundo enfoque es el denominado “de los ingresos o línea de pobreza” (LP), utilizado por el Banco Mundial y computa el monto de dinero que se requiere para adquirir el conjunto de bienes y servicios que satisfacen los umbrales mínimos de todas las necesidades básicas. Aquellas personas (u hogares) que tienen ingresos inferiores a ese valor –o “línea de la pobreza”– son clasi- ficados como pobres. Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

- Definición de las necesidades;
- Definición de una canasta normativa de satisfactores para cada hogar; Cálculo de su costo (que constituye la línea de pobreza); Comparación del ingreso de cada hogar con el valor de dicha línea;
- Clasificación de los hogares como pobres o no pobres según sus ingresos.

Además de calcular la LP a partir de los ingresos monetarios, existen otras técnicas para su determinación. En América Latina y los Estados Unidos, usualmente se emplea la formula de la canasta alimentaria. Se estima un ingreso monetario mínimo per capita para cubrir (comprar) una Canasta Básica de Alimentos. De este modo se valora el gasto para un mínimo de nutrición individual. Este monto delimita la denominada Línea de Indigencia (LI). Los hogares, con entradas per capita inferiores a la línea son clasificados como indigentes o pobres extremos. El costo de otras necesidades no alimentarias se calcula multiplicando el valor de la LI por un factor que en Latino- américa oscila entre 2.0 y 2.5, es decir, se trata de aproximadamente el doble del presupuesto necesario para adquirir de la dieta alimentaria mínima. Esta cantidad es la LP. Las subestimaciones propias de la Línea de Pobreza y otros métodos llevan a rotular como “vulnerables” a ciertas franjas de población (por encima, aunque próximas a dicha Línea) que, con instrumentos más precisos serian referidos como pobres (Escurra, 1998).

La observación de la insatisfacción de cada una de las necesidades -el primer enfoque- parece una estrategia más directa que la de recurrir a la línea de pobreza. Sin embargo, la mencionada falta de simultaneidad obliga a definir una manera de considerar las situaciones donde los hogares (o personas) registran una situación adecuada respecto de unas pero no de otras. Las soluciones a las que se llega no dejan de ser arbitrarias. Es en este sentido que el enfoque de los ingresos es atractivo ya que plantea una forma a primera vista razonable de “promediar” la importancia de las diferentes necesidades. Esta última perspectiva es, por otra parte, la que cuenta con mayor tradi- ción en la investigación empírica, lo que no significa

que se encuentre libre de problemas. Convie- ne señalar, por caso, que no todas las necesidades se satisfacen adquiriendo mercancías en el mercado. Muchas de ellas son ofrecidas gratis (o a menor precio) por el Estado (educación, salud). Por lo tanto, se hace necesario incluir, como parte del ingreso del hogar (o de la persona), componentes monetarios.

Estos enfoques no implican sendas maneras diferentes de llegar a un mismo resultado, ambos métodos captan diferentes manifestaciones del fenómeno de la pobreza. Este fenómeno resulta heterogéneo; los métodos regularmente empleados captan, por tanto, sólo algunas de sus expresio- nes. Existen sugerencias para integrar ambos enfoques, pero los elevados requerimientos de infor- mación hacen que aun estén en etapa exploratoria. El fenómeno de la heterogeneidad de la pobreza y el hecho de que los métodos reflejen solo algunas de sus manifestaciones, resulta un aspecto que debería tenerse en cuenta al diseñarse políticas destinadas a la superación de la pobreza. El mismo plantea la cuestión de los objetivos –a qué tipos de pobres o "qué pobreza" es la que prioritariamente se desea asistir– como la de los instrumentos –medidas destinadas a aquellos que son "pobres" según un criterio, no necesariamente son las mas adecuadas para los otros–.

Ambos enfoques, y también aquellos que plantean una visión más integral, enfrentan proble- mas conceptuales o restricciones que impone la información disponible. Esta situación ha dado lugar a la ya mencionada discusión del tema de la heterogeneidad de la pobreza que puede ser analizado a partir del uso simultáneo de ambos enfoques.

Además de los métodos de LP y NBI, se ha desarrollado un tercer método, basado en la superposición de los dos primeros y conocido como la Metodología de Medición Integrada de la Pobre- za (MIP). El uso simultáneo de ambos criterios permite observar la evolución y composición de la pobreza y logra conciliar la información captada por cada uno de los enfoques. Esta tercera opción permite distinguir a los pobres estructurales, es decir, aquellos que provienen de una pobreza histórica, de los grupos pauperizados recientemente, que incluyen a los nuevos pobres (Minujin, 1998) [cuadro 3.3.a]. de

Medición integrada de la pobreza

		ingreso	
		Pobre	No Pobre
	Pobre	1. Pobre estructural y por ingreso	2. Pobre estructurado e ingreso adecuado
	No Pobre	3. Nuevos pobres	4. No pobres

(Minujin, 1993).

Cuadro 3.3.a

El método NBI obedece al enfoque absoluto de la pobreza, ya que se basa en la verificación directa de un conjunto de indicadores que tienen un nivel mínimo de satisfacción por debajo del cual los individuos se encuentran en un estado de privación absoluta, careciendo de los elementos mínimos para llevar una vida digna. Los métodos de LP y MIP contienen elementos tanto de priva- ción absoluta como relativa, ya que para calcular la canasta básica de consumo de alimentos y los patrones de consumo de los hogares, examinan al conjunto de hogares que se encuentran en un segmento determinado de la estructura distributiva.

Los métodos de medición expuestos, si bien son herramientas valiosas para la identificación y cuantificación de los hogares pobres, han demostrado tener limitaciones conceptuales y metodológi- cas lo que ha llevado a analizar el fenómeno

de la pobreza de manera parcial y segmentada. El cuestionamiento es, entonces, a un enfoque que puede llegar a generar mediciones que fluctúen ampliamente de un fenómeno para muchos considerado típicamente estructural. Historias de ham- bre infantil, de muertes por enfermedades derivadas de la pobreza extrema, de hombres y mujeres sin trabajo, de chicos pasando horas y días deambulando por la calle, de hospitales sin recursos para cubrir las necesidades mínimas de quienes lo necesitan, forman penosamente (y con cierto dejo de naturalidad y acostumbramiento, lo que es aún peor) de la realidad cotidiana de nuestras vidas.

"El problema de la pobreza tiene implicaciones éticas, económicas y políticas de primer orden. Atenta contra los derechos humanos mantener sectores amplios de la población en situaciones de desempleo, desnutrición y marginalidad". (Klinsberg; 1994)

Para fines de la década de los noventa, la Confederación Regional de los países de América Latina sobre la Pobreza, estimaba que el 62% de la población latinoamericana (215.000.000) pa- decía situaciones de indigencia, es decir, esta década ha presenciado un crecimiento alarmante de la pobreza en la región. Afecta a uno de cada dos latinoamericanos, siendo un problema que no está en retroceso, ni que constituye un islote dentro de los avances de la modernidad, sino que desgraciadamente se ha agudizado.

"La calidad de la pobreza se ha degradado. Entre los pobres el sector que más ha crecido es el de los 'pobres extremos', las familias que aunque destinaran todos sus ingresos exclusivamente a com- prar alimentos (hipótesis irreal dada la imprescindibilidad de gastar en vivienda, transporte, vesti- menta, etc.), igual no alcanzan a comprar el mínimo de proteínas y calorías necesarias para vivir. Los pobres extremos o indigentes son ahora la mitad de todos los pobres" (Ibid) [Cuadro 3.3.b].

La pobreza mata

"La pobreza mata. No se trata de un comentario político o social sino de un hecho científico. Ello puede corroborarse en América Latina. La pobreza se ha

constituido en la principal causa de muerte atribuyéndole 1.500.000 de defunciones anuales. Los más afectados son en primer lugar los más débiles, los niños, 2.000 de ellos perecen al día por pobreza. Por otra parte se observa una clara tendencia a la reducción del peso de los niños al nacer. También ataca particularmente a las mujeres, un 40% de los hogares tiene hoy a la cabeza una mujer en diversos países de la zona".

P. Toronsed (Ibid)

Por lo tanto, podría indicarse que el tratamiento del fenómeno de la pobreza ha pasado de una centralidad localizada en la caridad a otra en el asistencialismo, y de allí al logro final de los llamados derechos de tercera generación: los derechos sociales. Este último paso, debería marcar el desarrollo futuro de la pobreza, su concepción, su método y sus alcances.

4.- La pobreza: medición antes que definición. El problema de la focalización

4.1.- Acerca de la pobreza

Sabemos que la pobreza es un problema directo para una parte de la sociedad e indirecto para otra. En este artículo se parte de la tesis de que el problema ontológico de la pobreza, es decir: ¿qué es la pobreza? no ha sido resuelto y, como no se puede atacar lo que no se conoce, eso que llamamos pobreza sigue presente. Este problema no pone en tela de juicio a la pobreza en sí, si no, en todo caso, a las acciones que se llevan a cabo para terminar con ella.

Se podría argumentar que dicha afirmación incurre en una tautología: dado que para afirmar que la pobreza sigue existiendo o, aún peor, es necesario saber de qué se está hablando. He aquí que el problema se agrava: no se trata de que no se sepa qué es, sino que no se la define, en términos lógicos, por la comprensión y extensión del término, sino por la forma de medirla.

Al no existir una definición, las políticas contra la pobreza pueden saber si las mediciones mejoran o no, lo que no quiere decir que el estado de la pobreza cambie. Es por esto que las políticas contra la pobreza suelen ser políticas pobres (Lo Vuolo, 2004).

- llama la atención este modo tajante de denominar "pobre" o "no pobre" a una persona. generalmente al pobre se lo denota como alguien donde la cultura hizo agua, y por lo tanto, alguien –el poder, los no pobres– tienen el deber de reparar. De esta

idea es de donde nacen afirmaciones tales como “no les gusta trabajar, etc.”. Existe una colección que se podría sistematizar de hechos, discursos y notas de políticas donde se deja entre- ver claramente esta idea de que hay una falla que arreglar. Está cercano también a comentarios del tipo “es un problema cultural” o “no hay más valores”, y otras.

Como se mencionó, para solucionar el o los problemas de “la pobreza” se parte de definiciones que están en función de los modos de medirla. En la conceptualización del término, la pobreza se vuelve cada vez más un concepto abstracto. Por otra parte, su uso, suele caer en ambigüedades: pobreza y hambre, pobreza y falta de vivienda, pobreza y exclusión, pobreza y marginación, desigualdad, marginalidad social, precariedad laboral. Por otra parte, cuando se trata de abarcarla ontológicamente, las definiciones suelen ser relativas.

El siguiente es un ejemplo de concepción relativa de la pobreza: “Se considera pobre a quien no obtiene o no puede procurarse recursos suficientes para llevar una vida mínimamente decorosa, de acuerdo a los estándares implícitos en el estilo de vida predominante en la sociedad a la que pertenece” (Fernández y Almada Taravella, 2002).

En otro documento del INDEC se menciona:

“se puede considerar a la pobreza como una forma de exclusión de las condiciones de vida imperantes en una sociedad históricamente determinada” (IDEC. Indicador de Capacidad Económi- ca de los hogares, 2001:5).

La pobreza es definida como la falta de factores que permitan a la persona vivir en condiciones dignas. Esta última sería la definición del BM (1997): “la falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable; con lo que un pobre sería aquel que carece de comida, o no tiene acceso a una combinación de servicios básicos tales como educación, salud, agua potable, cloacas, etc.” y agrega “la pobreza no es solo una condición económica, esto es, la carencia de bienes y servicios necesarios para vivir, como son los alimentos adecuados, el agua, la vivienda o el vestuario; sino también la falta de capacidades para cambiar estas condiciones”. El PNUD dice (1997) que “la pobreza se refiere a la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable” (INDEC. Indicador de Capacidad Económica de los Hogares, 2002). Pero ya tenemos la relatividad de la palabra “digna” y la relatividad de las condiciones dignas, y de la “vida tolerable”. Con las condiciones dignas de un africano que vive en Sierra Leona (el lugar más agresivo desde el

aspecto de la naturaleza y no menos peligroso en lo social) son condiciones que le permiten vivir a él allí pero seguramente cualquiera de nosotros –con iguales condiciones– moriría en el intento.

En la Unión Europea esta relatividad es bien clara: es considerado pobre aquel cuyo ingreso es menor al 50% del ingreso del promedio de ingresos de la Unión (Capacidad Económica de los Hogares, 2002).

En contra de la relatividad se expuso el principio del "núcleo irreductible" es decir:

"conjunto de necesidades absolutas que trascienden las comparaciones entre países o personas y que remiten a la dignidad e igualdad esenciales del individuo considerado como ser humano dotado de capacidades de ser y funcionar integrado a una sociedad" (INDEC. Indicador de Capacidad Eco- nómica, 2001:5).

A continuación, se detallan y critican tres métodos de definición de la pobreza utilizados a fin de identificar población pobre para la aplicación de políticas focalizadas.

4.2.- La focalización de la pobreza intenta superarla

Focalizar consiste en:

"concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales, claramente identificada, y luego diseñar el programa o proyecto con que se pretende atender un determinado problema o necesidad insatisfecha, teniendo en cuenta las características de esa población, a fin de elevar el impacto o beneficio potencial per cápita" (CEPAL, 1995:13).

"La focalización implica el análisis y la protección preferencial de ciertos grupos humanos específi- cos, en el marco de una mayor racionalización en el uso de los recursos públicos" (CEPAL, 1995:201).

Como menciona Percy Rodríguez Noboa, la práctica de la selectividad o focalización:

"se ha convertido en uno de los elementos centrales de los nuevos esfuerzos de la región por corregir en plazos cortos las consecuencias adversas más agudas de la crisis y de los ajustes económi- cos" (Rodríguez Noboa, 1991:55).

A continuación se presenta una lectura crítica de tres modos de medir la pobreza, dos clásicos y uno reciente.

Antes que nada es importante dejar en claro que estas notas son una primera aproximación para pensar y reflexionar sobre los fundamentos de la metodología para diferenciar pobres de no pobres.

Hay que tener en cuenta que:

"De acuerdo con los criterios de focalización más difundidos, la prestación selectiva de servicios o bienes sociales exige distinguir entre población pobre y no pobre, pues sólo el primer grupo ha de tener acceso a los beneficios. Esto suscita un importante problema técnico y metodológico relaciona- do con la medición de la pobreza y la estratificación de la misma (uso opcional de métodos, por ejemplo, de líneas de pobreza o de necesidades básicas). El modo de certificar el grado de pobreza y el derecho a recibir determinados satisfactores es muy variado y no siempre es fácil de elegir. Puede acudir, alternativamente, a los clásicos estudios de casos de los trabajadores sociales, al siste- ma de uso de flujos de información o indicadores arrojados por los sistemas sectoriales de política social, a las encuestas sociales segmentarias y permanentes, al criterio de unidad territorial, modali- dades todas que pueden procesarse mediante sistemas computarizados de detección de necesidades (Fernández y Almada Taravella, 2002: 206).

sin embargo:

"Asimismo, cuando el gobierno estima que debe atenderse cierto problema, que no es visualiza- do como tal por la población con capacidad de pago, es probable que tenga que optarse por una prestación universal, por cuanto la mayoría no estará dispuesta a pagar por necesidades no sentidas" (CEPAL, 1995:19).

4.3.- La Línea de Pobreza (LP) mide carencia nutricional

Se parte de la tesis de que el método para estimar la "Línea de Pobreza" no mide ingresos sino carencia nutricional. Se entiende que esto no tendría que ser una novedad, y que la forma correcta de expresarlo sería decir que la Encuesta Permanente de Hogares es la que –en todo caso– mide ingresos.

El concepto de Línea de Pobreza sufre de una "recaída en la inmediatez" es decir, perdió su génesis, se ha olvidado el modo de construirlo y así se instaló como método útil.

¿Cómo se construye la Línea de Pobreza?

Esta línea resulta en un número expresado en pesos argentinos. Se deduce un número –línea– por persona y se la llama línea debido a que si la persona en cuestión tiene un ingreso que se encuentra por debajo de ella (de ese número), es considerada pobre en Argentina. Esto es importante destacarlo: se puede calcular la línea de pobreza para cada persona en particular. Una vez explicado el cálculo, se explicará el modo de extenderlo a los hogares (un hogar es un conjunto de personas -parientes o no- que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación y/ u otros gastos esenciales para vivir). La estimación por hogar facilita el inconveniente de que para los cálculos posteriores no tenemos ingreso para menores de edad, con lo cual todos los menores serían pobres (si bien es un planteo irónico, no deja de ser una estimación de la estimación).

Para llegar a obtener este número clave se parte de identificar cuál es la necesidad nutricional de una persona. Para facilitar la medición que sigue a la identificación de la necesidad nutricional, se establece una medida de partida en base a lo que se llama "adulto equivalente". Un "adulto equivalente" es un varón de entre 30 y 59 años con actividad moderada. Según tablas nutricionales de la OMS y corregidas para Argentina, un "adulto equivalente" tiene una necesidad nutricional de

2700 Kcal diarias. Al “adulto equivalente” se le da el valor 1.

Necesidades energéticas y unidades consumidoras según edad y sexo

Edad	Sexo	
Menor de un año		
1 año		
2 años		
3 años	Ambos	
4 a 6 años		
7 a 9 años		
10 a 12 años		
13 a 15 años		
16 a 17 años	Varones	Mujeres
10 a 12 años	Mujeres	
13 a 15 años		
16 a 17 años		
18 a 29 años		
30 a 59 años		
60 y más años		
18 a 29 años		
30 a 59 años		
60 y más años		

2.210	0,82
2.000	0,74
2.000	0,74
1.730	0,64

INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

Extracto de la tabla de MORALES Elena (1988), Canasta Básica de Alimentos -

Gran Buenos Aires, Documento de trabajo Nº 3, INDEC/IPA

La metodología se puede consultar en el informe de prensa "Valorización men sual de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total"

El paso siguiente consiste en establecer cuánto dinero necesita este adulto equivalente para poder consumir las calorías nutricionales necesarias para subsistir un mes. Para este cálculo, en Argentina se ve la modalidad de consumo de las personas con ingresos entre los percentiles 21 y 40 (segundo quintil), para hacer una estimación cultural (de clase y de disponibilidad, alimentos típicos de los países) sobre el tipo de consumo. Una vez establecidos los productos que se encuentran dentro de la estimación cultural se hace un estudio de costos para una canasta básica alimentaria que proporcione las necesidades calóricas (incluidas determinadas cantidades de vg. hierro, vitaminas) para la correcta alimentación del adulto equivalente. Dicho estudio de costos se hace tomando como referencia el Índice de Precios al Consumidor.

Es conveniente mencionar que si bien el método es similar en los distintos países de Latinoamérica, los parámetros que se utilizan son diversos

Parámetros de la Línea de Pobreza. Países Latinoamericanos seleccionados

	Kcal por adulto equivalente	Percentil de la Población de referencia	Inversa de coeficiente de Engel
Argentina	2700	21 a 40	2.07

Uruguay 3097 21 a 30 2.99

Chile 2808 41 a 60 2.00

México 2220 25 a 50 2.50

Perú - 11 a 40 1.93

Paraguay 2832 27 a 36 2.13 (Construido en base al documeto de la Dirección Nacional de Encuesta de Hogares del INDEC)

Cuadro 4.3.b

A partir de este punto se puede ejemplificar el método si se establece que para la subsistencia nutricional de un adulto equivalente son necesarios $100 mensuales (Canasta Básica Alimentaria). Dado que según tablas estipuladas, una mujer de 30 años equivale 0.70 de adulto equivalente, su ingreso necesario tendría que ser de $70. Si esta mujer tiene un ingreso menor, es considerada indigente. Su Línea de Indigencia es $70. La Línea de Indigencia está dada por la Canasta Básica Alimentaria. Como se ve todavía no se habla de pobre, sino de indigente.

Para llegar al pobre es necesario hacer otros cálculos. Primero, partiendo de la hipótesis de que un pobre consume todo su ingreso, es decir, no ahorra, se estipula un número llamado "la inversa del coeficiente de Engel"4. Este coeficiente divide el total del ingreso de una persona por el porcen- taje del ingreso que gasta en alimentos (este porcentaje varía con el ingreso y para Argentina se calcula en 48,31%. Al dividir la totalidad del ingreso por 100 se obtiene el coeficiente de 2.07). Este coeficiente se multiplica por la Canasta Básica Alimentaria y se obtiene una nueva línea para el anterior "adulto equivalente" de $ 2075. Esta línea que se denomina Línea de Pobreza determina la Canasta Básica Total. Dicho ordenadamente: la Canasta Básica Total establece la Línea de Pobre- za. Si el ingreso del adulto equivalente está por debajo de ese número es pobre. Si se quiere saber la Línea de Pobreza para un hogar compuesto por un hombre de 45 años (1 adulto equivalente) y una mujer de 30 (0,70 adulto equivalente) sumamos su equivalencia y la multiplicamos por la Canasta Básica Total y como consecuencia se obtiene la Línea de Pobreza para ese hogar.

Sin embargo, no es casual que la FAO 6 haga el siguiente tipo de análisis:

"la reducción del hambre no sólo tiene una razón humanitaria sino también un fundamento económico. En un estudio de la FAO que vincula el crecimiento económico y el bienestar nutricio- nal, examinando 110 países entre 1960-1990 pone de manifiesto que si todos los países con un Suministro de Energía Alimentaria (SEA) medio por debajo de las necesidades mínimas en 1960 hubieran eliminado el hambre elevando el SEA medio per cápita a 2.770 kilocalorías al día, la tasa de crecimiento de su PBI hubiera sido considerablemente mayor. Este crecimiento puede ser bastante grande. Por ejemplo, el PBI en el África Subshariana podría haber alcanzado niveles de 1.000 a 3500 dólares" (FAO).

Por otra parte, la FAO divide a los países en cinco grupos en función de la privación de alimen- tos. Estos grupos se basan en un cálculo que combina la prevalencia del hambre (proporción de la población que está subnutrida) con la magnitud del hambre (número medio de kilocalorías que faltan en la alimentación de las personas subnutridas).

Finalmente, cuál es el punto de partida del método: ¿la necesidad nutricional de la persona o el ingreso que tiene? La Línea de Indigencia indica si la persona puede cubrir su necesidad nutricional con el ingreso que percibe de modo tal que a través del ingreso nos enteramos que la persona no resuelve su necesidad alimentaria básica. De aquí, de su valor nutricional, se parte para analizar las otras necesidades y obtener así la Línea de Pobreza. Dicho crudamente: lo que se mide en defini- tiva es si la persona está comiendo o no, o mejor: si se está alimentando o no.

Al ser así el método, cualquier política alimentaria naturalmente está supliendo las necesida- des calóricas de un determinado grupo de personas y haciendo bajar por lo tanto su Línea de Indigencia y, necesariamente, también la de pobreza. Mientras que las políticas de transferencia de ingresos no necesariamente influirían en la condición de pobre o no (en tanto que podrían destinar los ingresos a otras necesidades).

Por último, se señala que la Línea de Pobreza puede servir para identificar un grupo de bene- ficiarios, pero no puede servir como indicador, dado que como la EPH mide ingresos y los ingresos son muy fluctuantes y se miden constantemente (4 veces por año) el número de pobres fluctuaría ante cada cambio mínimo en el Índice de Precios al Consumidor en razón de ello, no obstante exista una población cubierta de alimentos.

Por ejemplo: un adulto equivalente que necesita 100 para su sustento alimentario (2.700 kcal por día= 81.000 en el mes) y consume 1000 kcal. por la asistencia a un comedor (al que asiste 22 días en el mes) su necesidad diaria pasa a ser 1966,66 en lugar de 2.700, es decir en lugar de ser adulto equivalente pasa a tener los requerimiento de una mujer de 30 años= 0.7 adulto equivalen- te y por lo tanto su Canasta Básica Alimentaria es $70 Es decir este adulto que asiste al comedor tendría una Línea de Indigencia de $70 y no de $100 ó para ponerlo de otro modo, ganaría o tendría $30 de más (si tiene ingresos efectivos) para destinar a otros gastos de modo tal que su Línea de Pobreza también baja.

A modo de ejemplo, se podría considerar lo siguiente: en el caso de las prestaciones alimenta- rias para las necesidades nutricionales de la infancia, dependientes del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires, se observa un importante crecimiento en el valor unita- rio de las raciones, en función del fuerte impacto

inflacionario en los alimentos entre la pre y la poscrisis. Los módulos del Programa Más Vida, el principal programa nutricional familiar e infantil por fuera de comedores escolares, que en el 2005 atendía a 1.000.000 de personas, evolucionaron de un costo unitario mensual de $11,3 en el año 2000, a $25,3 en el año 2004, con un incremento del 123,5%

En forma complementaria, se produjo una significativa expansión de cobertura en las presta- ciones alimentarias para la infancia: las raciones provistas a través de los comedores escolares se incrementaron en un 23.2% entre los años 2000 y 2004, aumentando simultáneamente en un 50% promedio, los valores unitarios de las raciones. El Programa Servicio Alimentario Familiar, se creó para atender a más de 100.000 niños y madres que viven en los municipios de la Provincia de Buenos Aires donde no se implementa el Plan Más Vida.

En total, la cobertura de prestaciones alimentarias para los niños entre 0 y 14 años y las madres embarazadas, se incrementó en un 17.1% entre 2000 y 2004, pasando de 2.349.000 a 2.750.000 beneficiarios. Cabe señalar que la población total en ese tramo de edad, más el total de madres gestantes por año, ascendía a casi 4.000.000 de personas para el año 2001.

4.4.- Los métodos censales permiten generar indicadores como NBI e IPMH

A la hora de implementar políticas sociales que priorizan su intervención en los grupos más vulnerables de la sociedad, el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda es una herra- mienta muy ventajosa para la focalización social y espacial. De todos modos, dado que el censo es un relevamiento multipropósito y no está diseñado exclusivamente para investigar pobreza, sufre algunas limitaciones. Una de las limitaciones de todos los métodos es que así como los métodos censales no relevan ingresos, cuando sí lo hacen los muestrales, se obtienen solamente de estima- ciones. Los distintos métodos, buscan hacer cálculos que reporten de algún modo la actividad económica de las personas para obtener una aproximación a sus ingresos.

El hecho de que sean censales permite una desagregación geográfica que llega a los hogares.

a.- Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

La Línea de Pobreza es anterior al NBI y se aplicaba solamente en el conglomerado del Gran Buenos Aires. El NBI lo propuso la CEPAL10 para los la década de 1970. En Argentina se utilizó por primera vez en 1984 con datos del censo de 1980.

7 Por cada punto de inflación (que cambia el Índice del Precio al Consumidor) aparecen 160 mil pobres siguiendo el concepto anterior. Es decir, si en Argentina de enero de 2005 a mayo del mismo año, hubo una inflación de 2,5%, según la modalidad de cálculo de la Línea de Pobreza el número de pobres ascendió a 400 mil pobres más.

8 De hecho "si se pretende transferir ingresos a los pobres, en dinero o en especie, no puede juzgarse el éxito del programa sólo mediante un índice de recuento de los pobres" (Banco Mundial, 1990:7).

9 No es común que los adultos asistan a comedores, es solamente para ejemplificar.

10 Comisión Económica para América atina y el Caribe.

En este caso nos ofrece la posibilidad de proporcionar información de hogares con Necesida- des Básicas Insatisfechas a distintos niveles de agregación geográficos (provincias, municipios, localidades, entidades, fracción y radio).

El método de "Necesidades Básicas Insatisfechas" o NBI es un método "directo" para determi- nar si un hogar es pobre o no. Este método consiste en verificar si los hogares han satisfecho una serie de necesidades previamente establecidas y considera pobre a aquellos que no hayan logrado satisfacer al menos una.

Como se ve, tres de los indicadores hacen referencia a carencias habitacionales. Los cinco indicadores son ponderados de igual modo. La pobreza pasa a ser un fenómeno homogéneo y una variable dicotómica: se es o no pobre.

Así, mientras que la Línea de Pobreza es fluctuante en el tiempo, la incidencia por NBI tiende sistemáticamente a disminuir [Cuadro 4.4.a].

Hogares con necesidades básicas insatisfechas NBI)

Total del País, Provincia, 24 Partidos del Conurbano e Interior de la Provincia de Buenos Aires.

En porcentaje sobre el total de los hogares. Años 1980, 1991 y 2001.

Área Geográfica	Porcentaje de Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas			
	1980		1991	2001
	T		Total %	Total %
Total Provincial	2. 865.982	9.9	3.409.089 14.7	3.921.455 13.0
24 Partidos del Conurbano	1. 755.277	1.7	2.088.005 16.5	2.384.948 14.5
Interios de la Provincia	1. 110.705	6.9	1.321.084 11.7	1.536.507 10.5

Censos Nacionales de Población. Dirección Provincial de Estadística.

b.- Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH)

Este instrumento intenta dar cuenta de las privaciones de tipo patrimonial y por otra, la priva- ción de recursos corrientes. Vamos a ver que este método, a diferencia del NBI, permite identificar a los llamados “nuevos pobres” (una cuestión de definición que se agrega a la antigua dicotomía pobre-no pobre).

La privación patrimonial está asociada a la imposibilidad de ahorro e inversión sostenidos en el tiempo. Este tipo de privación se transmite intergeneracionalmente y pone en evidencia una pobre- za que se mantiene en el tiempo.

Los recursos corrientes son aquellos que cuando están disponibles permiten atender necesidades de consumo inmediatas. Podríamos decir, todas aquellas medidas en la Canasta Básica Total. Los recursos corrientes a diferencia de los patrimoniales, son fluctuantes en el tiempo, están asocia- dos directamente a las oscilaciones de los ciclos económicos.

Según el INDEC, el Índice de Privación Material de los Hogares:

“es una metodología de identificación y agregación de las diferentes situaciones de pobreza, según el tipo y la intensidad de las privaciones que afectan a los hogares. De esta forma, se ofrece una aproximación a la privación no sólo a través de la incidencia, sino que además se distinguen grados y situaciones cualitativas que dan cuenta de la heterogeneidad de la misma” (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas).

La clasificación podría expresarse relacionando las variables para la medición del IPMH [Cua- dro 5.4.b]

Matriz de componentes del IPMH

		Componente Recursos Corrientes	
		Insuficiente	Suficiente
Componente Patrimonial	Insuficiente	Privación Convergente	Privación Patrimonial
	Suficiente	Privación de Recursos Corrientes	Sin Privación

Para el componente patrimonial se tiene en cuenta un indicador de las condiciones habitacionales de los hogares que se divide en dos dimensiones: una primera que hace referencia a la protección del medio natural y de sus condiciones adversas; una segunda

dimensión hace referencia al equipamiento sanitario mínimo para el desarrollo de ciertas funciones biológicas. Estas categorías surgen de la relación entre calidad de construcción y condiciones sanitarias de la vivienda

Categorías para la medición de IPMH. Componente Patrimonial

Calidad de los	Condiciones Sanitarias de la Vivienda	
	Suficiente	Insuficiente
Suficiente	suficiente	insuficiente
Parcialmente Insuficiente	p. insuficiente insuficiente	insuficiente insuficiente

Para el componente de recursos corrientes se utiliza una estimación que se denomina CAPECO (Capacidad Económica de los Hogares) que sirve como aproximación a los recursos corrientes del hogar. Su condición de estimación se debe a que el Censo no releva ingresos por lo cual, este indicador se construye en base a una fórmula que utiliza datos del censo (total de integrantes del hogar) y de distintos supuestos: condición de percepción (valores que varían según la condición de actividad, la edad, el sexo y el lugar de residencia), valor de los años de escolaridad (sólo de aquellos que perciben algún ingreso) y el valor en unidades de adulto equivalente de cada integrante del hogar (concepto visto bajo el subtítulo 3: “La Línea de Pobreza mide carencia nutricional”). Los años de escolaridad de los perceptores de ingresos son ponderados según las condiciones de percepción. Por su parte, el valor de los años de escolaridad, otorga mayor ponderación a la formación terciaria y universitaria. De este modo, los hogares que posean privación de recursos corrientes, serán aquellos que se encuentren por debajo del umbral que se establece de acuerdo al valor de la Línea de Pobreza correspondiente a la onda octubre del 2001 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Este umbral establece que los hogares no cuentan con los recursos necesarios para adquirir los bienes y servicios considerados básicos para su subsistencia.

Como se ha visto hasta aquí, existen fórmulas que toman ciertos indicadores y, en algunos casos sobre muestras, en otras sobre censos, se estima la pobreza. Por el método de Línea de Pobreza, muchas personas se sorprenderían enterándose que pertenecen al mundo de la pobreza aunque este descubrimiento conceptual no cambiaría en nada su vida. En todo caso podría volver- se un oportunista que aproveche para reclamar aquellas políticas para las que aplica sin haber sido personalmente identificado por quien las brinda.

Seguridad alimentaria

"Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana."(Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996)

Esta definición, comúnmente aceptada, señala las siguientes dimensiones de la seguridad alimentaria:

Disponibilidad de alimentos: La existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, suministrados a través de la producción del país o de importaciones (comprendida la ayuda alimentaria).

Acceso a los alimentos: Acceso de las personas a los recursos adecuados (recursos a los que se tiene derecho) para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva. Estos derechos se definen como el conjunto de todos los grupos de productos sobre los cuales una persona puede tener dominio en virtud de acuerdos jurídicos, políticos, económicos y sociales de la comunidad en que vive (comprendidos los derechos tradicionales, como el acceso a los recursos colectivos).

Utilización: Utilización biológica de los alimentos a través de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica, para lograr un estado de bienestar nutricional en el que se satisfagan todas las necesidades fisiológicas. Este concepto pone de relieve la importancia de los insumos no alimentarios en la seguridad alimentaria.

Estabilidad: Para tener seguridad alimentaria, una población, un hogar o una persona deben tener acceso a alimentos adecuados en todo momento. No deben correr el riesgo de quedarse sin acceso a los alimentos a consecuencia de crisis repentinas (por ej., una crisis económica o climática) ni de acontecimientos cíclicos (como la inseguridad alimentaria estacional). De esta manera, el concepto de estabilidad se refiere tanto a la dimensión

de la disponibilidad como a la del acceso de la seguridad alimentaria.

Evolución de los conceptos normativos de la seguridad alimentaria

La evolución de los conceptos de seguridad alimentaria en los últimos 30 años refleja

los cambios del pensamiento normativo oficial (Clay, 2002; Heidhues et al., 2004). El concepto se creó a mediados de los años

70, cuando la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1974) definió la seguridad alimentaria desde el punto de vista del suministro de alimentos: asegurar la disponibilidad y la estabilidad nacional e internacional de los precios de los alimentos básicos.

"...que haya en todo tiempo existencias mundiales suficientes de alimentos básicos... para mantener una expansión constante del consumo... y contrarrestar las fluctuaciones de la producción y los precios"

En 1983, el análisis de la FAO se concentró en el acceso a los alimentos, lo que condujo a una definición basada en el equilibrio entre la demanda y el suministro de la ecuación de la seguridad alimentaria:

"... asegurar que todas las personas tenganen todo momento acceso físico y económico a los alimentos básicos que necesitan" (FAO,1983).

Esta definición se revisó para que el análisis de la seguridad alimentaria incluyera a

las personas y los hogares, además de lasregiones y los países. En 1986, el Informe del Banco Mundial sobre la pobreza y el hambre (Banco Mundial, 1986), documento de gran influencia, se concentró en la dinámica temporal de la inseguridad alimentaria (Clay, 2002).

El informe distingue entre la inseguridad alimentaria crónica, asociada a problemas de pobreza continua o estructural y a bajos ingresos, y la inseguridad alimentaria transitoria, que supone períodos de presión intensificada debido a desastres naturales, crisis económica o conflicto. La teoría de Sen sobre la hambruna (1981) complementó la posición anterior. Sen destaca el efecto de los derechos personales en el acceso a los alimentos, es decir, la producción, el trabajo, el comercio y la transferencia de los recursos básicos.

La definición generalmente aceptada de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1996) da mayor fuerza a la índole multidimensional de la seguridad alimentaria e incluye el acceso a los alimentos, la disponibilidad de alimentos, el uso de los alimentos y la estabilidad del suministro. Ha permitido hacer intervenciones normativas dirigidas a la promoción y recuperación de opciones en materia de medios de subsistencia. Los enfoques en los medios de subsistencia, divulgados inicialmente por académicos como Chambers y Conway (1992), hoy son fundamentales en los programas de desarrollo

de las organizaciones internacionales. Se aplican cada vez más en contextos de emergencia e incluyen los conceptos de vulnerabilidad, afrontar riesgos y gestión de riesgos. En pocas palabras, conforme queda en el pasado el nexo entre seguridad alimentaria, hambruna y malas cosechas, gana terreno el análisis de la inseguridad alimentaria como producto social y político (Devereux 2000).

En fecha más reciente, la dimensión ética y de los derechos humanos de la seguridad alimentaria ha captado atención. El derecho a los alimentos no es un concepto nuevo, se reconoció inicialmente en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 de las Naciones Unidas. En 1996, la adopción formal del Derecho a una alimentación adecuada marcó un hito en los resultados obtenidos por los delegados asistentes a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Señaló el camino hacia la posibilidad de un enfoque de la seguridad alimentaria basado en los derechos. Actualmente más de 40 países han consagrado el derecho a la alimentación en su constitución, y la FAO estima que 54 países podrían instaurar este derecho (McClain-Nhlapo, 2004). En 2004, bajo el patrocinio del Consejo de la FAO, un grupo de trabajo intergubernamental elaboró un conjunto de directrices de aplicación voluntaria en apoyo a la realización gradual del derecho a una alimentación adecuada en el ámbito de la seguridad alimentaria nacional.

Prioridades normativas de la FAO para la seguridad alimentaria

El “enfoque de doble componente” de la FAO para combatir el hambre combina la agricultura y el desarrollo rural sostenibles con programas específicamente dirigidos a incrementar el acceso directo a los alimentos para los sectores más necesitados.

Como se muestra en el gráfico 2, el primer componente se ocupa de medidas de recuperación para establecer sistemas alimentarios con capacidad de recuperación. Los factores que afectan a esta capacidad de los sistemas alimentarios son la estructura de la economía alimentaria en su conjunto, así como sus componentes, como la producción agrícola, la tecnología, la diversificación de la industria alimentaria, los mercados y el consumo. El componente 2 evalúa las opciones para dar apoyo a los grupos vulnerables. El análisis de la vulnerabilidad ofrece una perspectiva de la dinámica de la seguridad alimentaria que requiere dar atención especial a los riesgos y a las opciones para su gestión.

Ambas modalidades tienen previsto reforzarse mutuamente, y la interacción positiva entre ambas debería fortalecer la vía hacia la recuperación. Por ejemplo, la gestión de riesgos va más allá de dar ayuda a las víctimas de una crisis determinada mediante la atención a sus necesidades inmediatas de alimentos. Hay una serie de opciones disponibles para promover la seguridad alimentaria a plazo más largo a través de la agricultura y el desarrollo rural sostenibles, con miras a prevenir o mitigar los riesgos.

