



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SALUD Y DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE



EDITOR

AE Dr. Agustín Iza Stoll



Academia Nacional de Medicina

SALUD Y DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE

Editor

AE Dr. Agustín Iza Stoll

Lima - Perú

Año 2025

SALUD Y DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE

Edición de:

© Academia Nacional de Medicina.

Av. 28 de Julio 776, 8° Piso. Miraflores, Lima 18, Perú.

Correo: academianacionaldemedicina@gmail.com

Web: www.anmperu.org.pe

Editor: AE Dr. Agustín Iza Stoll

y Expresidente de la Academia Nacional de Medicina del Perú

Profesor Emérito Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Primera edición, Setiembre 2025

Tiraje: 500 ejemplares

Fecha de diagramación: Setiembre 2025

Fecha de publicación: Octubre 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-11244
ISBN 978-612-49216-7-4

Impresión, Diseño y Diagramación

JASPRINT EIRL

RUC. 20610104101

Jr. Llumpa 1263 - Los Olivos

977266779



Academia Nacional de Medicina

Creada por Ley del 2 de noviembre de 1888

Junta Directiva 2023 - 2025

Presidente

AN Dr. Gustavo Francisco Gonzales Rengifo

Vicepresidente

AN Dr. Oscar Guillermo Pamo Reyna

Secretario Permanente

AN Dr. Alfonso Zavaleta Martínez-Vargas

Secretarios Bienales

AN Dr. Sergio Gerardo Ronceros Medrano

AN Dr. Jesús Lorenzo Chirinos Cáceres

Tesorera

AN Dra. Lucy Herminia López Reyes

Bibliotecario

AN Dr. Pedro Jesus Mendoza Arana

Vocales

AN Dr. Jaime Villena Chávez

AN Dr. Jorge Odon Alarcon Villaverde

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sede Administrativa:

Av. 28 de Julio 776, Miraflores, piso 8

Sede de la Biblioteca:

Casa de Osambela

Jr. Conde de Superunda 298 – Lima

Correo electrónico: academianacionaldemedicina@gmail.com

Página Web: www.anmperu.org.pe

Agradecimiento

La Academia Nacional de Medicina agradece al
Ministerio de Salud que con su gentil colaboración
hace posible la presente publicación.

CONTENIDO

■ Presentación	9
<i>AN Dr. Gustavo F. Gonzales</i>	
■ Contenido	13
<i>AE Dr. Agustin Iza Stoll</i>	
■ CAPITULO 1	17
Crecimiento Económico, Desarrollo Humano y Desarrollo Sustentable	
<i>AE Dr. Agustin Iza Stoll</i>	
■ CAPITULO 2	59
Marco Conceptual del Derecho al Cuidado de la Salud y Desafíos	
<i>AA Dr. Oscar Ugarte Ubilluz</i>	
■ CAPITULO 3	121
Homenaje al AA Dr. Fernando Carbone Campoverde (+)	
El Derecho a la Salud como Piedra Angular del Desarrollo Humano y Sostenible	
<i>AA Dr. Fernando Carbone Campoverde (+)</i>	
■ CAPITULO 4	167
Por una Gobernanza centrada en el Derecho a un Medio Ambiente Limpio, Saludable y Sostenible	
<i>Dra. Bertha Luz Pineda y Dr. Luis Alfonso Chávarro</i>	
■ CAPITULO 5	213
Salud Mental: Factor de Desarrollo, Sustento de Bienestar y fuente de Realizaciones	
<i>Renato D. Alarcón</i>	
■ CAPITULO 6	239
Las Mujeres; Avances, Deudas y Rutas para un Desarrollo Inclusivo y Sustentable	
<i>Mg. Susana Chávez Alvarado</i>	
■ CAPITULO 7	265
Niñez y Desarrollo Humano	
<i>Dr. Mario Tavera</i>	

PRESENTACIÓN

La Academia Nacional de Medicina del Perú, en su compromiso con la promoción del pensamiento científico, humanista y ético en el ámbito de la salud, presenta con satisfacción el libro *Salud y Desarrollo Humano*, una obra colectiva que busca contribuir a la reflexión sobre los vínculos profundos entre la salud, el bienestar y las condiciones que hacen posible una vida digna.

Desde una perspectiva integral, el desarrollo humano no se limita al crecimiento económico, sino que pone en el centro a la persona, su dignidad, sus derechos y sus capacidades para alcanzar el bienestar que valora. En ese marco, la salud es más que la ausencia de enfermedad: es una condición habilitante del desarrollo personal, comunitario y nacional, y un derecho fundamental que debe ser garantizado por políticas públicas sostenibles, inclusivas y basadas en la equidad.

Esta obra recoge la voz de distinguidos académicos y profesionales de la salud, muchos de ellos miembros de nuestra institución, quienes exploran diversas dimensiones del desarrollo humano con una visión interdisciplinaria, crítica y propositiva.

El libro se inicia con el capítulo del Dr. Agustín Iza, académico emérito, quien reflexiona sobre los fundamentos filosóficos y éticos del desarrollo humano, y plantea la necesidad de una visión centrada en la persona y la justicia social. El Dr. Iza incluye además en unas páginas un sentido homenaje al Dr. Fernando Carbone Monteverde, académico asociado, fallecido en noviembre del 2024 durante la elaboración de este libro, cuya vida y obra son recordadas con profundo respeto por esta Academia.

En el capítulo titulado “El derecho a la salud como piedra angular del desarrollo humano y sostenible” el Dr. Fernando Carbone expone con lucidez su visión bioética y humanista de la salud como condición indispensable del desarrollo, resaltando el deber del Estado y la sociedad en la garantía efectiva de este derecho, especialmente para las poblaciones más vulnerables. Su aporte final es también un testimonio de su trayectoria ética, su vocación de servicio y su legado perdurable.

El Dr. Óscar Ugarte, exministro de Salud, desarrolla en su capítulo un análisis de los desafíos estructurales del sistema sanitario peruano, proponiendo caminos hacia un sistema universal, integral y equitativo, con énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria.

El tema de la infancia y la equidad se aborda en el capítulo de la Dr. Mario Tavera, titulado “Niñez y desarrollo humano”, que articula salud, nutrición, educación y protección como pilares del bienestar infantil.

El capítulo “Por una gobernanza centrada en el derecho a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible”, de Bertha Luz Pineda y Luis Alfonso Chávarro, destaca la relevancia de los determinantes ambientales de la salud y la necesidad de construir políticas públicas con enfoque ecológico, equitativo y basado en derechos.

En “Las mujeres: avances, deudas y rutas para un desarrollo inclusivo y sustentable”, la Dra. Susana Chávez Alvarado examina las desigualdades de género persistentes, especialmente en salud sexual y reproductiva, y propone un enfoque transformador centrado en los derechos, la justicia y la autonomía.

Finalmente, el Dr. Renato Alarcón, académico y psiquiatra de reconocida trayectoria, analiza la relación entre salud mental y desarrollo humano, subrayando su papel decisivo en la construcción del bienestar integral y en la superación de las desigualdades.

Con este volumen, la Academia Nacional de Medicina del Perú reafirma su vocación de contribuir al debate público desde el conocimiento, la ética y el compromiso con la salud como bien público. Salud y Desarrollo Humano es una invitación a pensar en un país más justo, saludable y humano, en el que el derecho a la salud sea fundamento del desarrollo y no consecuencia tardía del progreso.

Este libro aspira a ser una herramienta útil para decisores de políticas públicas, profesionales de la salud, académicos, estudiantes y organizaciones sociales comprometidas con el desarrollo del país. Su valor radica en ofrecer una mirada multidimensional y crítica sobre los vínculos entre salud y desarrollo humano, proporcionando insumos conceptuales y prácticos para el diseño de intervenciones más equitativas, sostenibles e inclusivas. En tiempos de grandes desafíos sociales, ambientales y sanitarios, esta obra busca inspirar acciones concretas, basadas en evidencia y orientadas por valores éticos, para avanzar hacia un Perú más justo y con mejor calidad de vida para todos.

AN Dr. Gustavo F. Gonzales
Presidente
Academia Nacional de Medicina

INTRODUCCIÓN

Entregamos, gustosamente a ustedes, este libro que contiene las contribuciones de expertos en el tema “Salud y desarrollo humano y sostenible”, que realizamos por encargo de la Junta Directiva de nuestra academia, y que es una continuación del texto “Diálogos de Ética y Desarrollo Humano” que se publicó hace dos años.