Desarrollo rural, incremento de la productividad	IIncremento del suministro de alimentos para los más vulnerables Incremento de la producción rural de alimentos, en especial entre los pequeños	Restablecimiento de las instituciones rurales Incremento del acceso a activos Garantizar el acceso a la tierra Reactivación de los sistemas de financiación rural	Diversificación de la agricultura y el empleo Seguimiento de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad
Acceso directo e inmediato a los alimentos	Ayuda alimentaria Socorro: semillas e insumos	Transferencias: de alimentos y efectivo Redistribución de activos	Restablecimiento de las redes de protección social

1 P. Pingali, L. Alinovi and Jacky Sutton (2005): Food Security in Complex Emergencies: Building Food Systems Resilience.

A partir del marco teórico del doble enfoque, los siguientes principios son la base de la estrategia general de la FAO (Stamoulis y

Zezza, 2003):

Atención a la seguridad alimentaria: Garantizar que los objetivos relacionados con la seguridad alimentaria se incorporen en las estrategias nacionales para reducir la pobreza que tienen en cuenta las repercusiones en el país, subnacionales, en los hogares y en las personas, y hacen énfasis en particular en la reducción del hambre y la pobreza extrema.

Promoción de un crecimiento agrícola y rural sostenible y de amplia base: Fomentar el desarrollo ambiental y socialmente sostenible como piedra angular del crecimiento económico.

Atender la totalidad del ámbito rural: Tener en cuenta, además de la producción agrícola, las oportunidades de obtener ingresos fuera de la finca.

Atención a las causas fundamentales de la inseguridad alimentaria: Promover no sólo el aumento de la productividad, sino también el acceso a los recursos, la tenencia de la tierra, la remuneración de la mano de obra y la instrucción.

Atención a las dimensiones urbanas de la inseguridad alimentaria: Tratar los factores singulares que determinan el aumento de la pobreza urbana e incrementar la seguridad alimentaria en cuanto a disponibilidad y acceso, promoción del mercado, gestión de los recursos naturales y acceso a los servicios básicos.

Atención a cuestiones transversales: Tener en cuenta las políticas y cuestiones nacionales e internacionales que repercuten en la ejecución y los resultados, incluidas la reforma del sector público y la descentralización, la paz y la seguridad, el comercio y las reformas de las políticas macroeconómicas.

Fomento de la participación de todas las partes interesadas en el diálogo que conduce a la elaboración de estrategias nacionales: Para asegurar un amplio consenso en las cuestiones, los objetivos y las soluciones.

Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2012

Las estimaciones más recientes de la FAO sobre el hambre en el mundo muestran que en las últimas dos décadas el número de personas subnutridas en América Latina y el Caribe disminuyó en 16 millones, lo que ha contribuido de forma importante a la tendencia mundial en este mismo sentido. Estos datos dan cuenta de los esfuerzos realizados por la humanidad para avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, actualmente 868 millones de personas sufren hambre en el mundo, lo que revela que lo realizado por los gobiernos, la sociedad civil y los organismos de cooperación internacional es aún insuficiente.

El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012, publicación de la Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, analiza la problemática del hambre y la pobreza en la región. Como punto principal, subraya que el impulso al crecimiento que han tenido las economías de los países de la región no se ha traducido en una disminución de la vulnerabilidad de una parte importante de la población regional. La CEPAL estima que en el último año el número de personas bajo la línea de pobreza extrema aumentó, mientras que la FAO indica que en los últimos seis años, solo un millón de personas dejaron de sufrir hambre.

Entre 2011 y lo que va de 2012 América Latina y el Caribe ha mantenido tasas de crecimiento positivas superiores a las de EE.UU. y la Unión Europea, en un período marcado por alzas en los precios de los alimentos y materias primas, que han mejorado los términos de intercambio para los países de la región.

Hasta el momento la inserción de las economías y de las agriculturas regionales en el mundo ha dado como resultado un crecimiento con saldos comerciales agroalimentarios positivos, y un mayor peso y preponderancia del sector agrícola y sus encadenamientos productivos dentro de los propios países. Sin embargo, hay enormes diferencias entre los países, según sus recursos productivos y su condición de exportadores o importadores netos de alimento. También hay diferencias según el tamaño de los productores y la distribución de los ingresos entre los distintos estratos sociales.

El desempeño económico de la región ha significado un aumento de la importancia de los salarios dentro de los ingresos de las familias, aunque en general persisten grandes carencias en relación con las condiciones de empleo, el nivel de los salarios y la alta informalidad laboral. La agricultura familiar, sector clave por su capacidad de proveer

alimentos, tampoco ha sido suficientemente reconocida y apoyada por los gobiernos en este período.

Los desafíos actuales no se limitan a las amenazas y oportunidades que surgen con el alza de los precios de los alimentos, sino que se ubican en un nivel superior: se cuestiona hasta dónde las estrategias de desarrollo de los países están efectivamente orientadas a la integración de toda su población en los procesos de crecimiento económico y a la distribución de los frutos del desarrollo.

Los avances en la producción y la productividad, así como en el desarrollo comercial, muestran que con políticas adecuadas es posible alcanzar las metas de disminución del hambre.

La FAO postula que la región como bloque debe hacer valer su peso en la producción y el comercio mundial de alimentos, para incidir en la construcción de mecanismos de gobernanza de la seguridad alimentaria y nutricional a escala mundial. Del mismo modo, es necesario reforzar el apoyo a las instancias de integración política y económica orientadas a la seguridad alimentaria en el ámbito regional. Además, la FAO impulsa la consolidación de legislación e institucionalidad relativa a la seguridad alimentaria y nutricional en los países, así como la mejora de los niveles de transparencia y competencia en los mercados agroalimentarios domésticos.

CAPITULO VII

LA PLANIFICACION EN SALUD Y EN ALIMENTACION Y NUTRICION

La planificación en A y N es una disciplina y un conjunto de técnicas cuyo objetivo es conducir el Sistema de alimentación y nutrición, desde una situación inicial, hasta una situación que se pretende alcanzar o situación objetivo.

“Proceso ordenado de identificación de problemas alimentarios y nutricionales con fines de análisis, de sus factores causales, demandas no satisfechas; consecuencias, definición de prioridades y orientaciones globales y sectoriales, políticamente viables para darles solución."

Proceso intencionado, organizado y sistemático, mediante el cual una sociedad da respuesta a las necesidades alimentarias y nutricionales de una población, o atiende los Problemas en esa materia.

La Planificación Alimentaria y Nutricional parte de la definición de la política y establece los planes, programas y proyectos, para ello requiere de la adecuada asignación de recursos financieros, humanos y tecnológicos, y de la organización seguimiento y control de las acciones con el fin de conocer de manera oportuna y fiable los resultados e impacto de los Planes Alimentarios y Nutricionales.

POLÍTICA: es el conjunto de decisiones de acción u omisión ante la realidad que permiten la organización de la comunidad. Implica una herramienta para la toma de decisiones en un universo de recursos escasos y necesidades crecientes.

Es un sistema de principios o lineamientos subyacentes o bien el planteamiento de algún curso de acción para la operación o trasformación de un sistema social (Matus, C política, planificación y gobierno ILPES , Caracas 1987)

POLÍTICAS PÚBLICAS: Conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo el gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el gobierno consideran prioritarios.

Conjunto de acciones y omisiones que ponen de manifiesto una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión de interés en diversos actores de la sociedad civil (Posgrado en salud social y comunitaria)

PLAN:

El plan define a grandes rasgos las ideas que van a orientar y condicionar a los demás niveles de la planificación para el mismo. Determina prioridades y criterios, cobertura de equipamientos y disposición de recursos, su previsión presupuestaria y horizonte temporal.

Metas genéricas que dan sentido al resto de los niveles, de forma que no se hagan actuaciones aisladas sino que todas tengan una coherencia, una finalidad.

PROGRAMA

El programa concreta los objetivos y los temas que se exponen en el plan, teniendo como marco un tiempo más reducido. Ordena los recursos disponibles en torno a las acciones y objetivos que mejor contribuyan a la consecución de las estrategias marcadas. Señala prioridades de intervención en ese momento.

Sería el nivel táctico, situado entre el plan y el proyecto. Intenta acercar uno al otro concretando esas ideas y objetivos más generales del plan en un lugar y tiempo determinados y a partir de unos recursos concretos disponibles. De esta forma las ideas generales del Plan se llevan a una situación concreta.

PROYECTO:

Se refiere a una intervención concreta, individualizada, para hacer realidad algunas de las acciones contempladas en el nivel anterior (el nivel táctico). Define resultados previstos y procesos para conseguirlos, así como el uso concreto de los recursos disponibles

Conjunto de medidas y actividades coordinadas , de acuerdo a una decision gubernamental para garantizar la salud de la poblacion a traves de una alimentacion segura y adecuada. Prof J M Bengoa 1973

POLÍTICA ALIMENTARIA: Mellor y Adams la definen como toda iniciativa pública a incidir en la disponibilidad.(Mellor y Adams, 1986) pero acorde a la definición de alimentación se agrega : también consumo y acceso del sistema alimentario de modo directo

POLÍTICA NUTRICIONAL

Toda acción pública destinada a mejorar el estado nutricional de la población a través del mejoramiento de la biodisponibilidad de nutrientes y las condiciones socio-ambientales que determinaran el aprovechamiento biológico de los alimentos ingeridos.

.(Mellor y Adams, 1986)

LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Es un proceso que incluye las siguientes fases:

1-identificar un derecho o definir el problema.

2-Formular alternativas para lograr que la mayoría de la población acceda a este derecho o a la solución del problema identificado

3-Adoptar una alternativa.

4-Implementar la alternativa seleccionada.

5-Evaluar los resultados de la implementación.

Los problemas que detecta la sociedad no siempre coinciden con los que son objeto de políticas públicas. Por ello se diferencia:

AGENDA SISTÉMICA: Abarca el conjunto de problemas que preocupa a una sociedad en un momento dado.

AGENDA POLÍTICA O INSTITUCIONAL: incluye los problemas que los directivos públicos extraen de la agenda sistémica o que consideran prioritarios.

Algunos problemas desparecen de la agenda pública (disipación de temas) y otros demoran un largo tiempo para ser atendidos (incubación de tema)

Sesgo de accesibilidad a la agenda pública:

No todos los problemas de la agenda sistémica acceden a la agenda pública. Entre los sesgos negativos se destacan:

1-Poder y capacidad de presión de grupos de interés.

2- Sesgos culturales.

Pero también existen contra sesgos que ayudan a superar la desigualdad de poder y las barreras culturales como los medios de comunicación, los deseos de crecer de las org. Públicas, el comportamiento, la actitud de los decisores, la competencia política.

POLÍTICAS PÚBLICAS FOCALIZADAS O UNIVERSALES. ¿DILEMA? (Vargas, 2003)

Se cita a Vargas Juan Fernando que hace una análisis de los dilemas de las "Políticas Públicas Focalizadas o Universales.

Introducción

El debate acerca de la focalización y la universalización como alternativas de política examina la posibilidad teórica de una u otra y su conveniencia relativa en términos de equidad, igualdad de oportunidades y justicia. ¿Deben las políticas públicas ser universales o los recursos deben ser focalizados? Este ensayo revisa el debate conceptual en torno a la focalización y la universalización como alternativas de política para la asignación de los recursos públicos, con el propósito de identificar sus respectivas ventajas y limitaciones a la luz de la teoría y las justificaciones éticas de una u otra alternativa. Su conclusión es que ambos enfoques tienen costos y beneficios específicos y que es necesario complementarlos. Esta complementariedad sugiere que la escogencia entre

focalización y universalización no es un dilema, como la literatura económica ha querido plantear.

Las políticas universales

Son aquellas prestaciones asistenciales (que se ejecutan por trasferencias de bienes y/o servicios, directas o indirectas) con las cuales el Estado beneficia a todos los ciudadanos, sin tomar en cuenta el nivel socioeconómico, pobreza u otros ítems que discriminen en uno o en otro sentido.

Las políticas focalizadas

Por el contrario, son prestaciones restringidas a un subgrupo dentro del universo. Y ese subgrupo, se arma por alguna característica relacionada con una situación de privación. En otras palabras, para acceder a la asistencia, el sujeto tiene que demostrar que la necesita

Universalizar o Focalizar

Universalización

Los argumentos en favor de la universalización como estrategia para erradicar la pobreza tienen no sólo fundamentación ética, sino también política y práctica.

Sus defensores tienen como principal referencia la experiencia europea, donde la pobreza ha sido combatida exitosamente en el marco de políticas centradas en la garantía de servicios con cobertura universal.

En esencia plantean que el Estado debe garantizar de manera efectiva los derechos básicos, distribuyendo los recursos disponibles entre todos los ciudadanos, sin perjuicio de que recupere, por la vía tributaria directa, fondos provenientes de quienes tienen mayores ingresos.

Subrayan entonces la importancia de que los servicios sociales básicos (como nutrición, educación y salud) sean provistos por un sistema único, público y de vocación universal y que, a la vez, exista un sistema tributario progresivo, de manera que ambos componentes garanticen el máximo de equidad. No consideran admisible, por razones éticas (el ejercicio de los derechos) y políticas (la legitimidad universal del Estado) la existencia de un sistema educativo o de salud destinado a los pobres y financiado por el

sector público y otro sistema destinado a las clases medias y altas y financiado directamente por éstas.

Por otro lado, además de la justificación ética, los defensores de la universalización plantean que es técnica y políticamente más correcto propender por la autoidentificación de los ricos que pretender la identificación de los pobres.

Así, en un contexto de universalización pueden crearse incentivos a la autoidentificación de quienes están dispuestos a pagar por servicios que están por encima del estándar universal, como ocurre en el caso de una oferta universal de servicios de salud con bajos niveles de hotelería pero con la posibilidad de que quienes quieran condiciones superiores paguen por ello y, eventualmente, con tarifas elevadas que cubren el costo del servicio estándar que se les suministra.

Focalización y eficiencia

Hay otra corriente que argumenta que para reducir la pobreza es necesario el diseño de programas bien focalizados y desde hace más de una década ha tenido al Banco Mundial como uno de sus principales adalides (Banco Mundial 1990, p. 3). Para esta posición, en un mundo con recursos escasos, focalizar surge como la alternativa más atractiva de concentrar los beneficios en los segmentos de la población que más lo necesitan. Se trata de la expresión de una sociedad que reconoce a los menos aventajados y se preocupa por la equidad. La idea central de la focalización es que la concentración de los recursos aumenta la eficiencia de las transferencias destinadas a combatir la pobreza. El argumento de eficiencia es entonces contundente para los críticos de las políticas universales.

Sin embargo, el Banco Mundial también reconoce que alcanzar a los pobres con programas focalizados ha sido una tarea muy difícil que, en muchos casos, acarreado costos muy superiores a los previstos. Estos costos se discuten a continuación.

Costos sociales y políticos de la focalización

Examinemos los costos de la focalización desde el punto de vista de los incentivos que generan y las consecuencias sociales y políticas inherentes a tales incentivos.

Autores como Amartya Sen y Anthony Atkinson reconocen que son inherentes a la focalización varios problemas que no pueden ser pasados por alto. En primer lugar, la focalización genera ‘incentivos adversos’ en la medida en que promueve la distorsión de la

información acerca de las condiciones de vida de las personas (Atkinson, 1995). En efecto, como lo argumenta Sen (1987, 1995), los pobres no son sujetos pasivos que 'reciben' los beneficios de determinado programa, sino que son 'activos', porque acomodan la información en su propio beneficio; existe el incentivo de subdeclarar los bienes que se poseen y las condiciones en las que se vive para ser beneficiario de subsidios específicos. Pero la distorsión de información se manifiesta además en ambas direcciones: algunos tienen un comportamiento opuesto a la subdeclaración debido al temor de la 'estigmatización social', que puede llegar a ser muy relevante en comunidades relativamente homogéneas con tradiciones culturales arraigadas, que tienen una especial predisposición por la discriminación y el rechazo de la diferencia.

De este modo, la focalización desata incentivos que provocan no sólo la identificación como beneficiarios de personas que, dadas sus características no lo son (lo que llamaremos error de tipo II siguiendo a Cornia et al. 1995), sino que también, permite e l no reconocimiento de potenciales beneficiarios del programa (error de tipo I), de modo que se presenta distorsión de doble vía. En particular, el error de tipo I no se presenta solamente por distorsión de la información por parte de quien la suministra por temor a ser estigmatizado, la incapacidad para identificar a todos los beneficiarios de subsidios por parte de los mecanismos que para ello se diseñan, es conocida. Más adelante en este ensayo se revisa la magnitud de los errores de tipo I y II en Colombia.

La focalización puede generar consecuencias indeseables adicionales a los errores de tipo I y II. Una de ellas es el estímulo a la no superación: con la focalización, los individuos podrían considerar renunciar a cualquier esfuerzo por mejorar sus condiciones de vida. En efecto, retomando el argumento de 'no pasividad' de Sen, al sopesar los beneficios de un eventual aumento marginal en su bienestar con los costos de perder los subsidios a los que tienen derecho por su condición de 'pobres', los agentes tienen incentivos para permanecer pobres. Se trata de una 'trampa de pobreza' estrechamente relacionada con el problema de la subdeclaración. En consecuencia, otra de las críticas contra la focalización es que en ciertos casos no libera la capacidad productiva de las personas y resulta contraproducente en la lucha contra la pobreza. Entretanto, esto no sucedería en un sistema universal que incentive la autoidentificación de los ricos, que es precisamente lo que lo diferencia del caso socialista extremo, que tampoco genera incentivos productivos.

Otro conjunto de problemas de la focalización es de índole política y fiscal. Una condición de legitimidad del Estado moderno ampliamente aceptada es su carácter universalista, policlasista y no discriminante. Focalizar en favor de los más pobres puede llevar al desencanto de los sectores medios y altos, a su desconocimiento de la legitimidad

del Estado y a la evasión impositiva ("si no nos presta servicios y los debemos pagar directamente, entonces nos negamos a tributar"). Paralelamente, dado que la racionalidad de los políticos los vincula con los programas que les permiten extraer mayores beneficios (en términos de extracción de rentas o en términos de su reelección), la aplicación de políticas focalizadas es contraria a tal racionalidad porque la concentración de beneficios no goza de apoyo político, especialmente si la minoría beneficiada es pobre, porque los menos favorecidos usualmente no participan del proceso político de toma de decisiones económicas. El desencanto de los políticos con los programas focalizados podría eventualmente llegar a marchitar de tal manera tales programas que en el mediano plazo los pobres ganarían más con las políticas universales que con las focalizadas.

No obstante, el argumento de que la focalización puede llevar a la evasión debe, por lo menos, ser matizado. Por una parte, una visión desde el análisis económico de conflictos (Grossman, 1991) argumenta que la élite gobernante sí tiene incentivos redistributivos asociados a su capacidad de permanecer en el poder, pues la amenaza de insurrección por parte de los pobres es latente. Por otro lado, bajo criterios de universalidad la evasión surge naturalmente como un problema de parasitismo.

En síntesis, los problemas de la focalización son profundos y están relacionados con problemas de información (incompleta o distorsionada), estigmatización social, estímulo negativo al auto-esfuerzo y racionalidad política. Estos problemas hacen que los beneficios esperados de la focalización (sustentados en argumentos de eficiencia en la asignación de recursos con el objetivo de aliviar la pobreza), se alejen del óptimo. Estos problemas hacen que en algunas oportunidades el beneficio de los programas focalizados no supere su costo. La focalización parece atractiva a primera vista porque permite concentrar los beneficios en los individuos que los necesitan;.

HERRAMIENTAS DE FOCALIZACIÓN

FOCALIZACION GENERAL (TIPO DE GASTO)

Identificar que bienes del estado son consumidos por los individuos del grupo objetivo

Ejemplo. El gasto público en educación básica y salud es utilizado por las personas de más bajos ingresos (Gasparinbi y otros 2000)

FOCALIZACIÓN ESTRECHA

Concentrarse en un grupo de personas

Autofocalización: por un comportamiento Ej: ofrecer productos más baratos o enriquecidos que son consumidos por la gente carenciada (Hoddinott 1999.)

Focalización por indicadores

Tienen en cuenta las características particulares de las personas que integran el grupo objetivo

Por características de riesgo

Geográfica

Comprobación de medios de vida

Por características de riesgo

Centralizar la asistencia en aquellas personas definidas como población de riesgo (CEPAL, 1995)

Ej vulnerabilidad biológica :materno infantil

Vulnerabilidad ambiental: trabajadores de minas o canteras.

Vulnerabilidad socioeconómica: analfabetos,

Geográfica

Municipios, barrios, regiones que tengan valores promedios de NBI altas, bajo nivel de ingresos, alto nivel de analfabetismo etc.

Comprobación de medios de vida

Ingreso monetario y/o calidad de la vivienda, posesión de bienes

Ej, ayudas económicas, bolsones

OTRA CLASIFICACION DE LAS FORMAS DE FOCALIZACION

Focalización basada en evaluación individual. Consiste en determinar quién debiera y quién no debiera recibir subsidios públicos sobre la base de una evaluación de características individuales, como ingreso, estado de salud, o estado nutricional. Quienes reúnen las características apropiadas son clasificados como beneficiarios del subsidio y los demás son excluidos. La adopción de este método generalmente requiere que los beneficiarios porten una credencial o documento formal, que los identifique como tales en el momento de solicitar atención subsidiada. La focalización individual puede ser costosa por sus requerimientos administrativos (identificar personas y administrar el sistema de credenciales), pero puede permitir lograr una gran precisión en la focalización.

Focalización basada en evaluación grupal. Consiste en clasificar a la población en grupos con características similares fácilmente identificables, como por ejemplo localización geográfica, sexo o etnia. Son beneficiarios del subsidio todas las personas que reúnen la característica en cuestión –por ejemplo todos los residentes de un determinado municipio urbano de la capital. Al no tener que evaluar las características de cada individuo, este sistema ofrece la posibilidad de focalizar a menor costo que el de evaluación individual.

Sin embargo no siempre es aplicable , y puede conllevar fugas apreciables de subsidios. Aunque este método de focalización se caracteriza por sus menores costos administrativos, sólo es recomendable cuando existen grupos relativamente homogéneos.

Auto-focalización. Este método se basa en el comportamiento de los individuos. Es factible cuando el sistema de salud está organizado de modo tal que los beneficiarios objetivo del programa subsidiado espontáneamente acuden a demandar los beneficios del mismo, mientras que quienes no lo son tienden a demandar en otro lugar. Las largas colas en algunos

establecimientos públicos, o la ubicación de los edificios –por ejemplo un centro de salud público en una zona pobre y peligrosa de un suburbio– motivan el comportamiento de auto- exclusión en aquellas personas que están dispuestas a pagar por obtener servicios en establecimientos mejor ubicados o con atención más expedita. En algunos casos, las personas de mayores ingresos tienen un mayor costo de oportunidad que las más desposeídas, y por ello están dispuestas a pagar más por una atención más expedita. Este método de focalización no contempla ningún esfuerzo administrativo de selección de beneficiarios, pero puede acarrear fugas significativas de subsidios. Por otro lado, el método descansa en la premisa que los servicios subsidiados se entregan en condiciones desfavorables (espera, ubicación) con relación a los servicios no subsidiados.

Focalización por tipo de servicio. Este método de focalización es semejante al anterior. Al igual que aquel, también requiere que los individuos adopten un determinado comportamiento. En este caso se espera que quienes debieran ser beneficiarios de la ayuda pública sean predominantemente los que demanden la atención subsidiada, y que los demás miembros de la sociedad no lo hagan. La diferencia con el método anterior, sin embargo, es que aquí el factor que determina quiénes demandan el servicio subsidiado es precisamente el tipo de servicio que se ofrece. El principio tras este método es que la población objetivo del subsidio tiene una mayor necesidad de demandar un cierto tipo de atención de salud. La distribución gratuita de preservativos, la pesquisa y tratamiento de ciertas enfermedades venéreas son servicios que pueden cumplir con ese requisito. Quienes los demandan suelen ser hombres y mujeres de bajos ingresos, incluyendo a prostitutas.

Este método de focalización, como el anterior, tampoco requiere de esfuerzo administrativo, pero puede ser poco preciso (por ejemplo cuando muchas personas no pobres deciden demandar el servicio subsidiado).

ENFOQUE DE RIESGO

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud

Ofrece un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención

La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo

Riesgo

Implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

Es la situación o circunstancia anormal y la exposición prolongada al mismo es el factor de riesgo.

PROBABILIDAD

Cuando hablamos sobre el riesgo que algo suceda nos estamos refiriendo a la probabilidad de que tal evento se produzca

La probabilidad es una cifra intermedia entre 1 y 0, la parte más alta de la escala representa la certeza absoluta P=1 y la más baja P=0 imposibilidad absoluta.

¿QUÉ ES UN FACTOR DE RIESGO?

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

el FACTOR DE RIESGO precede a la enfermedad o daño, lo que permite además de predecir, realizar la intervención-acción para en muchos casos eliminarlos cuando son modificables.

CLASIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

POR AFECTADOS:

Individuales: relacionados con estilo de vida, EJ: uso de drogas

Colectivos: Aquellos factores que afectan a comunidades, grupos sociales o ambientales. Se dividen en:

Naturaleza y ecología: magnitud e exposición. Radiaciones

Ambiente especial: trabajo, educacionales, de recreación. Exposición al plomo, al ruido.

SEGÚN SU ORIGEN:

Biológicos: Aquellos inherentes a características de la vida: Edad, Ancianos.

Socioeconómicos: NBI,.

Socioculturales: Bajo nivel educacional,

Organización de los servicios de Salud: Equidad, Accesibilidad.

POR LA POSIBILIDAD DE ACTUAR SOBRE EL MISMO:

Modificables: Los que pueden cambiarse, en ellos la causalidad es fundamental, son: dieta, fumar, consumir bebidas alcohólicas, sedentarismo.

No Modificables: Los que son invariables, la causalidad no es importante, usados para identificar grupos de riesgo Ej: talla materna., genética, sexo, edad,

POR EL TIEMPO DE ACTUACIÓN Y POSIBILIDADES DE DAÑO:

Permanente: Se mantienen en el tiempo: colesterol sérico.

Acumulativo: aumentan el riesgo y probabilidad del daño por acumulación: radiaciones, tabaquismo

Ocasional: Hecho o circunstancia aunque su presencia no sea por mucho tiempo, la intensidad y probabilidad del daño que puede producir, es impredecible. bomba atómica

POR ÚLTIMO ENCONTRAMOS QUE EL CANADIENSE LALONDE CLASIFICA LOS FACTORES DE RIESGO EN:

biológicos,

ambientales,

condicionantes de vida

organización de la atención médica,

Sirviendo de base para la confección del Estado de Salud de la Población, considerándolos determinantes del mismo.

ORÍGENES DE LA PLANIFICACIÓN

La planificación en su forma más básica, ha estado presente en las sociedades. Ejemplo de ello se traduce, cuando el hombre primitivo se organizaba y planificaba para la obtención de sus alimentos (la caza de animales); o cuando en el antiguo Egipto se planeaba la construcción de sus grandes monumentos, también en la Grecia antigua cuando Sócrates comparó las actividades de un empresario con las de un general, al señalar que en toda tarea quienes la ejecutan debidamente tienen que hacer planes y mover recursos para alcanzar los objetivos. Sin embargo, la planificación adquirió un carácter científico, partiendo de las distintas corrientes administrativas formuladas hasta el momento. Una de ellas, la corriente clásica y científica representadas por Taylor y Fayol.

Frederick W. Taylor (1899) y Henry Fayol (1916), clásicos de la dirección moderna se plantearon sustituir el empirismo en las empresas por un método científico en el que la planificación interviniera como función e instrumento de la dirección.

Taylor, ocupo su atención al análisis del trabajo y estudio de tiempos y movimientos: observó metódicamente la ejecución de cada operación a cargo de los obreros. Descompuso cada tarea y cada operación de la misma en una serie ordenada de

movimientos más simples. Los movimientos inútiles eran eliminados, mientras que los útiles eran simplificados, racionalizados o fusionados con otros movimientos para economizar tiempo y esfuerzo al obrero). Mientras que Farol, dirigió su interés en la eficacia y la productividad industrial. Concluyó que administrar era prever, organizar, ordenar, coordinar y controlar. Propuso una lista de 14 principios generales: división del trabajo, autoridad y responsabilidad, disciplina, unidad de mando, unidad de dirección, subordinación de los intereses particulares al interés general, remuneración, centralización, jerarquía, orden, equidad, estabilidad del personal, iniciativa y unión del personal. Surge así, las funciones básicas de las instituciones: planificar, organizar, dirigir y controlar.

La planificación en el Contexto Mundial.

La revolución industrial iniciada en Inglaterra en el siglo XVIII y extendida por toda Europa en los años subsiguientes, no sólo trajo como consecuencia inmediata la modificación en los sistemas de producción y la fabricación en serie de productos que anteriormente era hechura de artesanos, sino que también se presentó la aparición de complejos problemas relacionados con fabricación y comercialización de grandes volúmenes de artículos y el manejo de los insumos y el personal humano empleados en la producción.

En esa misma época, el sociólogo alemán Max Weber preocupado por los problemas de racionalidad y eficiencia planteados en la administración del Estado, estructura el primer cuerpo de principios estructurados lógicamente aplicables a la administración. Con la finalidad de crear organizaciones altamente eficientes, Su teoría de la Burocracia es clásica en la administración y sus postulados iniciales han permeado todas las demás teorías administrativas surgidas posteriormente, todas las organizaciones muestran en alguna medida muchas de las características propuestas por Weber en su organización ideal.la que denomino burocracia.

A los trabajos de Max Weber, siguieron los de:

Charles Babbage : Economía de las Maquinarias y Manufactura 1833

Andew Ure : La Filosofía de la Manufactura.1835

Henry R. Towne: La Ingeniería Económica1866

Finalmente Frederick Taylor (1895-1920) junto a su discípulo Henry Gantt proporcionaron los instrumentos necesarios para la administración científica incluyendo en esta lo relativo a la coordinación de recursos, tiempos y tareas como un primer esbozo de lo que en la actualidad se ha denominado formalmente planificación.

Tal vez por la formación educacional de los precursores de la administración científica y por el origen de muchos de los instrumentos y vocablos utilizados, la planificación se consideró una actividad propia de las empresas militares, de los grandes proyectos de ingeniería o los proyectos de desarrollo industrial.

No obstante esta orientación inicial, el ingeniero francés Henry Fayol estructuró en un admirable cuerpo doctrinario, un conjunto de principios que por ser aplicables a todo tipo de actividad o empresa, fue denominado Movimiento de Principios Universales. Uno de cuyos pilares es el principio de la planificación como actividad primaria de todo proceso de administración.

Aunque esta teoría facilitó la extensión de la administración como actividad racional a actividades fuera de la industria y la milicia, lo que lógicamente incluía la planificación, esta, primero por la idea que evocaba y luego por lo novedoso del concepto tardó bastante tiempo en ser incorporada como actividad relativamente independiente en el proceso administrativo

Este hecho lo presenta el Dr. Alberto Moncada en su libro Crisis de la Planificación Educativa e América Latina cuando señala que para la década del 1920 el vocablo plan, tenía mala prensa (mala fama) porque a muchos le sonaba como sinónimo de totalitarismo, esto se explica por el hecho de que el recién Estado Soviético había implementado en Rusia los llamados planes quinquenales, los mismos reflejaban la necesidad de racionalizar la reconstrucción posbélica y de impulsar la actividad económica después del período revolucionario. Finalmente el autor concluye sus consideraciones señalando que los planes eran herramientas pragmáticas de gobierno más que decisiones de carácter ideológico.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, tan grande era ya la influencia de la tecnología y la planificación que fueron estructurados por todos los países los planes de reconstrucción y planes de desarrollo ocupando un lugar destacado el denominado plan Marchall, estructurado entre Estado Unidos y sus aliados para reconstruir la economía y la organización de los países que como Alemania, Francia Japón e Inglaterra habían sufrido en extremo los rigores de la Segunda Guerra Mundial , los cuales con la destrucción de sus

respectivas infraestructuras de producción quedaron en una situación poco menos que de indigencia.

En la misma época (décadas de 1940 -1960) grandes cadenas comerciales de Estados Unidos adoptaron las técnicas de la planificación para desarrollar y extender sus mercados con la garantía de obtener grandes beneficios. Algunas llegaron a desarrollar métodos de un alto nivel de complejidad como fue el caso de la empresa de productos químicos Duppont. Quien aporto el Critical Phat Method (método de la ruta crítica) para el control de los procesos de producción y puesta a punto de los productos que habían de ser colocados en el mercado bajo determinadas condiciones de tiempo. Tales métodos han sido transferidos con éxito al manejo y control de todo tipo de proyecto.

Lo mismo ocurrió cuando el departamento de defensa de los Estados Unidos de América decidió llevar a cabo el proyecto militar del submarino nuclear Polaris en competencia con la Unión Soviética que se encontraba notoriamente adelantada en su desarrollo lo que era considerado una amenaza para la seguridad de esa nación. La necesidad de poner a punto ese proyecto justo a tiempo para evitar la ventaja militar que significaba la supremacía de la Unión Soviética en este delicado asunto, dando como resultado la creación de uno de los métodos mas poderosos para evitar que los proyectos y los planes en general escapen al control de sus ejecutores, .se trata del PERT puesto a punto en el año 1957 en pleno apogeo de la Guerra Fría. La palabra PERT es el acrónimo de las palabras Program, Evaluation, Review, Técnica cuya traducción al español es Técnica para la Revisión y Evaluación de Programas.

El éxito obteniendo por las empresas tanto comerciales como industriales y militares sobre todo en Europa y los Estados Unidos con el empleo de estos métodos , hizo perder a la planificación las siniestras connotaciones que se le atribuían inicialmente por su vinculación psicológica con concepciones totalitarias, y facilitó su extensión a otras actividades y a casi todos los países subdesarrollados o en vía de desarrollo, por su importancia geopolítica Latinoamérica, América Latina recibió casi de inmediato el impacto de esta nueva técnica incorporada de manera formal a la administración pública partir de los años 50

Desde finales de la década del 50, o para ser más preciso, desde el Seminario sobre Planeamiento integral de la Educación, auspiciado por la UNESCO y la OEA, y realizado en Washington en el año 1958, el planeamiento educativo fue adquiriendo creciente importancia en América Latina (más en las preocupaciones e intenciones que en las realizaciones concretas). Esta preocupación por planificar la educación nace en el

contexto de la problemática del desarrollo. El planeamiento educativo se considera como uno de los medios más eficaces para contribuir al logro del crecimiento económico y del desarrollo social y cultural.

A lo largo de la década del 60, va adquiriendo cuerpo la idea del planeamiento, dentro de una situación en la que los economistas dan la tónica a la teoría y a la práctica de la planificación. A pesar de esta unidimensionalización del enfoque, se toma conciencia de las relaciones mutuas entre la educación y la economía: en ese momento aparecen muchos estudios sobre el papel económico de la educación. Ésta deja de ser considerada como un bien de consumo para ser tenida en cuenta como una inversión previa para el desarrollo económico. Esto dio una perspectiva y enfoque muy economicista a las primeras elaboraciones sobre planeamiento.

CARACTERIZADORES DE LA PLANIFICACIÓN

Paradigmas.

Un paradigma presenta un conjunto de supuestos filosóficos sobre el mundo, que se interrelacionan de un modo tal, que pueden resolver la complejidad del mundo real y que guían e influyen en la indagación

Dillon (2004), señala que la planificación bien sea como proceso, función o herramienta, debe abordarse actualmente desde varios aspectos, entre ellos: el funcionamiento económico social con base en la ley de planificación y no del mercado; la presencia del Estado como instancia tradicional para controlar la gestión pública y reafirmar su poder en lo político; el conocimiento del funcionamiento de la sociedad en la cual se desea aplicar la planificación; la planificación como estrategia competitiva a nivel del mercado extranjero; la planificación como herramienta de cambio en las organizaciones; y la planificación estratégica como parte de una cultura corporativa en la era de la globalización.

En este escenario se sitúan los paradigmas de la planificación, o enfoques metodológicos como lo denomina Saavedra Guzmán Ruth en su obra “Planificación del desarrollo”, a saber: planificación integral del desarrollo; planificación participativa; planificación estratégica;. A continuación se expone algunos de sus preceptos.

TIPOS DE PLANIFICACIÓN

Los estilos de planificación suelen clasificarse según diferentes criterios (Arévalo César y Chávez Sileny, 1998)

Según el paradigma económico

- Planificación integral del desarrollo: La planificación del desarrollo debe ser la elección de la mejor alternativa para alcanzar un objetivo determinado, esto es, la optimización de las relaciones entre medios y fines. Esta labor implica la elaboración de planes y determinación de mecanismos necesarios para ejecutarlos. Se fundamenta en acciones coordinadas e institucionalizadas que permitan concretar políticas de desarrollo en un marco adecuado al proceso de toma de decisiones, definir y concretar las acciones a corto, mediano y largo plazo.

- Planificación participativa: La economía participativa es el nombre de un tipo de economía propuesta como alternativa deseable al capitalismo. Los "autores" de esta propuesta son Michael Albert y Robin Hahnel. Los valores que intenta conseguir la economía participativa son: equidad, solidaridad, diversidad y auto-gestión participativa. Las formas institucionales para conseguir esto incluyen la democracia directa, los complejos de trabajo equilibrados, la remuneración acorde al esfuerzo y sacrificio, y la planificación participativa.

Según el grado de obligatoriedad:

Si se considera el grado de obligatoriedad que tienen las decisiones tomadas por el órgano encargado de la planificación, existen dos estilos que son drásticamente diferentes.

La planificación Imperativa: que se caracteriza principalmente porque el estado emite normas de carácter obligatorio. Cabe aclarar que todo plan de Gobierno cuenta con la autoridad para determinar la dirección que deben seguir aquellos organismos subordinados a él; es decir, las distintas entidades gubernamentales que lo conforman. Además, es necesario que el estado tenga un alto grado de importancia en relación con el sistema privado y con las áreas en que tiene potestades, con lo cual, las directrices puedan ser obligatorias para la mayoría de sectores de la nación. En estos casos, el Estado, por medio

del órgano central de planificación, suele decidir aspectos como, qué producir, cómo utilizar los recursos y a quién distribuir la riqueza.

La planificación indicativa: A diferencia de la anterior, el Estado asume un papel orientador y sugiere acciones que guíen la actividad económica y social del país, pero sin que ello signifique que las personas o empresas estén obligadas a hacerlo. Dentro de las herramientas más utilizadas están la política crediticia, monetaria y fiscal.

Según el nivel donde se tomen las decisiones:

De acuerdo con el nivel en el cual se toman las decisiones producto de la Planificación, el estilo de planificación puede adoptar diferentes grados de centralización o descentralización.

La planificación centralizada: Se caracteriza por la existencia de un solo órgano central dedicado a definir los aspectos más determinantes en materia de planificación.