Es importante ratificar el concepto que la salud es parte importante del crecimiento humano inclusivo y un derecho humano fundamental. Ya Amartya Sen y Martha Nussbaum, a quienes se han adherido muchos investigadores, habían señalado a la salud como una capacidad esencial para expandir las libertades y oportunidades y alcanzar la calidad de vida que cada persona desea.

Las Objetivos del Desarrollo Sostenible (especialmente el objetivo 3) y la Agenda 2030 han reconocido, expresamente, la interdependencia de la salud, la equidad, la sostenibilidad y el bienestar. La salud pública, y especialmente la atención primaria, produce mejores resultados, aumenta la productividad, estimula la cohesión social y disminuye la pobreza.

Se ha repetido, ya con insistencia, que la epidemia de COVID 19 puso en evidencia, tristemente, no sólo la fragilidad de los sistemas de salud, sino la apremiante necesidad de prepararse con enfoques equitativos, integrales y resilientes. Una de las acciones necesarias es impulsar la atención primaria de salud, que desde Alma Ata se considera como el eje de los sistemas de salud universales, centrados en las personas, accesibles y que promuevan la eficiencia, la sostenibilidad y la equidad.

Los ejemplos exitosos en algunos países sudamericanos, han mostrado que invertir en salud pública, especialmente en la promoción, prevención y vigilancia, es mas costo efectivo que los gastos que se emplean en la curación. Sin embargo, debemos resaltar que permanecen desafíos importantes como la fragmentación de nuestros servicios de salud, el insuficiente financiamiento, la falta de personal bien capacitado y de manera importante la gobernanza, que algunos la conceptúan actualmente como débil.

Un imperativo, si queremos llegar exitosamente al Desarrollo Integral, es que se debe posicionar a la salud mental como un elemento esencial del bienestar. La carga global de enfermedad mental representa un porcentaje importante (más de 10%) de los años vividos con discapacidad, pero no recibe sino alrededor del 2% del gasto invertido en salud. Influyen en estos resultados la estigmatización, la todavía deficiente atención comunitaria y la medicación no pertinente, entre otros factores. La salud mental está afectada en todos los ámbitos de la sociedad, en todas las edades, en hombres y mujeres y en todos los estratos socioeconómicos, originando bajos rendimientos escolares, problemas con la empleabilidad y en la estructura familiar, violencia, especialmente contra la mujer y la falta de compromiso comunitario sobre este serio problema de salud.

Será necesario impulsar la atención de la salud mental en la atención primaria de salud y potenciar los Planes Nacionales de Salud Mental, incluyendo enfoques de interculturalidad en pueblos indígenas, y que están mostrando avances en algunos países sudamericanos.

La salud de las mujeres y los niños es un indicador clave del desarrollo humano, y es central la salud materno infantil y de género en el desarrollo sostenible y en la equidad. Se encuentran todavía brechas en la salud reproductiva, especialmente en adolescentes, acceso desigual a los servicios y aún tenemos que luchar para disminuir la mortalidad materna e infantil, sobre todo en poblaciones periféricas en nuestro país. Es indispensable invertir en la primera infancia, no sólo pensando en el presente, sino también en el futuro, en el que tengamos personas sanas, física y mentalmente, que puedan aspirar y alcanzar la vida con bienestar que hayan elegido.

Sabemos que no sólo los determinantes sociales y económicos, sino e importantemente los determinantes ambientales son fundamentales para nuestro desarrollo como personas, por lo que es necesario aplicar políticas sostenibles que ayuden a reducir los riesgos. La contaminación del aire, el agua no segura, la exposición a contaminantes y los eventos climáticos extremos afectan seriamente, y en especial, a las poblaciones vulnerables. El cambio climático, que ya estamos presenciando, produce migraciones forzadas, enfermedades de diversos tipos, e inseguridad alimenticia. Alrededor de 23% de las muertes globales, según la OMS, están relacionadas con factores ambientales. Identificar geográficamente los determinantes ambientales y aplicar políticas que cuiden la naturaleza y que protejan los ecosistemas es cuidar la salud humana y animal.

Estos temas están desarrollados con la experticia y conocimiento de nuestros autores, a quienes les expreso mi especial agradecimiento y, asimismo, quisiera hacer una mención especial al Dr. Fernando Carbone, lamentablemente fallecido, propulsor de la atención primaria, que nos entregó su capítulo antes de fallecer. Unas líneas, sobre su vida, que presentamos antes de su capítulo, son la expresión de nuestro aprecio.

Nuestro agradecimiento a nuestro presidente, AN Gustavo Gonzales y a su junta directiva, que nos han permitido continuar con este tema importante en nuestro quehacer institucional y nacional.

Esperamos que este texto sirva como un espacio de reflexión útil a los médicos, a los profesionales de la salud, universidades y sociedades científicas y a las autoridades del MINSA, a quienes nuestra academia, habitualmente, les hace entrega de sus publicaciones.

Muchas gracias

AE Dr. Agustin Iza Stoll

Ex presidente

Academia Nacional de Medicina

CAPÍTULO 1

CRECIMIENTO ECONÓMICO, DESARROLLO HUMANO Y DESARROLLO SUSTENTABLE

Agustin Iza Stoll

CRECIMIENTO ECONÓMICO, DESARROLLO HUMANO Y DESARROLLO SUSTENTABLE

Agustin Iza Stoll

Académico Emérito ANM

Los conceptos de desarrollo humano y posteriormente el de desarrollo sustentable, entre los cuales la salud es un importante componente, fueron acuñados para complementar el de crecimiento económico que se había institucionalizado en la década de 1940 cuando las Naciones Unidas, a través del Consejo Económico y Social, crearon cinco comisiones regionales y entre ellos la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el objetivo de contribuir al desarrollo económico de los países de nuestra región y reforzar sus relaciones económicas. En los años siguientes, la CEPAL se ha convertido en un centro de excelencia, que colabora con los estados miembros en la formulación y evaluación de las políticas de los estados, y presta servicios operativos en capacitación, cooperación y coordinación regional, e incorpora posteriormente la meta de la promoción del desarrollo social [1].

Desde su creación la CEPAL ha ido evolucionando su pensamiento económico, que se inicia con el desarrollismo, para superar el subdesarrollo, propiciando que los países en desarrollo debían diversificar sus economías y reducir su dependencia de las exportaciones de materias primas. A mediados del siglo XX, la CEPAL adoptó el estructuralismo, un enfoque que se centraba en las estructuras económicas y sociales de la región. Este enfoque reconocía la importancia de la industrialización y la creación de un mercado interno para fomentar el desarrollo económico. Posteriormente introdujo el concepto de dependencia y desarrollo,

analizaba las relaciones internacionales y las estructuras económicas globales e interpretaba que afectaban el desarrollo de los países en la región, abogando, en consecuencia, por políticas que promovieran la autonomía económica y la justicia social. En la década de 1980 la CEPAL promovió la estabilidad macroeconómica, la liberalización del comercio y la integración regional como medios para fomentar el crecimiento económico. En las últimas décadas, la CEPAL ha adoptado un enfoque de desarrollo sostenible y equitativo, que busca equilibrar el crecimiento económico con la protección del medio ambiente y la reducción de la desigualdad. La CEPAL ha promovido políticas que fomenten la inclusión social, la igualdad de género y la sostenibilidad ambiental, reconociendo que el desarrollo económico debe ser inclusivo y sostenible a largo plazo [1].

CEPAL: génesis, evolución y contexto económico fundacional

I. Condiciones económicas que llevaron a su creación

Durante el período entre la primera y segunda guerra mundial, América Latina consolidó un modelo primario-exportador dependiente del comercio con países industrializados. Esta estructura mostró su fragilidad ante dos eventos clave: la Gran Depresión de 1929 y la Segunda Guerra Mundial, que afectaron gravemente el comercio internacional y redujeron los ingresos por exportaciones en la región [2,3].

Dicha crisis se tradujo en alta inflación, desempleo y estancamiento. La falta de planificación regional y la inexistencia de industrias locales sólidas impulsaron la necesidad de una institución regional especializada que analizara los problemas estructurales comunes y propusiera soluciones coherentes con la realidad latinoamericana [4].

II. Fundación y pensamiento estructuralista

La CEPAL fue establecida formalmente por el Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC) el 25 de febrero de 1948, con sede en Santiago de Chile. Bajo la dirección del economista argentino Raúl Prebisch, se articuló la teoría estructuralista que dio origen a la teoría del centro y la periferia [5].

Dicha teoría propuso que los países periféricos sufrían un deterioro sistemático en sus términos de intercambio y, por ende, requerían una estrategia alternativa de desarrollo basada en la industrialización por sustitución de importaciones (ISI). Esta política fue adoptada ampliamente entre las décadas de 1950 y 1970, con avances significativos en la industria local, aunque también con efectos adversos como déficits fiscales y dependencia del financiamiento externo [6].

III. Reformulación y agenda contemporánea

En los años 80, la crisis de la deuda y la difusión del pensamiento neoliberal modificaron el rol de la CEPAL. La institución respondió incorporando dimensiones sociales, ambientales y de género en sus propuestas. Promovió un enfoque de desarrollo sostenible, con énfasis en la productividad, igualdad y resiliencia económica [7].

Desde 2022, la CEPAL ha priorizado ejes como la transformación digital, descarbonización, inclusión social, y fortalecimiento institucional, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible [8].

Conclusión

La creación de la CEPAL fue una respuesta histórica a las limitaciones del modelo económico latinoamericano de mediados del siglo XX. A lo largo del tiempo, ha sabido reinventarse, manteniéndose como un espacio de pensamiento estratégico y técnico que promueve un desarrollo autónomo, sostenible y con justicia social.

Los historiadores identifican ocho etapas en la obra de la CEPAL: [9]

Orígenes de la CEPAL

Década de 1950: modelo centro-periferia e industrialización.

Década de 1960: reformas estructurales para el desarrollo regional

Década de 1970: estilos de desarrollo en América Latina y el Caribe.

Década de 1980: crisis de la deuda

Década de 1990: transformación productiva con equidad

Años 2000: globalización, desarrollo y ciudadanía

Década de 2010: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible

Década de 2020: transformación del modelo de desarrollo en uno más productivo, inclusivo y sostenible

El Secretario General de Naciones Unidas, Antonio Guterrez, en su discurso con motivo de los 70 años de la CEPAL, hizo importantes comentarios: [10]

- “Remarcó el papel precursor de la CEPAL impulsando una globalización equitativa a través de la integración de las dimensiones económicas, sociales y ambientales del desarrollo,
- Comentó que más personas han salido de la pobreza extrema que nunca antes, la clase media mundial es mayor que nunca y más personas tienen una vida más larga y más saludable

- Indicó que las desigualdades fundamentales hacen más difícil que las personas gocen de mejor salud, educación y acceso a la justicia
- Reiteró que las mujeres siguen teniendo menos posibilidades de participar en el mercado laboral y que la desigualdad salarial por razón de género sigue siendo una preocupación mundial,
- Reafirmó que el desempleo entre los jóvenes alcanza niveles alarmantes.
- y que estas desigualdades hacen más difícil para las personas ganar un salario decente y vivir con dignidad.

Concluyó manifestando que en un mundo cada vez más complejo y multipolar, debemos redefinir el concepto de desarrollo, sobre todo en las regiones de transición y los países de ingresos medianos, como los de América Latina y el Caribe.”

CEPAL Y LA SALUD

La participación de la CEPAL en el ámbito de la salud ha sido importante para promover el desarrollo social inclusivo y sostenible en América Latina y el Caribe. A través de su análisis, cooperación técnica y llamados a la acción, la CEPAL ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas en la región y a través de su trabajo, la CEPAL ha enfatizado la importancia de la salud como un derecho fundamental y un pilar del desarrollo social inclusivo y sostenible, ha realizado estudios sobre los sistemas de salud en la región y ha llamado a priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), proponiendo soluciones para mejorar el acceso y la calidad de la atención [12].

El 21 de octubre de 2024 tuvo lugar la presentación del informe conjunto de la CEPAL y la OPS titulado “La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible”.

Publicada por la CEPAL y la OPS, el informe “destaca la necesidad crítica de fortalecer los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para abordar la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030 y remarca que la pandemia de COVID-19 ha provocado retrocesos en el 32% de las metas regionales de los ODS, afectando indicadores de salud esenciales.

Entre sus principales comentarios y hallazgos destacan:

- Retrocesos postpandemia: La pandemia de COVID-19 provocó un retroceso del 32% en el avance hacia los ODS en la región, afectando indicadores clave como la mortalidad materna, la cobertura de inmunización y la salud mental.
- Sub financiamiento crónico: El gasto público en salud sigue siendo insuficiente. En 2021, solo representó el 4,5% del PIB regional, lejos del 6% recomendado por la OPS/OMS. Además, el gasto de bolsillo sigue siendo elevado, superando el 35% del gasto total en salud en varios países.
- Fragmentación y desigualdad: La segmentación de los sistemas de salud y la falta de coordinación con los sistemas de protección social profundizan las desigualdades y afectan el acceso equitativo a servicios de calidad.
- Llamado a la acción: Se propone fortalecer la atención primaria de salud, aumentar la inversión pública (al menos 30% de ella destinada a atención primaria), y avanzar hacia sistemas universales, integrales y resilientes.

Este informe no solo diagnostica, sino que también exige voluntad política y pactos fiscales sólidos para garantizar el derecho a la salud como pilar del desarrollo inclusivo.

- Impacto fiscal y presupuestal
- Para alcanzar la meta del 6% del PIB en gasto público en salud, muchos países necesitarán reformas fiscales progresivas y pactos sociales amplios. Esto implica decisiones políticas difíciles, pero clave para garantizar sostenibilidad y equidad.
- Reducción de desigualdades
Con una mayor inversión en regiones rurales e indígenas, las propuestas buscan cerrar las brechas estructurales de acceso, avanzando hacia una salud verdaderamente intercultural e inclusiva.
- Fortalecimiento de capacidades estatales
Se plantea un Estado más presente, regulador y articulador, con mayor capacidad de rectoría y de monitoreo del desempeño de los servicios, incluyendo alianzas con sectores como educación, ambiente y desarrollo social.
- Avance en los ODS
Implementar estas medidas tendría un efecto sinérgico sobre múltiples Objetivos de Desarrollo Sostenible: salud y bienestar (ODS 3), reducción de desigualdades (ODS 10), y trabajo decente (ODS 8), entre otros.

Las propuestas del informe conjunto CEPAL–OPS 2024 encuentran en Perú un terreno fértil pero desafiante. Aquí detallo cómo se articulan con el contexto nacional:

1. Inversión en salud y atención primaria

El informe recomienda destinar al menos el 6% del PIB al gasto público en salud, con un 30% enfocado en atención primaria. En

Perú, el gasto en salud ha oscilado entre el 3,5% y el 4,2% del PIB en los últimos años, lo que indica una brecha significativa que limita la cobertura y calidad de los servicios. La implementación de redes integradas de atención primaria, como las impulsadas por el MINSA, se alinea con esta recomendación, pero requiere mayor financiamiento y sostenibilidad.

2. Reducción de desigualdades territoriales

El informe enfatiza la necesidad de cerrar brechas en poblaciones rurales e indígenas. En Perú, estas desigualdades son marcadas: la esperanza de vida, la mortalidad materna y el acceso a servicios básicos varían drásticamente entre Lima y regiones como Loreto, Puno o Huancavelica. La creación del Observatorio de Determinantes e Inequidades en Salud en 2024 es un paso clave para visibilizar y abordar estas

3. Fortalecimiento institucional

El informe aboga por un Estado con mayor capacidad de rectoría. En Perú, la fragmentación entre el MINSA, EsSalud, las Fuerzas Armadas y el sector privado dificulta la articulación. La reciente creación de la Red Nacional de Municipios Saludables busca mejorar la gobernanza local y la coordinación intersectorial.

4. Protección de poblaciones vulnerables

Perú ha avanzado en garantizar el acceso a salud de migrantes con VIH y tuberculosis resistente, en línea con el enfoque de derechos humanos del informe. También se han aprobado normativas más estrictas contra el tabaco y se han ampliado tratamientos accesibles para enfermedades transmisibles.

En resumen, Perú ha comenzado a implementar varias de las recomendaciones del informe, pero aún enfrenta desafíos estructurales y financieros.