Cuando este enfoque es el que se lleva a la práctica, suele suceder que dicho órgano cuenta con información amplia, lo que permite disponer de una buena comprensión de la realidad y, en consecuencia, de una mejor visión del conjunto del que dispondrán las unidades de más baja ubicación en la escala organizativa.

La planificación descentralizada: Se distingue porque en ella son las unidades económicas las que deciden si se acogen o no a las orientaciones que indica el órgano de mayor jerarquía, por lo que lejos de existir un único plan, hay diversidad de planes de acción según las necesidades y orientaciones que cada unidad decida llevar a la práctica, lo que le agrega un mayor grado de flexibilidad.

Según al apego a las normas establecidas:

Finalmente, si se considera el apego a las normas establecidas durante el proceso y por el grado de participación de los actores involucrados, existen dos estilos de planificación que se oponen: El normativo y el Estratégico.

Se ven en forma más detallada más adelante

LA PLANIFICACIÓN NORMATIVA (ORTODOXA O TRADICIONAL):

"Diseña un plan para resolver un problema o problemas, los cuales se han detectado en la etapa diagnóstica" (Forrester – 1971).

Se caracteriza por concederle un grado alto de importancia al fiel cumplimiento de las normas que previamente han sido establecidas. Supone que los estándares, usualmente establecidos por especialistas y técnicos, garantizan el cumplimiento de los resultados deseados, o al menos son la mejor manera de acercarse a ellos.

Esta actitud, algunas veces, conduce a la desatención de los cambios que ocurren en el entorno y sus efectos en la validez y utilidad del plan. Minimiza además, el efecto que resulta de las relaciones e intereses de los grupos sociales que participan en la elaboración, implementación o de los efectos del plan.

Debilidades

Se basa en la concepción verticalista, autoritaria, centralista, en manos de los cuerpos técnicos.

Se centra en reglas inmutables y no obtenidas por consenso, sin participación comunitaria ni de los equipos de salud.

se planifica a nivel central el resto del sistema cumple lo planificado.

lo político se consideraba ajeno a la planificación.

Es aquélla que partiendo de un diagnóstico de cómo era una situación dada y teniendo en cuenta un modelo de como desearía ser, esboza un plan cerrado a ser aplicado en la actual situación.

Entre los postulados de la planificación normativa tenemos:

El sujeto es diferente y diferenciable del objeto

No puede haber más de una explicación verdadera

Explicar es descubrir las leyes que rigen el objeto

El poder no es un recurso escaso

No existe la incertidumbre mal definida

Los problemas a que se refiere el plan son bien estructurados y tienen solución conocida

La planificación normativa está centrada en la lógica de la formulación. Los planes, programas y proyectos expresan lo deseable. En este tipo de planificación se enfatiza lo tecnocrático, haciendo de la planificación una tecnología que orienta las formas de intervención social. Su centro es el “diseño” y suele expresarse en un “plan libro”. Importan las decisiones del sujeto planificador que está “fuera” de la realidad, considerada como objeto panificable. No tiene en cuenta, de manera significativa, los oponentes, los obstáculos y dificultades que condicionan la factibilidad del plan.

En la planificación normativa, el punto de partida es el “modelo analítico” que explica la situación problema, expresada en un diagnóstico y el punto de llegada es el

“modelo normativo” que expresa el diseño del “deber ser“. La dimensión normativa se expresa en un “deber ser”, del que se deriva un esquema riguroso, formalizado y articulado de actuación.

Se parte del supuesto de que el sistema social puede ser objeto de orientación por parte del planificador, el sujeto que planifica está “sobre” o “fuera” de la realidad planificada, tiene el monopolio del plan y la capacidad de controlar la realidad.

Características:

- Esta planificación está basada en la certeza del diagnóstico.

- Es un proceso riguroso y muy específico en el cual los ejecutores tienen un plan rígido donde no pueden salirse de los lineamientos.

- Está basado en el “deber ser”.

- Debe apegarse a una serie de reglamentos que deben cumplirse para la planeación del objetivo.

- Utiliza datos cuantitativos exactos e información específica donde las ideas ya ha sido previamente estudiadas y rigurosamente aplicadas.

HISTORIA

Método CENDES-OPS (1961)

Basada en el contexto de la propuesta desarrollista (Alianza para el Progreso) que surge luego de la reunión ministerial de 1961 en Punta del Este, Uruguay, aparece la planificación como respuesta y necesidad para las demandas de desarrollo económico y social que permitirían a los países subdesarrollados alcanzar el nivel de las naciones del primer mundo.

De conformidad con la Carta de Punta del Este, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se comprometió a colaborar con los países de América Latina en la preparación de la parte de los planes nacionales de desarrollo relacionada con los problemas sanitarios. La OPS y el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, colaboraron en el establecimiento de una metodología para la planificación sanitaria nacional.

El criterio fundamental en el que se basa el método OPS/CENDES de planificaron sanitaria es el de la eficacia, explicado en estos términos: “un recurso está bien utilizado si el beneficio que se obtiene en el uso que se le da es superior al que se obtendría con el mismo recurso empleado en cualquier otro uso”. Así pues la organización y la distribución de los recursos ha de ser tal que cada uno de ellos se aplique a la solución de un problema determinado, siempre que sea ese el problema en que pueda rendir mayores beneficios. Cuando esto deja de ser así, hay que aplicar ese recurso a otro problema en el que pueda dar mayor rendimiento.

Las principales fases del método son lógicas, pero en su aplicación se tropieza con muchas dificultades. Por ejemplo, ¿cómo se puede saber si un recurso produce más beneficios dándole una utilización que otra, particularmente en el sector de la salud donde raras veces es posible la expresión cuantitativa?

El método ataca el problema por tres medios: 1) Identifica y delimita todo lo que pueda servir de elemento de medición, tarea en la que concede oportunidades de discusión, pero deja las decisiones a cargo de las autoridades políticas y sociales competentes; 2) establece conceptos y técnicas para facilitar la cuantificación y un análisis más riguroso de las variables; 3) define los datos que se han de obtener con regularidad para que los conceptos y las técnicas sean aplicables.

Las características principales de esta concepción de la planificación son: La ciencia como idea rectora (tecnicismo en la planificación): basada en los preceptos de la economía (escasez de recursos y eficiencia) y la ciencia positiva (aislamiento del planificador con el objeto a planificar, la realidad es objetiva, los problemas sociales siguen leyes y teorías con causalidades conocidas, el objetivo de la planificación es el control de la realidad, ante una realidad objetiva sólo hay una solución posible –la más eficiente-). De lo anterior, se concluye que se considera el sistema social y de salud como un sistema cerrado, independiente del contexto y sujeto a las leyes de la causalidad científica. El planificador, entonces, es una persona con gran habilidad técnica, científica y económica. No hay vinculación entre el planificador y el tomador de decisiones (administrador político). Este hecho, finalmente, es la causa del fracaso de esta propuesta.

Crisis del modelo de planificación normativa

Falta de nexo o relación entre el plan y la ejecución de las acciones

Las personas que formulaban los planes no eran las que dirigían y ejecutaban el trabajo.

Las oficinas de planificación no tenían influencia en las decisiones respecto a las acciones del plan

Falta de atención a la evolución de los cambios del entorno

Ausencia de mecanismos de control para detectar imprevistos.

Desactualización demasiado rápidos: los planes perdían vigencia.

Desarticulación entre el plan y el presupuesto anual

Dificultades para efectuar modificaciones parciales.

Todavía los países subdesarrollados se guían institucionalmente bajo el prisma de la planificación normativa o tradicional; donde el que planifica es también el mismo ente que

ejecuta. La rigidez de las acciones son direccionadas desde la planificación normativa. Este tipo de esquema responde a una estructura piramidal, en donde la autoridad es ejercida casi de modo paternal. Este sistema ayuda poco al desarrollo de las naciones.

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA

HISTORIA: Corrientes del enfoque estratégico en salud

El Pensamiento estratégico. Mario Testa (1962)

En el panorama difícil de América Latina, con el sufrimiento que el ajuste impone sobre nuestras poblaciones, una esperanza comienza nuevamente a perfilarse en el horizonte político. La posibilidad de que sectores del campo popular accedan a la dirección de gobiernos democráticos comienza a dejar de ser una aspiración y se insinúa a nivel de gobiernos municipales, provinciales y hasta nacionales. Pero también existe esa posibilidad en las instituciones de servicio, cuyo funcionamiento tradicional se traduce generalmente en el maltrato de aquellos a quienes debe servir.

Esa situación nos ubica ante el dilema de cómo gobernar, de cómo evitar que aquello que criticamos se transforme en lo que nos vaya a caracterizar. Cómo realizar gestiones donde lo burocrático, lo autoritario, lo deshumanizado, lo de "políticas de aparatos" no sea la práctica común que bajo excusas de urgencias o coyunturas sean desplegadas e impidan el desarrollo de una práctica totalmente diferente, que radicalice la salud, lo democrático y lo popular.

Un aspecto poco problematizado y crucial en cualquier experiencia de gobierno es de la programación, su lógica y su relación con los trabajadores de la salud, planteándosela a partir de cómo esos trabajadores piensan y actúan ante los diferentes aspectos de un proceso de gestión. Abordaje que no se hace en el sentido de elaborar una "nueva fórmula" que basta aplicar para resolver los problemas, sino que es propuesto a través de un camino más complejo, pero sustancial: el de la construcción de sujetos a través del desarrollo de un pensamiento crítico que Mario Testa llama pensamiento estratégico.

Este pensamiento buscará la constitución de sujetos capaces de dar cuenta de sus procesos de trabajo en un marco democrático, que desaliente los contenidos aberrantes de una práctica de salud que fue transformada en una práctica de enfermedad. Así, la gestión podrá acompañar a lo político. Sino, estará destinada al fracaso, al olvido, a demostrarnos que nuestros discursos eran sólo declamaciones vacías de propuestas. (Testa, M)

El centro de la problemática estratégica es el poder como capacidad liberadora del pueblo. La planificación se desarrolla en dos aspectos: político (distribución del poder) y estratégico (formas de poner en práctica el poder). Para el logro de la planificación debe existir coherencia plena entre los propósitos políticos del estado, los métodos aplicados y el accionar de las organizaciones o instituciones (este requisito se denomina, Principio de Coherencia). En conclusión, la planificación estratégica no es sólo definir un objetivo para alcanzar sino un proceso social complejo que gira en torno de objetivos políticos definidos.

En los años 70 varios pensadores (Carlos Matus, Mario Testa, Barrenechea Trujillo) introdujeron en América Latina los enfoques de la planificación estratégica al campo de la salud.

En 1972 surge el plan decenal de las Américas incorpora la coordinación de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura.

En 1975 el centro panamericano de planificación en salud (PPPS/OPS) publica un documento llamado “Formulación de políticas de salud “ donde la planificación sale del ámbito económico para entrar en procesos políticos y sociales.

Alvin Toffler , Ilia Prigogine y otros proponen el predominio de la incertidumbre . Es decir que no hay certeza acerca de los problemas que enfrentamos, de cómo los podemos resolver, ni de lo que pasara en un futuro cercano.

La realidad social tiene actores que piensan, toman decisiones, actúan, trasforman, oponen resistencia y se desenvuelven según intereses cambiantes relacionados unos con otros.

Enfoque Estratégico

Propuesto por un grupo de catedráticos de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín-Colombia. Este enfoque determinó el accionar de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por más de 20 años. En este enfoque la planificación debe vincularse a desarrollo económico y social, flexibilizando enfoques y métodos para adaptarse a las circunstancias concretas e incorporando activamente a la población. La principal estrategia es la atención primaria. El objeto de planificación son los "espacios población": espacios complejos históricos, económicos, sociales, culturales-demográficos, inmersos en un contexto social mayor.

Las principales características de este enfoque son: coherencia con el estilo nacional de desarrollo, el sistema social entendido como lucha de poderes, el plan y las opciones como resultado de la negociación de poderes, la necesidad de transformaciones administrativas para el desarrollo del plan, la participación de todos los actores sociales en la planificación y ejecución de los planes y el papel protagónico de la evaluación.

La planificación estratégica es un proceso continuo y sistémico que relaciona el futuro con las decisiones actuales en el contexto de cambios situacionales y que se expresa en la formulación de un conjunto de planes interrelacionados.

Genera políticas de transformación en el estado de salud de la población a través de situaciones de empoderamiento social (Carlos Matus. 1970/80)

Características:

La salud como producto social

El planificador es un actor social más

Optimización de los recursos

Priorización de las necesidades.

La planificación estratégica usa varias herramientas básicas que permiten alcanzar las metas propuestas. Algunas de ellas son: Análisis FODA, Hoja de verificación, estratificación, diagrama de causa – efecto, diagrama de pareto, histograma y matriz de selección.

Este enfoque se preocupa por monitorear los cambios que ocurren en el medio ambiente, tanto en la fase de elaboración del plan como durante su implementación, así como en descubrir y vigilar la complejidad de las relaciones entre las variables que lo componen y que afectan la consecución de las metas establecidas. La Planificación Estratégica reconoce la existencia de diferentes intereses en los grupos sociales afectados por la implementación de los planes, por lo que también deben ser considerados con el propósito de agregarle viabilidad a su ejecución. Interesa a la planificación estratégica comprender las relaciones que existen entre ellos, que pueden convertirse tanto en alianzas como en conflictos. En consecuencia, reconoce que para determinar un plan se requiere de un estudio mucho más complejo y menos determinista que en el enfoque normativo, aunque mucho más difícil de manejar.

ETAPAS DE LA PLANIFICACIÓN

NORMATIVA

Siendo la planificación un proceso, es necesario seguir ciertas etapas que garantizan su resultado final. Este proceso, lejos de ser lineal o estrictamente secuencial, es muy dinámico lo cual implica que puede devolverse a etapas anteriores para los ajustes que sean necesarios.

DIAGNOSTICO

ELABORACION DEL PLAN

EJECUCION

EVALUACION

Diagnóstico (Análisis permanente de la situación): Con el diagnóstico interesa conocer y analizar la realidad interna y externa, con el objetivo de identificar los problemas existentes, sus causas y consecuencias, y de esta manera determinar el mejor camino que conduzca a la situación deseada.

Priorizar los problemas.

Formulación del plan de acción: detalla el curso o camino escogido en el paso anterior

Definir el problema.

La priorización de los problemas de salud, dado que usualmente se presentan varias o muchas situaciones sobre las que habrá que intervenir y, que no es posible resolverlas todas en forma simultánea.

La simple numeración de situaciones no es suficiente para la toma de decisiones. Es necesario el análisis integral entre todos los factores para obtener conclusiones válidas y útiles, con el fin de determinar causas y efectos en forma más segura, con vista al ataque de

las causas de los problemas para eliminar sus efectos, o bien para provocar efectos deseados y así promover el cumplimiento de los objetivos propuestos y satisfacer las crecientes demandas de los usuarios. Conforme se analizan los problemas prioritarios, se irán perfilando posibles acciones por tomar.

Determinación de los principales objetivos y metas (Prognosis): Con base en el análisis detallado de la información del Diagnóstico, deben formularse los objetivos. Estos deben ser generales y específicos. Los generales indican en forma global lo que se pretende alcanzar. Y por medio de los objetivos específicos, ellos se particularizan. El plan debe contener varios objetivos específicos según la diversidad de acciones que se desarrollen en la unidad. Con la determinación de los objetivos se debe plasmar el rumbo y orientar los esfuerzos de cada uno de los integrantes del equipo en su conjunto.

Las metas establecen cuándo y cuánto se quiere del objetivo específico en un tiempo determinado. Deben ser suficientemente explícitas y estar cuantificadas en tiempo o fecha y cantidad, en forma absoluta y/o relativa (qué porcentaje se va a lograr)

Confección del presupuesto: Corresponde a la expresión numérica de los planes y programas y debe prepararse únicamente después de que se ha construido el Plan de Acción. En las entidades y organizaciones de carácter público, como los laboratorios clínicos de la CCSS, deben elaborarse conforme con un conjunto de disposiciones de carácter legal, reglamentario y financiero propio de cada institución o entidad.

Control y evaluación del Plan: Es necesariopara asegurar que los objetivos que se establecieron se puedan lograr en el tiempo dispuesto o de ser el caso, hacer los ajustes cuando nuevas circunstancias lo exijan.

El control y evaluación son procesos que buscan garantizar que las actividades realizadas se ajustan a las previamente establecidas en los planes, con los cuales se pueda contrastar lo efectivamente ejecutado.

Las etapas de la planificación son interactivas, es decir que se afectan mutuamente, por lo que es válido devolverse a la etapa anterior para realizar correcciones y ajustes en los casos que sea necesario. La planificación se convierte así en un esfuerzo positivo del equipo de trabajo para el logro de metas cada vez más exigentes con recursos escasos.

ETAPAS PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

El desarrollo del pensamiento estratégico y su aplicación , ha traído consigo el surgimiento de diferentes aproximaciones al tema por parte de innumerables teóricos de la dirección, los cuales buscan una forma de ordenar el proceso de formulación, aplicación y control de la estrategia. (Tallman, 2007)

La planificación estratégica tiene etapas interrelacionadas

DESCRIPTIVO EXPLICATIVO (del ser) Fue , es y tiende ser Construye o reconstruye las representaciones intelectuales de los actores que planifican Conocer y comprender lo que está sucediendo

NORMATIVO (del deber ser) Expresa y explicita los deseos y valores por los actores que planifican. Construir la estructura prepositiva del proceso de planificación (visión, metas, objetivos)

ESTRATEGICO (del poder ser)

Identifica los movimientos – tácticas y estrategias – tendientes a poner el objetivo al alcance

Hacer posible los resultados esperados. Análisis de factores externos e internos

TACTICO OPERACIONAL (del hacer). Referido a el proceso llevado a cabo para llegar a los objetivos. Responsabilida-des adquiridas por parte de los integrantes del Equipo.

Construcción de la visión y misión

El paso más importante del proceso de planificación estratégica es la fijación de las metas de la organización..

La visión es más bien una manera distinta de ver las cosas, es la percepción simultánea de un problema y de una solución técnica novedosa; al fin y al cabo es una apuesta sobre la aceptación de una idea por el público. La visión adscribe una misión a la empresa: hacer que la visión se convierte en realidad.

La definición de una misión delimita, el campo de actividades posibles, con el fin de concentrar los recursos de la empresa en un campo general o dirigirlos hacia un objetivo permanente.

• La misión describe la razón de ser de una organización dentro de su entorno y en relación en la sociedad en que está inmersa.

• La misión es el objetivo más general; también se le denomina finalidad o incluso filosofía.

• Debe contestar: ¿Quiénes somos? ¿Qué buscamos? ¿Por qué lo hacemos? ¿Para quienes trabajamos?

• La misión debe servir de base para la elaboración de las metas, objetivos y selección de estrategias.

• La misión induce a la unidad de pensamiento en la organización, y este es un requisito indispensable para la unidad de acción.

• Especificación de valores institucionales

• Orientan la forma en que debe actuar la institución ante distintas situaciones en donde se tienen que tomar una decisión de consecuencias importantes para las personas o usuarios.

B. LA PLANIFICACIÓN SEGÚN LA TEMPORALIDAD

1. Tres temporalidades

Conforme a su dimensión temporal, los planes y programas se pueden clasificar según el periodo de vigencia, distinguiendo entre largo, mediano y corto plazo. Esta distinción que tiene en cuenta el horizonte de tiempo según sea el periodo de realización, es convencional en cuanto a sus alcances.

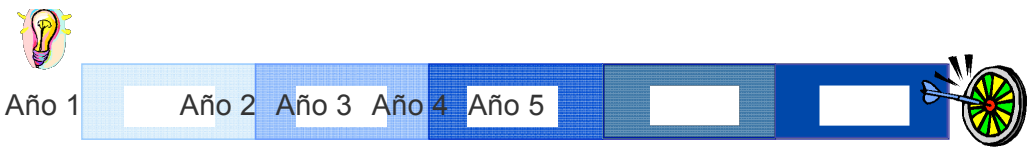
Tratándose de un plan de desarrollo nacional, de ordinario se admite la siguiente clasificación:

Largo plazo: Es aquel que tiene objetivos de realización en periodos que van de 6 a 10 años. Es el plazo de los llamados planes quincenales. En muchos países los planes a mediano plazo suelen comprender lo que constitucionalmente es un periodo presidencial.

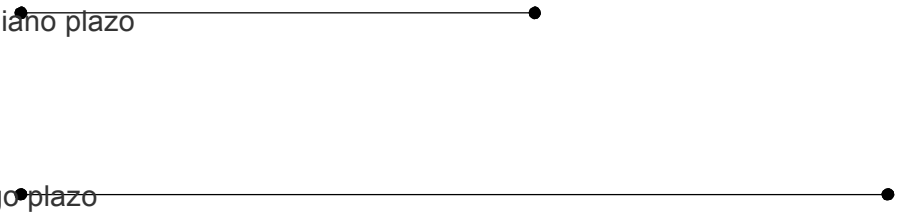
Mediano plazo: es aquel cuyos objetivos debe ser alcanzado en un período de tiempo que va desde más de un año hasta los 10 años, por ejemplo el plan decenal de educación

Corto plazo: Generalmente comprende el lapso de un año y casi siempre hace referencia a la coyuntura, puesto que de ordinario trata de conciliar y ajustar lo coyuntural con el mediano plazo. Y más en concreto, es la forma de articular el presupuesto anual con el plan.

Por ser la planificación un proceso y tener carácter permanente, supone la integración de los planes a largo, mediano y corto plazo como referente direccional que da sentido y orientación al conjunto de actividades consideradas dentro de un proceso temporal. Los productos de cada una de ellas deben estar vinculados con la siguiente, pues corresponde en la planificación de largo plazo establecer el rumbo general, el horizonte donde se quiere que llegue la organización en el futuro, mientras que para el mediano plazo se deben definir los objetivos y metas que permitirán alcanzar el horizonte y en el corto plazo, los objetivos y metas corresponden más bien al quehacer diario, pero dirigidos a alcanzar las propuestas de mediano y largo plazo.



Corto plazo



En términos generales, los diferentes autores proponen como corto plazo, un año; mediano plazo de tres a cinco años y el largo plazo de cinco años y más, sin embargo, esta temporalidad tampoco es absoluta y dogmática, ya que puede variar según el tamaño y la complejidad de la organización, su naturaleza y si se comienza a partir de cero o sobre algo que ya estaba elaborado.

Conforme aumenta el horizonte de la planificación, la confiabilidad de los pronósticos, los supuestos y las estimaciones se reduce; es decir, que a medida que aumenta el período para el cual se planifica, mayores posibilidades hay de que se den variaciones en el entorno que pueden afectar el curso de los objetivos planteados. No obstante, no se trata de planificar tan solo en el corto plazo para evitar estos riesgos,

sino más es preciso bien combinar la planificación de corto, mediano y largo plazo, pues se requiere de un propósito a largo plazo que le de coherencia al corto y mediano plazo; es decir, que vincule todo el quehacer de la organización hacia el logro del futuro deseado.

Como se mencionó antes, la clasificación de la planificación no es rígida, pues más bien las características dependen de la organización, la importancia radica en la interconexión entre los diferentes niveles que se den, pues la ausencia de alguno de ellos crea un vacío que dificulta la coordinación hacia el logro de los objetivos y del fin último de la organización.

CAPITULO VIII

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION PARA LA SALUD Y ALIMENTARIA NUTRICIONAL

¿Qué es la promoción de la salud?

La Carta de Ottawa plantea cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: construcción de políticas públicas saludables, mejoramiento de los entornos o ambientes, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios, áreas que para su desarrollo requieren que se trasciendan los modelos higienistas que dieron origen a la promoción de la salud 4. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud5 conciben la promoción de la salud como la suma de acciones de la población, los servicios, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas a mejorar las condiciones de salud individual y colectiva.

Hancock plantea la promoción de la salud como la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud y la política, hace referencia a que los individuos y los grupos deben tomar control sobre los determinantes de la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el medio ambiente, la equidad y la justicia social. Vista de esta manera, la promoción de la salud es una estrategia que media la relación de las personas con el entorno, y la elección personal con la responsabilidad social para crear ambientes y futuro más saludables7. Además, se plantean posturas epistemológicas y teóricas provenientes de diferentes disciplinas, que han avanzado con el transcurrir del tiempo, alcanzado una mayor preocupación por la participación, el desarrollo humano y el bienestar

Según Torres, la promoción de la salud es un concepto amplio, plural, subjetivo, múltiple e interdisci- plinario, cuya intencionalidad es comprender, dinamizar procesos y promover cambios en la realidad social y en el autocuidado de la población, lo que enriquece los procesos educativos en salud y nutrición. La promoción de la salud se entiende hoy como la promoción de la vida y del bienestar, y presenta a los profesionales

en nutrición grandes retos en un mundo globalizado donde la economía, la industrialización, la política, el desplazamiento, la situación social, entre otros, determinan la alimentación y nutrición de los individuos y colectividades.

¿Qué aportes hace la promoción de la saluda los procesos educativos en alimentación y nutrición?

Un aspecto que es importante resaltar al hacer referencia a uno de los derechos fundamentales del ser humano como es la alimentación, es la participación y el empoderamiento comunitario. La participación es una estrategia que permite a los grupos excluidos influir en decisiones que transformen su situación, y les permite así potenciar estrategias de promoción de la salud.

La justicia social y la equidad son prerrequisitos para alcanzar mejor salud y bienestar de las poblaciones; de ahí que no sea posible alcanzar un ambiente saludable de convivencia sin la participación efectiva de los individuos y colectivos. Desafortunadamente, quienes toman las decisiones políticas y acompañan procesos en relación con la salud y la calidad de vida no siempre tienen presente esta consideración. El gran reto es escuchar a la gente, conocer su situación, sus problemas, así como sus propuestas y estrategias para superarlos. La educación en salud y nutrición debe dar cuenta de un proceso de acercamiento a la realidad y a la cotidianidad del otro para generar transformaciones, lo que requiere, además de la participación, empoderamiento individual y colectivo.

En el campo de la salud se encuentran diferentes tendencias sobre empoderamiento, como la que enfatiza el cambio conductual individual para mejorar la salud de la población; así, para cambiar a los colectivos se considera necesario cambiar a cada individuo. Otras posturas se fundamentan en las evidencias de que la conducta colectiva no es la suma de conductas individuales; la conducta individual se forma por influencias sociales y para cambiarla deben cambiarse las condiciones sociales.

El hacer sólo el acercamiento al empoderamiento individual puede terminar por responsabilizar al otro de su salud. La idea entonces, es que en los espacios educativos se propicie la reflexión, de tal manera que se generen procesos que posibiliten en el otro el desarrollo de habilidades como el razonamiento crítico, entendido éste como la capacidad de formular juicios con plena conciencia, establecer conclusiones, buscar

explicación a los hechos, además de invitar al respeto y comprensión de las conductas sociales.

Mejorar las condiciones de alimentación y el estado nutricional de la comunidad requiere el desarrollo de estrategias acordes con la realidad social, en las cuales se respete la cultura y el saber populares, de tal forma que se permita a los colectivos asumir un papel protagónico que potencialice el liderazgo. La lógica de la participación nace de aprender desde los ejemplos cotidianos, valorar los argumentos y verdades del otro, convertir el diálogo en un acto pedagógico y en una manifestación de la convivencia.

Es así como los espacios para hablar de educación en alimentación y nutrición deben posibilitar el compartir de saberes y experiencias, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y habilidades como la capacidad de organización y gestión, además de permitir que las personas expresen su forma de ver y sentir el mundo. Lo anterior denota la necesidad de que las prácticas de promoción de la salud trasciendan la tecnología educativa y se preocupen por el acercamiento a la cotidianidad y a la realidad social en la cual se desarrollan los procesos educativos. Se espera entonces que los espacios para hablar de alimentación y nutrición permitan a las personas socializar sus problemas, encontrar objetivos comunes y, desde la reflexión, buscar el bienestar individual, familiar y colectivo, sólo si las personas reflexionan sobre sus problemas, podrán hacer algo para resolverlos, de tal forma que se impacte la calidad de vida desde lo alimentario y nutricional y, por ende, la promoción de la salud.

Los diferentes componentes del sistema de alimentación y nutrición, la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimen- tos, desde la perspectiva de la promoción de la salud, con la participación efectiva de la comunidad, pueden contribuir a mejorar la educación en alimen- tación y nutrición en lo individual y lo colectivo; asuntos como la decisión de compra de alimentos, los hábitos y las creencias alimentarias, la influencia de la publicidad en la selección de alimentos, los conocimientos en alimentación y nutrición, influyen de manera notable en las decisiones de la familia y de la comunidad, marcando los gustos, los rechazos y el consumo de los alimentos.

Los profesionales en salud y nutrición, en la búsqueda de estrategias para mejorar el nivel de nutrición, deben trascender los modelos tradicionales para tomar un papel activo y participativo en los equipos de salud e intervenir con la comunidad el

sistema de alimentación y nutrición, posibilitando a los individuos y colectivos comprender y controlar las fuerzas políticas, sociales, económicas, familiares y personales para la toma de decisiones que mejoren sus vidas. Si la comunidad gana poder para aportar a sus diferentes procesos sociales, gana en habilidades para generar el cambio15.

Las políticas en alimentación y nutrición deben contribuir a fortalecer la atención integral, la participación, el empoderamiento comunitario, la interdisciplinariedad, y la intersectorialidad, como estrategias para mejorar la calidad de la atención en salud y el impacto de las intervenciones.

Otro aspecto importante y que sin duda refuerza los conceptos de participación y empoderamiento comunitario es el desarrollo humano. Éste no sólo hace referencia al crecimiento económico y al mejoramiento de las condiciones materiales de vida, sino también al crecimiento de los hombres como individuos y como seres sociales, ya que una sociedad no puede mejorar si no mejoran los hombres y las mujeres que lo conforman, buscando alternativas diferentes para resolver sus problemas y necesidades.

El desarrollo a escala humana, descrito por Max Neef y colaboradores17, realiza una teorización sobre las necesidades humanas y la forma de hacerlas operativas transformándolas en satisfactores para alcanzar el desarrollo individual y colectivo. Exige un nuevo modo de interpretar la realidad, de ver y de evaluar el mundo, ver el hombre como un sujeto particular e individual, con una personalidad producto de dos factores: el primero relacionado con la herencia y el segundo con la historia y su medio, dotado con conciencia que le posibilita la reflexión de pensarse a sí mismo, a los demás, su cultura, su sociedad y sus condiciones materiales de vida18.

Los satisfactores son múltiples e interdependientes, se viven y se realizan de manera continua en la vida. Las respuestas que el ser humano crea a sus necesidades se denominan satisfactores, entendido como aquello que representa formas de ser, tener, hacer y estar que contribuyen a la realización de la vida humana.

Esta filosofía requiere la generación de la autoindependencia y el protagonismo real de las personas en diferentes espacios que contribuyan a impulsar procesos de desarrollo con efectos sinérgicos en la satisfacción de dichas necesidades. Entendida de esta manera, la autoindependencia, es un proceso capaz de potencializar la participación, la creatividad social, la autonomía política, la justa distribución de la

riqueza, la tolerancia frente a la diversidad de identidades, y se constituye en un elemento decisivo de la articulación de los seres humanos con la naturaleza, con la tecnología, con lo social, con la sociedad civil y con el Estado.

Puede concluirse entonces, que el mejor recurso para lograr el desarrollo humano de la sociedad es su recurso humano, con su capacidad y ganas para organizarse, tener iniciativas propias, ser solidarios y adquirir los conocimientos necesarios para realizar las trasformaciones con las que sueña

Para alcanzar lo anterior, es importante partir del respeto a las comunidades y la fe que los facilitadores deberán tener en ellas para lograr el protagonismo comunitario. La Corporación Futuro para la Niñez plantea algunos principios filosóficos que pueden aportar a la dinamización de la participación y el desarrollo humano; ellos son:

La mínima intervención de cualquier agente externo, ante la máxima gestión y compromiso de la comunidad.

El no paternalismo, para evitar intervenciones protectoras o dadivosas. La no interferencia cultural, para lograr la consolidación de actitudesadecuadas y la interrogación frente a hábitos y creencias, sin destruir oviolentar tradiciones.

La neutralidad ante cualquier forma de manipulación, intereses políticos o religiosos.

Estos principios demandan un profesional preparado y sensibilizado. En él deben destacarse la fortaleza, la solidaridad, la reflexión y la capacidad de desarrollar valores y habilidades orientados a lograr la independencia en los grupos comunitarios, además de fortalecer y motivar la construcción de grupos de apoyo y redes sociales con visiones articuladas que posibiliten un sendero y potencien acciones para trasformar la realidad.

Los cambios en las condiciones de vida demandan de los profesionales de la salud y nutrición, estrategias que trasciendan la atención y educación nutricional, posibilitando a los individuos y colectivos problematizar su realidad y potenciar el cuidado como una herramienta que fortalece el bienestar, la calidad y la forma de vivir.

La promoción de la salud es un campo en construcción, y aunque tiene ya décadas acumuladas en su conceptualización, como práctica social sigue siendo un terreno en el que aún hay bastante por producir y alcanzar. En la promoción de la salud se requiere avanzar en la producción de conocimiento, especialmente sobre los "cómo", ya que la complejidad de la implementación de la práctica de la promoción de la salud se explica por la necesidad de articular múltiples actores y por ser construida sobre la base de la participación activa de la los individuos y los grupos21.

"La promoción de la salud se constituye en un enfoque que posibilita pensar la salud como un derecho, y los desarrollos teóricos, conceptuales y metodológicos son el resultado de la reflexión sobre la práctica. En este sentido, el reto es generar mayores y mejores prácticas en promoción de la salud" desde lo alimentario y nutricional, fundamentadas y construidas desde la participación, el empoderamiento, la interdisciplinariedad, la intersectorialidad, el conocimiento de los deberes y derechos en salud y el fortalecimiento de las redes sociales.

Fortalecer la educación nutricional requiere centrarse en cómo tener mejores prácticas que promuevan la salud, la vida, el bienestar y el autocuidado. La sistematización es una herramienta útil para la producción de conocimiento desde la práctica, ya que ésta posibilita construir lecciones a partir de experiencias concretas y de las miradas de los diferentes actores, favorece la compresión sobre los procesos, ayuda a identificar aspectos de las experiencias que puedan ser replicados y por lo tanto útiles para otros. Es así como la sistematización es fundamental en el desarrollo de los proyectos.

Según Jara, la sistematización es aquella interpretación crítica de una experiencia, que a partir de su ordenamiento y reconstrucción descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo. Esta metodología, que fortalece de manera significativa los procesos evaluativos, tradicionalmente ha sido usada al finalizar los proyectos. Sin embargo, debe tenerse presente que en la actualidad se recomienda que los proyectos sean sistematizados desde su inicio, ya que es necesario tener una reflexión permanente sobre lo que se hace para contribuir al desarrollo de propuestas de mejoramiento que los realimenten

Además, es importante tener presente que los rápidos cambios en los hábitos de alimentación del mundo moderno generan nuevos desafíos en la investigación. Las estrategias para analizar dichos cambios deben incluir una complementariedad entre las ciencias de la alimentación y la nutrición con las ciencias sociales, particularmente la antropología, que aporta a una mejor comprensión de los problemas de salud relacionados con la conducta alimentaria.

Es necesario motivar a los profesionales en nutrición y alimentación para tender puentes entre las metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación, con el propósito de que se complementen en la comprensión del fenómeno de la nutrición en el proceso vital humano, y así poder entregar mejores herramientas para la intervención en los temas de nutrición pública y educación alimentaria y nutricional

Conclusión

La promoción de la salud se debate entre lo individual y lo colectivo y ambos aspectos se complementan. (Restrepo)

La participación debe ser vista como principio y fin de todo proceso social en el que se pretenda el desarrollo y bienestar de los colectivos.

El uso de metodologías acordes con la realidad social permite a la comunidad asumir un papel protagónico desde el análisis de las situaciones de salud y nutrición. Lo anterior contribuye a la promoción de la salud.

Los profesionales de la salud deben fortalecer su compromiso ético con la educación, para que en su quehacer al servicio de la gente no sólo se imparta educación sino que se posibilite el desarrollo humano.

La educación nutricional debe ser un dispositivo de acciones articuladas, más que un instrumento, y requiere el trabajo de los diferentes sectores y disciplinas.

La promoción de la salud requiere la práctica y la comprensión de la dimensión política, que logre trascender la promoción y fortalezca la construcción de políticas públicas.

Es necesario fortalecer la investigación en educación alimentaría y nutricional, para contribuir a la producción de conocimiento, lo que demanda un acercamiento de las ciencias de las salud a las ciencias sociales; para ello es importante retomar las posibilidades que la perspectiva cualitativa ofrece en la comprensión de los procesos cotidianos. Además, es necesario generar e incentivar la cultura de la sistematización de los proyectos como un dispositivo pedagógico que fortalece el qué, el cómo y el para qué de los proyectos de promoción de la salud.

El sistema de alimentación y nutrición está determinado por un sinnúmero de factores que requieren el desarrollo de estrategias lideradas por la comunidad y respaldadas política y económicamente por el Estado, además de un trabajo interdisciplinario e intersectorial que contribuya a la generación de cambios significativos en lo alimentario y lo nutricional.

Las instituciones formadoras de recurso humano en salud y nutrición deben incluir en las asignaturas, además de pautas para hacer educación en salud, un abordaje vivencial y contextualizador de la realidad biopsicosocial, que los prepare para el trabajo con los individuos y colectivos desde una visión integral.

DEFINICIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Biocca: Es una especialización que pretende aplicar principios educativos para promover cambios de conducta en individuo o comunidad.

Davies: Es un proceso de persuadir para que acepten medidas que fomentan su salud y rechacen las que dan efectos adversos.

En general, todos los autores se marcan 2 aspectos:

Todos van dirigidos a individuos o colectivos.

El fin es obtener un comportamiento determinado proceso dinámico.

La educación para la salud imparte conocimientos cuyo objetivo es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud.

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EPS).

Así pues, la EPS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

Preventiva

De promoción de la salud

Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

Proponemos la Educación para la Salud como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud. (Adaptado de Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Cataluña, 1984)

Consideraciones metodológicas:

Las características clave que presentan los programas de EPS evaluados como efectivos respecto a la metodología son:

Que incorporen métodos de aprendizaje activos.

Que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas.

Que refuercen los valores individuales y las normas grupales.

Que promuevan el desarrollo de habilidades, (sociales, fundamentalmente).

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son:

Mayor adecuación de los contenidos y estrategias.

Mayor motivación y crédito de la información.

Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos:

Que potencien:

La adquisición de habilidades sociales.

La competencia en la comunicación.

La resolución de conflictos.

Que incidan:

En la responsabilidad.

En la autoestima.

En la toma de decisiones.

Que faciliten:

La práctica de las habilidades aprendidas.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.

Es uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública.

Finalidad: Lograr una conducta que mejore las condiciones de vida y salud de individuos y colectividad.

La educación es una de las funciones básicas del equipo de Salud Pública cuyo objetivo es enseñar:

La forma de vida en salud.