Indicadores específicos de salud pública vinculados a estas propuestas

Vincular las propuestas del informe CEPAL–OPS 2024 con indicadores específicos de salud pública en Perú permite evaluar su impacto y orientar políticas basadas en evidencia. Aquí presento algunos indicadores clave que dialogan directamente con las recomendaciones del informe. Tabla 1:

Tabla 1. Indicadores de salud en Perú, propuestas de CEPAL- OMS y metas de ODS

INDICADOR	Propuesta CEPAL – OPS	META DE ODS RELACIONADA	SITUACIÓN PERÚ 2023
Mortalidad Materna	Fortalecer la atención primaria y los servicios obstétricos	3.1 Reducir a menos de 70 por 100,000 NV	Persisten altos índices en zonas rurales y andinas
Cobertura de vacunación	Fortalecer sistemas territoriales y vigilancia	3b, 3.8	Recuperación de COVID, pero brechas en regiones amazónicas
Esperanza de vida al nacer	Invertir en determinantes sociales y prevención	Indicador transversal	77.9 años en promedio. Desigualdad entre regiones
Gasto público en salud % PBI	Elevar a 6% y 30% destinado a atención primaria	3c	Entre 3,5 y 4.2 aún insuficiente
Cobertura efectiva en servicios de salud	Unificación de sistemas y ampliación de APS	3.8	Fragmentación entre MINSA, EsSALUD, FFAA Y PRIVADOS
Prevalencia de TBC resistente	Garantizar acceso universal con enfoque de derechos	3.3	Avances sostenidos, atención a migrantes, incluida
Acceso a agua potable y saneamiento	Invertir en determinantes estructurales	3.9, ODS 6	Brechas marcadas en regiones rurales
Pobreza y desigualdad multidimensional	Reducir inequidades territoriales y de acceso	1.2, 10.2/ Transversal	27.5 % de pobreza (2022) Desigual distribución territorial
# establecimientos con telesalud	Impulsar innovación digital y territorialización de servicios	3d	Avances recientes, aún concentrados en capitales de departamentos

Adaptada del documento conjunto CEPAL y OPS 2024

En cuanto a la infraestructura de la salud en el Perú frente a los ODS, se puede apreciar en la Tabla 2 que, con referencia a indicadores específicos, las regiones críticas se encuentran ubicados en la sierra central y en la amazonia y que, en el marco de elevar al 6% el gasto público en salud, se deben priorizar estas áreas críticas.

Tabla 2. Indicadores clave y metas al 2030

INDICADOR	VALOR ACTUAL 2024	META ODS 2030	REGIÓN CRÍTICA DESTACADA
Mortalidad materna	80/100,000 NV	- 70/100,000 NV	Huancavelica, Loreto
Cobertura de vacunación	87% nacional	100% en menores de 5 años	Amazonía VRAEM
Esperanza de vida al nacer	77.9 años nacional	=+ 80	Sierra sur
Gasto público en salud %PBI	3.9 %	=+ 6%	Nacional
Cobertura efectiva de servicios	66.2 % urbano/rural dispar	=+90% cobertura esencial	Sierra y Amazonía
Acceso a agua potable	64% rural 90% urbano	Acceso universal	Altoandina y rural

Datos basados en las recomendaciones de CEPAL–OPS 2024

Con respecto a temas específicos se señalan que, con respecto a los desafíos estructurales, se encuentran la fragmentación entre MINSA, EsSalud y sector privado, el sub financiamiento persistente y las brechas territoriales y étnicas en acceso y calidad.

Las propuestas clave del informe incluyen aumentar la inversión pública en salud, fortalecer la atención primaria (30% del gasto), integrar la salud con políticas de agua, pobreza y educación, y avanzar hacia sistemas universales e inclusivos.

Adicionalmente en cuanto al enfoque territorial y derechos, se resalta la necesidad de reducir las desigualdades en zonas indígenas,

utilizar la telesalud para cerrar brechas geográficas y propiciar el acceso universal para migrantes, población rural y mujeres. (Tabla 2)

En consecuencia, las dos importantes organizaciones firmantes reiteran que es urgente fortalecer los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria de salud para garantizar el acceso universal a la salud, superar los retrocesos observados en la pandemia, tales como la profundización de la desigualdad observados en el impacto de los determinantes sociales de la salud y en consecuencia debe mejorarse la articulación entre los sistemas sociales de protección y los sistemas de salud.

Asimismo, el informe remarca que es muy importante, hoy más que nunca, priorizar la inversión para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que contribuyan a superar la desigualdad y alcanzar el desarrollo sostenible y que los sistemas de salud alcancen el equilibrio necesario entre la cobertura universal de la población, la suficiencia y calidad de las prestaciones, los costos y la sostenibilidad financiera para garantizar su sostenibilidad.”

DESARROLLO HUMANO

Los conceptos del desarrollo humano se han ido gestando a medida que los enfoques economicistas recibían críticas porque no tomaban en consideración los aspectos sociales.

Introducción

Amartya Sen, economista y filósofo indio, ha sido una figura influyente en el campo del desarrollo humano. Su enfoque ha transformado la manera en que se evalúan las políticas de desarrollo, alejándose de las medidas tradicionales como el Producto Bruto Interno (PBI) y centrándose en las capacidades y el bienestar de las personas.

Sen critica el PBI (Producto Bruto Interno) como indicador de desarrollo por varias razones clave: mide solo el valor monetario de bienes y servicios pero no toma en cuenta la educación, la salud y la libertad política, que son importantes para el bienestar de los seres humanos; asimismo que el PBI no considera la distribución de la riqueza, (que puede estar concentrada en pocas manos), ni la sostenibilidad ambiental (aumento de la riqueza en detrimento del medio ambiente), y cuando se fomenta políticas de corto plazo para aumentar el PBI, **no** necesariamente benefician el desarrollo equitativo y sostenible.

Sen define el desarrollo humano como un proceso de expansión de las capacidades que permiten a las personas realizar sus elecciones y alcanzar sus objetivos. En este sentido, las libertades son fundamentales para el desarrollo, ya que permiten a los individuos: acceder a servicios básicos como educación y salud, participar activamente en la vida política y social y disfrutar de un entorno económico que les permita prosperar.

Su propuesta señala que un crecimiento económico sostenido no garantiza automáticamente el desarrollo humano. Para él, es crucial que las políticas económicas se orienten a mejorar las condiciones de vida de la población y a reducir la pobreza y la desigualdad. Esto implica un cambio en la manera en que los gobiernos y las instituciones abordan la economía, priorizando el bienestar de las personas sobre el mero crecimiento de indicadores económicos [15-17].

DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA. UNA PERSPECTIVA CRÍTICA A PARTIR DEL PENSAMIENTO DE AMARTYA SEN

Capacidades

Teoría de las Capacidades

Una de las contribuciones más significativas de Sen es su teoría de las capacidades. Esta teoría sostiene que el desarrollo humano debe evaluarse en términos de las capacidades que las personas tienen para realizar diversas funciones y actividades en sus vidas. Tiene un enfoque moral y de evaluación; los arreglos sociales deben ser primariamente evaluados de acuerdo a la libertad de las personas para lograr los funcionamientos que ellos valoran. En lugar de enfocarse únicamente en indicadores económicos, Sen argumenta que es crucial considerar factores como la educación, la salud y la igualdad de género. Sen destaca que la palabra capacidad no es atractiva en sí misma pero sin embargo él elige utilizarla porque le parece clara para expresar las combinaciones alternativas de lo que una persona puede lograr hacer o ser: las capacidades simbolizarían las posibilidades que tienen los individuos de alcanzar desempeños valiosos y señala que su concepto de capacidad se asemeja a la palabra griega *dunamin* que Aristóteles empleó para analizar algunos aspectos del hombre, que puede traducirse como “potencialidad” o “capacidad para existir o actuar” [15]

Libertades y capacidades

Algunas de las características clave de esta concepción incluyen la importancia de la libertad en el desarrollo humano ya que según su enfoque, el desarrollo implica la eliminación de barreras que limitan las opciones de las personas, permitiéndoles tomar decisiones que afectan sus vidas. Esta perspectiva ha influido en la formulación de políticas

públicas que promueven la participación ciudadana y la justicia social. Obviamente se debe priorizar el bienestar de los individuos sobre el crecimiento económico per se, quienes deben ser incluidos en el proceso de toma de decisiones, aspecto que es fundamental para el desarrollo.