Fomentar la salud

Recuperar la salud

Insertarse adecuadamente en su medio (familiar o social)

EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN ARGENTINA

Este programa, previsto por la Ley 25.724, promueve el desarrollo de hábitos saludables permanentes para la producción, selección, compra, manipulación y utilización biológica de los alimentos mediante la educación alimentaria nutricional como herramienta imprescindible para el ejercicio de la autonomía, el autocuidado y la responsabilidad.

Desde esta perspectiva, se hace necesaria la participación activa de los destinatarios, puesto que el proceso de aprendizaje parte de sus saberes previos y preconceptos para estimular la capacidad crítica y la reflexión sobre las propias necesidades, tanto individuales como grupales. Así, los conocimientos pueden transformase en conductas alimentarias saludables respetando la libertad en la elección de lo que cada quien considera bueno para sí y para su familia.

La iniciativa está dirigida tanto a profesionales técnicos y promotores, como a los destinatarios directos e indirectos de las distintas líneas de acción del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA).

Para su implementación, el programa utiliza la metodología del taller y las consignas de trabajo están organizadas en distintos módulos de capacitación a cargo de profesionales del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Por otra parte, en conjunto con el Ministerio de Salud, impulsa la formación de agentes sociales, sanitarios, barriales, educadores y responsables de comedores escolares y comunitarios a través de las “Guías Alimentarias para la Población Argentina”, adaptadas a las características y necesidades de cada comunidad.

CAPITULO IX

PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SALUD

Introducción

El género surge a través de un proceso de construcción social que define lo masculino y lo femenino a partir de los sexos biológicos, hasta establecer las posiciones de poder entre los mismos. Agendas políticas nacionales y organismos internacionales han tratado la situación de desventaja de las mujeres, en relación con las desigualdades a las que han sido sometidas a lo largo de la historia, respecto a los hombres.

En la Tercera Conferencia de la Mujer celebrada en Nairobi en 1985 se reconoció la discriminación de este sexo en la vida económica, política y social, lo que se considera como un hecho natural. La Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995 discutió acerca de la equidad de género y el empoderamiento de la mujer, aceptados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población

A partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Pekín (1995), la OMS ha situado la reducción de las desigualdades por razón de género, en general, y de las desigualda- des de género en salud, en particular, entre sus prioridades, instando a los gobiernos para que tomen las medidas necesarias para abordarlas..

¿POR QUÉ LOS/AS TRABAJADORES/AS DE SALUD PÚBLICA NECESITAN TRABAJAR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO?

Los mandatos de salud pública contemporáneos abarcan una amplia gama de determinantes sociales de la salud, como el sexo, la igualdad de género, la pobreza y la equidad. En esta guía se introducen los conceptos de género y se analizan las formas en que las normas, los roles y las relaciones de género afectan a los resultados y la respuesta en el ámbito de la salud. Al mismo tiempo, se reconoce que el género es una cuestióntransversal que debe considerarse junto con otras fuentes de inequidades en la salud, como la pobreza, la edad, la diversidad étnica y el desarrollo socioeconómico general del contexto en cuestión

En gran parte del trabajo en materia género, el foco predominante ha sido tradicionalmente la mujer. Sin embargo, desde los años noventa se ha prestado creciente atención a las formas en que los hombres pueden ayudar a mejorar las relaciones de género, así como los efectos negativos que las normas de género pueden tener en su vida y en sus oportunidades. Aunque en la última parte del siglo XX se han producido grandes mejoras en la situación de la mujer y la igualdad de género tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las mujeres y las niñas siguen desfavorecidas en relación con los hombres y los niños desde diversos puntos de vista.

La situación desfavorecida de las mujeres en la sociedad se reconoce internacionalmente como una violación de los derechos humanos y como una barrera que impide un desarrollo social más amplio. También se reconoce ampliamente que la condición inferior de las mujeres a menudo se ha institucionalizado mediante las estructuras que organizan la vida social. Las instituciones tienden a marginar a las mujeres en la capacitación, el empleo, la formulación de políticas, la planificación, la ejecución y el seguimiento. Estas mismas instituciones perpetúan imágenes e ideales de la masculinidad que no siempre son congruentes con la realidad y también pueden aumentar la presión y el estrés en los hombres que no pueden desempeñar ciertos roles o cumplir ciertas responsabilidades o que se ven desincentivados para hacerlo en un mundo cambiante y globalizado. Eso sucede en diversos entornos: en la familia, en las escuelas y en instituciones comerciales, sociales y políticas.

Cuando se trata de la salud, los roles, las normas y las relaciones de género pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres y los hombres. Sin embargo, debido a la situación desfavorecida de las mujeres en el plano social, económico y político, a menudo les resulta más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental, incluido el uso eficaz de información y servicios de

salud. Aunque las mujeres viven más tiempo que los hombres, a menudo pasan estos años de vida adicionales con mala salud. Las mujeres sufren problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles como consecuencia directa de la discriminación por razones de género. Los hombres, por otro lado, a menudo tardan más que las mujeres en buscar atención de salud y a veces incluso se niegan a cumplir el tratamiento (por ejemplo, el tratamiento antituberculoso en algunas regiones) porque tienen que dejar de consumir alcohol mientras éste dure, lo cual obviamente repercute en su estado de salud general. Los/las profesionales de la salud pública se encargan de promover y resguardar la salud de las poblaciones con las que trabajan. Eso significa que deben estar en condiciones de detectar los factores que ponen a las mujeres y los hombres en riesgo y abordarlos conintervenciones eficaces. El género es uno de esos factores.

Los pasos para alcanzar las metas de equidad en el campo de la salud, como la salud para todos, deben partir del reconocimiento básico de que “todos” no son iguales. Es bien sabido que hay diferencias entre países y entre regiones, y las disparidades en materia de salud se reflejan en las estadísticas y losperfiles de salud. Los/as trabajadores/as de salud pública de todos los niveles tienen que reconocer y señalar las diferencias en la población de su país y abordarlas de forma sistemática y apropiada. Eso significa que podrían necesitarse distintos tipos de intervenciones para facilitar el logro del nivel más

alto posible de salud en los diversos grupos de la población. A menudo también significa que los procedimientos acostumbrados no son los más eficaces. Se necesita con urgencia una nueva manera de pensar, una nueva manera de proceder, para abordar las inequidades mundiales en el campo de la salud y las diferentes necesidades y problemas de salud de los hombres y las mujeres, los niños y las niñas.

Esta guía adopta una perspectiva de género para lograr la equidad en salud. Aporta evidencias para mostrar la forma en que los factores biológicos interactúan con las normas, los roles y las relaciones de género o factores socioculturales que afectan a la salud de las mujeres, los hombres y sus comunidades.

Mientras que los análisis de la equidad en salud se centran normalmente en las disparidades y las respuestas socioeconómicas, la aplicación del análisis de género a los programas, la investigación y las políticas de salud pública aborda los efectos diferenciales innecesarios, evitables e injustos en el estado de salud de las mujeres y los

hombres, incluye la interacción del sexo y el género como determinantes sociales básicos de la inequidad en salud; es decir, las diferencias entre hombres y mujeres (edad, grupo étnico, estado socioeconómico, orientación sexual y lugar de residencia) se incorporan en análisis sistemáticos de género. Este "valor agregado" del análisis de género, por consiguiente, mejora los métodos operativos de la equidad en salud.

Reconociendo la función de las diferencias y las desigualdades de género en la salud de las mujeres y los hombres y de acuerdo con su preocupación de larga data por la equidad en salud, en el 2002 la OMS adoptó una política interna de género con el siguiente objetivo:

"[...] procurar que en toda investigación, política, programa, proyecto e iniciativa en los cuales participe la OMS se tengan en cuenta los temas de género. Esto ayudará a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y, en último término, el efecto de las intervenciones de salud tanto para las mujeres como para los hombres, contribuyendo al mismo tiempo al logro de la meta general de las Naciones Unidas en lo que se refiere a la justicia social."

Sobre la base de la política de la OMS, los aportes y la aprobación de los Estados Miembros, en el 2005 la OPS adoptó su Política de igualdad de género, con la siguiente meta:

"La meta de esta política es contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes, y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres."

El género

Género no es sinónimo de sexo. Sexo alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que género se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder.

Género tampoco equivale a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma —ni tampoco al hombre—, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder.

Más allá de su importancia en la formación de la identidad subjetiva, la categoría del género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cua- les se organiza la vida social. El género ocupa un lugar central —junto con la clase social y la raza— en el nivel macroeconómico de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica. Su relevancia en ese nivel estriba en su función de articular dos dimensiones complementarias de la economía: por un lado, logra la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce y entra en circulación (trabajo reproductivo) y, por el otro, condiciona las alternativas en el mercado de trabajo remunerado (trabajo productivo).

La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores pobres tiene sus raíces en dos pautas culturales. La primera es la preeminencia que le asigna la sociedad al papel reproductivo que desempeña la mujer, pauta que limita sus oportunidades de participar en el mercado laboral remunerado. La segunda pauta —tal vez más importante— es la desvalorización social del trabajo “femenino” tanto en el hogar como en el mercado

SALUD Y GENERO

Mujeres y hombres tienen el mismo derecho al desarrollo de su salud. Pero, para conseguir los mejores niveles de salud, es necesario que las políticas sanitarias reconozcan que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes.

El género es uno de los determinantes de un estado de salud equitativo. Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales. Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en contextos sociales

diferentes. Estos roles son valorados de manera diferente y los asociados con los hombres son generalmente valorados más positivamente. Esto afecta a la situación en la que las mujeres y los hombres acceden y controlan los recursos, y afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud; de esta manera se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud.

El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres.(OMS, 2000) (ARTILES L. 1998.)

Como categoría de análisis, el género, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. El conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionados con la salud, permite la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución.(OSTLIN P, GEORGE A, SEN G.;2002.)

El sistema teórico sexo-género surge a partir de corrientes del pensamiento como el psicológico, que explica las diferencias entre mujeres y hombres desde el análisis de los comportamientos sexuales.

El sexo hace referencias a las características biológicamente determinadas ya sean anatómicas como fisiológicas, tales como, el sexo cromosómico, el gonadal, el genital, el endocrino, el hipotalámico-hipofisiario que establecen las diferencias de las especies sexuadas, hembra y macho. .(OMS, 2000) (ARTILES L. 1998.)

Sandra Bem, en 1989, definió que el sexo expresa diferencias biológicas y el género sirve para representar la elaboración cultural de esa diferencia como la apariencia personal, el uso del pelo y la ropa y afirmaba que el sexo se conserva, el género (Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona: 1995.)

Marta Lamas en su artículo “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría Género”, cita la definición de género dada por Scott que complementa la aceptada en esta revisión y expresa que se utiliza para identificar los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; conceptos normativos entendidos como doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas del significado entre lo femenino y lo masculino; instituciones y organizaciones sociales como el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo diferenciado por sexos e instituciones educativas; identidad individual y grupal de género que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos. .(OMS, 2000) (ARTILES L. 1998.) (LAMAS M.; 2002.)(MONEY J, EHRHARDT A.;1992.)

La autora entiende que el énfasis en lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, por el contrario, el foco del análisis dentro de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores que conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo.

Por otra parte, el pensamiento antropológico puso de manifiesto que las relaciones de género establecidas y aprobadas por cada sociedad dependen de su cultura y organización.

Agendas políticas nacionales y organismos internacionales han tratado, desde hace más de dos décadas, la situación de desventaja de las mujeres, en cuanto a las desigualdades y las injusticias a las que han sido sometidas a lo largo de la historia, respecto a los hombres.

Un momento culminante fue la Tercera Conferencia de la Mujer celebrada en Nairobi en 1985, donde se reconoció a escala mundial la discriminación de este sexo en la vida económica, política y social, lo cual se consideraba como un hecho natural y no como un problema social evitable. En esta conferencia, se trazaron importantes estrategias para el desarrollo de la mujer, que fueron adoptadas por algunos países. En ellos, como resultado de esto, se obtuvo una mejoría en la situación económica y política de las mujeres. No obstante, dichas estrategias consideraron al sexo femenino como el centro del problema, es decir, como víctimas pasivas que demandan bienestar y tratamientos especiales.(OMS, 2000) (AHMED OBAID T. 2001)

En la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se enfatizó en el enfoque de género como reflejo de las discusiones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo, en el Cairo, Egipto, el año anterior. En esta conferencia, la equidad de género y el empoderamiento de la mujer fueron aceptados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población. Se asumió el enfoque de género, que considera que las relaciones entre Hombres y mujeres forman parte de la estructura que conforma las desigualdades sociales.17 (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Programa de acción. El Cairo, 13 de Septiembre, 1994), (IV Conferencia Mundial sobre la mujer. Plataforma de acción. Beijing, 14 de Septiembre, 1995).

La comunidad de residencia es el lugar donde se expresa, más nítidamente, la cotidianidad de las personas, se refiere al conjunto de relaciones e interacciones que les confiere la identidad social, cultural, histórica, moral y ética que se expresan en la práctica social intra y extra domiciliaria. . (ÁLVAREZ M.;1996.) Las comunidades poseen las condiciones de vida diferenciadas que imponen a las personas formas de actuar en correspondencia con ellas, las que se aprenden desde el nacimiento. La distribución de las tareas dentro del hogar, el acceso al poder y los recursos de hombres y mujeres en la vida doméstica, así como las posibilidades de superación, la realización de actividades laborales y comunitarias son el resultado de la organización familiar establecida, como reflejo de la organización de la comunidad a la que pertenecen. El estado de salud diferenciado entre las féminas y los varones es un producto de dicha organización social.

Otro abordaje del género, que pudiera resultar complementario, es cuando se estudian poblaciones que realizan una misma profesión u oficio. La concepción de que los hombres poseen más aptitud para desempeñar algunas profesiones y las mujeres otras, se sustenta sobre todo en los procesos de socialización a los que se someten las personas desde su nacimiento y que determinan las formas de pensar y actuar ante la vida. En muchas ocasiones, se asocia al sexo femenino con tareas que se pudieran considerar como extensión del rol reproductivo, como por ejemplo, el cuidado de la salud en Enfermería o el cuidado de los hijos en las tareas relacionadas con el sector educacional; estas actividades agrupan un importante número de mujeres. . (ÁLVAREZ M.;1996.), (LAGARDE M.;1994.),22 Otras profesiones como técnicos agrícolas, muchas ingenierías e incluso algunas especialidades médicas, como las quirúrgicas, que demandan de esfuerzo físico o enfrentamiento a situaciones agresivas y cruentas, son mayormente realizadas por hombres,. Todo esto es un reflejo de la división sexual del

trabajo que se aprecia no solamente en la vida privada del hogar, sino también en el espacio público, así como, por la manifestación de los estereotipos, de acuerdo a lo aceptado por la sociedad.

Otra arista relacionada con los patrones de género son las etapas del ciclo vital. La demarcación de dichas etapas se establece a partir de las características particulares que hay que enfrentar ante la vida, por la manifestación de las relaciones de género y su implicación en la salud en cada periodo.26,27

En la adolescencia es cuando se produce el inicio de la actividad sexual, por lo que aparecen, para ambos sexos, las enfermedades transmitidas por esta vía. Frecuentemente, las adolescentes se enfrentan a los abortos y los embarazos precoces.

El mantenimiento de la estética femenina es muy importante para ellas, muchas veces se logra a través de la bulimia y la anorexia provocadas, que pueden producir serias complicaciones como la desnutrición. En algunos países, la priorización dentro del hogar del llamado sexo fuerte, hace que sean suministrados preferentemente a los varones, la mayor cantidad de alimentos y los de mejor calidad, lo que conlleva a que la desnutrición en el sexo femenino sea un fenómeno común. Por otro lado, los adolescentes tienen más riesgo a sufrir lesiones por la práctica de juegos y deportes rudos y son más propensos a enfermar o morir por causas violentas y el consumo de drogas y alcohol. (ÁLVAREZ M.;2004)

En la juventud y en la edad adulta, las mujeres padecen de causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como infecciones del tracto reproductivo, tumores malignos de los órganos reproductores y mama, además, son más propensas que los varones a sufrir de trastornos depresivos. El control de la natalidad recae mayormente sobre la mujer con el uso de anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, píldoras, diafragma y esterilizaciones quirúrgicas fundamentalmente, mientras los hombres utilizan el condón y rara vez se someten a esterilizaciones quirúrgicas. El sexo masculino está más expuesto a riesgos ocupacionales y del tránsito. (ÁLVAREZ M.. 1998, ARES MUZIO P.;2000.)

En la edad mediana y en la vejez, aparecen los problemas relacionados con la longevidad de la mujer que se acompaña de una calidad de vida peor que la de los hombres. Las mujeres padecen con más frecuencia de diabetes, enfermedad cerebro vascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos.

Enfoque de género

El enfoque de género sustenta que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto a otras como la clase social, etnia, región de residencia. Todo lo cual está en dependencia de las circunstancias históricas, el lugar y el momento que se trate. (CASTAÑEDA ABASCAL L.. 1999;) (DÍAZ E.;1995.)

La utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad.

El enfoque de género nace de la idea de que la mujer había quedado fuera de los procesos de desarrollo, siendo necesario reconocer que lejos de esto, la mujer había sido parte invisible e indispensable de dicho proceso.

En un primer momento, se entendió como género sólo a la problemática de la vida de las mujeres, lo cual se sostiene en muchas ocasiones en la actualidad. En un segundo momento se usó para interpretar también la problemática de los hombres. En un tercer momento se ha logrado consolidar el enfoque de género a través de la relación entre las mujeres y los hombres, por lo que se ha puesto acento en los hechos relacionados entre ambos, es decir, lo específico de este análisis es lo que acontece a las mujeres, a los hombres y a todos entre sí. (LAMAS M.; 2002.) (ROBLES SC. 1996.)

Junto a los cambios y transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas, ocurre el cambio en el modo de relación de hombres y mujeres, así como el lugar que ocupa cada uno de ellos en la sociedad, que han determinado las diversas formas de subordinación de la mujer.

El enfoque de género en las investigaciones surge desde dos procesos, uno de carácter social y otro relacionado con el pensamiento. La Antropología tuvo un aporte significativo en el surgimiento del enfoque de género. Norma Vasallo cita un trabajo realizado en la década del 30 del siglo XX, por Margaret Mead, en Nueva Guinea donde encontró que las sociedades estudiadas tenían características particulares en su organización social que producían relaciones entre mujeres y hombres diferentes a las occidentales, lo que cuestionó el carácter natural de la situación de la mujer.

(. VASALLO BARRUETA N. ;2004.)

Estos análisis se hicieron en un momento en que la teoría de género no era aún comprendida y la explicación de las diferencias entre los sexos era solamente desde lo biológico.

Los estudios antropológicos han permitido comprender las definiciones actuales de género a partir del orden simbólico en que cada cultura elabora la diferencia sexual hasta llegar a la feminidad y la masculinidad. (LAMAS M.; 2002.)

El enfoque de género surge también con el aporte de la Psicología, en el proceso del pensamiento. Los psicólogos se preguntaban por qué existían personas que tenían comportamientos extraños desde el punto de vista sexual, que no se correspondían con Lo esperado y que no se ajustaban ni a la cultura ni a las normas sociales establecidas. Se propuso la teoría del género para explicar que lo más frecuente son los comportamientos sexuales semejantes, sistemáticos; cualquier otra desviación se debía a algo que había pasado en la formación del género. Así, llamaron género a la relación entre las características sexuales y psicológicas. (ROBLES SC. 1996.)(CARAM T.;2000.)

A principio de la década de los años 50 del siglo pasado, John Money, estudioso de los trastornos de identidad sexual, atribuyó al sexo su propiedad biológica y reservó para el término género la influencia cultural, fundamentalmente la educativa en la formación de la identidad sexual y para nombrar un conjunto de conductas referidas a la mujer y otras a los hombres. Luego, en la década de los años 60, otro psicoanalista,

Robert Stoller, elaboró conceptualmente el término, siguiendo el pensamiento de Money, para explicar la imposibilidad de clasificar a algunos individuos como hembras o machos por su dimorfismo sexual y otros que morfológicamente estaban bien definidos sexualmente, pero, no se sentían bien con su cuerpo.15,41 Estos análisis dieron un importante paso hacia la comprensión de que los procesos de la sexualidad no son solamente biológicos, aunque en ese momento, era la idea que prevalecía.

El proceso social en el surgimiento del enfoque de género está vinculado con las luchas feministas que comenzaron desde el siglo XIX y tuvieron un auge notable en la década de los años 60 del siglo pasado cuyo propósito fundamental ha sido alcanzar mejores niveles de vida para la mujer e igualdad entre los dos sexos. El feminismo académico se consolida a partir de la década del año 70 del siglo XX como una corriente del pensamiento que trata de explicar los factores que conducen a la opresión sobre lamujer. Han existido enfoques diferentes como el feminismo liberal que argumenta que las causas de opresión de la mujer están en la injusta discriminación legal; el feminismo radical encuentra la explicación en la división sexual del trabajo y el patriarcado, como forma de poder del hombre condicionado por la naturaleza biológica masculina, el feminismo marxista o socialista atribuye a la propiedad privada, los orígenes de la subordinación femenina.(VASALLO BARRUETA N. ;2004.) (GIDDENS A.;1997.)

Iniquidad y desigualdad de género

La identificación de diferencias de género conlleva a la búsqueda de las desigualdades o iniquidades que la originan, de ahí la importancia de incursionar en estas definiciones de trascendental importancia para el tratamiento de la salud. La iniquidad se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que pueden ser disminuidas, evitadas o eliminadas. Jorge Aldereguía y otros entienden como equidad a la imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y hombres; constituye, por tanto, un imperativo de carácter ético y moral asociado a los principios de los derechos humanos y de la justicia social. Las mujeres y los hombres tienen diferentes necesidades que pueden ser rectificadas en aras de

disminuir el desbalance entre sexos y lograr la equidad. Cuando los recursos son limitados, el aseguramiento de la equidad no depende de entregar algo para todos, sino para los más necesitados, es por ello, que la identificación de factores de riesgo ayuda al establecimiento de prioridades y por tanto, a garantizar la equidad.(ALDEREGUÍA HENRÍQUEZ J, NÚÑEZ JOVER J, FERNÁNDEZ FELIPE;1995.)(OPS. 2002)

La equidad de género toma en cuenta las diferencias entre los sexos y evita que se transformen en manifestaciones de exclusión social. Considera la igualdad en el acceso a las oportunidades, pero no, la de los resultados, pues lo que cada uno haga con sus oportunidades entra en la esfera de la capacidad individual.

Los afrontamientos teóricos expresados anteriormente permitieron arribar al posicionamiento teórico acerca de las desigualdades que producen las diferencias de género. De esta forma, se entiende que se dirigen hacia la existencia de dos tipos fundamentales, las desigualdades biológicas, difícilmente modificables y las desigualdades sociales o iniquidades de género que agrupan las desigualdades entre mujeres y hombres que pueden ser evitadas, son injustas e innecesarias. Las iniquidades de género se producen a su vez, a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y la de oportunidades. La desigualdad de derechos está relacionada con la justicia, se puede solucionar cuando existe la voluntad de crear un sistema de leyes dirigido hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Mientras, que la de oportunidades depende de los diferentes posicionamientos, condicionamientos y capacidades de cada ser humano en función de su forma de pensar y de vivir; su eliminación no se logra tan solo con la igualdad de derechos, al contrario, muchas veces se agrava. Se logra con el compromiso social de ayudar a cada quien, de acuerdo a sus características particulares.

Aspectos de la vida donde se manifiestan diferencias de género

Existen aspectos subjetivos, sociales y de comportamiento donde se manifiestan de forma irrebatible las diferencias de género originadas por iniquidades o desigualdades de género. A continuación se mencionan un grupo de los más representativos.

Los roles de género son uno de los aspectos fenomenológicos más importantes. Se desarrollan en la vida cotidiana relacionados íntimamente con la división sexual del trabajo. Se han descrito tres tipos de roles que se definirán a continuación (Oms, 2012)

Rol reproductivo, se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen la familia, tales como, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de sus integrantes, así como la organización y mantenimiento del hogar.

Rol productivo, se refiere a las actividades que producen ingresos personales y para el hogar que pueden ser en dinero o en especies.

Rol de gestión comunitaria, se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo de la comunidad. Toma las formas de participación comunitaria en la promoción y manejo de actividades sociales.(OPS;1995.)

El rol reproductivo, caracterizado por las tareas domésticas, las obligaciones con la familia y los enfermos, se desarrolla en el mundo privado del hogar. Estas actividades han sido realizadas mayormente por las mujeres, ha llegado a ser considerado el rol natural de ellas, el hombre generalmente realiza labores de ayuda y mantiene una distancia prudencial y una conciencia de seres servidos, mientras las féminas mantienen posición de servidoras.(OMS,2000)

El hogar debe funcionar como una unidad socioeconómica en la que debe existir igual acceso, control y poder de decisión de los miembros adultos de la familia sobre los recursos. Se entiende como acceso a la oportunidad de usar los recursos, que pueden ser materiales como el trabajo, los créditos, la tierra, el dinero, los equipos, las herramientas y los servicios de salud; políticos como el liderazgo, la credibilidad, la confianza en si mismo, la capacidad de movilización; los recursos de información que representan insumos para tomar decisiones y los recursos de tiempo incluso los dedicados al propio individuo.64 Es indiscutible que la dinámica antes mencionada no se cumple frecuentemente, lo que agudiza la situación de desventaja de la mujer, agravada, por la sobrecarga actual producida por el trabajo fuera del hogar.

El sexo masculino es considerado por muchos responsable del rol productivo, propio del mundo público, lo que les confiere ventajas, al obtener a cambio del trabajo bienes que determinan en definitiva, su poder. .(OMS,2000)

En estos momentos se aprecia aumento de la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar..Las diferencias en relación con el trabajo remunerado del sexo femenino y el masculino están dadas en la ocupación y el puesto de trabajo que desempeña cada uno y por el salario diferenciado que perciben. Aún, en la actualidad, hay lugares donde se considera que la mujer sólo puede desempeñar labores auxiliares a pesar de que se conoce, que es capaz de lograr niveles de conocimiento científico tan altos como los hombres.(HASSELHAN M. 1999;)

Algunos autores piensan que los hombres tienen más tiempo y menos dificultades personales para desarrollar determinadas tareas en el ámbito del rol productivo e incluso opinan que están físicamente mejor preparados. (RUIZ X. ;1998;)

El último criterio no es totalmente cierto, porque en muchas ocasiones el desempeño de una actividad depende más del empeño que preste el individuo ante su realización, que a las posibilidades biológicas que se poseen.

En la ejecución de las tareas comunitarias, los hombres hacen generalmente funciones de dirección relacionadas con el liderazgo y las mujeres se dedican a actividades que Son proyecciones del rol reproductivo, como provisión de agua, educación, sanidad, es decir, labores de aseguramiento del bienestar de la colectividad. (OPS;1995).

La mujer es el centro de la dinámica familiar porque es la responsable de la atención y cuidado de los hijos, ancianos y nietos, así como de la administración de la economía del hogar y del trabajo doméstico lo que se combina con la jornada laboral y las responsabilidades sociales.

La realización de un tipo de rol no excluye que se haga otro tipo. Es muy frecuente que, sobre todo, las mujeres tengan que realizar dos o más roles simultáneamente, lo que se ha denominado la triple carga o la carga múltiple. Esta práctica sistemática afecta en gran medida la utilización del tiempo dedicado al descanso y la recreación individual y repercute desfavorablemente sobre la salud física y mental. (Artiles Visbal L. 2000. OPS;1995.)

El estereotipo es otro de los aspectos donde se manifiestan diferencias entre mujeres y hombres. Se refiere a las características físicas, psicológicas, positivas y/o negativas que son representativas de una persona o grupo social. Constituyen ideas fijas sobre los comportamientos “típicos” que caracterizan a determinados grupos. Los estereotipos de género consiguen proyectar la masculinidad o la feminidad a través de las conductas en función de los sentimientos y la autoimagen. . VALDÉS T.1998. KAUFMAN M. 1997.. ALMAGUER L.1997. Se considera que establecen una dicotomía de lo masculino y lo femenino, condicionado por la diferencia sexual, de acuerdo con lo que la sociedad aprueba.

El nivel de instrucción o escolarización se manifiesta de forma diferente entre mujeres y hombres. Los estudios sobre la educación plantean que las niñas tienen un mejor aprovechamiento que los varones para algunas áreas del saber, son más disciplinadas, requieren de menos atención de los maestros y se mueven en espacios escolares específicos más limitados por su tendencia a desarrollar los juegos en un menor espacio físico que los varones.FNUD. ; 2002.

Cuando las féminas alcanzan altos niveles de educación son mucho más receptivas a los cambios necesarios relacionados con la salud, la planificación familiar y el medio ambiente, son también capaces de trasmitir sus conocimientos a otras mujeres, sus familiares e hijos.. ÁLVAREZ M; 2000.GIDDENS A. ;1997.

En relación con la salud, en Cuba el 80,4 % de los técnicos y el 90,8 % de los enfermeros son féminas. El 72,2 % de los puestos de trabajo están ocupados por mujeres, aproximadamente la mitad corresponden a los médicos especialistas, con mayor representación en las especialidades de Medicina General Integral, Pediatría y Medicina Interna.72 Estos datos concuerdan con los de América, donde las especialidades de mayor representación femenina son la Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Clínica Médica.OPS.1993 .

Esta situación no se da por casualidad o por simple influencia de mercado, sino por una marcada influencia de determinación sociocultural de los papeles femeninos cristalizados y legitimados por la sociedad. La atención a la salud tiene como referente el cuidado de los hijos y de la familia que la mujer ha realizado históricamente en el espacio privado del hogar, de ahí que en este sector haya una representación femenina muy marcada.

Otro de los aspectos en que existe una manifestación diferente entre varones y mujeres son los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Las mujeres tienen más dificultades para acceder al ejercicio pleno de su sexualidad, para ellas, se presenta una limitación considerable en el contacto y manipulación de su cuerpo y resulta alarmante su desconocimiento como fuente de placer, todo lo cual, influye en la salud y la calidad de vida. ESPÍN V.;1990.GIDDENS A. ;1997.

Las condiciones de vida de las féminas y algunas circunstancias vinculadas al transcurso vital repercuten en la posibilidad de asumir y vivir plenamente la sexualidad que se ha reducido, en muchas ocasiones a los fines reproductivos.

La capacidad biológica de concebir hijos, permite a la mujer recibir más cuidados de salud específicos en la esfera reproductiva que el hombre. No obstante, en los países en desarrollo, los cuidados de salud relacionados con el embarazo y el puerperio no son suficientes, lo que unido a las cargas sociales provocan gran número de defunciones maternas.

En otras latitudes, se realizan prácticas nocivas para la salud de la mujer, como la mutilación genital femenina que provoca complicaciones como hemorragias, shock, infecciones, retención urinaria y muerte a cerca de un millón de mujeres, unido a esto, la pérdida de las posibilidades del ejercicio pleno de la sexualidad. OMS.2008 (AHMED OBAID T. 2001) CARAM T.;2000.FHI. . 2002 VARGAS W. 1996.

La panorámica que se aprecia en el mundo varía de una cultura a otra, expresión de ello se pueden encontrar en investigaciones referidas a la salud sexual como la realizada en Juliaca, México, en 1996 donde se encontró que no existen diferencias entre los sexos en cuanto al nivel de conocimiento y las prácticas sexuales en escolares secundarios. En algunas regiones de África, la práctica de la heterosexualidad

se prohíbe en gran medida, lo que hace que la homosexualidad se acentúe como una solución a la necesidad. VARGAS W. 1996.

En Cuba, existen políticas de salud, específicamente la dirigida a la salud sexual y reproductiva, que establecen las estrategias que garantizan el derecho a la asistencia médica gratuita para la atención de problemas del aparato reproductivo y del embarazo, así como, la libertad de la pareja en cuanto a la determinación del tamaño de la familia y las facilidades para elegir los métodos de control de la natalidad.

Diferencias de género en las etapas del ciclo vital

Existen cuatro periodos que marcan relaciones de género en correspondencia con la propia dinámica de la vida: adolescencia media y tardía, entre 14 y 19 años, etapa reproductiva, de 20 a 49 años; edad adulta mediana, de 50 a 64 años y edad adulta avanzada, de 65 años y más.OMS.2012

En la presente revisión se aborda el ciclo vital desde la adolescencia media y tardía en adelante, atendiendo que, en la adolescencia temprana, de 11 a 13 años, es cuando se consolida la identidad de género. La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de crisis y crecimiento, tanto para el adolescente, como para los padres. El adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido; en su dicotomía independencia- dependencia, crea inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo resulta en conflictos intensos que eventualmente pueden tornarse crónicos. OMS.2012

Los problemas de salud de los adolescentes, deben ser analizados de forma particular. La manifestación y la solicitud de los servicios de salud no son similares a la edad adulta. Es frecuente que los padres soliciten exámenes generales para su hija, cuando en realidad desean saber si la niña es activa sexualmente. Otra demanda de la atención médica frecuente en esta etapa de la vida es la solicitada para la interrupción de embarazos no deseados. Se han descrito síntomas o actitudes de los adolescentes que no se corresponden con la presencia de verdaderas enfermedades, uno de ellos es la manifestación de dolores en el pecho como la expresión somática de duelo por la perdida de un ser querido o las hospitalizaciones frecuentes de los asmáticos como mecanismo para neutralizar conflictos presentes en la familia, más que por la gravedad de la crisis.

En la etapa 20 a 49 años la mujer está sometida a diversos riesgos, como el embarazo, el trabajo en el hogar y fuera de él, cuidado de los niños y enfermos, entre otros. Mientras, los hombres están en la plenitud de su vida laboral, son víctimas frecuentes de invalidez y muerte provocadas por el trabajo que realizan y son presa fácil de prácticas inadecuadas para la salud como el consumo de sustancias tóxicas, lo que se ha intensificado cada vez más con la creciente ruptura de los preceptos de la religión. OMS.2012GARCÍA QUIÑONES R, ALFONSO LEÓN AC;2004. HARTIGAN P. ;2001

Lo anterior muestra diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir de cada sexo.

Las edades entre 50 a 64 años están enmarcadas en un período de tránsito dentro de la vida, una parte de la población se acoge al retiro, en Cuba está legislado que sea, 55 años para las mujeres y 60 años para el hombre. Estas razones conllevan a que este periodo se caracterice por un proceso de preocupación por los problemas que conlleva la jubilación. Otras de las características es que los hijos son generalmente adultos por lo que no demandan de la atención directa de los padres que es una de las tareas del rol reproductivo más importantes en las edades más jóvenes. En esta etapa aparecen los cambios biológicos, endocrinos y hormonales, así como, los psicosociales del climaterio. Además, se aprecia con más fuerza la pérdida del atractivo y el vigor físico, hay temores a una vejez inmediata, hay preocupación al pensar en lo que se ha conseguido y en lo que no, así como dudas en la forma en que se ha vivido. DANUAY G.;1997.

Las generaciones de mujeres al final de la vida reproductiva y en la etapa anterior a la vejez han sido denominadas “generación sándwich ó mujeres en el medio“, porque además de estar en muchas ocasiones incorporadas a la vida laboral activa y ocuparse de las tareas del hogar, tienen que brindar cuidados a sus familiares ancianos u otros representantes de la descendencia por lo que disponen de menos tiempo para el

descanso. Por otra parte, sufren los cambios biológicos propios de su edad y los de su pareja. Todo lo cual conlleva a un mayor deterioro de su salud, a que se automedique más y acuda más frecuentemente a las consultas médicas.82

En la etapa de 65 años y más se alcanza el envejecimiento poblacional que representa un éxito para la humanidad. La longevidad se ha convertido en un indicador que refleja desarrollo. Entonces, lo importante es la garantía de la calidad de vida de los

ancianos. La mujer logra mayor esperanza de vida al nacer que los hombres, lo que se explica por las ventajas de tipo biológico que se mantienen desde el nacimiento hasta la menopausia. La longevidad femenina trae consigo la aparición de mayor número de discapacidades y enfermedades en las edades avanzadas.1,812. Consenso del Cairo .2009

Las diferencias entre mujeres y hombres que se presentan en los aspectos de la vida, se explican a partir de las desigualdades e iniquidades de género; de ahí la necesidad depuntualizar en esas definiciones. Se dio especial importancia al ciclo vital porque las diferencias de género se manifiestan de forma particular, en función de las características del periodo que se vive. La construcción de indicadores sintéticos capaces de medir las diferencias de género tiene que tomar en consideración dichos aspectos de la vida productores de diferencias entre los sexos.

Género y salud

En muchos países el tema del género ha sido reducido al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de la mujer y en el mejor de los casos a la descripción de diferenciales de la salud de la mujer con respecto al varón. El análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género permite identificar las diferencias entre mujeres y hombres y a partir de las mismas hallar los factores que actúan de forma particular sobre cada sexo y aplicar las acciones para la solución de los problemas y necesidades de cada uno con la finalidad de que todos los seres humanos logren alcanzar altos niveles de salud y desarrollo humano.OMS 2012 RSMLAC 2000. ROBLES SC. 1996. SEN G, GEORGE A, OSTLIN P. ;2005.

El presente estudio aporta herramientas útiles para la realización de investigaciones y el desempeño de la dirección de la salud con perspectiva de género.

Las iniquidades en salud se refieren, en gran medida, a las oportunidades desiguales de ser saludable, por pertenecer a grupos sociales distintos, como mujeres, negros, campesinos. Se relacionan con cuatro afrontamientos diferentes: el estado de salud de la población, expresado en los perfiles epidemiológicos, que se presentarán posteriormente, en función de la presencia y frecuencia de los problemas de salud de cada sexo; la posibilidad de la utilización de los recursos y los servicios para satisfacer las necesidades de hombres y mujeres; la gestión de salud referida a la oportunidad de

desarrollar responsabilidades y ocupar cargos de decisión en el sector, de acuerdo a sus expectativas y aspiraciones de los individuos; y por último, el financiamiento de la atención de salud. BRAVERAN P, GRUSKIN S. 2003; 81(

La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Desborda el análisis de la determinante biológica, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; presupone un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y por ende, los modos de vivir, enfermar y morir, a lo que se ha llamado perfiles epidemiológicos de género. OPS;1995.. ÁLVAREZ M; 2000.PRESNO LABRADOR C, CASTAÑEDA ABASCAL I.; 2004.

La salud se define a través de un proceso dinámico que se extiende desde la mortalidad prematura como peor expresión de la enfermedad hasta el elevado nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad óptima de funcionamiento, como máxima expresión posible de salud.;OPS/OMS:;2002.Este proceso está influenciado por factores biológicos y psicológicos y del ambiente físico y social que pueden producir daños a la salud que se expresan fundamentalmente en la percepción de enfermedad y el acceso a los servicios de salud.