Sen ha sido un defensor de la equidad y la justicia social. Argumenta que el desarrollo humano no solo debe centrarse en el crecimiento económico, sino también en abordar las desigualdades sociales y económicas que existen en la sociedad. Su enfoque sugiere que, para lograr un desarrollo sostenible, es esencial crear un entorno donde todos los individuos tengan acceso a oportunidades equitativas.

Desde el punto de vista político y social el trabajo de Sen ha influido en políticas públicas y ha guiado a gobiernos y organizaciones internacionales en la formulación de estrategias más inclusivas y equitativas. Su enfoque integral ha sido adoptado por numerosos países y ha contribuido a mejorar la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo.

Sen también enfatiza la importancia de la equidad en el desarrollo. Argumenta que el desarrollo humano no solo debe centrarse en el crecimiento económico, sino que también debe abordar las desigualdades sociales y económicas que existen en la sociedad. Su enfoque sugiere que, para lograr un desarrollo sostenible, es esencial crear un entorno donde todos los individuos, independientemente de su origen, tengan acceso a oportunidades equitativas.

En resumen, el pensamiento de Amartya Sen sobre el desarrollo humano resalta la importancia de las capacidades individuales y la equidad como pilares fundamentales para medir el verdadero progreso de una sociedad. Su enfoque integral ofrece una perspectiva valiosa que continúa influyendo en las políticas de desarrollo a nivel mundial [18,19].

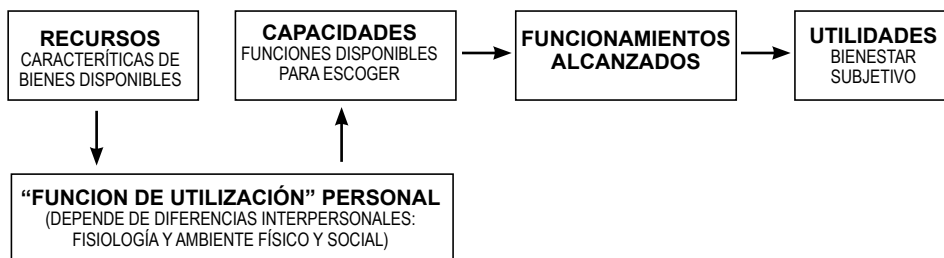
Conclusión

Las contribuciones de Amartya Sen al concepto de desarrollo humano han sido fundamentales para cambiar la forma en que se evalúa el progreso económico y social. Su enfoque en las capacidades, la libertad y la equidad ha proporcionado una perspectiva más humana y justa del desarrollo, influyendo en políticas y prácticas a nivel mundial.

Funcionamientos

Los funcionamientos pueden conceptuarse como las cosas que una persona puede valorar teniendo razones para entender el ser o hacer; de la misma manera pueden encontrarse diferentes factores que comprometen las relaciones interpersonales. Esquemáticamente se puede componer una secuencia: recursos, capacidades, funcionamiento y utilidad. Como ejemplo se puede considerar como recurso una comida, la capacidad de poder alimentarse, la nutrición como funcionamiento y la utilidad que depende de cómo la persona, puede o no, conseguir una utilidad. La capacidad genera la utilidad pero es la persona que define el camino en el pleno uso de su libertad. Los funcionamientos son intuitivos, tienen un valor intrínseco para la persona y el ser y hacer es el espacio focal del análisis [18]. (Figura 2)

Figura 2. Secuencia de capacidades, funcionamiento y utilidad



Adaptado de Capacidades de Sen. Referencia 15

El enfoque de las capacidades tiene un marco teórico moral y deben tener el enfoque de la evaluación y se asume que los arreglos sociales tienen que ser primariamente evaluados de acuerdo a la libertad que se tenga para que ellos valoren.

De acuerdo a esta concepción las capacidades son combinaciones de funcionamientos (ser y hacer) que una persona puede alcanzar en el marco de la libertad de elegir un estilo de vida entre varios estilos de vida y en el uso de su libertad elige (ser y hacer) nuevas inversiones. Dicho de otra manera, los seres humanos son considerados como factores productivos (como un elemento más del mecanismo de la producción), y por consiguiente con un valor meramente instrumental. La teoría del desarrollo de Sen aborda la educación desde una óptica distinta al no concebir el desarrollo como un medio para el crecimiento económico, la industrialización, o algún otro objetivo, sino como un fin en sí mismo definido como expansión de la libertad humana mediante la capacidad para llevar la vida que cada uno tenga razones de elegir.

Martha Nussbaum, una destacada filósofa y teórica del desarrollo humano, ha hecho contribuciones significativas al campo del desarrollo humano a través de su enfoque de las capacidades y ha señalado 10 capacidades centrales que se encuentran en la (Tabla 3) y comentarios sobre cada una de ellas

Tabla 3 Capacidades centrales de Martha Nussbaum

CAPACIDAD	COMENTARIOS
1.- Vida	Poder vivir una vida de duración normal, sin muertes prematuras evitables. Implica garantizar acceso a salud materna, alimentación básica y seguridad física.
2.- Integridad corporal	Derecho a moverse libremente, estar protegido contra violencia y tener opciones sexuales. ↳ Refuerza la lucha contra la violencia de género, la trata y la mutilación genital.
3.- Salud	Tener buena salud física y mental, incluyendo nutrición y vivienda. ↳ Subraya que el bienestar no es solo económico: es multidimensional
4.- Sentido imaginación y pensamiento	Poder usar sentidos, imaginar, pensar y razonar. ↳ Fundamenta al derecho a la educación, la libertad de expresión y acceso a cultura.
5.- Emociones	Poder amar, dolerse, sentir apego y desarrollar vínculos afectivos. ↳ Reconoce la dimensión relacional y afectiva como esencial para una vida plena.
6.- Razón práctica	Capacidad de formar un concepto del bien y planificar la propia vida. ↳ Aporta base para la autonomía personal, la deliberación ética y la ciudadanía activa.
7.- Afiliación	a). Relacionarse con otros en condiciones de igualdad. b). Ser tratado con dignidad y no humillación. ↳ Sostiene derechos humanos universales, combate discriminación y exclusión social.
8.- Otras especies	Poder vivir con respeto hacia los animales, plantas y el mundo natural. ↳ Introduce una preocupación ecológica y ética ambiental, no siempre presente en políticas.
9.- Juego	Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas. ↳ Valora el ocio como parte de la realización humana, no solo como descanso.
10.- Control sobre el entorno	a). Político: participar en decisiones políticas b). Material: tener propiedad y derechos laborales ↳ Une ciudadanía, justicia económica y autonomía social.

Adaptada de referencia 20

1. Enfoque de las Capacidades

Nussbaum, junto con Amartya Sen, desarrollaron el enfoque de las capacidades, que se centra en lo que las personas son realmente capaces de hacer y de ser. Este enfoque se destaca por su énfasis en la calidad de vida y el bienestar, más allá de los meros aspectos económicos [1]. La teoría sostiene que el desarrollo humano debe evaluarse en términos de las capacidades que las personas tienen para llevar una vida digna y plena.

Nussbaum propuso una lista de capacidades centrales que son esenciales para una vida digna. Estas incluyen la capacidad de vivir una vida de duración normal, tener una salud física y mental adecuada, tener acceso a la educación, disfrutar de la libertad de moverse y vivir en un entorno seguro, entre otras. Estas capacidades sirven como una guía para evaluar el desarrollo humano y formular políticas públicas.

También ha argumentado que el objetivo de una sociedad justa debe ser garantizar que todas las personas tengan la capacidad de desarrollar plenamente sus capacidades y llevar una vida digna. Su enfoque ético del desarrollo pone un fuerte énfasis en la justicia social y la equidad, abogando por políticas que promuevan la inclusión y la igualdad de oportunidades.

El enfoque de las capacidades de Nussbaum ha sido aplicado en diversas áreas, incluyendo la formulación de políticas de desarrollo, la evaluación de programas sociales y la promoción de los derechos humanos. Su trabajo ha influido en la manera en que se conceptualiza y mide el desarrollo humano a nivel global.