La salud no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, se les han asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades y las circunstancias que moldean la existencia social de la mujer distan de ser las mismas que para el hombre. Es decir, viven de manera diferente, lo que conlleva a que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes. ALDEREGUÍA HENRÍQUEZ J, NÚÑEZ JOVER J, FERNÁNDEZ FELIPE;1995.PAZ M.1997.

Los denominados perfiles epidemiológicos de género, mencionados anteriormente, se pueden clasificar en las cuatro categorías que se describen a continuación:

Exclusivos para cada sexo: están relacionado con las características biológicas de hombres y mujeres. Las mujeres son las únicas que sufren de cáncer cervicouterino, menopausia, mortalidad materna, son las que tienen la capacidad de embarazarse y padecer de complicaciones relacionados con los abortos y los partos. Los hombres, por su parte, son los únicos que pueden sufrir de cáncer de próstata y de hemofilia. OPS 1993.

Más relevantes en uno de los dos sexos: se refiere a las causas que son padecidas por ambos sexos pero que son más frecuentes en uno de ellos, se refleja con

tasas de prevalencia diferentes entre hombres y mujeres. Se pueden mencionar como más frecuentes en el femenino la obesidad, la incontinencia urinaria, la osteoporosis que es ocho veces más alta que en los varones y los trastornos óseos como fractura de la pelvis que se manifiestan frecuentemente en las edades adultas. Los hombres cubanos poseen riesgo de morir por diabetes mellitus de 60,0 %, respecto a las mujeres. En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares, asciende al 90,0 %.91 El hombre sufre más frecuentemente de esquizofrenia y enfermedades coronarias.

Con características diferentes entre los sexos: es un perfil de salud que tiene correspondencia con el afrontamiento cultural del individuo ante el medio que lo rodea. Está influenciado por diferentes factores de riesgo y produce manifestaciones y consecuencias de diferente naturaleza y severidad. Los hombres se afectan más frecuentemente que las mujeres por cirrosis hepática ocasionada fundamentalmente por abuso del consumo de alcohol; cáncer de pulmón, asociado con el tabaquismo; hernias, relacionadas con el esfuerzo físico en las actividades que desempeñan.

Es conocido que la mujer sufre con más frecuencia que los hombres de algunas afecciones relacionadas con el estilo de la vida. Ellas padecen, en muchas ocasiones, de anemia por deficiencia de hierro provocada por prácticas culturales que privilegian al hombre en la distribución de alimentos ricos en proteínas. En el 50 % de los países de la región, el sexo femenino está afectado por mala nutrición, sobre todo en la niñez, lo que provoca importante aporte a la mortalidad por esta causa, en esas edades.90,91 Las

enfermedades de transmisión sexual son asintomáticas por más tiempo en las mujeres y tienen consecuencias más severas para ellas, como la esterilidad.

Se han reconocido la presencia de alteraciones respiratorias y cardiovasculares crónicas provocadas por las condiciones adversas donde las mujeres de escasos recursos desarrollan sus actividades domésticas.. (AHMED OBAID T. 2001) OPS 1993.

FNUAP:; 2004.

Los accidentes son otras de los problemas de salud propios de este perfil. Las mujeres están más afectadas por los que ocurren en el hogar debido a que frecuentemente están en contacto con los factores de riesgo relacionados con el trabajo doméstico, en el espacio privado.88 Los hombres sufren más los accidentes asociados con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas sobre todo, a partir del primer año de edad, lo que provoca que la mortalidad prematura, la incapacidad por accidentes del trabajo, del tránsito y los ocasionados por deportes peligrosos sean elevados en ese sexo GIDDENS A. ;1997. OPS 1993.FNUAP:; 2004.

Dentro de este perfil se puede incluir a la violencia. Se entiende como tal a la utilización de la fuerza física o moral por parte de un individuo o grupo contra sí mismo, otra persona o grupo de personas. Pueden ocasionar la muerte de seres humanos o afectar su integridad física, moral, mental o espiritual. La violencia es una forma de ejercicio del poder para eliminar los obstáculos que se interponen en las decisiones y acciones donde se usa la fuerza. Lleva por tanto implícita una condición de asimetría de poder. FRANCO S.;1999. ARTILES DE LEÓN I.;1998. VELÁSQUEZ S.;2003.

La violencia contra la mujer o violencia de género puede entenderse como cualquier acto de poder, basado en el género, que resulta o puede resultar en daño físico, psicológico, económico o sexual, que incluye la amenaza, la coerción o la privación de la libertad tanto en la vida pública o como en la privada. Ocurre en todas las esferas de la sociedad en mayor o menor grado sin distinción de ingresos, clase social y

cultura. Las mujeres suelen ser víctimas de abuso sexual, como las violaciones por conocidos o extraños y el acoso sexual, la esterilización y el aborto forzado. Los factores que la originan pueden estar relacionados con la dinámica interpersonal y familiar, las situaciones económicas, las desigualdades sociales o los patrones culturales.

La salud mental es muy vulnerable a las interacciones entre el individuo y el medio en que vive..

El último perfil epidemiológico de género se refiere a causas que reciben diferentes respuestas en el sistema de salud de acuerdo al hecho de ser varón o mujer. La esterilización voluntaria se realiza con más frecuencia en mujeres que en hombres. Los problemas cardiovasculares se reconocen como enfermedades típicas del hombre, por lo que son tratados con mucho más interés en pacientes de ese sexo, que cuando son mujeres.

Se ha descrito que mujeres y hombres no solicitan atención médica por los mismos motivos y que la demanda es también diferente por especialidad. La condición distintiva de la mujer de embarazarse, parir y amamantar a los hijos hace que acudan a los servicios de salud para recibir atención referida a la función reproductiva con más frecuencia que los hombres.

Por otra parte el acceso y control de los recursos dedicados a la salud son diferentes para ambos sexos, a veces desfavorables para el sexo masculino y otras para el femenino,este último con más posibilidades en todo lo relativo a la salud reproductiva. Las mujeres son afectadas en muchos países del mundo por sistemas financieros que impiden solucionar adecuadamente sus necesidades de salud a través del acceso a los servicios, por tener menos participación en la fuerza de trabajo remunerada, mayor desempleo y concentración en ocupaciones de baja remuneración, ocupación en plazas no cubiertas por la seguridad social, pocas posibilidades de promover a cargos mejor pagados y discontinuidad de la historia de trabajo ocasionadas por la gestación y el cuidado de los hijos.

Las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos que los hombres, utilizan en mayor medida los psicofármacos y se automedican con más frecuencia, como medidas para disminuir los malestares de la cotidianidad y la depresión, sin tratar de actuar sobre los factores sociológicos y psicológicos que la produce.

Otro aspecto relacionado con la salud trata sobre las diferencias del desempeño de los médicos de distintos sexos. Las mujeres son más receptivas, escuchan más detenidamente a los pacientes, que se sienten más ayudados y comprendidos que cuando son atendidos por hombres.

Se afirma por algunos autores que las desigualdades en salud se manifiestan no solo en términos de la exposición diferencial al riesgo, sino de manera fundamental en la cuota de poder que disponen las mujeres y hombres de enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario, esa cuota ha privilegiado a los varones y ha situado a las mujeres en desventaja. La identificación de factores de riesgo ayuda al establecimiento de prioridades y por tanto, a garantizar la equidad.5,55 El afianzamiento del significado de la hipótesis central de la perspectiva de género sobre la influencia que confiere la sociedad al hecho de ser hombre o mujer y lo que esto representa para la salud de las poblaciones puede provocar comportamientos y actitudes que determinen diferentes formas de exposición al riesgo.

Los problemas de salud son otros de los aspectos de la vida que deben considerarse en el proceso de construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género, aspecto que serán discutidos en otros artículos.

EL SEXISMO LINGÜÍSTICO

El sexismo lingüístico es el uso discriminatorio del lenguaje que se hace por razón de sexo. El sexismo no está en la lengua en sí misma sino en los usos que hacemos de ella, los cuales, al ser reflejo de la cultura androcéntrica en la que vivimos, muestran que el sexo comúnmente más discriminado es el femenino.

Una manera de advertir este sexismo consiste en aplicar la denominada “regla de inversión”, que consiste en probar si el texto funciona al sustituir los términos femeninos por los correspondientes masculinos, y viceversa. Así, si aplicamos esta regla a una frase como “La plantilla la conforman dos funcionarios y tres mujeres,” la frase resultante nos parecerá extraña: “La plantilla la conforman dos funcionarias y tres hombres”. Y es que es no es usual aludir a los varones por su condición sexuada, sino

por su condición profesional, lo que no suele ocurrir en el caso de las mujeres. Por tanto, lo correcto desde el punto de vista del uso de un lenguaje igualitario sería “La plantilla la conforman dos funcionarios y tres funcionarias”.

Una de las cuestiones más polémicas relacionadas con el sexismo lingüístico proviene de la confusión que se establece entre sexo y género gramatical. Mientras que el sexo es un rasgo biológico que poseen algunos seres vivos, el género gramatical es un rasgo inherente a determinados tipos de palabras, que sirve para clasificar a los sustantivos en masculinos y femeninos y, en el caso de los adjetivos y determinantes, para establecer su concordancia.

Por otra parte, aunque todos los sustantivos del español tienen género gramatical, no todos designan a seres sexuados (coche, casa). Además, incluso los que lo hacen, no siempre establecen la relación género-sexo. Así ocurre con los sustantivos genéricos (víctima, personaje) y con los colectivos (alumnado, profesorado), los cuales pueden aludir, con independencia de su género gramatical, a personas de ambos sexos. Existen también sustantivos que no utilizan las terminaciones como marca formal de género, sino que esta categoría gramatical se manifiesta mediante la oposición de palabras con distinta raíz (hombre/mujer, macho/hembra). Hay, además, sustantivos comunes en cuanto al género, es decir, que no presentan variación en su forma ni para el masculino ni para el femenino; en estos casos, el género lo marca la concordancia del artículo, determinante o adjetivo que los acompaña (el/la periodista, este/esta testigo).

El funcionamiento que tiene el género gramatical en español afecta en muchas ocasio-nes al sexismo lingüístico. Mientras que el femenino posee un uso restrictivo (única- mente puede emplearse referido a las mujeres), el género masculino posee un doble valor. Por un lado, el específico, es decir, solo referido a varones (el presidente de la Junta de la Junta de Andalucía inauguró el acto). Por otro, el genérico, que engloba tanto a mujeres como a hombres (los españoles son todos iguales ante la ley). Este genérico afecta a la visibilización de las mujeres y resulta problemático en muchas ocasiones, pues produce constantes ambigüedades. Por ejemplo, si una persona dice “Mis hermanos van al cine los miércoles”, es imposible saber si la palabra hermanos incluye a hombres y a mujeres o únicamente a varones. Y, en el que caso de que las mujeres estén incluidas, está claro que quedan ocultas.

Por tanto, se hace necesario evitar, siempre que sea posible, el masculino genérico, haciendo uso de los múltiples recursos de los que dispone nuestra lengua. La mayoría no contravienen el principio de economía del lenguaje, sino todo lo contrario, ya que se caracterizan precisamente por su brevedad, como vamos a comprobar a lo largo de esta guía. Solo algunos, como la duplicación (el presidente o la presidenta) o la perífrasis (la clase política) —que utilizaremos cuando no encontremos otra opción mejor— son algo más dilatados; sin embargo, no podemos olvidar que el principio fundamental del lenguaje es que la comunicación sea efectiva, por lo que, en el peor de los casos, siempre será preferible usar un término más a que el mensaje resulte equívoco y/o sexista.

2.1. Problemas del sexismo lingüístico

El androcentrismo lingüístico, eso que se podría denominar mirada androcéntrica, se deriva de la jerarquía sexual que existe entre hombres y mujeres y que ha reservado para los varones los espacios públicos, de prestigio, poder y conocimiento.

El androcentrismo se define como la “óptica de varón”, es decir, una forma de ver, entender y nombrar el mundo desde un supuesto masculino, tomando a los varones como medida de todas las cosas3.

La lengua, que es una construcción cultural, contribuye a transmitir (o modificar) la realidad que las personas conocen. En los mensajes escritos y hablados, la lengua no sólo es un vehículo de comunicación que transmite ideas, pensamientos, sentimientos e información, sino que también contribuye a transmitir la ideología y las relaciones de poder de la sociedad que le es propia.

La lingüista Eulàlia Lledó (2004) diferencia entre androcentrismo conceptual (atribución a toda la sociedad de experiencias que son únicamente de los varones) y el androcentrismo lingüístico (causa y origen de usos de la lengua que tienden a excluir o invisibilizar a las mujeres en el discurso). Para la autora, el androcentrismo lingüístico sería una forma de violencia simbólica que genera discriminación “al limitar lo pensable y lo decible”.

Lenguaje no sexista

La óptica androcéntrica asimila el concepto “varón” al concepto “universal”. La prin- cipal consecuencia es, como se puede adivinar, la ocultación, subordinación, desva- lorización y discriminación de las mujeres. Por ejemplo, en cuanto a términos que denominan realidades del mundo laboral, la observación del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) demuestra que los términos prestigiosos han estado acu- ñados tradicionalmente en masculino (arquitecto), mientras que en femenino aparecen mayoritariamente las ocupaciones domésticas (criada).

El androcentrismo es la razón que está detrás de la mayoría de construcciones sexis- tas, así como de las resistencias que existen a incorporar soluciones incluyentes.

Los usos lingüísticos que excluyen y discriminan a las mujeres en el discurso son va- riados y no excluyentes entre sí. Hay que destacar los siguientes:

Principales problemas del sexismo lingüístico:

1. Duales aparentes y vocablos ocupados
2. Vacíos léxicos
3. Falsos genéricos
4. Asociaciones lingüísticas peyorativas
5. Salto semántico
6. Abuso del masculino genérico
7. Asimetría en el trato mujeres/hombres
8. Orden de presentación
9. Denominación sexuada

10. Aposiciones redundantes

1. Duales aparentes y vocablos ocupados: Los duales aparentes son términos que cambian de significado según se apliquen a un sexo o a otro. Suele ocurrir, sobre todo en palabras que designan cargos o profesiones, que las formas femeninas son "voca- blos ocupados", es decir, que poseen un significado inferior o negativo con respecto a la forma masculina, lo que dificulta su empleo de un modo igualitario. Ej.: secretaria

'mujer que se dedica a tareas subalternas'/secretario 'hombre que desempeña un alto cargo'; sargenta 'mujer del sargento' o 'mujer autoritaria'/sargento 'suboficial de gra- duación inmediatamente superior al cabo mayor e inferior al sargento primero'

2. Vacíos léxicos: Palabras que carecen de correlato o dual en el otro género. La ausencia suele perjudicar a las mujeres. Ej.: misoginia significa "aversión u odio a las mujeres". No existe ninguna palabra que nombre la aversión u odio a los varones.

3. Falsos genéricos: Vocablos que aparecen como genéricos. Ej.: hombre con signi- ficado de humanidad.

4. Asociaciones lingüísticas peyorativas: Los términos sobre los valores que se entienden como femeninos se definen a partir de convenciones o prejuicios sociales y no de criterios lingüístico. Asimismo, se verifica la existencia de numerosas voces que denotan o connotan insulto únicamente para las mujeres. Ej.: léxico que identifica (es- tereotipadamente) a las mujeres con belleza, matrimonio o prostitución: zorra, además de un mamífero, define a una prostituta; fregona es, en sentido despectivo, una criada que friega y sirve en la cocina además de un utensilio para limpiar el suelo; maruja es un ama

de casa de bajo nivel cultural (sin correlato para el masculino); quedarse para vestir santos es una mujer que ha quedado soltera.

5. Salto semántico: Fenómeno lingüístico que consiste en que un vocablo con apa- riencia de genérico (esto es, se le supone que incluye a hombres y a mujeres), revela más adelante que su valor era específico (sólo incluía a varones). Ej.: El seguro médico cubre a los “afiliados” y a sus mujeres.

6. Abuso del masculino genérico: El valor del masculino como incluyente de ambos sexos se utiliza como norma, incluso en contextos comunicativos donde no se justifica su uso. Es habitual, por ejemplo, encontrarlo en documentos abiertos que deben cum- plimentar las personas destinatarias a las que se les apela, desde esos textos, como si únicamente fueran varones. Ej.: Firma del interesado.

7. Asimetría en el trato mujeres/hombres: Los tratamientos de cortesía que con- vierten a las mujeres en dependientes o la forma de dirigirse a las mujeres, mediante diminutivos o vocablos que las infantilizan, todavía son frecuentes en algunos contex- tos comunicativos. Estos usos jamás se aplican a los varones. Ej.: señorita (define el estado civil de las mujeres, algo que no ocurre con los varones).

8. Orden de presentación: La anteposición, como norma, del masculino al femenino, supone aceptar la preferencia de un género sobre otro. No existe ninguna justificación gramatical que explique el uso sistemático de la forma masculina delante de la femenina. Aunque siempre es preferible evitar los desdoblamientos (excepto cuando no haya otro modo de visibilizar a las mujeres), lo lógico es que si se producen, se introduzcan de forma alterna, para evitar consolidar la jerarquía sexual. Ej.: Si en un documento se hace referencia constante a las personas consumidoras, en ocasiones se puede des- doblar usando a lo largo del texto los consumidores y las consumidoras y también las consumidoras y los consumidores.

9. Denominación sexuada: Un problema de falta de simetría tiene que ver con la for- ma de mencionar a los varones, a los que se identifica por su cargo, oficio, profesión, etc. Sin embargo, las mujeres son identificadas antes por su sexo o por su dependencia de un varón (padre, marido, etc.) que por sus méritos o identidad propia. Ej.: El seguro indemnizará a los accidentados: tres mujeres y dos soldados.

10. Aposiciones redundantes: Consiste en destacar la condición sexuada de las mujeres por encima de otras cualidades que son pertinentes al asunto. Ej.: La mani- festación terminó con la lectura de un manifiesto de las mujeres periodistas (la ex- presión las periodistas marca el género por sí sola, sin necesidad de añadir el término mujeres).

soluciones no sexistas

Las propuestas recogidas en los textos normativos de Andalucía, sobre un uso no sexis- ta del lenguaje administrativo, se pueden sintetizar como sigue:

1. Eludir el masculino genérico siempre que sea posible. Existen múltiples posibilidades. Algunas de ellas se ejemplifican a continuación.

Sustituir relativos con determinante (que + artículo) por la forma	
El que acepte la propuesta, deberá firmarla	Quien acepte la propuesta deberá firmarla La(s) persona(s) que

Eludir el uso de indefinidos marcados (uno/s, alguno/s)	
Todos deben firmar la propuesta	Es necesario firmar la propuesta Se debe firmar la propuesta
Sustituir expresiones marcadas (del mismo/de los mismos) por un	
El documento sobre el trabajo de los funcionarios recoge las	El documento sobre el trabajo del funciona- riado explica

Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

2. Feminizar los términos. La gramática española contempla el procedimiento que se debe emplear en cada caso. Los más sencillos son los siguientes:

Formas en or: ora./ Formas en ero: era. / Formas en ario: aria	
Decano, técnico, arquitecto, agrónomo, director, interventor,	Decana, técnica, arquitecta, agrónoma, di- rectora, interventora,
Excepciones con algunos vocablos terminados en -ente.	
Asistente, dependiente	Asistenta, dependienta
Utilizar el determinante como morfema de género cuando no son	
Delineante, periodista, terapeuta, psiquiatra, as- pirante	La delineante, la periodista, la terapeuta, la psiquiatra, la

Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

3. Utilizar términos abstractos, genéricos, colectivos, perífrasis o metonimias.

Se trata de procedimientos que implican reformular la forma de escribir las frases. El cuadro ofrece algunos ejemplos.

Uso de términos abstractos, genéricos o colec- tivos	Criatura, persona, víctima, alumnado ciudada- nía
Perífrasis	La población andaluza
Metonimias	La Dirección, la Presidencia

Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

4. Omitir determinantes marcados. Se usa cuando no produce ambigüedad o indeterminación. Muy útil en enunciaciones o textos no redactados.

Eludirlo delante de sustantivos de forma única	
Los estudiantes y los profesores asistirán a la clausura	
Sustituirlos por otros sin marca de género	
Reemplazar pronombres marcados por otros sin marca de género	

Eludir el sujeto mediante el uso de la forma se o la utilización de	
	Se acreditarán los méritos mediante fotocopias compulsadas Deberá acreditar los méritos

Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

. Optar por la simetría en el tratamiento.

Tratamientos simétricos entre mujeres y varones	Don, señor + nombre completo
Alternar el orden de masculino y femenino	Las y los trabajadores laborales
En enumeraciones, concordar con el último término o sustituir por genéricos o abstractos	Empleados y empleadas fijas Funcionarias y funcionarios fijos El personal eventual

Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

6. Incorporar estrategias de legilibilidad. La ausencia de destreza en la utilización de fórmulas no sexistas a veces produce enunciados farragosos o repeticiones innecesarias. A continuación se reproducen ejemplos de mejora de la redacción desde textos incluyentes.

Todos los funcionarios y funcionarias del servicio	El funcionariado del servicio
Incluye a todos los trabajadores y todas las trabajadoras	Incluye a todo el personal
Afecta a todos los andaluces y todas las andalu- zas mayores de 14 años	Afecta a toda la población andaluza mayor de 14 años
Los candidatos y candidatas que aporten méritos	Las personas candidatas que aporten méritos
Ser español/a y no haber sido condenado/a por delito doloso	Tener nacionalidad española y carecer de con- dena por
Lista provisional de admitidos/as y excluidos/as	Lista provisional de personas admitidas y excluidas

Los padres y madres de alumnos y alumnas junto con los	Los padres y madres del alumnado junto con el profesorado
El acuerdo será ratificado por el Presidente o	El acuerdo será ratificado por la persona titular de la Presidencia de la Asociación más

11Elaboradas a partir de la propuesta de Eulália Lledó en Marcar les diferències: la representació de dones i homes a la llengua (p. 36-38). Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

7. Recurrir a fórmulas de desdoblamiento. Si bien, siempre que sea posible se debe evitar, si el texto lo exige para eliminar la ambigüedad o visibilizar explícitamente a las mujeres (por ejemplo, en una oferta de empleo), existen procedimientos que evaden el uso de barras y la utilización de la arroba, pues ambos recursos no responden a la verdadera intencionalidad del len- guaje no sexista.

Utilización de la fórmula establecida, alter- nando el orden. La concordancia se hará con el	La funcionaria y el funcionario nombrados en este acto
Introducción de aposiciones explicativas para visibilizar ambos géneros	Representantes sindicales, hombres y muje- res, presentes en la firma
Las barras se emplearán únicamente en formu- larios o encabezados, alternando ambos	D. / Dña.: La/el solicitante:
Uso de formularios sin barras	Nombre Firma Domicilio

Fuente: MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

CAPITULO X

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD Y ALIMENTACIÓN

EL PLAN FEDERAL DE SALUD

En 2004 se definió un Plan Federal de Salud a corto y mediano plazo

En el capítulo sobre evolución histórica de la Atención Médica Argentina se propuso considerar una "guía de pensamiento para la acción" constituida por principios culturales, doctrinas asistenciales y modelos organizativos como "teoría política". Si a esta teoría se le agrega su expresión operativa y el poder para aplicarla recién se transforma en política. En resumen, política se definió, convencionalmente, como la convergencia de teoría y poder con objetivo del bien común. En el transcurso de la evolución de la Atención Médica en Argentina se sostuvo que pocas gestiones lograron esta convergencia con una cierta continuidad.

Un permanente reclamo en la materia ha sido durante décadas que no hay, en Argentina, políticas de salud. Y este reclamo tiene mucho de cierto en tanto algunas veces se aplicó poder sin doctrina, y otras la doctrina no accedió al poder. Por otra parte, también se señaló que las políticas de salud pueden ser parciales o globales, siendo estas últimas aquellas que consideran el conjunto de los grandes componentes y subsectores de la Atención Médica, el Saneamiento del Ambiente y la Medicina de la Actividad Humana.

En las últimas décadas ha habido numerosos y bienintencionados intentos que no lograron a configurarse como políticas ya sea por la carencia de uno u otro de esos elementos constituyentes, y menos a configurarse como políticas globales de salud. Hubo muchas declaraciones de principios con la clásica afirmación de que la salud es prioritaria.

Con el Plan Federal de Salud de 2005 surge una esperanza que, en la medida que tenga la continuidad esperada, nos permite decir que estamos ante una política sanitaria global.

Por de pronto, fue fruto de un consenso del nivel nacional con las jurisdicciones provinciales a través del COFESA y del acuerdo con los diversos subsectores firmado en San Nicolás de los Arroyos en 2002.

Este plan se define a corto plazo para el período 2004-2007 y a largo plazo para 2015. Describe la situación actual marcando las siguientes falencias:

- Cobertura desigual.
- Indefinición del modelo prestacional.
- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos. Escasos recursos asignados a prevención primaria. Desigualdad en el acceso.
- Mortalidad y morbilidad evitable
- Variabilidad en la calidad.
- Falta de planificación de recursos humanos. Falta de regulación de tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones interprovinciales. Baja capacidad de rectoría.
- Crisis del sector privado.

1 La primera parte de este capítulo fue analizada en un Seminario de 7º año bajo la dirección del Profesor Ojea, con reflexiones del grupo formado por

Ariel Becares, Sebastián Bergues, Juan Carlos Biancosino, Rodrigo Campoamor, Karina Domínguez Magadan, Pedro Ferrari y María Laura Ferreri.

Expone una visión estratégica al considerar factores intrínsecos y extrínsecos del sistema argentino de salud y plantea tres ejes de trabajo:

- Búsqueda de equidad en el acceso y financiamiento de salud.

- Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Programa Remediar:

un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda hacia los Centros de Atención Primaria en lugar de hacia los hospitales.

- Incorporar un esquema progresivamente regulado de seguros de salud. Sus herramientas se agrupan en tres modelos:

1) Modelo de atención: se pretende un país organizado en regiones compuestas por grupos de provincias. En cada región se programan redes de servicios de gestión pública y privada, en vistas a cubrir necesidades de una población a cargo. Se trata de acceder a una red responsable de cobertura integral y no a servicios aislados. Los distintos componentes de las redes se organizarán por niveles de atención. La red tendrá a su cargo una población definida, cuyos integrantes serán identificados y asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador dentro de la oferta disponible en cada red. Los efectores integrarán una red de servicios según su capacidad de resolución. El fortalecimiento del hospital estatal se fundará en la precisión de su misión, su perfil prestacional y sus niveles de resolutividad.

2) Modelo de gestión: se basa en el ejercicio de la rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales. Los acuerdos de gestión para ofrecer cobertura y servicios a poblaciones a cargo con metas explícitas de cumplimiento y sistema de monitoreo y evaluación, incluirán apoyos financieros y sistemas de incentivos y premios. Una agencia de regulación de tecnologías evaluará la incorporación y uso de tecnología sobre la base de la Medicina Basada en la Evidencia y la relación costo-efectividad de las prestaciones.

3) Modelo de financiación: se financiarán con fondos específicos los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales, con una asignación, de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud con incentivos por sus logros de impacto.

La política de reforma aspira diseñar un nuevo modelo sanitario de construcción de redes de atención con base en la estrategia de Atención Primaria a partir de la cual se acceda a los demás niveles de atención.

El Plan Federal de Salud tiene por objetivos lograr calidad con equidad.

El punto de partida fue la toma en consideración de las misiones y funciones que la ley de ministerios encomienda al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, lo que no es cuestión menor ya que muchas veces se han pasado por alto con la consecuente visión parcial del amplio problema de salud y de ambiente.

2.- El acceso y la equidad se afrontó fortaleciendo la APS

El fortalecimiento de la red de Centros de Atención Primaria (CAPs) cumple además de los principios de calidad y equidad, funciones sustanciales:

- Define responsabilidad sobre comunidades asentadas en territorios delimitados. Amplía la asistencia de la demanda espontánea con la búsqueda en terreno de las necesidades de salud no expresadas o no canalizadas a la demanda.

- Involucra en el espacio, a la misma comunidad como protagonista del cuidado desu salud a través de líderes e instituciones.

- Otorga nueva prioridad a las acciones de prevención primaria: promoción y protección de la salud.

- Descomprime la sobrecarga de los hospitales en la medida que los CAPs trabajen en red con ellos con sistemas consolidados de referencia-contrarreferencia.

Implementa una progresiva incorporación de programas horizantalizados a partir de los CAPs.

- Provee sin cargo por el Plan Remediar, medicamentos esenciales (37 medicamentos en 50 presentaciones, que cubren entre el 70 y 80% de los problemas en APS). Se distribuyen en 5700 CAPs con más de 17 millones de beneficiarios y de 106 millones de tratamientos completos entregados desde su inicio. Promueve la demanda en los CAPs.

- Cubre por el Plan Nacer, en nueve provincias, a más de 21.000 madres y casi 300.000 niños de hasta seis años sin cobertura social; en extensión a otras provincias. Desarrolla el Programa de Médicos Comunitarios, postgrado modulado por convenio con 17 Universidades estatales y privadas con Facultades de Medicina o de Ciencias Médicas. Se desarrolla en tres cohortes sucesivas en todo el territorio nacional. Involucra casi 5.500 graduados con preparación asistencial de diferentes profesiones incluyendo alrededor de 500 trabajadores sociales. El programa está compuesto por diez módulos con actividades presenciales y no presenciales bajo tutoría, tanto en encuentros como en terreno.

- Desarrolla el Subprograma para Pueblos Originarios en sus regiones de residencia, con la participación de 17 equipos interdisciplinarios.

- Desarrolla el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tendiente a reducir los embarazos no deseados, en especial, en la etapa adolescente. Involucra alrededor de 2 millones de beneficiarios.

- Crea, conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social y de Trabajo de la Nación, Centros de Integradores Comunitarios (CIC) de los cuales 37 han sido inaugurados y 500 programados.

- Coordina con las Facultades de Medicina la reforma curricular orientada a la formación de Médicos Generales.

- Otros programas como el de Desparasitación Masiva (“Chau lombriz”); provisión de medicamentos e insumos para pacientes de HIV-SIDA con casi 30.000 beneficiarios; plan de reducción del tabaquismo y promoción del Registro Nacional de Empresas e instituciones libres de humo del tabaco; programa de Atención Integral para

las personas con discapacidad incluyendo la consolidación del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur en convenios con universidades; Estudio Nacional de Nutrición; Plan de respuesta integrada para la eventual pandemia de influenza y SARS.

Estas acciones están logrando progresivamente sus objetivos. El informe anual del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación indica:

Las consultas en las CAPs del país desde 2001, año de aplicación del Programa Remediar, pasaron de aproximadamente 26 millones en ese año a 56,5 millones en 2005.

La Tasa de Mortalidad Infantil se redujo de 16,8 por mil (2003) a 13,5 por mil (2005). La diferencia de más de tres puntos en esos niveles son –como se sabe– más difíciles de lograr que 10 puntos en niveles más altos de ese indicador.

La lactancia materna aumentó del 7% (1998) al 33% (2004).

3.- Programa de Médicos comunitarios es una de las acciones conjuntas de educación en servicio

El Programa de Médicos Comunitarios, en el que están comprometidas 17 universidades –entre ellas la Nacional de La Plata (UNLP-FCM)– tiene una gran dimensión cuantitativa y cualitativa,por el número de profesionales becados y de CAPs incorporados, la amplitud de la convocatoria, los contenidos, orientación pedagógica de los módulos y la actividad que se desarrolla.

En ese marco, si bien hay diferencias de efecto por la variación de ámbitos y personas, en su conjunto está logrando impacto en el fortalecimiento de los CAPs, tal como es su objetivo.

La acción conjunta de los miembros de las instituciones comprometidas, ministerio nacional yprovinciales, secretarías municipales, centros y becarios y docentes universitarios, genera un intercambio invalorable de reflexión y experiencia para todos ellos. La definición de población y área territorial, el impulso al trabajo del personal de los CAPs, favorece a la vez que una mejor atención de la demanda espontánea y aplicación de los programas horizontalizados, la captación en terreno de necesidades no percibidas o no demandantes en el seno de la comunidad. Esta última acción es, a su vez, un disparador de participación, con detección de líderes e instituciones locales capaces de protagonizar cambios en su ámbito de vida. Los encuentros nacionales, con tutores y coordinadores y los encuentros regulares de directores y coordinadores con responsables nacionales y municipales han sido ámbito de intercambio de experiencias así como oportunidades de evaluación del programa.

4.- Desarrollo de acciones y programas para una política sanitaria global

El componente regulador se canaliza a nivel nacional por la estructura orgánica del Ministerio de Salud y Ambiente y, respecto de las Obras Sociales, de la Superintendencia de Servicios de Salud. El primero, a través de sus secretarías, agrupa una serie de organismos de rectoría y regulación. Algunos de ellos son:

- Comisión Nacional de Alimentos (COPAL).
- Asesoría Permanente de Recursos Humanos en Salud. Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización. Dirección de Calidad de Servicios de Salud.
- Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Frontera.
- Plan Nacional de Sangre, Hemocomponentes y Hemoderivados.

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica(ANMAT).

- Programa de Vigilancia Epidemiológica (Vigi + a 2005).

El componente prestador se fortalece en los distintos niveles, ya se ha hecho mención a los CAPs y la promoción de redes, con la integración de programas horizontalizados. En el nivel secundario se han hecho obras hospitalarias estatales, ya sea con el apoyo financiero nacional o desde las mismas provincias. Las dificultades de funcionamiento se deben a otras razones que se resumirán más adelante. Por otra parte impulsa la reorganización de sus efectores propios, Hospitales “Alejandro Posadas”, “Baldomero Sommer” y “Manuel Montes de Oca”, Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur y Centro de Reeducación Social (CENARESO)). Las Emergencias Sanitarias masivas reciben prestaciones directas y coordinadas del ministerio nacional. También en el nivel de alta complejidad se canalizan acciones, por ejemplo, la consolidación del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el apoyo de la Comisión Federal de Transplante (COFETRA), los Centros de Donantes Voluntarios de Células Progenitoras Hematopoyéticas y la promulgación, aunque polémica, de la Ley del Donante Presunto así como la ampliación de la Administración de Programas Especiales (APE).

El componente investigador ha sido atendido desde el gobierno nacional por la mejora en la financiación del CONYCET que ha permitido, después de décadas, una ampliación en la incorporación de investigadores jóvenes y en las retribuciones en general. Por otra el Ministerio de Salud ha impulsado sustancialmente la investigación (CONAPRIS). Ha implementado un área de Producción e Investigación Nacional de Medicamentos y un Foro de Investigación en Salud “Desequilibrio 10/90” epidemiológica de situación y de gestión; a través de estudios colaborativos multicéntricos, becas y publicaciones de la Comisión Nacional de Programas de Investigación en Salud adhiriendo a esa orientación internacional.

En el componente productor una medida significativa fue la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico, en 2002. Su aplicación logró el cumplimiento en casi el 80% de las prescripciones y revirtió la caída del consumo de medicamentos del 2002, contribuyendo a racionalizarla. La configuración

profesionalizada de la Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) y el sistema Nacional de Farmacovigilancia, por un lado, y la negociación regular, con apoyo del Ministerio de Economía y Producción, por otro, dieron un giro en la regulación de este componente productor. Se acordó, participando la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con Brasil la producción cooperativa de medicamentos y reactivos de uso en enfermedades endémicas. Se consolida la producción y control de vacunas (BCG y doble adultos) en Argentina y se inicia la preparación de la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina por parte del Instituto "Julio Maiztegui" (Pergamino).

En el componente educador el Plan Federal trabaja en estrecha colaboración con las Facultades y Escuelas de Recursos Humanos, tanto en pregrado apoyando la actualización curricular como en postgrado trabajando en Programas formativos, como el de Médicos Comunitarios y de Uso Racional de Medicamentos en forma mancomunada. La Comisión Intergubernamental Salud-Educación tiende al logro de consenso en la formación de profesionales y técnicos según las necesidades de la comunidad. Finalmente forma su propio recurso crítico en una Residencia de Epidemiología de Campo (PRESEC).

En el componente usuario, y sobre la base de la doctrina de Salud Pública en el sentido que la utilización de servicios no llega a cubrir necesidades de salud que no se expresan o no demandan, el Plan Federal se abre a la búsqueda de necesidades. Lo hace con la orientación que propone a los Servicios de Atención Primaria: atribuir responsabilidad sobre población/área y salir a terreno a detectar riesgos y necesidades. Lo encara también a través de los programas de promoción y protección de la salud como en los de diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

En el componente financiador organizó una Unidad de Financiamiento Internacional (UFI-s)para la canalización de créditos hacia programas prioritarios e implementó un sistema eficiente de transferencias a las provincias e instituciones participantes.

5.- Plan Federal de Salud: una nueva perspectiva

Considerado como un planteo político global de Salud Pública y Comunitaria, debe coincidirse con su propósito general cuando anuncia que “el sistema de salud en nuestro país necesita mejorar la eficacia de aplicación de las políticas de salud colectivas, utilizando los recursos hacia áreas estratégicas en lugar de ajustarlos o disminuirlos tanto a nivel nacional, provincial como municipal”.

Más allá del propósito, de los objetivos y las declaraciones de principios, que también se expresan en su texto, anima percibir que afronta, virtualmente, todos los problemas, incluyendo los medioambientales, los que no se refieren en esta parte. Y aún más se percibe la relación concreta entre programas, recursos y su efectiva puesta en marcha. Estos elementos lo diferencian sustancialmente de planes anteriores y recientes que, probablemente por limitaciones operativas, quedaron encerrados en propósitos, objetivos y principios.

Como todo planteo sólido y global, el Plan tiene sus acechanzas. Se trata de conflictos que dificultan, en algunos sectores o jurisdicciones, su acción local. Estos conflictos surgen en primer lugar de la interpretación de la estrategia del Plan en tanto asume la Atención Primaria de la Salud como base de una red de complejidad creciente, y la asume con una definición territorial-poblacional precisa que no se conforma con la asistencia de la demanda espontánea y exige ir a terreno a detectar y solucionar necesidades de la comunidad dándole a ella participación efectiva.

En segundo lugar a la falta de convicción, también en algunas jurisdicciones y distritos, por parte de los titulares de los niveles ejecutivos de asegurar la completa continuidad de los recursos que invierte la Nación, sin perjuicio que ella misma prevé hacerlo. Pero toca a los niveles jurisdiccionales y locales dar esa continuidad tendiendo a la progresiva unificación de regímenes del personal de APS y de fortalecer bajo conducción siempre idónea los efectores propios de los subsiguientes niveles tanto en lo que hace a la consolidación de sus planteles, a la distribución y mantenimiento de sus equipos, instalaciones y edificios. También le toca a ellos asegurar las interrelaciones entre niveles en el marco de una red funcionante de ida y vuelta según los requerimientos.

En tercer lugar se presentan problemas ideológicos con suspicacias de centralización, aún cuando sin este enfoque nacional muchas jurisdicciones o distritos

mantendrían sin solución la crisis del sector. No en todos los casos los criterios políticos y administrativos aceptan el enfoque global con criterios coincidentes y con compromiso, sino más bien como un refuerzo circunstancial que les llega del cielo, mientras que llegue.