Sus contribuciones al desarrollo humano han sido fundamentales para cambiar la manera en que se evalúa y promueve el bienestar humano. Su enfoque de las capacidades ha proporcionado una perspectiva más humana y justa del desarrollo, influyendo en políticas y prácticas a nivel mundial [20,21].

Sin embargo, algunas críticas se han escrito sobre las ideas de Amartya Sen y Nussbaum sobre el desarrollo humano:

Desarrollo y calidad de vida. Una perspectiva crítica a partir del pensamiento de Amartya Sen” una evaluación cualitativa del desarrollo y la calidad de vida, en lugar de centrarse únicamente en las capacidades propuestas por Sen [22].

Carmen Rivero en su artículo en la Revista de la Universidad de Carabobo: “Calidad de vida: el enfoque de Amartya Sen y sus exclusiones” analiza los contenidos del enfoque de calidad de vida de Sen y las corrientes bienestaristas con las que se confronta su enfoque, proponiendo una aproximación conceptual y resumiendo los contenidos sustantivos.

INDICE DE DESARROLLO HUMANO

Introducción

El objetivo principal de los Informes sobre Desarrollo Humano, publicados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo desde 1990, es promover el desarrollo humano ampliando las opciones, las oportunidades y la libertad de las personas. Estos informes tienen por objeto estimular debates pertinentes para las políticas sobre el desarrollo humano, promover cambios prácticos en las políticas y cuestionar los enfoques que obstaculizan el progreso humano y también se centran en analizar y presentar datos para informar la toma de decisiones y promover un enfoque del desarrollo centrado en el ser humano [24].

El IDH pretende que el desarrollo de los países no sea medido únicamente a través del producto bruto interno (PBI) sino que se utilice un indicador capaz de reflejar la situación real de los habitantes de cada país. Así mismo, el informe también presenta el IDH ajustado, el cual incorpora la desigualdad presente en cada una de las tres dimensiones

en el cálculo del IDH. De esta manera, se logra incorporar el efecto de la desigualdad sobre el nivel de desarrollo humano.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida compuesta que evalúa el desarrollo de los países más allá del crecimiento económico. Fue introducido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990 con el objetivo de proporcionar una visión más integral y humana del desarrollo. El IDH combina indicadores de esperanza de vida, educación e ingresos per cápita para ofrecer una visión más completa del bienestar y la calidad de vida de las personas.

El Índice de Desarrollo Humano, desde su implementación, ha sido una herramienta valiosa para evaluar y comparar el desarrollo humano en todo el mundo. Aunque enfrenta desafíos, su enfoque integral y su capacidad para proporcionar una visión más completa del bienestar lo convierten en un indicador crucial para los formuladores de políticas y los investigadores. El IDH destaca la importancia de la salud, la educación y el ingreso en el desarrollo humano, proporcionando una base sólida para promover un desarrollo más equitativo y sostenible [24,25].

Componentes del IDH

El IDH se calcula utilizando tres dimensiones principales:

- 1.- Esperanza de vida al nacer: Este indicador refleja la capacidad de una sociedad para proporcionar condiciones de vida saludables. Una mayor esperanza de vida sugiere un mejor acceso a servicios de salud y una mayor calidad de vida.
- 2.- Educación: Se mide mediante dos subcomponentes: i-Años promedio de escolaridad de los adultos y ii-años esperados de escolaridad para los niños en edad de iniciar su educación.
- 3.- Ingreso per cápita: Se ajusta por paridad de poder adquisitivo (PPA) para reflejar las diferencias en el costo de vida y la

inflación entre los países. Este componente mide el nivel de vida y la capacidad de las personas para acceder a recursos materiales.

Categorías del IDH

Los países se clasifican en cuatro categorías según su IDH:

Desarrollo Humano Muy Alto: Países con un IDH superior a 0,80.

Desarrollo Humano Alto: Países con un IDH entre 0,70 y 0,799.

Desarrollo Humano Medio: Países con un IDH entre 0,55 y 0,699.

Desarrollo Humano Bajo: Países con un IDH inferior a 0,55.

Estas categorías permiten comparar el desarrollo humano de los países y enfocarse en las áreas que necesitan mejoras.

Importancia del IDH

El IDH es una herramienta fundamental para:

Comparar el bienestar: Proporciona una medida más completa del bienestar que el PIB per cápita, al incluir aspectos de salud y educación.

Identificar desigualdades: Permite a los formuladores de políticas identificar y abordar desigualdades en diferentes dimensiones del desarrollo.

Medir el progreso: Facilita el seguimiento del progreso de los países en el tiempo y ayuda a establecer objetivos de desarrollo.

Desafíos y Críticas

A pesar de sus beneficios, el IDH enfrenta algunas críticas y desafíos:

- Simplicidad excesiva: Algunos argumentan que el IDH es una medida demasiado simplificada que no captura todas las dimensiones del desarrollo humano, como la calidad del medio ambiente y la seguridad.
- Datos limitados: La disponibilidad y calidad de los datos pueden variar entre países, lo que puede afectar la precisión del IDH.
- Enfoque en promedios: El IDH no captura las desigualdades dentro de los países, ya que se basa en promedios nacionales.

Conclusión

El Índice de Desarrollo Humano ha sido una herramienta valiosa para evaluar y comparar el desarrollo humano en todo el mundo [24,25,26].

Evolución del Índice de Desarrollo en el Perú y su relación con países de la región

El IDH es una medida sinóptica (concisa y esquemática) del desarrollo humano. Mide los adelantos medios de un país en tres aspectos básicos del desarrollo humano:

Una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer.

Conocimientos, medidos por la tasa de alfabetización de adultos (con una ponderación de dos tercios) y la combinación de las tasas brutas de matriculación primaria, secundaria y terciaria (con una ponderación de un tercio).

Un nivel de vida decoroso, medido por el PBI per cápita (PPA, dólares EE.UU.)

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo publicó un informe donde se detalla cómo Perú incrementó su IDH en torno a algunas variables, en los últimos siete años, aunque no a niveles de prepandemia. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Perú ha mostrado una evolución positiva en las últimas décadas. En 2021, el IDH del Perú fue de 0.762, manteniéndose estable respecto al año anterior. Este indicador mide el desarrollo humano considerando tres dimensiones: una vida larga y saludable, acceso al conocimiento y un nivel de vida digno (Figura 1).

Entre 1990 y 2023, el valor del índice de desarrollo humano para el Perú tuvo un cambio positivo del 27%. En el mismo período, la esperanza de vida al nacer aumentó 13.8 años; la expectativa de años de escolaridad, 3.2 años; los años de escolaridad, 2.4 años; mientras que el ingreso nacional bruto per cápita, 141%. A la vez, como ocurre en América Latina, se observa en el Perú una desaceleración en el desarrollo humano.

En comparación con otros países de la región, el Perú se encuentra en una posición intermedia. Por ejemplo, países como Chile y Uruguay tienen un IDH más alto, mientras que países como Bolivia y Honduras tienen un IDH más bajo (Tabla 4 , Tabla 5).

En América Latina, existe una desigualdad en ámbitos de desarrollo. Entre las naciones, se encuentran países con Desarrollo Humano muy alto, alto y medio alrededor del territorio. Los países más desarrollados de la región son: Chile con 0,878, Argentina con 0,865 , Uruguay con 0,862 , los tres países que componen la subregión del cono sur, históricamente se han caracterizado por sus buenos indicadores educativos y con economías pujantes, seguido de Panamá 0,839 y Costa Rica 0,833 (PNUD).

En contraparte, los países menos desarrollados, se encuentran en América Central y parte de El Caribe. Haití con mucha diferencia, el menos desarrollado, con 0,55 seguido de Honduras con 0,645, Guatemala 0,662 y El Salvador 0,678 de categoría medio, países que han tenido problemas en tiempos recientes de estabilidad, lo que ha provocado retraso económico y problemas educativos y de salud [26,27].

Indice de Desarrollo Humano (IDH) entre los años 1990 y 2023

IDH Perú: 1993-2023 (PNUD)

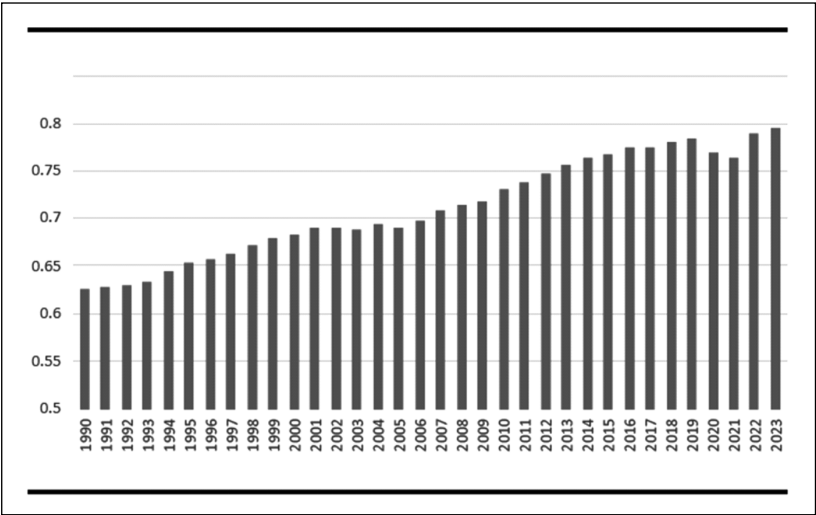


Figura 3 Fuente PNUD 2025

Tabla 4 INDICE DESARROLLO HUMANO PAISES. PNUD 2019

CHILE	0.851
ARGENTINA	0.845
MEXICO	0,779
PERU	0,777
COLOMBIA	0,767
BRAZIL	0.765
ECUADOR	0.759
BOLIVIA	0.718
VENEZUELA	0,711

1: MEJOR, 0: PEOR

Fuente PNUD Referencia 25

Tabla 5 IDH PAISES 2023

CHILE	0.878
ARGENTINA	0.865
URUGUAY	0,862
PANAMA	0.839
COSTA RICA	0.833
MEXICO	0.789
PERU	0.794
COLOMBIA	0.788
BRASIL	0.786
R.DOMINICANA	0.776

Fuente PNUD Referencia 24

Mejora el Índice de desarrollo humano en Perú

En 2022 el índice de desarrollo humano (IDH) en Perú fue 0,762 puntos, lo que supone una mejora respecto a 2021, en el que se situó en 0,755. En 2023 este índice es 0.794

El IDH es un importante indicador del desarrollo humano que elabora cada año Naciones Unidas. Se trata de un indicador que, a diferencia de los que se utilizaban anteriormente que medían el desarrollo económico de un país, analiza la salud, la educación y los ingresos [24,25,27].

Si ordenamos los países en función de su Índice de desarrollo humano, Perú se encuentra en el puesto 81 del ranking de desarrollo humano (IDH).

Factores del IDH que requieren ser mejorados en el Perú

El análisis señala que, en el Perú, hay varios factores del Índice de Desarrollo Humano (IDH) que requieren mejoras para aumentar el bienestar general de la población:

Esperanza de vida al nacer: Aunque ha mejorado, sigue habiendo disparidades significativas entre diferentes regiones y grupos socioeconómicos. Mejorar el acceso a servicios de salud de calidad y reducir las tasas de mortalidad infantil son áreas clave para avanzar en este indicador.

Educación: La educación es otro factor crucial. Aunque el Perú ha avanzado en términos de años promedio de escolaridad, la calidad de la educación y la tasa de abandono escolar siguen siendo desafíos importantes. Es necesario invertir en infraestructura educativa, capacitación docente y programas de apoyo a estudiantes en riesgo de abandono.

Ingreso per cápita: El ingreso per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) sigue siendo relativamente bajo en comparación con otros países de la región. Mejorar las oportunidades de empleo, aumentar los salarios y reducir la pobreza son esenciales para elevar este indicador.

Desigualdad: El IDH ajustado por desigualdad revela que las desigualdades en salud, educación e ingresos siguen siendo un problema significativo en el Perú. Abordar estas desigualdades es fundamental para mejorar el desarrollo humano general del país.

Género: Las desigualdades de género también afectan el desarrollo humano. Aumentar la participación de las mujeres en el mercado laboral, garantizar su acceso a la educación y proteger sus derechos son pasos importantes para mejorar este aspecto [28].

Mejorar estos factores requiere un enfoque integral que combine políticas públicas efectivas, inversión en infraestructura y servicios, y esfuerzos para reducir las desigualdades sociales y económicas; el PNUD, en su informe 2025, concluye que entre el 2017 y el 2024 el Perú logró mejoras en el desarrollo humano y en la densidad estatal. Sin embargo, las brechas territoriales subsisten y aún no se ha recuperado la tasa de crecimiento previa a la pandemia: para alcanzarlos, es necesario contar con una gobernabilidad fortalecida y equitativa [24].

DESARROLLO SOSTENIBLE

El concepto de desarrollo sostenible surge como respuesta a la creciente preocupación por el deterioro ambiental y la desigualdad social generada por modelos de desarrollo centrados exclusivamente en el crecimiento económico.

Hitos clave:

- Informe Brundtland (1987): Define el desarrollo sostenible como “aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones”.
- Conferencias de la ONU: Desde Estocolmo (1972) hasta Río+20 (2012), se consolidan compromisos internacionales que integran sostenibilidad ambiental, equidad social y viabilidad económica.
- Transformación del enfoque: Se pasa de una visión puramente económica del desarrollo a una más holística, que reconoce la interdependencia entre sociedad, economía y medio ambiente.

INFORME BRUNDTLAND 1987

El desarrollo sostenible, un concepto que surgió en medio de una creciente conciencia de una crisis ecológica inminente, parece haber sido una de las fuerzas impulsoras de la historia mundial durante el período de finales del siglo XX. Según el “Informe Brundtland” titulado “Nuestro futuro común”, el desarrollo sostenible es el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.[29]

La palabra “sostenibilidad” deriva del latín *sustinere*, que significa “sostener”. La sostenibilidad no debe ser vista como un esfuerzo por lograr un bien singular. El informe fue elaborado por expertos de distintas naciones en 1987 para la ONU, por una comisión encabezada por la

doctora Gro Harlem Brundtland, entonces primera ministra de Noruega. Originalmente, se llamó Nuestro Futuro Común (Our Common Future, en inglés). En este informe, se utilizó oficialmente el término desarrollo sustentable, definido como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones, concepto introducido en el lenguaje de las ciencias económicas por el economista germano británico Ernst Friedrich Schumacher en los ensayos *Lo pequeño es hermoso* (Ernst Friedrich Schumacher, *Small Is Beautiful: Economics as if People Mattered*, editorial HarperCollins, 2010, ISBN 0061997765 y 9780061997761). Implica un cambio muy importante en cuanto a la idea de sustentabilidad, principalmente ecológica, y a un marco que da también énfasis al contexto económico y social del desarrollo. Este informe impulsó oficialmente la necesidad de abrazar el desarrollo sostenible como política de Estado entre las naciones que integran la ONU.

Un esquema de sus objetivos son los siguientes:

Llevar a cabo dos tipos de restricciones:

- Ecológicas, es decir, la conservación de nuestro planeta Tierra.
- Morales: renunciar a los niveles de consumo a los que no todos los individuos puedan aspirar.
- Crecimiento económico en los lugares donde no se satisfacen las necesidades anteriores, es decir, en los países pobres.
- Control demográfico, referido principalmente a las tasas de natalidad.
- No poner en peligro los sistemas naturales que sostienen la vida en la Tierra.
- La conservación de los ecosistemas debe estar subordinada al bienestar humano, pues no todos los ecosistemas pueden ser conservados en su estado virgen.

- El uso de los recursos no renovables debe ser lo más eficiente posible.
- Cuidar el planeta y sus alrededores.

El desarrollo sostenible requiere entender que la inacción traerá consecuencias; se deben cambiar las estructuras institucionales y fomentar las conductas en relación con los objetivos anteriormente descritos. También se puso de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una nueva conferencia a nivel mundial, dado que los objetivos propuestos en conferencias anteriores no estaban siendo cumplidos. Así, en 1992 se llevó a cabo la Conferencia Sobre Medio Ambiente y Desarrollo en Río de Janeiro. La «Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo» aclara el concepto de desarrollo sostenible [30].