En cuarto lugar se presentan las diferentes perspectivas e intereses de los componentes de la Atención Médica y de sus subsectores, que de no articularse con sinceridad agravarán "la puja distributiva".

Es así como un Plan Federal encarado por un organismo específico de Salud y Ambiente ubicado en el máximo nivel de la estructura política de la organización nacional, ofrece la esperanza comprometida de que, superando esos conflictos, coordinando programas comunes con los otros ministerios del áreas social, y con la continuidad que la salud de la comunidad argentina, exige, puede lograr la reforma necesaria.

Es cierto que la salud, como dice Ginez González García, "es siempre un trabajo inconcluso, un desafío a realizar", o como sostenía el gran epidemiólogo J.N Morris (1985) sus problemas surgen por el "principio de cebolla", a medida que van desgajándose soluciones van apareciendo nuevos problemas y "...los problemas resueltos son quizás más sencillos que los que persisten (o los que emergen), lo que supone un consuelo en nuestra difícil signatura, ante una demanda de Atención Médica que nunca cesa".

Esta dura realidad, corroborada por la diversidad de perfiles epidemiológicos con la sumatoria de las enfermedades emergentes y reemergentes y la creciente multiplicidad de riesgos producto del ambiguo progreso científico y tecnológico, aún del propio de la Medicina, hace imperativo para el bien común la continuidad del Plan. Así también el consenso del que nació para que se profundice y comparta por todos los actores involucrados no sólo en las sesiones sino en el campo del trabajo. Es llegada la hora, en el campo de la Salud y del Desarrollo humano, de que, los argentinos tendientes a esperar el futuro, asumamos no sólo un consenso de objetivos sino uno de acciones cotidianas, en el que se diluyan las suspicacias.

6.- Las jurisdicciones deben asumir plenamente el Plan Federal acordado

La red no podrá consolidarse si las jurisdicciones no se empeñan en normalizar el funcionamiento de los hospitales de diversa complejidad. Para ello deberán, en primer lugar, ordenar los establecimientos planificando racionalmente la refacción y mantenimiento de edificios e instalaciones, la provisión regular preferentemente descentralizada de medicamentos, descartables e insumos para evitar que cuando se disponga de unos se carezca de otros, la seguridad del pleno funcionamiento de sus equipos disponibles por el mantenimiento preventivo, así como la contratación y ejecución inmediata de sus reparaciones.

Estos lineamientos serán vanos sino logran completar los planteles de personal en todos sus niveles y rubros en forma armónica. Por ejemplo nombrar de una vez una cantidad de enfermeros y médicos de guardia, aún con gran esfuerzo, no soluciona el problema con armonía, los enfermeros se agotarán sin camilleros y personal de mucamas, los médicos de guardia se verán desbordados sin el refuerzo de los de planta, en consultorio, especialidades e internación y los hospitales seguirán siendo “barriles sin fondo” en la demanda de personal. Por otra parte la actual revista en los niveles provinciales en condiciones de becarios, contratados y personal de planta conspira contra el trabajo en equipo y aún contra la convivencia. Si bien los regímenes de carrera del personal deben corregirse para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones, reducir el ausentismo y promover la educación permanente, a través de premios y sanciones, siguen siendo los más adecuados frente a aquellos otros regímenes transitorios, en algunos casos sin beneficios sociales, que deben renovarse continuamente. Los niveles salariales deben estar a la altura de las responsabilidades sanitarias que ese personal asume, tendiendo a reducir la necesidad del pluriempleo. Para enfocar este ordenamiento, las jurisdicciones deben modificar normas legales de personal, contabilidad y contrataciones, tendiendo a una real descentralización bajo responsabilidad de equipos directivos de cada establecimiento. Es indudable que el sector Atención Médica debe recibir un mayor presupuesto, lo que exige la mutua comprensión entre las autoridades sanitarias y las de economía con una acertada

mediación de los titulares del Poder Ejecutivo y una labor sustanciosa de los poderes legislativos. También es preciso que desde el nivel de Economía de la Nación se revise y se haga más justo el régimen de coparticipación federal.

PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Se describe el plan de seguridad alimentaria y los programas y proyectos relacionados teniendo en cuenta a la infomación provista por el ministerio de desarrollo social de la nación a través de el documento marco y la página web del mismo:

(Página web del Ministerio de desarrollo social, 2012)

¿De qué se trata la seguridad alimentaria?

La Seguridad Alimentaria de un país, localidad ó familia se relaciona con los siguientes componentes:

Disponibilidad de alimentos.

Acceso suficiente a los alimentos.

Buena selección.

Correcta elaboración, manipulación y conservación.

Adecuada distribución dentro del grupo familiar.

Buen aprovechamiento por el organismo.

“La disponibilidad de alimentos” es el resultado de la Producción de alimentos más los que se compran a otros países, menos los que se venden a otros países.

No alcanza que haya mucha cantidad de alimentos disponibles, para tener seguridad alimentaria, necesitamos tener variedad de alimentos de buena calidad y la cantidad suficiente para todos los habitantes de un país ó integrantes de una familia.

Además de la disponibilidad de alimentos para alcanzar la Seguridad Alimentaria es necesario tener “acceso a los alimentos disponibles” a través de: la capacidad de compra de las personas; la producción familiar y comunitaria de los alimentos; la ayuda directa que ofrece el Estado Municipal, Provincial y Nacional, y las ONGs.

Teniendo los habitantes la posibilidad de comprar y de producir, es necesario que tengan una “buena selección de los alimentos que compramos, cultivamos y consumimos”, lo cual depende de: la planificación; los conocimientos, los gustos, y la adquisición de buenos hábitos.

La Seguridad Alimentaria tiene otro componente muy importante que es la “correcta elaboración, manipulación y conservación de los alimentos” que incluye: la disponibilidad de agua potable; la higiene personal y del lugar, los artefactos y equipos de cocina para el manejo y conservación de los alimentos; el buen manejo de la basura tanto en nuestra cocina y domicilio como en el barrio donde vivimos; el control de insectos, roedores y animales domésticos, y la adquisición de buenos hábitos.

Los alimentos en el hogar deben tener una “adecuada distribución dentro del grupo familiar” que depende de: reconocimiento de las necesidades y requerimientos nutricionales de todo el grupo familiar; mitos y creencias.

Otro componente fundamental hacia la Seguridad Alimentaria es el “buen aprovechamiento por el organismo de los nutrientes que aportan los alimentos”, para lo cual es recomendable: cuidar la salud, el funcionamiento del aparato digestivo: digestión, absorción y metabolismo; prevenir enfermedades con consumo de agua potable y el control por el equipo de salud, del niño y la embarazada.

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) fue creado en 2003 por la Ley 25.724, con el objetivo de posibilitar el acceso de la población en situación de

vulnerabilidad social a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país.

La seguridad alimentaria de una familia o comunidad contempla, según lo establece la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), los siguientes componentes: disponibilidad de alimentos; acceso suficiente a los alimentos; buena selección; correcta elaboración, manipulación y conservación; adecuada distribución dentro del grupo familiar; y buen aprovechamiento por el organismo.

En este sentido, la ejecución del PNSA involucra en sus líneas de acción los distintos aspectos necesarios para garantizar la seguridad alimentaria y la educación nutricional de las distintas comunidades del país. Una de sus líneas fundamentales, consiste en la implementación de tarjetas magnéticas a las que el Estado transfiere dinero para la compra de alimentos. Las destinatarias de esta acción son aquellas familias con niños menores de 14 años, embarazadas, discapacitados y adultos mayores en condiciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional. De esta forma, se favorece la autonomía en la selección, el acceso a alimentos frescos y se promueve la comida en familia.

Por otra parte, se realizan transferencias de fondos a los estados provinciales destinados al mejoramiento de la calidad alimentaria de los comedores escolares y a organizaciones sociales que brindan el servicio de comidas servidas en espacios comunitarios.

El PNSA desarrolla además otros programas, que complementan las acciones mencionadas anteriormente: Familias y Nutrición fortalece a las familias en la función básica de sostén y crianza de sus hijos, alimentación-nutrición y cuidado de la salud; Abordaje Comunitario impulsa el desarrollo de las organizaciones comunitarias que brindan servicios alimentarios; Pro-Huerta promueve el acceso a una alimentación saludable mediante la autoproducción de alimentos frescos para el consumo personal, familiar, comunitario e institucional; Educación Alimentaria y Nutricional trabaja en la capacitación de técnicos y destinatarios del PNSA con el objetivo de convertir los conocimientos en hábitos de alimentación saludable.

Todas las acciones desarrolladas por el PNSA son acompañadas y fortalecidas con la edición de materiales educativos, folletos, cuadernillos, afiches, textos informativos y de capacitación.

1. ¿Cuánto dura el Plan de Seguridad alimentaria?

El Plan cuenta con respaldo de la Ley 25.724, y como tal se plantea como una política de estado. A medida que se cumplan las metas previstas, y según los cambios de la situación socioeconómica que se den en el país, se irá adecuando a las nuevas realidades.

2. ¿Complementariedad del Plan o exclusión con otros programas sociales?

No, la entrega de la tarjeta de compra, y de otras actividades no es excluyente de ningún otro plan.

3. ¿Cuáles son los criterios para dar las altas y bajas a los titulares de derecho y quién puede hacerlo?

Las áreas sociales de los municipios y provincias son los encargados de realizar las altas y bajas, y de acuerdo a la situación social del solicitante. Las bajas serán supervisadas por el Consejo Consultivo local.

4. ¿Se pueden donar alimentos para el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria?

Sí, está establecido un circuito de registro de las donaciones desde el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y el mecanismo de distribución de las mismas lo realiza el Ministerio de Desarrollo Social, quién dará a publicidad las donaciones realizadas y las organizaciones, provincias o municipios que hayan sido beneficiados

5. ¿Cuáles son los requisitos para acceder al Plan?

Podrán incorporarse aquellas familias que no cubran sus necesidades alimentarias y nutricionales, en especial, aquellas con niños menores de 14 años, con desnutridos, discapacitados o adultos mayores de 70 años.

6. ¿Dónde se presentan los proyectos de autoproducción de alimentos?

En los gobiernos provinciales y municipales quienes los derivaran a los referentes locales de proyectos referidos al tema.

7. ¿Se pueden comprar otras cosas que no sean alimentos con la Tarjeta?

Se recomienda utilizar la tarjeta únicamente para la compra de alimentos. En caso de necesidad se podrá agregar a la compra jabón y lavandina. No se recomiendan productos de copetín, gaseosas ni jugos. No se permite comprar cigarrillos ni bebidas alcohólicas.

PROGRAMAS EN EL MARCO DEL PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

ABORDAJE COMUNITARIO

Este programa promueve el desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones comunitarias que brindan servicios alimentarios, a fin de mejorar y ampliar sus servicios sociales y aumentar la capacidad de gestión basada en metodologías participativas. De este modo, contribuye a la transformación de la política alimentaria con una perspectiva de integración social, institucional y territorial.

Financiada con recursos nacionales a través de un Proyecto de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD-ARG/06/001), la iniciativa está dirigida principalmente a menores de 18 años, mujeres embarazadas o madres de niños lactantes, mayores de 60 años y adultos en situación de abandono o con algún tipo de discapacidad, que concurren a estas organizaciones de la sociedad civil.

El financiamiento brindado por el programa está destinado a la prestación de servicios alimentarios, así como a la adecuación de espacios físicos, equipamiento, asistencia técnica y capacitación de las instituciones a cargo de esta tarea o de otras complementarias.

Actualmente, con el apoyo y seguimiento permanente de los equipos técnicos del programa, se continúa trabajando con las organizaciones comunitarias que fueron incorporadas hasta el año 2004.

programa Nacional de nutrición y alimentación.

La Ley 25724 en el año 2003 establece políticas públicas de alimentación y nutrición, a partir de la creación de un programa Nacional de nutrición y alimentación.

El objetivo es propender a asegurar el acceso a una alimentación adecuada y suficiente, coordinando desde el estado las acciones integrales e intersectoriales que faciliten el mejoramiento de la situación alimentaria nutricional de la población.

La ejecución del programa depende de la comisión nacional de nutrición y alimentación, integrada por representantes de los ministerios de salud y desarrollo social.

Los componentes del Programa son los siguientes:

La prevención de carencias nutricionales específicas.

La lactancia materna con especial atención a la alimentación de los primeros 6 meses de vida.

La rehabilitación nutricional.

La seguridad alimentaria en sus aspectos micro y macro sociales.

La calidad e inocuidad de los alimentos.

La educación alimentaria nutricional.

La asistencia alimentaria directa.

El autoabastecimiento y la producción de alimentos,

el sistema de monitoreo permanente del estado nutricional de la población.

La evaluación integral del programa.

Prevención en salud materno infantil.

Beneficiarios: a la población bajo la línea de indigencia: embarazadas y niños de cero a 5 años y adultos mayores.

El programa se sustenta en estrategias

de Carácter preventivo, vinculadas con la salud materno infantil, el desarrollo infantil, la educación alimentaria y aspectos bromatológicos y sanitarios.

Compensatorio: asistencia alimentaria directa y promoción de actividades de autoproducción de alimentos.

De superación desarrollo de actividades productivas.

Puesta en marcha de proyectos específicos destinados a atender situaciones de especial vulnerabilidad, como área de pobreza extrema o condiciones de enfermedad que impacten fuertemente sobre el estado nutricional.

Finalidad: potenciar, coordinar y articular los esfuerzos de los distintos niveles del estado, promueve la integración.

Ley 25.724. BO del 17/01/03. Programa de Nutrición y Alimentación Nacional.Sancionada: Diciembre 27 de 2002.

Promulgada de Hecho: Enero 16 de 2003.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Programa de Nutrición y Alimentación Nacional

Título I. De la creación

ARTICULO 1° — Créase el Programa Nacional de Nutrición y Alimentación en cumplimiento del deber indelegable del Estado de garantizar el derecho a la alimentación de toda la ciudadanía.

ARTICULO 2° — Dicho Programa en la emergencia, está destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y ancianos desde los 70 años en situación de pobreza. A tal efecto se considera pertinente la definición de línea de pobreza del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Se prioriza a las mujeres embarazadas y a los niños hasta los 5 (cinco) años de edad.

Título II. De la autoridad de aplicación

ARTICULO 3° — La autoridad de aplicación es ejercida en forma conjunta por los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social de la Nación.

Título III. De la coordinación

ARTICULO 4° — Créase para la coordinación del Programa:

a) La Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación que está integrada por representantes de los Ministerios de Salud, de Desarrollo Social y Medio Ambiente, de Educación, de Economía, de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos, de Producción y de Organizaciones no gubernamentales debidamente acreditadas en el área.

b) Comisiones Provinciales con similares integrantes.

c) Comisiones municipales y/o comunales con similares integrantes.

ARTICULO 5° — Son funciones de la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación entre otras:

a) Diseñar las estrategias para la implementación del presente Programa.

b) Fijar los criterios de acceso al Programa y las condiciones para su permanencia en el mismo.

c) Asegurar equidad en las prestaciones alimentarias y en el cuidado de la salud.

d) Fijar los mecanismos de control que permitan una evaluación permanente de la marcha del Programa y de sus resultados como así también del cumplimiento por parte de los beneficiarios de las exigencias para permanecer en el mismo.

e) Dar la más amplia difusión del Programa, indicando fundamentalmente la información necesaria para acceder al plan de una manera simple y directa.

f) Implementar un Programa de educación alimentaria nutricional como herramienta imprescindible para estimular el desarrollo de conductas permanentes que

permitan a la población decidir sobre una alimentación saludable desde la producción, selección, compra, manipulación y utilización biológica de los alimentos.

g) Establecer un Sistema Permanente para la Evaluación del Estado Nutricional de la Población, articulando con los organismos gubernamentales con competencia en materia alimentaria y nutricional nutricional y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la elaboración de un mapa de situación de riesgo.

h) Incorporar todos los mecanismos de control necesarios que garanticen que los fondos sean destinados a la atención de los beneficiarios. Para ello se deberá implementar un Registro Único de beneficiarios.

i) Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses de edad, incluyendo el apoyo nutricional a las madres hasta los doce (12) meses de vida de sus hijos en los casos en que fuera necesario.

j) Asegurar el desarrollo de actividades de estimulación temprana en los niños hasta los cinco años de edad en situación de abandono, que integren familias de riesgo.

k) Asegurar la asistencia social y orientación a las familias en cuanto a la atención de sus hijos y el cuidado durante el embarazo.

l) Suscribir convenios de gestión con las distintas jurisdicciones a fin de fijar las metas y objetivos a cumplir. En caso de verificarse incumplimientos a lo establecido precedentemente, el Poder Ejecutivo podrá rescindir dicho convenio.

ARTICULO 6° — Dicha Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación será asesorada por entidades científicas, universitarias, asistenciales, y eclesiásticas, con amplia participación en el control e implementación de la ley de referencia, estando regulada su actuación por la reglamentación.

Título IV. De la ejecución

ARTICULO 7° — Las comisiones provinciales tienen las siguientes funciones entre otras:

a) Implementar y coordinar las acciones necesarias con la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación para asegurar el cumplimiento del Programa en cada jurisdicción.

b) Elaborar un listado de alimentos que cubran las necesidades nutricionales básicas de los beneficiarios que tenga en cuenta la edad, características alimentarias regionales, así como un listado de los complementos nutricionales que correspondan, vitaminas, oligoelementos y minerales, que deberán ser provistos por el Ministerio de Salud de la Nación.

c) Efectuar la rendición de cuentas a la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación de todas las actividades del programa realizadas a nivel jurisdiccional.

d) Estimular el desarrollo de la producción alimentaria regional a fin de abastecer de los insumos necesarios a los programas de asistencia alimentaria locales, respetando y revalorizando la identidad cultural y las estrategias de consumo locales.

e) Impulsar la generación de políticas de abastecimiento alimentario en los niveles locales a fin de garantizar la accesibilidad de toda la población, especialmente a los grupos mencionados en el artículo 1° y promover la creación de centros de provisión y compra regionales.

f) Promover la organización de redes sociales posibilitando el intercambio dinámico entre sus integrantes y con los de otros grupos sociales, potenciando los recursos que poseen.

ARTICULO 8° — Los municipios tienen las siguientes funciones, entre otras:

a) Inscripción de los beneficiarios en un Registro Unico de Beneficiarios.

d) Administrar los recursos en forma centralizada a través de la contratación de los insumos y servicios necesarios.

c) Implementar una red de distribución de los recursos, promoviendo la comensalidad familiar, siempre que ello sea posible, o a los distintos comedores comunitarios donde se brinde el servicio alimentario, a fin de garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1° de la presente ley. Dicha red estará integrada por instituciones educativas y sanitarias, entidades eclesiásticas, Fuerzas Armadas y de

Seguridad, entidades intermedias debidamente acreditadas, voluntariado calificado y beneficiarios seleccionados del Plan Jefas y Jefes de Hogar o similares.

d) Implementar mecanismos de control sanitarios y nutricionales de los beneficiarios.

e) Capacitar a las familias en nutrición, lactancia materna, desarrollo infantil y economato.

Título V. Del control y financiamiento

ARTICULO 9° — Créase el Fondo Especial de Nutrición y Alimentación Nacional el que tendrá carácter de intangible y se aplicará a la implementación del programa establecido por la presente ley. Dicho fondo se integrará de la siguiente manera:

a) Con las partidas presupuestarias que se asignarán anualmente en la ley de Presupuesto Nacional.

En los supuestos en que las mismas resultaren insuficientes para dar cumplimiento a los objetivos de la presente ley, facúltase al señor Jefe de Gabinete de Ministros a reasignar las partidas que fueren necesarias.

b) Con los aportes o financiamiento de carácter específico, que el Estado nacional obtenga de organismos e instituciones internacionales o de otros Estados.

ARTICULO 10. — El presente Programa será auditado mensualmente por los organismos de control nacionales establecidos por ley.

ARTICULO 11. — Los planes nutricionales deben ser elaborados dentro de los treinta (30) días de promulgarse la presente ley a efectos de su inmediata aplicación.

ARTICULO 12. — Se dispone la unificación y coordinación, a partir de la sanción de la presente ley, de todos los programas vigentes, financiados con fondos nacionales en todo el territorio nacional destinados a este efecto, a los fines de evitar la superposición de partidas dinerarias presupuestadas que quedarán afectadas al cumplimiento de esta ley, cuyo objetivo es desterrar la desnutrición en todo el territorio nacional.

ARTICULO 13. — La Nación acordará con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el desarrollo y la ejecución del presente programa y la integración con los programas ya existentes.

Dichos acuerdos y los convenios que se celebren en cumplimiento del artículo 5° inciso 1) de la presente ley, contemplarán expresas garantías de ejecución regular de los fondos destinados a comedores escolares por cada provincia, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 14. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

EDUARDO O. CAMAÑO. — JOSE L. GIOJA. — Eduardo D. Rollano. — Juan C. Oyarzún.

EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL

Este programa, previsto por la Ley 25.724, promueve el desarrollo de hábitos saludables permanentes para la producción, selección, compra, manipulación y utilización biológica de los alimentos mediante la educación alimentaria nutricional como herramienta imprescindible para el ejercicio de la autonomía, el autocuidado y la responsabilidad.

Desde esta perspectiva, se hace necesaria la participación activa de los destinatarios, puesto que el proceso de aprendizaje parte de sus saberes previos y preconceptos para estimular la capacidad crítica y la reflexión sobre las propias necesidades, tanto individuales como grupales. Así, los conocimientos pueden transformase en conductas alimentarias saludables respetando la libertad en la elección de lo que cada quien considera bueno para sí y para su familia.

La iniciativa está dirigida tanto a profesionales técnicos y promotores, como a los destinatarios directos e indirectos de las distintas líneas de acción del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA).

Para su implementación, el programa utiliza la metodología del taller y las consignas de trabajo están organizadas en distintos módulos de capacitación a cargo de profesionales del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Por otra parte, en conjunto con el Ministerio de Salud, impulsa la formación de agentes sociales, sanitarios, barriales, educadores y responsables de comedores escolares y comunitarios a través de las “Guías Alimentarias para la Población Argentina”, adaptadas a las características y necesidades de cada comunidad.

PROYECTOS EN EL MARCO DEL PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

FAMILIAS Y NUTRICIÓN

Este proyecto, realizado en cooperación con UNICEF, tiene como objetivo fortalecer a las familias en su función básica de sostén y crianza de sus hijos, alimentación-nutrición y cuidado de la salud. Desde un enfoque integral, que promueve la concreción de los derechos de niños y niñas en situaciones de la vida cotidiana, el trabajo enlaza la alimentación y nutrición con la atención temprana del desarrollo infantil en el ámbito familiar y comunitario.

Para su implementación, se trabaja articuladamente con equipos provinciales y locales, así como con los distintos actores sociales involucrados en la temática de infancia y familia, en la elaboración y ejecución de propuestas de intervención que impulsan y fortalecen espacios de participación y sostén para la crianza de niñas y niños.

En este marco, se seleccionan, elaboran y distribuyen diversos materiales entre los que se destacan: módulos literarios y de divulgación científica para lectores no convencionales, primeros lectores y lectores con mayor autonomía; juegos y juguetes de construcción, dramatización, de mesa y para bebés; nutrijuegos de educación alimentaria nutricional diseñados especialmente para compartir en familia. Todos los materiales se utilizan en diversas actividades culturales, jornadas y espacios de encuentro especialmente generados para compartir experiencias, fortalecer la identidad, los vínculos y las redes comunitarias.

El desafío propuesto por este proyecto consiste en la implementación de estrategias que gradualmente permitan superar la asistencia, promoviendo acciones de fortalecimiento familiar con información, capacitación y recursos que impulsen la autonomía alimentaria y la comida en familia. Su modalidad de trabajo ha permitido consolidar las actividades en todo el país; dar visibilidad y credibilidad a las propuestas; fortalecer la conformación de redes e involucrar y comprometer socios y aliados

permanentes o circunstanciales, que dan mayor consistencia y sustentabilidad a las acciones en desarrollo.

PRO HUERTA

Este programa promueve el acceso a una alimentación saludable, variada y equilibrada, mediante la asistencia técnica, capacitación, acompañamiento y provisión de insumos biológicos para la producción de huertas y granjas orgánicas que posibiliten el autoconsumo a nivel familiar, escolar, comunitario e institucional.

La iniciativa, comprendida dentro de los alcances de la Ley Nº 25.724/03 de creación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA), está dirigida a sectores socialmente vulnerables que requieran asistencia alimentaria o que se encuentren en situación de desnutrición crónica por insuficiencia de micronutrientes. El modelo técnico propuesto se sustenta en los principios de la agricultura orgánica, que promueve la producción de alimentos frescos y variados.

Si implementación se realiza de manera conjunta con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), e involucra la capacitación progresiva, la participación solidaria y el acompañamiento sistemático de las acciones desarrolladas en todo el país. Para ello, resulta fundamental la intervención activa de voluntariado (promotores) y de redes de organizaciones de la sociedad civil.

Como parte de la estrategia de “Cooperación Sur-Sur”, Pro Huerta participa de diferentes actividades de intercambio de experiencias y buenas prácticas de seguridad y soberanía alimentaria con los países latinoamericanos, como Haití y Venezuela

RECOMENDACIONES PARA LA ASISTENCIA ALIMENTARIA

COMEDORES ESCOLARES

Porcentaje de cobertura por prestación

En base a las recomendaciones diarias de la FAO, se estipulan rangos de porcentaje de energía y nutrientes que deben ser cubiertos según el tipo de prestación alimentaria ofrecida en el establecimiento.

	Desayuno y merienda	almuerzo
Energía	15 al 20%	40 al 50%
Proteínas	20 al 30%	40 al 50 %
Calcio	20 al 30%	10 al 50%
Hierro y zinc	10 al 15%	40 al 50 %
vitaminas	15 al 20 %	40 al 50%

(Los valores se expresan en porcentaje de cobertura respecto de la recomendación diaria)

Recomendaciones diarias de la FAO

grupo	nergía	Proteínas g/ día	Calcio Mg/día	Hierro Mg/día	Zinc Mg/día	Vit A (Microgramos RE/día	Vit C (mg/día)
3 3 años **	200	30	500	5.5	4.1	400	30
4 a 8	600	40	700	9	5.6	500	35

años							
9 a 14 años	400	60	1300	15	8.6	600	40

Se calculó el 10% del valor calórico en forma de proteínas acorde a la recomendación de cubrir del 5 al 20 % del valor calórico en los niños y niñas de 1 a 3 años y del 10 al 30% del VCT en los niños y niñas de 4 a 11 años y del 10 al 35 % en los mayores en forma de proteínas según las guías dietéticas para los niños sanos. JADA 2004 (American Dietetic Association)

** Este grupo se incorpora después. Se tomaron las recomendaciones dela FAO al igual que los otros dos grupos. El 10 % del VCT fue cubierto por proteínas

Metas nutricionales por tipo de prestación:

Las metas cuali-cuantitativas son las del Equipo Técnico de Nutrición del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Metas Cuali-Cuantitativas de Energía, Nutrientes y Alimentos para Desayuno/Merienda según Grupo Etario.

	Grupo 1 (3 años)		Grupo 2 (4-8 años)		Grupo 3 (9-14 años)	
	Cantidad	% diario*	Cantidad	% diario*	Cantidad	% diario*
Energía (kcal)	200	17	300	19	360	15
Proteínas (g)	8	27	8	20	10	17
Calcio (mg)	180	36	200	29	200	15
Hierro (mg)	0,7	13	1	11	7	47
Zinc (mg)	0,6	15	0,8	14	4,3	50
Vitamina A (ug RE)	60	15	63	13	300	50
Vitamina C (mg)	4,5	15	5,3	15	20	50
Leche o equivalente (cc)	200	----	200	----	200	----

* los valores se expresan en porcentaje de cobertura respecto a la recomendación diaria

Fuente: BUAMDEN, S; et al 2010

Tabla 2. Metas Cuali-Cuantitativas de Energía, Nutrientes y Alimentos para Almuerzo según Grupo Etario.

	Grupo 1 (3 años)		Grupo 2 (4-8 años)		Grupo 3 (9-14 años)	
	Cantidad	% diario*	Cantidad	% diario*	Cantidad	% diario*
Energía (kcal)	200	17	300	19	360	15
Proteínas (g)	8	27	8	20	10	17
Calcio (mg)	180	36	200	29	200	15
Hierro (mg)	0,7	13	1	11	7	47
Zinc (mg)	0,6	15	0,8	14	4,3	50
Vitamina A (ug RE)	60	15	63	13	300	50
Vitamina C (mg)	4,5	15	5,3	15	20	50
Leche o equivalente (cc)	200	----	200	----	200	----

* los valores se expresan en porcentaje de cobertura respecto a la recomendación diaria

Fuente: BUAMDEN, S; et al 2010

Según Buamden S y otros las Consideraciones Técnicas fueron:

Grupos Etarios: Los puntos de corte se establecieron tomando como referencia la clasificación en categorías de edad utilizadas por la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos en la formulación de sus últimas recomendaciones de nutrientes. La división en tres grupos de edad fue la mínima categorización posible que contempla las diferencias en los requerimientos en función a la edad.

Para la energía se tuvieron en cuenta las recomendaciones del PNSA (Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Políticas Sociales y Desarrollo Humano. Subsecretaría de Políticas Alimentarias. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Documentos del Plan. Buenos Aires, 2005). y de FAO (World Health Organization. Food and Agriculture Organization. Expert Consultation Report on Human Energy Requirements. Interin Report. Rome, 2001.), utilizando en cada año de edad, el peso promedio según OMS para esa edad. Se promediaron las necesidades de niños y niñas y se armaron rangos de referencia con las recomendaciones correspondientes a las edades inferiores y superiores de cada intervalo. Se utilizó la recomendación correspondiente a una actividad física moderada.

Para las proteínas se utilizó la recomendación de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrat, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids. Prepublication Copy. National Academy Press. Washington D.C., 2002.). Se decidió no corregir la recomendación por digestibilidad ya que los datos disponibles respecto a la alimentación típica de poblaciones de escasos recursos del

conurbano bonaerense refieren una digestibilidad proteica del 90 al 94% (López L. 2005.).

Para los micronutrientes se usaron las recomendaciones de FAO (World Health Organization. Food and Agriculture Organization., 1998.). Se consideró una biodisponibilidad intermedia para el hierro y el zinc. Esta categorización supone un mínimo aporte de carnes y/o pescados y moderado contenido en fitatos. Dado que FAO recomienda 4,8 mg para 4 a 6 años de edad y 5,6 mg para 7 a 9 años, para el grupo etario 2 (de 4 a 8 años) se decidió utilizar los valores correspondientes al intervalo de mayor edad (7 a 9 años). Para las vitaminas A y C, en el intervalo de 4 a 8 años se ajustó la cifra al valor superior de la categoría de edad. Fuente: BUAMDEN, S; et al 2010

Según el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria:

Considerando que los requerimientos diarios nutricionales promedios de niños en un rango de edad entre 6-14 años son 2.200 calorías y 82 gramos de proteínas (15% del VET) las prestaciones alimentarias parte de dicho requerimiento.

El desayuno debe cubrir del 15 al 20% del total de la recomendación diaria de energía, ,330 a 440 Kcal, mínimo de 11 gr de proteínas y un mínimo de 200 mg de calcio. El Almuerzo debe cubrir del 40 al 45% del total de la recomendación diaria de energía, entre 880 y 1000 Kcal., mínimo de 33 gr de proteínas de las cuales el 50 al 60% serán de alto valor biológico, y 2.25 mg de hierro. (Ministerio de desarrollo social, 2003)

PRESTACIONES ALIMENTARIAS EN COMEDORES COMUNITARIOS

Considerando los requerimientos nutricionales promedio entre niños y niñas, adolescentes, embarazadas y ancianos/as se considera que las necesidades diarias son de 2022 cal, 82 gramos de prot cubren el 15 % del VET de las cuales el 60% al 70% serán de alto valor biológico.

El desayuno debe cubrir del 15 al 20% del total de la recomendación diaria de energía, ,330 a 440 Kcal, mínimo de 11 gr de proteínas y un mínimo de 200 mg de calcio. El Almuerzo debe cubrir del 40 al 45% del total de la recomendación diaria de energía, entre 880 y 1000 Kcal., mínimo de 33 gr de proteínas y 2.25 mg de hierro.

Merienda entre 390 y 750 cal. Las cual representan el 30% del requerimiento calórico nutricional diario. (Ministerio de desarrollo social, 2003)

BOLSONES DE ALIMENTOS

Cesni en el documento “Programas alimentarios de la Argentina” alimentaria del año 2003 desarrolla las siguientes consideraciones para el armado de bolsones:

Siguiendo las consideraciones metodológicas aplicadas a la canasta básica de alimentos (CBA) regionales diseñadas en 1999 se determinaron las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones diarias de ingesta aplicables a familias en situación de riesgo alimentario, sobre base de alta densidad de nutrientes

Kilocalorías(kcal)	10500
Proteínas (kcal)	290
Calcio (mg9	5775
Hiero (mg)	32
Zinc (mg)	47
Vitamina a (microg)	3622
Vitamina C (mg)	346

(Cesni, 2003)

Sobre la base de estas recomendaciones, puede establecerse como meta razonable una cobertura del 20%, que así calculada estaría aportando al hogar una densidad de nutrientes (sinónimo de calidad de dieta) más apropiada a las exigencias de grupos vulnerables, niños pequeños y mujeres.

De esta manera, un valor de metas nutricionales para su aplicación en programas de reparto de cajas o módulos con base en la complementariedad de deficiencias dietéticas prevalentes puede ser como sigue a continuación.

Propuesta de metas nutricionales para programas de reparto de cajas , sobre base de alta densidad de nutrientes.

Kilocalorías(kcal)	63000

Proteínas (kcal)	1732
Calcio (mg9	34650
Hiero (mg)	372
Zinc (mg)	265
Vitamina a (microg)	21735
Vitamina C (mg)	2079 (Cesni, 2003)

CAPITULO XI

INDICADORES DE SALUD , NUTRICIÓN Y ALIMENTACION

Indicadores de salud en el continente Americano

Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud de la OPS

La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobrevivencia. (Hansluwka H. 1982;)
(Catford J. 1983);

Más recientemente, en parte como resultado del control exitoso —sobre todo en las áreas de mayor industrialización— de las enfermedades infecciosas tradicionalmente responsables de la mayor carga de mortalidad, así como producto de una visión más comprehensiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia, las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente (Pascal J, Lombrail P. 2001);

Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud.

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.” (Lengerich EJ (ed.). 1999.) En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, desde el recuento directo (v.g., casos nuevos de malaria en la semana) hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados (v.g., esperanza de vida al nacer). (Merchán-Hamann E, Tauil PL, Pacini Costa M. 2000); La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes —frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etc.— utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos. Especificamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su validez (si efectivamente mide lo que intenta medir) y confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados). Más atributos de calidad de un indicador de salud son su especificidad (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir), sensibilidad (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir), mensurabilidad (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir), relevancia (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud) y costo-efectividad (que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos (Ware J, Brook R, Davies A, Lohr K. 1981); (United Nations. 1999.) Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretables por los analistas y comprensibles por los usuarios de la información, como los gerentes y tomadores de decisión.

Atributos importantes de calidad del conjunto de indicadores son la integridad (que no falte datos) y consistencia interna (que, vistos solos o en grupos, los valores de

los indicadores sean posibles y coherentes y no se contradigan). (Organización Panamericana de la Salud. 2000.)

En este sentido, la aplicación sistemática de definiciones operacionales y procedimientos de medición y cálculo estandarizados es fundamental para garantizar la calidad y comparabilidad de los indicadores de salud.
(Catford J. 1983); (Organización Panamericana de la Salud. 2000.)

Un conjunto de indicadores de salud con atributos de calidad apropiadamente definido y mantenido provee información para la elaboración de un perfil relevante y de otros tipos de análisis de la situación de salud de una población. La selección de tal conjunto de indicadores —y sus niveles de desagregación— puede variar en función de la disponibilidad de sistemas de información, fuentes de datos, recursos, necesidades y prioridades específicas en cada región o país (Catford J. 1983)

El mantenimiento del conjunto depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, asi como de la simplicidad de los instrumentos y métodos utilizados. (Organización Panamericana de la Salud. 2000.)

El monitoreo de la calidad de los indicadores es importante porque ésta condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón, su uso regular. Este depende también de la política de diseminación de los indicadores de salud, incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación. Por ejemplo, para que un indicador utilizado en actividades de monitoreo tenga relevancia , el tiempo entre la recolección de los datos necesarios para su compilación y análisis y su diseminación debe ser corto. (United Nations. 1999.)

Generados de manera regular y manejados dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión. De manera general, un conjunto básico de indicadores de salud como el que forma parte de la Iniciativa Regional OPS de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País(Organización Panamericana de la Salud. 1997.) tiene como propósito generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación de desigualdades en

salud, evidencia que — a su vez — debe servir de base empírica para la determinación de grupos humanos con mayores necesidades en salud, la estratificación del riesgo epidemiológico y la identificación de áreas críticas como insumo para el establecimiento de políticas y prioridades en salud. La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores provee la materia prima para los análisis de salud. Concomitantemente, puede facilitar el monitoreo de objetivos y metas en salud, estimular el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y servir como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información en salud intercomunicados. En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que requiere la epidemiología para la gestión en salud.

La Iniciativa de "Datos Básicos en Salud"

Datos Básicos en Salud (DBS) es una iniciativa lanzada en 1995 para monitorear el alcance de metas en salud y el cumplimiento de Mandatos adoptados por OPS/OMS y sus Estados Miembros en la Región de las Américas. La Iniciativa DBS busca proporcionar una plataforma estandarizada de información sobre la situación de salud y sus tendencias como insumo estratégico para: i) la formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud; ii) la reorientación de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública; iii) la programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica; iv) la movilización de recursos; y, v) la diseminación de información técnica en salud (Organización Panamericana de la Salud. 1997.)

Así, la Iniciativa DBS se define como un proceso que, promoviendo el uso de la epidemiología para la gestión en salud, fortalece las capacidades analíticas y genera evidencias para la decisión en política sanitaria, incluyendo la detección de desigualdades en salud y la identificación de prioridades de cooperación técnica. En perspectiva, DBS forma parte de la respuesta estratégica de los Servicios de Epidemiología y la OPS ante la demanda actual por replantear las funciones esenciales de la salud pública, incrementar la transparencia y credibilidad técnica de las instituciones del sector y priorizar más eficientemente la cooperación en salud.

El componente principal de la Iniciativa DBS es su base de datos, compuesta por 109 indicadores desagregados en 405 datos básicos y sus series históricas desde

1990 para los 48 países y territorios de las Américas. La Iniciativa DBS incluye indicadores de mortalidad, morbilidad y de acceso, recursos y cobertura del sistema de servicios de salud, así como de determinantes de salud de nivel socioeconómico, ambiental y demográfico. La Iniciativa cuenta con un sistema generador de tablas basado en web, que permite acceso rápido y consulta versátil a la base de datos regional. Desde 1995, como producto de la Iniciativa, se publica anualmente la síntesis "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos", un folleto desplegable con 58 indicadores agregados por país y 38 agregados por subregión. Entre sus componentes, la Iniciativa DBS también cuenta con una serie actualizada de Perfiles de País y un conjunto de documentos técnicos de referencia, incluyendo un glosario de definiciones armonizadas de indicadores y criterios estandarizados para la validación y consistencia de datos.

La Iniciativa Regional DBS ha sido favorable y ampliamente acogida por los países de las Américas. En la actualidad, 23 de los 35 Estados Miembros han adaptado los DBS y producido folletos nacionales de Indicadores Básicos, desagregados a nivel subnacional. En Argentina, Brasil y Cuba, por ejemplo, se publica anualmente un folleto desde 1996 y en Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, Uruguay y Venezuela, desde 1997-98. Algunos países han desplegado un encomiable esfuerzo para extender y adaptar la Iniciativa DBS hacia niveles más locales de la gestión en salud. Cuba mantiene una base de datos básicos desagregados a nivel municipal; en Colombia el departamento de Santander ya publicó su versión departamental y Amazonas está en proceso de hacer lo mismo; Nicaragua publicó recientemente el conjunto completo de folletos de indicadores básicos para cada uno de los 17 Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILAIS) en que se organiza geoadministrativamente el sector. En el año 2001 la publicación –por vez primera– de los Indicadores Básicos de Haití ha sido un hecho de singular trascendencia, dado el contexto de dificultades estructurales y organizacionales aún presentes en la gestión de la información en salud en el país. De otro lado, en Bolivia y Jamaica la publicación de datos básicos subnacionales es inminente en el año 2002, como también el fortalecimiento de la Iniciativa de Datos Básicos en Salud de Centroamérica en el marco de los acuerdos de integración subregional vigentes.

Las experiencias de implementación de la Iniciativa DBS en los países han demostrado la importancia crucial que tiene la coordinación intersectorial para garantizar la calidad de los datos y el uso analítico de la información. El ejemplo más exitoso de ello lo constituye la Red Interagencial de Informaciones para la Salud (RIPSA) del Brasil, una

red institucionalizada que congrega a todas las instancias nacionales con responsabilidad en la producción y/o el análisis de datos en salud. Por medio de subcomités de trabajo, la RIPSA se encarga desde los asuntos técnicos de calidad, cobertura, validación y armonización de datos básicos hasta los aspectos más amplios de diseminación de información, incluyendo el mantenimiento de la página web del órgano de informática del sistema único de salud (DATASUS), el uso gerencial de los análisis de situación, incluyendo el establecimiento de salas de situación de salud y la continuidad y sostenibilidad de la red. En general, la Iniciativa DBS en las Américas se perfila como un rico espacio de cooperación técnica para el fortalecimiento de los sistemas y redes de información y comunicación en salud, la generación de inteligencia epidemiológica para la gestión sanitaria y la ejecución de políticas de salud más eficientes y equitativas en las Américas.

Aspectos macro de la Seguridad Alimentaria en Argentina

el concepto de SA se divide a los fines prácticos en dos niveles de análisis: la seguridad alimentaria propiamente dicha, de nivel macro, de las poblaciones y grupos que habitan naciones, o regiones (y que últimamente se desliza hacia la soberanía alimentaria) y la segunda, la seguridad alimentaria de los hogares, en el nivel microsocial. Hay que hacer notar que el sujeto en ambas miradas es diferente, en el primero el sujeto es la nacion , el grupo o el colectivo social (seguridad macro o soberanía alimentaría) mientras que en el segundo el sujeto del estudio son los actores sociales, aquellos que son sujetos de derecho.

El concepto de seguridad alimentaria, ha recorrido un camino de veinticinco años. Es utilizado a partir de 1974 por la FAO (Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) definiéndolo como un “derecho”, retoma así documentos internacionales que desde 1924 reconocen a la alimentación como uno de los derechos fundamentales del ser humano y como tal se encuentra en las actas fundacionales de la Organización y en su mismo preámbulo (FAO, 1965).

En la década de los 80 y a tono con los esquemas neoliberales impuestos por el mundo anglosajón de Thacher y Reagan, se transforma en una “capacidad”, trasladando la responsabilidad al individuo. La propuesta de la organización para mejorar la seguridad alimentaria pasaba por lograr un mejoramiento en el abastecimiento, mejorando la

producción y la calidad biológica de los alimentos. Será Amartya Sen quien critique esta postura desde la ética, la economía y la política. La seguridad alimentaria - según él - no depende de la producción agroalimentaria (que en el mundo para esa década alcanzaba a superar las necesidades promedio de la población) sino del acceso. Para apoyar su afirmación estudió las hambrunas en diferentes tiempos y culturas hasta 1971 en Bangla Desh. Observó que en todos los casos

los alimentos estaban potencialmente disponibles en forma de cosechas o de stocks exportables, pero no fueron accesibles a una parte de la población, la que padeció hambre. Concluye que en ninguna hambruna muere “la población”, bajo ese colectivo se encubre que sólo mueren los pobres, los que no pueden acceder a los alimentos. A partir de este estudio, para comprender el hambre, la disponibilidad de alimentos perderá importancia frente al estudio del acceso.

Posteriormente, Amarthya Sen se pregunta ¿de qué depende la capacidad de las personas de estar bien alimentadas?. Ciertamente no de la disponibilidad alimentaria que existe en la sociedad, ya que las personas podrían no tener ingresos suficientes para tomar la cuota de alimentos que estadísticamente les correspondiera. Esta capacidad depende del derecho de una persona de acceder a un conjunto de bienes y servicios alternativos. En una economía de mercado, ese derecho opera a través del ingreso real. Si un trabajador vende su fuerza de trabajo y percibe un salario de doscientos pesos, sus derechos abarcan todos aquellos bienes y servicios que sumados cuesten hasta esa cifra. El límite queda fijado por su patrimonio (la dotación) y sus posibilidades de intercambio, con la naturaleza o con el mercado (Sen, A.1983). En base a esos derechos una persona puede adquirir capacidades: la capacidad de estar bien alimentado, la capacidad de no padecer cólera, la capacidad de envejecer apaciblemente. Estar bien alimentado es, desde la perspectiva ética invocada por Amarthya Sen, decisiva para la libertad, el hambre es un atentado a la libertad de tal magnitud que justifica una política activa orientada a tutelar el derecho a los alimentos hasta tanto este se haga efectivo y los pobres puedan asumir su propia autonomía.

Haciéndose eco de esta concepción, las organizaciones internacionales volverán a considerar la seguridad alimentaria como un derecho y como tal se inscribirá tanto en la Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989, art. 24) como en las Conferencias Internacionales de Nutrición de 1992 y 1996 en Roma, donde FAO

comprometió a los países miembros a garantizar su cumplimiento: “a través de un marco socio-político que asegure a todos el acceso real a los alimentos”.

A partir de 1994 el concepto de seguridad alimentaria irá más allá de la disponibilidad física - ligada a la producción como correspondía al viejo criterio- poniendo el énfasis en el marco social y político que regula las relaciones que permiten a los agregados sociales adquirir sus alimentos en una economía organizada a escala mundial (salarios, precios, impuestos), producirlos (derechos de propiedad) o entrar en programas asistenciales (gasto público social).

De las cinco condiciones asociadas a la seguridad alimentaria (Chateneuf,R. 1995)Argentina cumple con cuatro, hay :

- suficiencia (es decir alimentos en cantidad suficiente para abastecer a toda la población),

-estabilidad (las variaciones estacionales representan oscilaciones mínimas en la provisión),

-autonomía (en tanto no depende del suministro externo),

-sustentabilidad (porque el tipo de explotación de los recursos posibilita su reproducción en el futuro, aunque habida cuenta de las recientes experiencias con la merluza, la creciente desertización y la contaminación química de los acuíferos, esta condición esta cada vez mas cuestionada),

-lo que no está garantizado es la equidad es decir que toda la población y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación

socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida.

Durante las décadas anteriores la problemática alimentaria no tenía lugar en la agenda pública porque en un país exportador de alimentos gran parte de la población -y su dirigencia- seguían situando el problema en la disponibilidad antes que en la equidad con que se distribuían los recursos.

La equidad , en un país con una economía de mercado y con su población en un porcentaje del 89% urbana (donde los alimentos no se autoproducen sino que se compran) pasa, fundamentalmente por el acceso a los alimentos, y este por la capacidad de compra .

SICIAV

La iniciativa SICIAV promueve la acción coordinada entre las instituciones que forman parte de la red para fomentar buenas prácticas en el desarrollo de sistemas de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, tanto a nivel nacional como internacional. Una mejor identificación y caracterización de las personas afectadas por la inseguridad alimentaria y su vulnerabilidad ayudará en la formulación de intervenciones para la lucha contra el hambre.

SICIAV ayuda a responder las siguientes interrogantes:

¿Quiénes son las personas que sufren de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad ?

¿Donde están?

¿Cuántos son?

¿Por qué se encuentran en situación de inseguridad alimentaria?

¿Qué debe hacerse para superar la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad?

En los ámbitos nacional y regional, el SICIAV colabora con los países de manera que puedan llevar a cabo una caracterización más exhaustiva sobre la población que sufre de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad, mejorando así la comprensión de estos temas a través de un análisis transectorial de sus causas básicas, y mediante el uso de información y análisis sustentados en pruebas tangibles con el objeto de apoyar la formulación y la aplicación de políticas y programas que mejoren la seguridad alimentaria y la nutrición. Sistemas de información fortalecidos y más integrados sobre inseguridad

alimentaria en los ámbitos nacional y subnacional pueden ofrecer información de mejor calidad y más actualizada a los responsables de las políticas y a los miembros de la sociedad civil preocupados de las cuestiones de seguridad alimentaria en todos los niveles del país.

Marco conceptual del SICIAV

En el ámbito mundial, SICIAV promueve la acción coordinada entre organismos asociados con el fin de apoyar mejores prácticas en el desarrollo de sistemas de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad con el objeto de fortalecer la comprensión sobre quiénes sufren de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad, de cuántas personas se trata, dónde y por qué se encuentran en situación de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria. Un mejor grado de comprensión y conocimiento de sus causas fundamentales deberán redundar en una acción dirigida, destinada a garantizar la erradicación de la extrema pobreza y del hambre.

Los objetivos del SICIAV:

Aumentar la atención sobre los problemas de la seguridad alimentaria

Mejorar la calidad de los datos y del análisis sobre la seguridad alimentaria

Facilitar la integración de información complementaria

Promover un mejor conocimiento de las necesidades de los usuarios y una utilización más adecuada de la información

Mejorar el acceso a la información por medio de la creación de redes y el intercambio

La FAO invierte una cantidad significativa de recursos en fortalecer la comprensión de la magnitud, de las características y de las causas básicas de la inseguridad alimentaria y de la vulnerabilidad y en promover una mayor inversión en la reducción del hambre en el contexto mundial, regional y nacional a través de mejores sistemas de información y análisis. La FAO realiza este esfuerzo al apoyar al SICIAV a nivel de sede y nacional.

Debido al carácter transectorial de la seguridad alimentaria , seis Divisiones técnicas trabajan en forma conjunta en la Sede para apoyar al SICIAV. Sus cuatro principales áreas de interés son:

Orientación normativa sobre la medición y el análisis de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad. Este concepto abarca la producción de métodos e instrumentos perfeccionados para el análisis de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, incluidos gestión mejorada de la información, cartografía y otras técnicas de evaluación y monitoreo.

Fortalecimiento de la capacidad de gestión y uso de la información en los países. Esta área ha implicado perfeccionar la capacidad de los países de tomar decisiones sobre la base de un análisis adecuado de la seguridad alimentaria. El concepto incluye asesoría técnica y actividades de capacitación en la vinculación del análisis de políticas a la gestión de datos e información.

Colaboración con entidades asociadas en el ámbito nacional e internacional para fortalecer al SICIAV, es decir, facilitar el intercambio de conocimiento y experiencia entre instituciones e individuos vinculados a actividades del tipo SICIAV (comunidad de práctica), y mantener una estrategia de comunicación destinada a promover el uso de productos del SICIAV en los ámbitos nacional y mundial. Si desea conocer mayores antecedentes, consulte "Recursos y vínculos".

Evaluación y monitoreo mundial del avance de las medidas tendientes a reducir el hambre, es decir, ofrecer un análisis mundial de las tendencias y evaluaciones orientadas a monitorear el avance hacia las metas de seguridad alimentaria y nutrición. Se incluyen los informes de inseguridad alimentaria en el mundo (SOFI), mapas mundiales de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad y perfiles de seguridad alimentaria y nutrición.

Si desea conocer mayores antecedentes de las actividades antes mencionadas, consulte las seis áreas temáticas detalladas en la columna ubicada a la izquierda de esta página. Cada una de dichas áreas corresponde a las seis Divisiones de la FAO mencionadas más arriba. Para conocer la labor normativa FAO-SICIAV, consulte las Iniciativas internacionales.

En el ámbito nacional, la FAO se ha esforzado por fortalecer la capacidad nacional en materia de información y análisis de la seguridad alimentaria. Encontrará mayores antecedentes sobre las distintas formas en que esta labor se lleva a cabo en "Planes de acción nacionales y regionales".

¿Qué es SISVAN?

Historia

En 1974 la Conferencia Mundial de la Alimentación dictó por primera vez, una resolución que hacía un llamado a la FAO, la OMS y el UNICEF para el establecimiento de la VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (VAN), como la única forma de desarrollar los sistemas de información relacionados con la nutrición cuyo objetivo fundamental fuera la selección y la aplicación de políticas y programas efectivos. A partir de entonces, mucho se ha discutido sobre la conveniencia o no de mantener los Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), como una estrategia acertada para combatir los problemas alimentario-nutricionales.

Definición

Un Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) es un proceso sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos, usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de las medidas de control de los problemas alimentarios y nutricionales. Last John M.. 2001.

Al hablar de Vigilancia AN, hay que considerar algunas declaraciones importantes:

La vigilancia nutricional se extiende más allá del sector salud (a diferencia de la vigilancia en Salud Pública).

Los métodos de vigilancia nutricional, extraen datos de las fuentes más adecuadas disponibles.

La Vigilancia Nutricional puede incluir actividades de práctica de investigaciones especiales pero no son funciones equivalentes.

Aplica al seguimiento de indicadores de problemas nutricionales por deficiencia y por exceso nutricional.

La vigilancia alimentaria-nutricional es un medio para facilitar información al sector salud.

elementos

Los elementos que interactúan entre sí son: el equipo computacional (cuando este disponible), el recurso humano, los datos o información fuente, programas ejecutados por las computadoras, las telecomunicaciones y los procedimientos de políticas y reglas de operación.

Un Sistema de Información realiza cuatro actividades básicas:

Entrada de información: proceso en el cual el sistema toma los datos que requiere.

Almacenamiento de información: pude hacerse por computadora o archivos físicos para conservar la información.

Procesamiento de la información: permite la transformación de los datos fuente en información que puede ser utilizada para la toma de decisiones

Salida de información: es la capacidad del sistema para producir la información procesada o sacar los datos de entrada al exterior.

Los usuarios de los sistemas de información tienen diferente grado de participación dentro de un sistema y son el elemento principal que lo integra, así se puede definir usuarios primarios quienes alimentan el sistema, usuarios indirectos que se benefician de los resultados pero que no interactúan con el sistema, usuarios gerenciales y directivos quienes tienen responsabilidad administrativa y de toma de decisiones con base a la información que produce el sistema.

directrices relativas al establecimiento del SICIAV a nivel nacional.Fao 1998

Esta recomendación fue aprobada por el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CSA) en su reunión anual de abril de 1997, junto con la recomendación adicional de que los gobiernos nacionales participaran plenamente en la elaboración de las directrices sobre el SICIAV.

I. ANTECEDENTES

1. EL PROBLEMA QUE HA DE ABORDARSE

1.1 Magnitud y naturaleza de la Inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad

1. En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se estimó que en los países en desarrollo la subsistencia de unos 840 millones de personas depende de una alimentación que no aporta suficientes calorías. Aproximadamente el 96 por ciento de estas personas expuestas a la inseguridad alimentaria sufren carencias crónicas, y el 4 por ciento padecen déficit temporales de energía causadas por sucesos naturales o de origen humano. Unos 170 millones de niños menores de 5 años, que constituyen el 30 por ciento de la población infantil del mundo en desarrollo, presentan insuficiencia ponderal. Debido principalmente a las dificultades de definición y medición y a la falta de datos, no se conoce con tanta certeza el número de personas que están expuestas a la inseguridad alimentaria a causa de carencias de determinados nutrientes, pero probablemente es mucho mayor. Las estimaciones más fiables de que disponemos indican que unos 250 millones de niños con carencia de vitamina A, más de 800 millones de personas sufren carencia de yodo, mientras que la carencia de hierro y la anemia afectan a más de 2 000 millones de personas. La gran mayoría de las personas expuestas a la inseguridad alimentaria, ya se deba su desnutrición a carencias de energía o de micronutrientes, viven en países en desarrollo con bajos ingresos. Varios millones de personas más viven en unas condiciones que las exponen a diversos grados de riesgo, concepto que en general se comprende bien pero rara vez se cuantifica.

¿Qué se entiende por inseguridad alimentaria y vulnerabilidad?

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus

necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana. La seguridad alimentaria en los hogares es la aplicación de este concepto a nivel familiar, en el que la atención se centra en las personas que componen los hogares.

Para los fines del SICIAV, existe inseguridad alimentaria cuando las personas están desnutridas a causa de la indisponibilidad material de alimentos, su falta de acceso social o económico y/o un consumo insuficiente de alimentos. Las personas expuestas a la inseguridad alimentaria son aquellas cuya ingestión de alimentos está por debajo de sus necesidades calóricas (energéticas) mínimas, así como las que muestran síntomas físicos causados por carencias de energía y de nutrientes como resultado de una alimentación insuficiente o desequilibrada, o de la incapacidad del organismo para utilizar eficazmente los alimentos a causa de una infección o enfermedad. También se podría definir el concepto de inseguridad alimentaria haciendo referencia únicamente a las consecuencias de un consumo insuficiente de alimentos nutritivos, considerando que la utilización fisiológica de los alimentos por el organismo entra en el ámbito de la nutrición y la salud.

La vulnerabilidad se refiere a toda la gama de factores que hacen que las personas queden expuestas a inseguridad alimentaria. El grado de vulnerabilidad de una persona, un hogar o un grupo de personas está determinada por su exposición a los factores de riesgo y su capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas.

1.2 Dimensiones intersectoriales de la inseguridad alimentaria

2. La inseguridad alimentaria es un fenómeno complejo, atribuible a una serie de factores cuya importancia varía entre regiones, países y grupos sociales, así como en el curso del tiempo (Figura 1). Estos factores pueden clasificarse en cuatro grupos que representan cuatro esferas de vulnerabilidad potencial:

Contexto socioeconómico y político

Comportamiento de la economía alimentaria

Prácticas relacionadas con la atención

Salud y saneamiento

3. Para que sus resultados sean satisfactorios, las estrategias orientadas a eliminar la inseguridad alimentaria han de abordar estas causas básicas aunando los esfuerzos de personas que trabajan en diversos sectores como la agricultura, la nutrición, la salud, la educación, el bienestar social, la economía, las obras públicas y el medio ambiente. A nivel nacional, esto significa que es necesario que diferentes ministerios o departamentos combinen sus esfuerzos y conocimientos complementarios para formular y aplicar iniciativas intersectoriales integradas que han de interactuar y coordinarse en el plano de las políticas. A nivel internacional, esto significa que diversos organismos especializados y organizaciones de desarrollo deben colaborar en un esfuerzo común.

1.3 Necesidades de información y limitaciones

4. La Cumbre Mundial sobre la Alimentación decidió reducir en un 50 por ciento como mínimo el número de personas desnutridas en el mundo para el año 2015. Además, estableció los objetivos a largo plazo de erradicar el hambre y garantizar la seguridad alimentaria para todos en el futuro. Si se quiere conseguir estos objetivos, es necesario elaborar y aplicar políticas y programas de acción apropiados que estén expresamente dirigidos a las personas que sufren desnutrición o corren el riesgo de sufrirla. Una medida inicial importante es determinar los grupos vulnerables y expuestos a la inseguridad alimentaria, la prevalencia y el grado de ingestión insuficiente de alimentos y de desnutrición en ellos, y las causas de su inseguridad alimentaria y su vulnerabilidad. Esta información permite vigilar y evaluar su situación, así como formular y valorar, en su caso, posibles políticas e intervenciones.

5. Para que sean eficaces, las políticas dirigidas a promover la seguridad alimentaria requieren una información exacta y oportuna sobre la incidencia, la naturaleza y las causas de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad . Lamentablemente, en muchos países, tanto en desarrollo como desarrollados, falta información de este tipo. En particular, falta una buena información a nivel subnacional y familiar para responder a preguntas decisivas, como las siguientes:

¿Quiénes son las personas expuestas a la inseguridad alimentaria y dónde viven?

¿Cuáles son la naturaleza, la frecuencia y el grado de su inseguridad alimentaria?

¿Cuál es la naturaleza de sus sistemas de subsistencia y qué tipos de limitaciones sufren?

¿Quiénes son las personas vulnerables y dónde viven?

¿Cuál es la naturaleza y el grado de los riesgos a los que se enfrentan?

¿Cuál es la naturaleza de sus estrategias para responder a estos riesgos y en qué medida son eficaces?

6. Esta información tiene una importancia decisiva para que los encargados de tomar decisiones tanto a nivel nacional como local puedan formular políticas y programas eficaces que satisfagan las necesidades reales de las personas expuestas a la inseguridad alimentaria, y para que puedan planear y seleccionar intervenciones eficaces que lleguen realmente a las personas desnutridas y vulnerables. Casi todos los países han establecido servicios estadísticos y sistemas de información que generan y analizan este tipo de información. Sin embargo, muchos de estos sistemas nacionales están actualmente limitados por una serie de factores relacionados entre sí, como por ejemplo:

• La falta de compromiso político a causa de la competencia entre diversas necesidades por la asignación de unos recursos escasos; la dificultad de recibir beneficios inmediatos y tangibles de la inversión en sistemas mejorados de información sobre la seguridad alimentaria; la falta de influencia política de los posibles beneficiarios de la información mejorada sobre la seguridad alimentaria; el carácter delicado de ciertas informaciones sobre la situación de la seguridad alimentaria a nivel nacional o subnacional.

• Las limitaciones institucionales debidas a la ausencia de vínculos intersectoriales e interministeriales eficaces que frustran los intentos de promover un intercambio de tareas e información sobre la recogida de datos; la orientación de la mayor parte de la labor de acopio y análisis de información a fines específicos de la dependencia sectorial o subsectorial encargada de recoger los datos; la dificultad para conseguir un aumento de la eficacia mediante la combinación o racionalización de diferentes sistemas de información; la falta de atención prestada a las cuestiones de

compatibilidad (periodicidad, cobertura espacial, selección de muestras, selección de indicadores y almacenamiento y gestión de datos) que facilitarían su utilización por otros sectores; la falta de intercambio de conocimientos sobre los datos o la información disponibles; la frecuente duplicación de las tareas de acopio y análisis de datos y el desaprovechamiento de los recursos.

• Las limitaciones técnicas derivadas de la falta de personal capacitado para manejar sistemas de información complejos y realizar análisis multisectoriales como los que se requieren para abordar las cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria; la incapacidad de los técnicos para mantenerse al corriente de las mejores prácticas actuales para elaborar y aplicar sistemas de información apropiados para medir y vigilar la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad; la falta de acceso del personal nacional a los nuevos instrumentos electrónicos de análisis.

• Las limitaciones financieras que pueden reducir considerablemente la eficiencia y eficacia del funcionamiento de los sistemas de información, especialmente en lo que respecta al acopio y análisis de datos primarios y otra información a nivel subnacional o familiar. Por consiguiente, puede que las encuestas no se realicen a tiempo o con la frecuencia óptima, que el tamaño de las muestras sea demasiado limitado, que el equipo de medición y análisis esté anticuado, que la divulgación de los resultados se vea obstaculizada, o que la moral del personal sea baja y el movimiento de personal alto.

7. En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se reconocieron estos problemas y se subrayó la importancia de encontrar soluciones prácticas. En el párrafo 4 del Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se llega a la siguiente conclusión: "Es necesario determinar qué poblaciones y zonas están sufriendo más el hambre y la malnutrición, e identificar las causas y adoptar medidas que ayuden a mejorar la situación. La disponibilidad de una fuente de información más completa y de fácil manejo a todos los niveles permitiría realizar esta labor". El SICIAV es la respuesta a ese reto.

2. ESTADO ACTUAL DE LA INFORMACION NACIONAL RELACIONADA CON LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA VULNERABILIDAD

2.1 Sistemas de información habituales

8. Casi todos los países disponen ya de una variedad de servicios estadísticos y sistemas de información que generan y analizan información pertinente para medir y vigilar la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad. Los servicios estadísticos nacionales suelen realizar censos y encuestas periódicos, los ministerios sectoriales, como los de agricultura, salud, comercio, trabajo, industria o medio ambiente, mantienen con frecuencia bases de datos sobre determinados temas que contienen una gran cantidad de información útil.

9. Muchos países han establecido también unidades o sistemas de información para fines específicos, como alertar de la situación, aumentar la eficiencia del mercado, vigilar el estado de la salud y la nutrición, o preparar evaluaciones sobre la situación de la seguridad alimentaria. En muchos países en desarrollo organismos donantes u organizaciones no gubernamentales mantienen sistemas de información análogos, ya sea paralelamente a los sistemas de información financiados por el gobierno o en asociación con éstos. Esas actividades se realizan habitualmente con el fin de vigilar determinados programas o para evaluar la necesidad de ayuda alimentaria y seleccionar a los beneficiarios.

10. Los sistemas nacionales de información pertinentes para el SICIAV actualmente existentes pueden clasificarse en las siete categorías generales que se indican a continuación.

Sistemas de información agrícola. Estos sistemas de información, administrados con frecuencia por el ministerio de agricultura o la oficina nacional de estadística, proporcionan información sobre diversos temas, como por ejemplo las modalidades de producción agrícola y su evolución, el comercio agrícola, los insumos agrícolas, los sistemas de cultivo y la cuantía de los ingresos rurales.

Sistemas de información sobre la salud. Estos sistemas de información, que suelen depender del ministerio de salud, abarcan datos clínicos y otra información del sector sanitario. En muchos casos, estos datos incluyen subconjuntos de datos sobre indicadores de la nutrición obtenidos mediante encuestas nacionales sobre nutrición o sistemas de vigilancia y supervisión a cargo de una dependencia de nutrición cuya sede se encuentra en el ministerio de salud o incluso, en algunos países, en el ministerio de agricultura.

Sistemas de información sobre la tierra, el agua y el clima. Estos sistemas proporcionan información con referencias geográficas sobre topografía, forma del relieve, características de los suelos, clima, zonas agroecológicas, disponibilidad y aprovechamiento del agua, uso de la tierra y cubierta vegetal, tierras de cultivo, idoneidad y productividad de la tierra, tenencia de la tierra, riego, derecho al agua e infraestructura. Esta información, organizada en bases de datos de sistemas de información geográfica (SIG), es útil para examinar algunos de los principales determinantes de la disponibilidad de alimentos.

Sistemas de alerta. El alcance de los sistemas de alerta, que permiten vigilar los indicadores de la producción agrícola durante la campaña agrícola para elaborar oportunamente proyecciones sobre la oferta y la demanda internas de alimentos, puede variar considerablemente. En algunos países sólo cubren las necesidades de información relacionada con la disponibilidad de alimentos básicos, mientras que en otros abarcan un conjunto más amplio de variables, como por ejemplo el acceso a los alimentos. Entre sus resultados pueden incluirse informes del seguimiento de la producción agrícola durante la campaña agrícola, pronósticos sobre la producción agrícola, estimaciones del volumen de las existencias, precios del mercado, necesidades de alimentos, importaciones y exportaciones de alimentos básicos e información sobre los ingresos de los hogares.

Sistemas de información sobre la seguridad alimentaria y la nutrición en los hogares. Estos sistemas se orientan al acopio y análisis de datos a nivel subnacional, por lo general en los distritos, comunidades y hogares. Pueden incluir datos sobre producción de alimentos y cuantía de las existencias, precios de los alimentos, medios de subsistencia e indicadores de la salud y la nutrición. Los sistemas de información sobre la seguridad alimentaria y la nutrición en los hogares requieren una amplia red de recogida de datos primarios y secundarios y a menudo actúan en estrecha colaboración con otros sistemas de información nacionales y subnacionales.

Sistemas de información sobre el mercado. Estos sistemas tienen por objeto aumentar la eficiencia y la transparencia del mercado proporcionando información sobre los precios de los insumos agrícolas y los productos básicos, las oportunidades de comercialización y otra información pertinente para mejorar el funcionamiento de los mercados agrícolas. Los sistemas de información sobre el mercado tienen especial importancia en los países con unos sistemas de comercialización agrícola plenamente

liberalizados, y se están estableciendo en países en transición de una economía controlada a un mercado liberalizado.

Sistemas de evaluación y cartografía de la vulnerabilidad. Estos sistemas producen informes en los que se describen y analizan los factores de riesgo a los que están expuestos los grupos vulnerables de la población. Por lo general hacen amplio uso de los sistemas de información geográfica para analizar y simplificar la presentación de conjuntos de información y relaciones a menudo complejos.

2.2 Variaciones entre países

12. Se han establecido ya o se están estableciendo en todo el mundo un gran número de sistemas nacionales de información de diversos tipos, que presentan amplias diferencias entre países. Las variaciones están relacionadas con el número de sistemas establecidos y su contenido, el grado en que están integrados, su cobertura geográfica, los indicadores y técnicas analíticas utilizados, la calidad y fiabilidad de la información producida, y su sostenibilidad institucional. Las diferencias relativas a disponibilidad de recursos financieros, el acceso a la tecnología más reciente, los conocimientos técnicos de las personas encargadas de su funcionamiento y gestión diarios, y la solidez de las estructuras institucionales de apoyo pueden afectar a los resultados. Los componentes de muchos sistemas nacionales se financian y administran como proyectos supeditados a menudo a la asistencia financiera y técnica externa.

13. La amplia diversidad en el desarrollo de los sistemas de información entre países tiene varias repercusiones importantes. En primer lugar, la necesidad de consolidación no es igual para todos los sistemas nacionales. En segundo lugar, los ámbitos en los que se necesita ayuda no son los mismos en todos los países. En tercer lugar, pueden extraerse muchas enseñanzas de la experiencia de los países donde estos sistemas de información funcionan mejor, y estos países pueden desempeñar una función importante transfiriendo las prácticas idóneas a los países que necesitan asistencia. Por último, puede que no haya una única fórmula para fortalecer los sistemas nacionales de información sobre la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad. Cada caso

debe examinarse por separado para determinar sus objetivos peculiares, sus limitaciones particulares y sus necesidades específicas.

II. PRINCIPIOS

3. METAS , OBJETIVOS Y PRINCIPIOS OPERATIVOS DEL SICIAV A NIVEL NACIONAL

14. Aunque muchos países han establecido ya sistemas de información que proporcionan información relacionada con el SICIAV a nivel nacional, en muchos otros todavía falta información recogida a nivel local que influye directamente en la situación de los hogares y personas vulnerables y expuestos a la inseguridad alimentaria. Para intensificar los esfuerzos en este ámbito, en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se pide que se establezcan y se sigan elaborando sistemas de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad a nivel nacional y mundial.

Compromisos de la Cumbre relacionados con el establecimiento de sistemas de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad

En el párr. 20(a) del Compromiso Segundo se estipula que "los gobiernos, en colaboración con todos los actores de la sociedad civil, según proceda, habrán de desarrollar y actualizar periódicamente, según sea necesario, un sistema nacional de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad que indique las zonas y poblaciones, inclusive a nivel local, que padezcan o se hallen en riesgo de padecer hambre y malnutrición y los elementos que contribuyan a la inseguridad alimentaria, utilizando al máximo los datos y otros sistemas de información existentes a fin de evitar la duplicación de esfuerzos".

En el párr. 59(b) del Compromiso Séptimo se declara que "los gobiernos, cooperando entre sí y con las instituciones nacionales y utilizando la información disponible sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, con la inclusión de la cartografía, habrán de alentar a los organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas a que inicien, entre otras cosas en el marco del CAC, consultas encaminadas a seguir elaborando y definiendo un sistema de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, que habrá de desarrollarse de manera coordinada. Los Estados Miembros y sus instituciones y otras organizaciones, según proceda, habrán de participar en el desarrollo, funcionamiento y utilización del sistema..."

3.1 Metas, fines y objetivos

15. A nivel nacional, unos sistemas de información sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad reforzados y más integrados proporcionarán información mejor y más actualizada a los encargados de formular políticas y a los miembros de la sociedad civil interesados en los problemas de la seguridad alimentaria en su país a todos los niveles, y facilitarán la evaluación de las opciones relativas a las políticas y los

programas para mejorar la situación. También se pedirá ocasionalmente a los sistemas nacionales que proporcionen información que permita a la comunidad internacional vigilar y orientar los progresos realizados en la consecución de los objetivos generales establecidos en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación.

¿En qué consiste un sistema de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad ? FAO 1998

Un sistema de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad es todo sistema o red de sistemas que reúne, analiza y difunde información sobre las personas que padecen inseguridad alimentaria o corren el riesgo de padecerla: quiénes son, dónde viven y a qué se debe su inseguridad alimentaria o su vulnerabilidad . En las negociaciones de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se adoptó este nombre a partir de una propuesta original presentada por varios países latinoamericanos en la que pedía que se utilizaran la expresión y el concepto de "mapas del hambre", mucho más evocadores pero políticamente delicados y algo ambiguos. Cabe señalar que los negociadores decidieron deliberadamente dejar en minúsculas este término, precisamente para evitar dar la impresión de que se estaba creando un sistema nuevo y rígido.

¿En qué consiste la iniciativa del SICIAV? Fao 1998

El SICIAV es un marco en el cual pueden llevarse a cabo una amplia variedad de actividades, tanto a nivel nacional como internacional, con miras a mejorar la información para alcanzar los objetivos de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. A nivel nacional, se aplica a través de una red de sistemas de información que reúnen y analizan los datos pertinentes para medir y vigilar la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad y que, en su conjunto, pueden denominarse SICIAV nacional. A nivel internacional, se aplica a través de un programa de actividades, que en general se denomina SICIAV mundial. La idea en que se basa el SICIAV es que una información más precisa permitirá obtener mejores resultados en los intentos de reducir el número de personas desnutridas y conseguir la seguridad alimentaria para todos. La sigla FIVIMS en inglés (SICIAV en español y francés) se refiere al marco general y a los conceptos e ideas asociados con él, y no a un determinado sistema o a una determinada red de sistemas.

¿Deben llamarse SICIAV los sistemas nacionales de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad?

La respuesta a esta pregunta es por supuesto negativa. Mientras los sistemas nacionales de información desempeñen la función que les corresponde en la lucha contra la inseguridad alimentaria y la malnutrición, pueden llamarse como consideren oportuno los órganos decisorios. Sin embargo, en el contexto de los compromisos de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, las dependencias orgánicas existentes en los países que desempeñan las funciones del SICIAV deberían seguir denominándose puntos focales del SICIAV.

16. La meta del SICIAV nacional es contribuir a la reducción de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad .

17. Los fines del SICIAV nacional son facilitar el acceso de los diferentes grupos de usuarios a una información más amplia, actualizada y fácil de interpretar, para favorecer la formulación de políticas sobre seguridad alimentaria , mejorar la concepción y la orientación de las intervenciones destinadas a reducir la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad y facilitar el seguimiento de los progresos realizados en la consecución de esos objetivos, proporcionando una información específica y precisa sobre la naturaleza y la magnitud de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, las causas básicas y los cambios que se producen en el curso del tiempo.

18. Los objetivos inmediatos del SICIAV son los siguientes:

aumentar la atención que se presta a nivel nacional e internacional a las cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria, de manera que se les asigne mayor prioridad en la formulación de políticas;

mejorar la fiabilidad, la oportunidad y el nivel cualitativo y cuantitativo de los datos y análisis nacionales y subnacionales relacionados con la seguridad alimentaria;

facilitar los análisis multisectoriales mediante una mejor integración de los componentes complementarios de la información;

promover una mejor utilización de la información mediante un mejor conocimiento de las necesidades de los usuarios y una difusión más eficaz;

mejorar el acceso de los usuarios a la información mediante el establecimiento de redes y el intercambio.

3.2 Principios rectores de la aplicación del SICIAV a nivel nacional

19. El presente enfoque para fortalecer y consolidar los SICIAV nacionales se basa en ocho principios que pueden resumirse como sigue:

Reconocer que las necesidades difieren entre países. Los SICIAV nacionales operan en entornos biofísicos, sociales, económicos y políticos diferentes y tienen finalidades, virtudes y defectos diferentes. No es posible aplicar un único enfoque o conjunto de prácticas idóneas. Por el contrario, será necesario determinar las prácticas idóneas, aplicándolas selectivamente y adaptándolas a las necesidades específicas de los países.

Determinar y satisfacer las necesidades de información de los usuarios. Para asegurar su sostenibilidad, el SICIAV deberá construirse en función de la demanda. Los tipos de información, métodos de análisis y variedad de productos deberán corresponder a las prioridades de los principales grupos de usuarios. La determinación de los usuarios

y la identificación de sus necesidades prioritarias por medio del diálogo es el punto de partida para la aplicación del sistema.

Basarse en los sistemas de información existentes y evitar/reducir la duplicación. Casi todos los países han invertido en el establecimiento de una variedad de sistemas de información que están produciendo ya datos útiles. La iniciativa del SICIAV no implica la introducción de una actividad totalmente nueva, sino más bien la consolidación y el fortalecimiento de los esfuerzos en curso.

Aplicar de manera gradual. Con frecuencia el sistema más eficaz es introducir las mejoras en orden sucesivo, en función de las prioridades y los recursos nacionales y teniendo en cuenta la experiencia adquirida a lo largo del proceso.

Integrar el análisis a nivel de hogares y la información desglosada por sexos en la formulación de políticas a nivel nacional y subnacional. Datos recientes sobre la situación en diversos países demuestran de modo convincente la considerable influencia que tienen a nivel de hogares los factores relacionados con las diferencias por razón de sexo sobre la nutrición de los principales grupos vulnerables. Una buena información a este nivel puede requerir nuevos enfoques y recursos adicionales, pero la mejora de la adopción de decisiones podría producir beneficios elevados.

Promover la sostenibilidad institucional. La capacidad para valerse por sí mismos es decisiva para el éxito del fortalecimiento de los SICIAV nacionales. La dependencia respecto de la asistencia financiera y técnica externa ha de reducirse al mínimo. Es imprescindible consolidar el compromiso político con el fin de asegurar que estén disponibles los recursos necesarios para el esfuerzo y que se produzca una integración intersectorial.

Promover la eficacia en función de los costos. Deberá darse prioridad a las actividades encaminadas a hacer que los sistemas de información existentes sean más eficientes, a determinar y promover las posibles complementariedades entre ellos y a eliminar la duplicación de servicios y actividades.

Utilizar de modo apropiado las nuevas tecnologías. Están disponibles nuevas tecnologías informáticas que pueden mejorar considerablemente la eficiencia del análisis y la eficacia de la comunicación de los resultados. Cada país deberá examinar cuidadosamente las nuevas tecnologías y seleccionar las que permitan mejorar la eficiencia operacional y alcanzar los objetivos nacionales dentro de los límites de sus recursos.

4. BENEFICIOS PREVISTOS Y PRINCIPALES USUARIOS

4.1 Beneficios previstos20. Se prevé que la iniciativa del SICIAV, al favorecer el desarrollo de las actividades de los sistemas nacionales de información y aumentar la conciencia de los encargados de formular políticas y otros miembros de la sociedad civil

interesados acerca de la difícil situación de la población vulnerable y expuesta a la inseguridad alimentaria, generará los beneficios inmediatos siguientes:

mejora de la formulación de políticas;

mejora de la administración de programas;

formulación y orientación más eficaces de las intervenciones;

diálogo intersectorial e institucional más eficaz.

21. En diversos países, la mejora de la información se ha traducido ya en la introducción de una nueva legislación y en la formulación de programas concretos orientados a los grupos de la población vulnerables y expuestos a inseguridad alimentaria. Se prevé que estas decisiones en materia de políticas darán como resultado una reducción general de los problemas concretos asociados con la desnutrición, como se muestra en los ejemplos de Eritrea y Zambia que se presentan en este capítulo.

4.2 Principales grupos de usuarios

22. La información y los informes obtenidos a través de los SICIAV nacionales serán de utilidad para diversos grupos de la población en diversos sectores de la sociedad. Entre los principales grupos de usuarios podrían incluirse los siguientes:

• Encargados de formular políticas y sus asesores en el gobierno (nivel nacional), que pueden asignar fondos y servicios directos a las personas vulnerables y expuestas a la inseguridad alimentaria: la Oficina del Presidente o del Primer Ministro (especialmente si ya tienen allí su sede de las dependencias que se ocupan de la seguridad alimentaria) ministerios de finanzas y planificación y ministerios sectoriales de agricultura, medio ambiente, pesca, silvicultura, salud y tierras;

• Funcionarios y personal técnico del gobierno a nivel nacional y subnacional (provincias y distritos), que participan directamente en la investigación, planificación, intervenciones o vigilancia de la seguridad alimentaria y la nutrición;

• Autoridades de los gobiernos locales, que se ocupan de la administración diaria de las intervenciones en materia de seguridad alimentaria y nutrición;

• Sociedad civil, en concreto los miembros de ésta (organizaciones no gubernamentales y comunitarias) que están empeñados en abordar los problemas de la inseguridad alimentaria dentro de sus países, y otros actores del sector privado que prestan servicios a los productores y consumidores de alimentos;

• La comunidad de donantes, incluidos los organismos de las Naciones Unidas, donantes bilaterales y ONG internacionales que se ocupan de cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición a nivel nacional e internacional;

• Investigadores, incluidos académicos de universidades locales e internacionales e institutos de investigación, estadísticos de la oficina nacional de estadística y otras personas interesadas en las cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición;

• Instituciones de capacitación, en particular las que se ocupan de impartir capacitación interdisciplinaria en la administración de sistemas de información sobre inseguridad alimentaria y vulnerabilidad para personas que ya están especializadas en disciplinas como estadística, meteorología, geografía, cartografía, economía agraria, sociología y nutrición.

5. PRODUCTOS

5.1 Productos informativos habituales 23. Cada país es único en su género en lo que respecta a la naturaleza de sus problemas de seguridad alimentaria, y por consiguiente es necesario que los productos de la información aborden dichos problemas . Dado que el objetivo principal de un SICIAV nacional es ayudar a los encargados de adoptar decisiones a nivel nacional y local, debe proporcionar productos que respondan en primer lugar a las necesidades prioritarias determinadas por las circunstancias concretas de ese país. Por consiguiente, los datos que reúna un SICIAV nacional, los objetivos y métodos de análisis y los productos que elabore y difunda dependerán en última instancia de quién utilizará los productos y para qué fines concretos. Aunque el contenido de estos productos está determinado por las necesidades de los usuarios, a continuación se describen algunos productos habituales.

Información básica

24. Con el fin de proporcionar una orientación inicial para programar actividades nacionales y establecer puntos de referencia para vigilar los progresos realizados en la consecución de los objetivos de la Cumbre, es necesaria una evaluación inicial de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad en el país.

25. Puede que en muchos países se realizara ya y se notificara en los documentos publicados como preparación para la Cumbre Mundial sobre la Alimentación o inmediatamente después de ésta una evaluación actualizada de la situación de la seguridad alimentaria. No es necesario repetir ese trabajo. En otros países, estará ya disponible gran parte de la información básica necesaria, bien sea en recientes informes de evaluación, bien sea en las bases de datos existentes y en los informes sobre encuestas con fines especiales que están todavía en curso. Sin embargo, será normalmente necesario un informe de información básica del SICIAV en el que se resuma esa información. Esta información podrá recogerse y presentarse en forma de cuadros, cartas y mapas resumidos, y no deberá requerir la redacción de informes académicos o excesivamente largos. Por lo general será necesario actualizar los informes de información básica al menos una vez cada 10 años, si no con mayor frecuencia.

Informes de vigilancia y evaluaciones de la situación

26. En los informes de vigilancia se interpretan los indicadores principales que utilizan sistemáticamente los diversos sistemas nacionales y subnacionales de acopio de datos con diversos fines. Los informes de vigilancia tienen por objeto señalar movimientos negativos en las tendencias a medio plazo o advertir de perturbaciones inminentes en el sistema alimentario a nivel nacional o subnacional. Los informes que contienen la evaluación más reciente de la situación deberán distribuirse de ordinario a intervalos periódicos que se ajusten a las necesidades de los usuarios en el país y a cualesquiera necesidades de presentación de informes que puediera determinar el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CSA) en consonancia con los compromisos de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación.

27. La frecuencia de la recogida de datos y la presentación de informes está determinada en parte por el costo y por las necesidades de los usuarios. Por lo general son necesarios informes de vigilancia y evaluaciones de la situación a intervalos periódicos, una vez al año como mínimo y más frecuentemente si se trata de informes de alerta. Los datos cuya recogida es más difícil y más costosa podrán actualizarse con menor frecuencia. Deberá establecerse un calendario para la actualización periódica de estos tipos de datos costosos, pudiendo prepararse al mismo tiempo, tal vez cada tres o cinco años, evaluaciones detalladas que abarquen otros datos además de los indicadores de vigilancia. Las evaluaciones detalladas de la situación darán probablemente una idea más completa de los cambios registrados en las causas básicas de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad que los informes anuales de vigilancia. Estas evaluaciones periódicas detalladas podrán servir en ocasiones para actualizar la información básica por la que se miden los progresos realizados y, cuando proceda, para establecer nuevos puntos de referencia que se utilizarán en futuras actividades de vigilancia.

Evaluaciones de políticas y programas y estudios de viabilidad

28. Los estudios de evaluación permiten evaluar a posteriori los efectos de las políticas y programas sobre la reducción de la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, mientras que los estudios de viabilidad proporcionan estimaciones a priori de los costos y beneficios futuros asociados con políticas e intervenciones alternativas. Dichos estudios proporcionan una información que es fundamental para asegurar el uso más eficiente posible de unos recursos públicos escasos en la programación de la seguridad alimentaria. A nivel subnacional, por ejemplo, los resultados de esos estudios pueden orientar la formulación de programas participativos de acción comunitaria. A nivel nacional, la información puede facilitar la formulación o reorientación de los programas de asistencia alimentaria (a corto plazo) y las políticas y programas nacionales más amplios de seguridad alimentaria (a más largo plazo). Tanto a nivel local como nacional, la información de estos estudios es decisiva cuando hay que formular peticiones de asistencia externa. A nivel mundial, la información de los estudios de políticas puede servir de guía para la programación de inversiones, asistencia técnica y ayuda

alimentaria internacional. Estos estudios se prepararán, por lo general, cuando surja la necesidad.

5.2 Técnicas cartográficas y sistemas de información geográfica (SIG)

29. Los progresos realizados en la tecnología informática han hecho posible la utilización de técnicas cartográficas, en particular SIG, para analizar y presentar una información compleja sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad de un modo que facilita enormemente su comprensión y la adopción de decisiones. Los mapas elaborados a partir de datos georreferenciados pueden proporcionar una información visual fácil de entender sobre los emplazamientos de los grupos de la población y de las zonas geográficas vulnerables y expuestos a la inseguridad alimentaria. Una vez que se han cartografiado esos emplazamientos es posible superponer en estos mapas básicos una gran variedad de otros datos pertinentes para comprender y vigilar el estado nutricional y alimentario de la población vulnerable. Estas técnicas permiten transmitir una gran cantidad de información de forma sencilla, y pueden utilizarse también como instrumento analítico. Actualmente están disponibles diversos instrumentos de SIG fáciles de usar en computadoras personales asequibles. La inversión en equipo y programas informáticos apropiados, y la capacitación de técnicos nacionales en su utilización, serán componentes esenciales de un SICIAV nacional moderno y eficaz

5.3 Importancia decisiva de una difusión eficaz de los productos

30. La información por sí sola no tiene valor alguno a menos que llegue a quienes la necesitan, que pueda comprenderse fácilmente y que se utilice de modo efectivo. Los sistemas nacionales de información deben elaborar planes de difusión y enfoques que aseguren el cumplimiento de estos requisitos. Un punto de partida es una evaluación de las necesidades de los usuarios para cerciorarse de que se han identificado correctamente las necesidades reales de información de los encargados de tomar decisiones. La participación de éstos en las etapas preliminares de la planificación de diversos tipos de encuestas será también útil para que realicen aportaciones y consideren suyos los resultados finales. Por consiguiente los informes deberán prepararse teniendo presentes las necesidades, los intereses y las perspectivas específicos de unos usuarios perfectamente seleccionados. Unos informes largos que contengan una gran cantidad de datos e información y abarquen una variedad de temas son menos eficaces para la mayor parte de los usuarios que unos informes más breves sobre temas concretos que tengan en cuenta los intereses específicos de un determinado tipo de usuario.

También tiene una importancia decisiva el modo en que se presenta la información. Los análisis de los datos deberán ser totalmente transparentes y fáciles de comprender. Los resultados deberán presentarse de un modo que resulte atractivo y que permita sacar conclusiones fácilmente. Con este fin, deberán utilizarse en la mayor medida posible gráficos y mapas bien preparados y atractivos que presenten modelos y relaciones complejas de una manera que pueda ser comprendida rápidamente por los encargados de formular políticas. Según la capacidad tecnológica del país, podrán

utilizarse otros medios distintos de los documentos impresos, como por ejemplo la radio, carteles, reuniones locales y redes de computadoras, para transmitir la información y los informes preparados por el SICIAV nacional. Los talleres en los que se presentan y se debaten los resultados con subconjuntos de usuarios pueden ser un medio sumamente eficaz para ayudar a los órganos decisorios a interpretar y asumir los resultados y sus consecuencias para las políticas.

BIBLIOGRAFIAOGRAFÍ

1998 [serie en Internet]. [citado Sep 2001].

2003; 81(7):539-45.

2012]. Disponible en: http://www.unfpa.un.hn/notiinfpa/ene/cap1.htm

Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M. London: The Stationery Office, 1998.

Acheson D. Report of the committee of inquiry into the future development of the public health functions and community Medicine. Londres: HMSO. 1988.

AHMED OBAID T. Acuerdos mundiales sobre derechos humanos, medio ambiente, desarrollo, salud reproductiva e igualdad de género. El Estado de la Población Mundial 2001. Población y Cambios del Medio Ambiente. New York: FNUAP;2001.

ALDEREGUÍA HENRÍQUEZ J, NÚÑEZ JOVER J, FERNÁNDEZ FELIPE R. Salud, mujer y desarrollo. Enfoque epidemiológico de riesgo y estado de salud de la población femenina. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;1995.

ALMAGUER L. Categorización y constancia de género en niños de siete a nueve años de la escuela primaria Mártires del Corinthia. [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública;1997.

Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James SA, Kawachi I. Soc Sci Med. 2004 Oct;59(7):1339-53.

Altimir, O.; La dimensión de la pobreza en América Latina, Cuadernos de la CEPAL, Chile, 1979.

Álvarez Dardet C. ¿Qué es lo novedoso en la nueva salud pública? Formación Médica Continuada, 1994;46(1067):39-42.

ÁLVAREZ M. Género Salud y Cotidianidad [prólogo]. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.

ÁLVAREZ M. La familia cubana, cambios, actualidad y retos. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas;1996.

ÁLVAREZ M. Mujer y Poder en Cuba. Revista Temas. 1998;(14):113-25.

Álvarez-Dardet C. Proyecto Docente-Investigador. Alicante: Universidad de Alicante; 2001. p. 13.

AMARO CANO M DEL C. Género e Iniquidades desde la perspectiva de la Bioética.Boletín de la Red Cubana de Género y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 2003;2(1):1-3.

Anand S. The concern for equity in health. In Anand S, Peter F, Sen A (eds). Public health, ethics and equity. Oxford: Oxford UP, 2004.

ARES MUZIO P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica;2000.

ARTILES DE LEÓN I. Violencia y sexualidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica;1998.

ARTILES L. Consideraciones epidemiológicas y psicológicas: impacto de los procesos sociales en el climaterio. Menopausia y longevidad. Santiago de Chile: Editorial Baywaters;1998.

ARTILES VISBAL L. La contribución de los roles de género en la determinación del síndrome climatérico [tesis]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001.

Artiles Visbal L. Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. En: Género: Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 2000.

Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson, S. A. 1993

Asthon J, Seymour H. La nueva salud pública. Londres: Masson; 1988. p. 7

Bambas A, Casas JA. Assesing equity in health: conceptual criteria. En: PAHO. Equtiy & health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, D.C.: PAHO; 2001. (Occasional Publication No. 8).

Banco Mundial. Informe sobre Desarrollo Mundial, 1990: la pobreza. Washington, DC, 1990.

Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza. BM, Mundi- prensa, Madrid, 2001.

Beccaria, L.; "Enfoques sobre la medición de la pobreza" documento de trabajo, CIDES, Bs. As., 1994.

BENGELSDORF C. Terreno en debate: la mujer en Cuba. Un ensayo bibliográfico.

Braveman P. & Gruskin S. Defining equity in health. Journal of Epidemiology and Community Health; 57:254-258, 2003

Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and-middle income countries. Geneva: WHO;1998 (Doc. WHO/CHS/HSS/98.1).

BRAVERAN P, GRUSKIN S. Poverty, equity, human rigths and health. Bull WHO.

BREILH J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología.

Breilh J. Nuevos paradigmas en salud pública. En: Programa de Naciones Unidas para el Ambiente/OPS/ Reunión internacional. Un enfoque de ecosis- temas para la salud humana: enfermedades trasmisibles y emergentes. Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Fiocruz;1999.

Cabrera G. Teorías y modelos de la salud pública en el siglo XX. Colomb Méd. 2004;35(3).

CANER ROMÁN A. Mujeres cubanas: el largo camino hacia la libertad. Narrative femminili cubane tra mito e realtá. Comitato per le pari opportunitá. Materiali e studi. Venezia: Universitá Ca' Foscari;2003.

Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI; 1978.

CARAM T. Mujer cubana y participación social: un estudio sobre el empoderamiento femenino en Cuba [tesis]. La Habana: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales. Programa Cuba;2000.

CASTAÑEDA ABASCAL I, SEGURA SARDIÑAS O, PÉREZ PIÑERO J. Construcción de un indicador sintético para medir diferencias de género en la etapa media y tardía de la adolescencia. Temas de Actualización en Salud Pública [CD-ROM]. La Habana: MINSAP, ENSAP; 2004.

CASTAÑEDA ABASCAL L, SOLÍS SOLÍS S. Desigualdades atribuibles al género en cirujanos(as) de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2002;2(28):112-48.

CASTAÑEDA ABASCAL L. Algunas reflexiones sobre género. Rev Cubana Salud

Castel, R.; Las metamorfosis de la cuestión social. Una cronología del salario, Paidos, México, 1998.

CASTRO RUZ F. Discurso en la Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social.

Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. La Habana: Editorial Caguayo; 2000.

CEPAL. Estadísticas de Género. Actualizado en Noviembre 2003. Naciones Unidas [serie en Internet]. [citada Enero 2004]. Disponible en: http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfilesdefault/htm

CEPAL. Focalización y Pobreza. Cuadernos de la CEPAL Nº 71. Publicación de las Naciones Unidas. LC/ G.1829-P. Santiago de Chile, 1995.

Chadwick E. The sanitary condition of the Labouring population of Great Britain. 1842. Edimburgo: Edinburgh University Press;1965.

Chile: ISIS 1997(24).

CIEPP Miño y Dávila, Buenos Aires, 2004.

COLECTIVO DE AUTORES. La investigación en salud sexual y reproductiva.Propuestas metodológicas y experiencias. La Habana: Publicaciones Azucareras;2004.

Colombia: Colombia: Tercer Mundo;1999.

Comelles J. La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revisiones en salud pública 1993;3:171-179.

Copenhague, Marzo, 1995. Por un mundo de paz, justicia y dignidad. Discursos en conferencias cumbres 1991-1996. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado;1996.

DANUAY G. La mujer de edad avanzada. Urgencia de cambios para el desarrollo social. Ciudad de La Habana: Centro Iberoamericano de la Tercera Edad;1997.

DE BEAUVIOUR S. El segundo sexo. México,D.F.: Editorial Patria;1990.

De la Torre E , López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública;2004.

DE SOUZA MC. A violencia como desafio a saúde pública. Rio de Janeiro: Escola

Derek Wanless. Report to the Prime Minister, the Chancellor and the Secretary of State for Health, February 2004

Derrida J. Citado por: Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina, Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 34.

Di Lino, F. Oferta y demanda de petróleo. Bol. Inf. Techint 1999, 298.

Díaz E. Género y Poder en Cuba. La Habana: Universidad de La Habana;1997.

DÍAZ E. Socialismo cubano: los ajustes y las paradojas. La Habana: FLACSO;1995.

DÍAZ E. Turismo y prostitución en Cuba. La Habana: FLACSO;1997.

Duarte et alli Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Publica. 2006; 19(4): 236-243.

Durning, A.; “Hambre, desnutrición y hambrunas” en Wright B. Y Nebel B.; Ciencias Ambientales, Pearson, México, 1999, Pág. 202.

El Foro de La Haya y el Consenso del Cairo [serie en Internet]. [citado Feb

ENGELS F, MARX C. Sagrada familia y otros escritos filosóficos de la primera época. México,D.F.: Grijalbo;1958.

Erio Ziglio, Rogerio Barbosa, Yves Charpak, Steve Turner. Public Health Case Studies, No. 1. WHO Regional Office for Europe 2003.

ESCALANTE HERRERA AC. Las relaciones entre mujeres y el poder en el gran caribe.

Escurra, A.; ¿Qué es el neoliberalismo? Evolución y límite de un modelo excluyente, Lugar Ed., Bs. As., 1998.

España: Gaceta Sanitaria. 2000;14 (2):146-55.

ESPÍN V. La mujer en Cuba: Historia. La Habana: Editorial de la Mujer;1990.

FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo.

FAO. Women in Development Services, Women and Population Division.

Feijoo, M. C. Nuevo país, nueva pobreza. FCE (colecc. popular), Bs As, 2001.

Fernández, L. y Almada Taravella, S. Pobreza e inflación. Universidad Nacional de Córdoba.

FHI. Las barreras médicas suelen ser necesarias. Netwok en Español. 2002;21(3):4- 6.

Fisher, G. M. Poverty Measurement Working Papers. The Development of the Orshansky Poverty Thres- holds and Their Subsequent History as the Official U. S. Poverty Measure. Internet, mayo 1992.

FNUAP Anuario Estadístico de Salud. La Habana:; 2004.

FNUD. Informe Anual. Washington:; 2002.

Foucault M. Las palabras y las cosas. México: Siglo XXI; 1978.

Franco A. La salud pública: ciencia en construcción. Rev Fac Nac Salud Pública. 2000;17(2):41-57.

Franco A. Los temas de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 2002;20(1):5-7.

FRANCO G., Álvaro. Tendencias y teorías en salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006, vol.24, n.2, pp. 119-130 .

FRANCO S. El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violecia en

Frenk J. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica.; 1994.

Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. En: Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica; México; 1994. p. 7.

Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996

Gallino, I. diccionario de Sociología. Siglo XXI, Madrid, 1995.

García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educ Méd Salud. 17(4);1983;363-397.

GARCÍA QUIÑONES R, ALFONSO LEÓN AC. Disimilitudes en las actitudes y conductas de las cubanas frente a los factores de riesgo para la salud [CD- ROM]. La

Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana;2004.

Gender sensitive indicator: a key tool for gendermainstreaming, June 2001[serie en Internet]. [citada Enero 2004]. Disponible en: http://www.fao.org/sd/2001/PEO602a_en.htm

GIDDENS A. Estructuras de Poder. Sociología. Cultura, individuo e interacción social. Madrid: Alianza Editorial;1997.

GIDDENS A. Género y sexualidad. Sociología. Cultura, individuo e interacción social. Madrid: Alianza;1997.

Glosario. En: Evans T, editor. Desafio a la falta de equidad en la salud; de la ética a la acción. Washington D.C.: Fundación Rockfeller, OPS;2002.p.365-70.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE CUBA. La Habana:Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. Gaceta Oficial de la República de Cuba [serie en Internet]. [consultado Mar 2013]. Disponible en: http://www.ain.cubaweb.cu/mujer/beijing.htm

GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE CUBA.Seminario Nacional de Evaluación y Difusión: Las cubanas de Beijing al 2000.

Graham H, Kelly MP. London: National Health Service Health Development Agency. 2004.

GRAN ÁLVAREZ M. Interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública;2004 [serie en Internet]. [citado Abr 2005]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=1148

Guimaraes, R, “Sustentabilidad Territorial”, GADU, Mar del Plata, 2000.

Habana: Editorial Científico-Técnica;2000.

HARTIGAN P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Género, equidad y salud. Washington: OPS/OMS;2001 (publicación ocasional No. 7).

HASSELHAN M. Ocupational health for health workers. Estocolmo: Instituto de Karolinska;1999.

HELMAN CG. Culture, Health and Illness. Gender and reproduction. Oxford: Planta Tree; 2000:108.

HERRERA G. Los dilemas de la diferencia. Revista Iconos. 1999 (6):1-122.

Ilich I. Medical Nemesis. The expropiation of health. Londres: Health Education Council; 1970.

Imaz, J. L. de. Los hundidos. Evaluación de la población marginal. La Bastilla, Bs As, 1974.

INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Pobla- cionales, Área de Información Derivada. Diciembre 2002.

INDEC. Acerca del método utilizado para la medición de la pobreza en Argentina. Documento prepara- do por la Dirección Nacional de Encuesta de Hogares. 2001.

INDEC. Anuario estadístico de la R. Argentina 1995. INDEC, Bs As, 1995.

INDEC. Anuario Estadístico de la Republica Argentina 2001, INDEC, Bs. As., Argentina, 2001, Págs. 59 a 61.

INDEC. Capacidad Económica de los Hogares. Ajuste de los Años de Educación y de la Condición de Percepción Utilizando un Modelo Integrado. Desarrollo de Nuevas Metodologías para el Estudio de la Pobreza con Datos Censales. Silvia Mario con la coordinación de Alicia Gómez. Serie Pobreza - DT. Nº

INDEC. El estudio de la pobreza según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001. El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Serie Pobreza - DT. Nº 61 (versión preliminar sujeta a revisión). Elaborado por Gustavo Álvarez, Alicia Gómez, Ariel Lucarini, Silvia Mario y Fernanda Ol- mos integrantes del equipo de Desarrollo de Nuevas Metodologías para la Medición de Pobreza con Datos Censales bajo la dirección de Gladys Massé y Alejandro Giusti. INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Área de Información Deri- vada. Diciembre 2002.

INDEC. Indicador de Capacidad Económica de los hogares. El Estudio de la Pobreza según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001. El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Desarrollo de Nuevas Metodologías para el Estudio de la Pobreza con Datos Censales. Gustavo Álvarez, Alicia Gómez, Ariel Lucarini, Silvia Mario y Fernanda Olmos integrantes del Equipo de Desa- rrollo de Nuevas Metodologías para la Medición de Pobreza con Datos Censales bajo la dirección de Gladys Massé y Alejandro Giusti. Serie Pobreza - DT Nº 61 INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Área de Información Derivada. Versión preliminar sujeta a revisión.

INDEC. La pobreza en la Argentina, INDEC, Buenos Aires, 1984, Pág. 9.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES El Enfoque de género en la producción de estadísticas sobre familias, hogares y viviendas en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información. México,D.F.:;2003.

Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”;¿Cómo se define la identidad de género?. La Habana: 1995.

Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Pública 2002;12(2):18-136.

Jeanette Vega and Alec Irwin, Bulletin of the World Health Organization, July 2004 82 (7)

KAUFMAN M. Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres.

Kawachi I, Daniels N, Robinson DE. Health Affairs, Vol 24, Issue 2, 343-352.

Kerlinger F. Behavioral research: a conceptual approach. Nueva York: Holt, Rinehart & Wiston; 1979.

Kliksberg, B., Pobreza. Un tema impostergable, CEPAL, México, 1998, Pág. 7, 8, 17.

Krieger N, Davey Smith G. Epidemiol Rev 2004;26:92-103.

Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol. Community Health 2001;55:693-700.

Krieger, N (2002) Glosario de Epidemiología Social, Rev Panam Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington May/June 2002

Kuhn TS. The structure of scientific revolution. Chicago: Chicago University Press; 1970

LAGARDE M. Género e identidades. Metodología del trabajo con mujeres. México, D.F.: UNICEF;1994.

Lalonde M. A new perspective on the health on Ca- londe Canadians. Minister of supply on services. Ottawa: Government of Canada; 1974. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. EUR/RC 3018. Rev1 WHO. Copenhague: La Organización; 1991

LAMAS M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. Cuerpo: Diferencia sexual y género. México,D.F.: Editora Tauros; 2002.

Last John M. Dictionary of epidemiology, fourth edition. 2001.

Lee Jong-wook, WHO Director-General, Lancet 2005; 365:1005-1006

LEGATO M. The impact of gender of health. International Women´s Health [serie en Internet]. [citado 28 Sep 2012]. Disponible en: httl://www-personal.iuowa.edu/(denegke/gender.html

Lo Vuolo, R., Barbeito, A.; Pautassi, L.; Rodríguez, C., La Pobreza… de la Política contra la Pobreza.

López C. La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(1).

López Pardo C M.. Estado de salud y su relación con los determinantes: procedimientos de análisis. Rev Cubana Salud Pública. 2007.

M.G. Marmot, Bulletin of the World Health Organization, May 2004 82 (5)

Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Lancet 2003; 362: 1409-1414

Marmot MG. Journal of Epidemiology and Community Health 2004;58:262-263.

Mckeown T. The roll of Medicine. Dream, mirage or nemesis. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust. Citado por: Asthon J, Seymour H. La Nueva Salud Pública. Londres: Masson; 1988. p. 7.

McMichael AJ. The Enviroment. En: Determinants of health and disease. p. 195-214 OPS/OMS. La Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 569. Vol. I y U. Washington; 1998. p. 29.

Medici A. Las reformas de salud en América Latina ina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID/ Centro de estudios Salud y Futuro; 2000. p. 9-26.

MENÉNDEZ MENÉNDEZ ISABEL. Lenguaje administrativo no sexista. ed Instituto andaluz de la mujer. 2011

Metzger X. Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Documento elaborado durante el intership realizado en el Programa Análisis de la Situación de Salud de la OPS /OMS. Octubre-diciembre 1996.Washington: OPS/OMS;1996.

Michael Marmot, Lancet 2005; 365: 1099-1104

Millio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en salud pública 1993;3:155-167

Minujin, A. y otros, Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina,

Minujin, A., "Pobreza" en Di Tella y otros; Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas, Emece, Buenos

Molina G. Introducción a la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1978.

MOSER C. Género y Desarrollo. Cuaderno de Ciencias Sociales 60. Programa de Costa Rica. La Habana: FLACSO;1995.

Musalem , A. Dilema de las dos Argentinas. Ambito Financiero, 13-09-95:18 y 15-09-95:20.

Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz;2000.

Nebel, B. y Wright , B., Ciencias Ambientales, México, Pearson, 1999.

Nijhuis HG, Van der Maesen LJ. The philosofical foundations of public health: an invitations to debate. J. epidemiol. community health. Journal Epidemiology and Community Health 1994;48:1-3

Nussbaum, M. y Sen, A. (comp.), La calidad de vida, Fondo de Cultura Económica, México, 1996.

OMS / CDSS Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud 2008

OMS "Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach" Department of Gender, Women and Health. 2011

OMS, COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health página oficial 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf(citado el 01-01-2013)

OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS;2000.

OMS.Gender and Health, a Technical Paper. Women´s Health: WHO[serie en Internet]. [citado octubre 2001. Disponible en: http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/genderlech.htm//Acknowledgements

OPS Carpeta metodológica del Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo.Washington:;1995.

OPS Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la identificación y reducción de las inequidades de género en el contexto de las reformas de salud y la seguridad social. Washington:;1997.

OPS Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington: OPS;1994 (publicación Científica No. 541).

OPS Género, salud y desarrollo, un enfoque en construcción. Washington;1994 (publicación científica No. 541).

OPS Promoción de la salud. Mejoramiento del estado de salud de la mujer.Washington, D.C.:;1993.

OPS. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Washington:; 2002 (publicación científica No. 585).

OPS. División de Salud Familiar y Reproductiva. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritaria. Washington DC:; 1998.

OPS. Fgenero y salud. Guia practica para incorporar la perspectiva de genero a la salud. 2012

OPS. La mujer en el mercado del trabajo en el sector salud en las Américas. ¿Hegemonía Femenina? Washington: OPS; 1993 (publicación científica N0. 541).

OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 6 Las funciones esenciales de la salud pública. Washington DC: La Organización; 2000

OPS/OMS La Salud en Las Américas. Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington:;2002.

OPS/OMS;El género y la reforma del sector salud. Género, equidad y salud. Washington: 2000 (publicación ocasional No. 3).

Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Copenhague: OMS oficina Regional para Europa; 1986

OSTLIN P, GEORGE A, SEN G. Género, salud y equidad: las intersecciones. Desafío a la falta de equidad en la salud de la ética a la acción. Washington: OPS;2002.

PAMIAS GONZÁLEZ E, VEGA BOTANA M. Análisis de diferencias entre hombres y mujeres con relación a las enfermedades[serie en Internet]. [citado 27 Sep 2012]. Disponible en: http://jama.ama-assn.org

PAZ M. Seminario regional sobre enfoque de género y las fuentes de información estadísticas. Posibilidades de análisis de la información en salud desde una perspectiva de género. México,D.F.: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer;1997.

PÉREZ CÁRDENAS M. Ética Médica y Bioética. Perspectiva. Filosófica. Lecturas de Filosofía, Salud y Cotidianidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.

Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, editor. Desafio a la falta de equidad en la salud; de la ética a la acción. Washington D.C.: Fundación Rockfeller, OPS;2002.p.27-35.

Piedrola G, Gálvez R, et al. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson; 2001. p. 10.

PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1996. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 1996.

PRESNO LABRADOR C, CASTAÑEDA ABASCAL I. Perspectiva de género en la gestión en salud. Temas de Actualización en Salud Pública [CD-ROM]. La Habana: MINSAP, ENSAP; 2004.

PRESNO LABRADOR MC, CASTAÑEDA ABASCAL L. Consideraciones organizativas y funcionales del sistema municipal de salud de Ciudad de La Habana desde la óptica de directores de diferentes sexos. Rev Med Gen Integr.2004;20(3).

Pública. 1999;1(2):129-42.

Quito: CEAS;1998.

Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica. 1997(76):89-97.

Revista Temas. 1997(9):121-3.

ROBLES SC. Desarrollos metodológicos en el Análisis de la Situación de Salud según condiciones de Vida. Washington: OPS;1996.

Rodríguez Noboa, P., “La selectividad como eje de las políticas sociales”. Revista de la CEPAL Nº 44. Santiago de Chile. Agosto 1991.

ROHLFS I. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud.

RSMLAC La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud.. Conferencia Internacional sobre investigación en salud para el desarrollo, Bangkok, 2000. Santiago de Chile: [serie en Internet]. [citado Mar 2012]. Disponible en: http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/WebX?230@78.oDMXa99KmCT%5EO@ee730bo

RUIZ X. Sociedad,cCultura y género. Sexología y Sociedad. La Habana: Editor9al Publicitur;1998;3 7.

Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 34-5

SANTANA VEGA L, GONZÁLEZ HERRERA AL. ¿Tienen sexo las profesiones? Revista

SARDUY C. Postmodernidad, genero y salud. Género: Salud y Cotidianidad. La

Secretaría Municipal de Salud de Sao Paulo, Brasil. Datos de 2004.

Sem, A. Desarrollo y libertad. Buenos Aires, Planeta, 2000.

Sen A ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2002, June [cited 2008 Sep 04]; 11(5-6): 302-309.

SEN G, GEORGE A, OSTLIN P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas. Washington: Harvard Center for Population and Development Studies;2005.

Sen, A., “Sobre conceptos y medidas de pobreza” en Comercio exterior, Vol. 42, Nº 4, México, abril 1992.

Sexología y Sociedad. 1997;2 (8):20-3

SHALLAT L. Concepto de género en la planificación y desarrollo. Washington: Naciones Unidas;1995.

Sigerist H. Medicine and Human Welfare. Oxford: Oxford University Press; 1941.

Solar O. & Irwin, A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health, OMS, Ginebra, Abril de 2007.

Susser M. Glossary: causality in Public Health Science. JECH 2001;55:376-378

Thosand P, Davison N. Inequalities in health. The Black Report. Harmonsworth: Penguin; 1982. Citado por:Asthon J, Seymour H. La nueva salud pública. Londres: Masson; 1988.

Tomas, R., Concepto y medición de la pobreza, documento de trabajo, 1997, prefacio.

VALDÉS T. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Chile: UNFPA; 1998.

VALDESPINO F. Alimentación, nutrición y cotidianidad. Enfoque de Género: una necesidad de la investigación gerontológica en el contexto cubano. Género: Salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.

Vanryn M, Heany c. What's the use of theory? Health Educ Quant 1992;19:315-330.

VARGAS W. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en escolares adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la ciudad de Juliaca. México,D.F.: UNAS;1996.

VASALLO BARRUETA N. Un análisis de la naturalización de las desigualdades [CD- ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana;2004.

VELÁSQUEZ S. Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender y ayudar. Buenos Aires: Paidós;2003.

VELEDA DA SILVA SM. Trabajo informal, género y cultura. Barcelona: Biblioteca Universitaria [serie en Internet]. [citado Mar 2005] Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TDX-0701104-170835

Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Lancet. 2003

Whitehead M, Burstrom B, Diderichsen F. Soc Sci Med. 2000 Jan;50(2):255-70.

Whitehead M, Dahlgren G, Wilson L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. En: Evans T, editor. Desafio a la falta de equidad en la salud; de la ética a la acción. Washington D.C.: Fundación Rockfeller, OPS;2002.p.335-51.

Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part I); a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health no. 2 [serie en Internet]. [citado 1 Dic 2006]. Disponible en: http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf

Whitehead M. The concepts and principles of equity. Copenhagen: WHO;1991.

WHO/CSDH Health System Knowledge Network (2007),

Wilkinson R, Marmot M., Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

ZIEGEL J. The gender gap health care´s next frontier. Business&health on nov.

GLOSARIO

GÉNERO: se toma el concepto de la OPS , del programa mujer salud y desarrollo: publicada en la hoja informativa de la web : Es La construcción social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. El género requiere la descontrucción de los expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres - descrito como “feminidad” y “masculinidad”.

Carta Internacional de Derechos Humanos Conjunto de documentos sobre derechos humanos, proclamados por las Naciones Unidas, en diversos momentos:

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 en París. La Declaración Universal de Derechos Humanos tiene carácter de derecho internacional consuetudinario; puesto constituye unas orientaciones o líneas a seguir, aunque es citada frecuentemente en las leyes fundamentales o constituciones de muchos de países y en otras legislaciones nacionales, no obstante, no tiene el tratamiento de acuerdo internacional o tratado internacional.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor el 23 de marzo de 1976.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entrada en vigor el 3 de enero de 1976.

Los protocolos facultativos correspondientes (el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte)

Los dos Pactos Internacionales: el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el de Derechos Civiles y Políticos, constituyen acuerdos vinculantes, aprobados por la Asamblea General en 1966, desarrollan la Declaración Universal, ya que plasman en obligaciones jurídicas los derechos que figuran en ella y establecen

órganos para vigilar el cumplimiento por los Estados partes. Estos dos Pactos reciben también el nombre de Pactos de Nueva York.

Los protocolos facultativos (facultativo en su acepción de opcional) que pueden acompañar a los tratados de derecho humanos establecen procedimientos (por ejemplo, de investigación, denuncia o comunicación) en relación con el tratado principal, o bien, desarrollan aspectos particulares del mismo. Los protocolos facultativos tienen el estatus de tratados internacionales y están abiertos a una firma y ratificación adicional por los estados parte de tratado principal. Unos protocolos facultativos requieren ser parte del tratado principal y otros no, según se acuerde en la redacción de los mismos.

ONU Organización De La Naciones Unidas

Es la mayor organización internacional existente. Se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos.La ONU fue fundada el 24 de octubre de 1945 en San Francisco (California), por 51 países, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, con la firma de la Carta de las Naciones Unidas.Desde su sede en Nueva York, los Estados miembros de las Naciones Unidas y otros organismos vinculados deliberan y deciden acerca de temas significativos y administrativos en reuniones periódicas celebradas durante el año. La ONU está estructurada en diversos órganos, de los cuales los principales son: Asamblea General, Consejo de Seguridad, Consejo Económico y Social, Secretaría General, Consejo de Administración Fiduciaria y la Corte Internacional de Justicia. La figura pública principal de la ONU es el Secretario General. El actual es Ban Ki-moon de Corea del Sur, que asumió el puesto el 1 de enero de 2007, reemplazando a Kofi Annan.A fecha de 2012, la ONU posee 193 estados miembros, La sede europea (y segunda sede mundial) de la Organización de las Naciones Unidas se sitúa en Ginebra, Suiza.Los idiomas oficiales de la ONU son seis: árabe, chino mandarín, español, francés, inglés y ruso.