El documento del Presidente plantea conceptos importantes en relación con la salud y el desarrollo sostenible, que se resumen:

No podrá lograrse el desarrollo sostenible sin hacer frente a las causas de la mala salud y a su impacto sobre el desarrollo. Muchos problemas de salud son causados o se ven exacerbados por la contaminación del aire y del agua, el ruido, el hacinamiento, el abastecimiento insuficiente de agua, el saneamiento deficiente, la eliminación poco segura de los desechos, la contaminación química, el envenenamiento y los peligros físicos asociados con el crecimiento de ciudades densamente pobladas.

Promover la salud asegurando el acceso de todos a una alimentación suficiente, segura, culturalmente aceptable y nutricionalmente adecuada.

Integrar los problemas de salud en las estrategias, políticas y programas de desarrollo sostenible y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud de prestar servicios de salud básicos y reducir las amenazas ambientales a la salud, con asistencia financiera y técnica para los países en desarrollo y los países con economías en transición, y aplicar la Estrategia de la Salud para Todos.

Promover el uso de la medicina basada en las plantas y la medicina tradicional, en combinación con la medicina moderna, y asegurar la protección efectiva de los derechos de propiedad intelectual de los conocimientos tradicionales y elaborar programas para medir la eficacia de los servicios de salud mediante sistemas de información y bases de datos integradas sobre la salud y los peligros del desarrollo, las amenazas al medio ambiente y la salud, y proporcionar al público acceso a esa información a fin de permitir a los ciudadanos locales proteger su salud y su medio ambiente.

Estos son algunas de las propuestas que han ido señalando el camino de incorporar la salud en el complejo tema del medio ambiente y de introducir la importancia que tiene en producir enfermedades o en utilizar la naturaleza para evitarlas o mitigarlas.

Du Pisani identifica y analiza varios enfoques que han moldeado la comprensión del desarrollo sostenible [31]:

- Enfoque economista: Prioriza el crecimiento económico, pero incorpora criterios de eficiencia ecológica y responsabilidad social. Se basa en la idea de “capital natural” y su gestión racional.
- Enfoque ecológico: Centrado en los límites biofísicos del planeta. Propone una reorganización profunda de los sistemas productivos para respetar la capacidad de carga de los ecosistemas.
- Enfoque intergeneracional: Subraya la justicia entre generaciones, promoviendo decisiones que no comprometan el bienestar futuro.
- Enfoque sectorial: Aplica la sostenibilidad a áreas específicas como agricultura, energía, transporte o salud, integrando criterios ambientales y sociales en cada sector.
- Tecnologías sostenibles: Se destaca el papel de la innovación tecnológica como herramienta para reducir impactos negativos y promover soluciones sostenibles.

3. Implicaciones políticas, sociales y éticas

- Gobernanza y políticas públicas: El desarrollo sostenible exige marcos normativos integradores, participación ciudadana y transparencia institucional. La sostenibilidad se convierte en un principio rector de la política pública.

- Responsabilidad empresarial: Las empresas deben adoptar prácticas sostenibles, no solo por presión normativa, sino como parte de su ética corporativa y compromiso con el bien común.

- Ciudadanía activa: Pisani enfatiza el rol de la educación y la conciencia ciudadana para fomentar estilos de vida sostenibles y exigir rendición de cuentas a gobiernos y empresas.

- Ética del cuidado: propone una ética centrada en la dignidad humana, la equidad y el respeto por la naturaleza como base para un desarrollo verdaderamente sostenible.

Los principios clave y las acciones correspondientes se detallan en la tabla 6.

Tabla 6. Principios clave del desarrollo sostenible

PRINCIPIOS	ACCIONES
Precaución y revención	Actuar antes de que ocurran daños ambientales o sociales.
Equidad intra e intergeneracional	Justicia social hoy y mañana. Redistribución y previsión
Satisfacción de necesidades básicas básicas	Especial énfasis en poblaciones vulnerables
Participación ciudadana y gobernanza democrática	Decisión colectiva, transparencia y control social.
Responsabilidad compartida pero diferenciada	Corresponsabilidad adaptada a capacidades históricas.
Educación y conciencia ambiental	Cambios de comportamiento a largo plazo.
Integración de dimensiones	Económico + Social + Ambiental ≠ Compensaciones aisladas

Adaptado de referencia 31

En relación a la prevención, que es importante para evitar daños ambientales o sociales, por lo que resulta pertinente resaltar las necesarias acciones, tales como poner énfasis en las poblaciones vulnerables, desarrollar la justicia social, la participación ciudadana con una gobernanza democrática y especialmente integrar los aspectos económicos, sociales y ambientales.

Tabla 7 “Mirada al desarrollo sostenible” Pisani y Sen - Nussbaum

Enfoque según Pisani	Características clave	Vínculo con enfoque en capacidades
Ecológico	Respeto a límites biofísicos del planeta	Capacidad de vivir en un entorno saludable
Económico (capital natural)	Maximización del crecimiento con eficiencia en uso de recursos naturales	Acceso material y agencia económica para vivir con dignidad
Intergeneracional	Ética hacia generaciones futuras	Sostenibilidad de las capacidades a largo plazo
Sectorial	Aplicación específica a salud, educación, transporte, etc.	Desarrollo de capacidades según contexto y función social
Tecnológico	Innovación como medio para mitigar impactos y potenciar sostenibilidad	Tecnología como ampliación de libertades reales y capacidades humanas (ej. acceso a salud o educación)

Adaptado de referencia 31

La presentación de los conceptos de Du Pisani y los de Sen y Nussbaum (Tabla 7), reflejan miradas aparentemente diferentes, pero que resultan complementarias, en los aspectos tecnológicos, sectoriales, intergeneracionales y económicos,

Integración en Políticas Globales: Desde la publicación del Informe Brundtland, el desarrollo sostenible ha sido incorporado en diversas políticas y acuerdos internacionales. La Cumbre de la Tierra de 1992 en Río de Janeiro y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU son ejemplos de cómo el concepto ha sido adoptado y promovido a nivel global.

Conclusiones y recomendaciones sobre el futuro del desarrollo sostenible

- El desarrollo sostenible enfrenta una encrucijada crítica en el contexto del Antropoceno,(Garcia CV La incursión del Antropoceno en el sur del planeta <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13950920001>) donde las crisis ecológicas, sociales y económicas se entrelazan de forma compleja [33,34].
- A pesar de los avances normativos como la Agenda 2030, persisten profundas desigualdades estructurales que limitan la realización efectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente en el Sur Global [33,36].
- La sostenibilidad no puede reducirse a métricas tecnocráticas o soluciones de mercado; requiere una transformación ética y política que reconozca la interdependencia entre justicia social, integridad ecológica y dignidad humana [15,21,32].

Recomendaciones

- Reformular los marcos de desarrollo desde una perspectiva de capacidades y justicia ambiental, priorizando el bienestar humano y los límites planetarios por encima del crecimiento económico convencional [21,15].
- Sen [15] y Nussbaum [21] proponen un enfoque centrado en lo que las personas pueden ser y hacer, mientras que Raworth [32] introduce el modelo del “donut” para equilibrar necesidades humanas y límites ecológicos.
- Sachs [33] aboga por una transformación estructural que combine ciencia, ética y política, mientras que Leach et al. [34] enfatizan la necesidad de enfoques adaptativos y justos frente a la incertidumbre

- Fortalecer la gobernanza multinivel con mecanismos participativos, transparentes y culturalmente contextualizados, que integren saberes locales e indígenas en la toma de decisiones [34,37,38].
- Ostrom [37] demuestra cómo las comunidades pueden gestionar recursos comunes de forma sostenible, mientras que Escobar [36] subraya la importancia de los saberes territoriales en la construcción de alternativas al desarrollo.
- Impulsar una educación transformadora que promueva pensamiento crítico, ciudadanía ecológica y ética del cuidado, especialmente en los sistemas de salud y educación [35].
- La UNESCO [35] plantea una hoja de ruta para integrar la sostenibilidad en la educación, destacando la necesidad de enfoques pedagógicos que fomenten la acción y la reflexión ética.

A pesar de los avances, el desarrollo sostenible enfrenta numerosos desafíos, como el cambio climático, la desigualdad social y la pérdida de biodiversidad. Es importante destacar la importancia de un enfoque holístico que integre dimensiones económicas, sociales y ambientales para lograr un desarrollo verdaderamente sostenible.

REFERENCIAS

- 1.- Naciones Unidas CEPAL. 1988 historia de la CEPAL <https://www.cepal.org/es/acerca/historia-la-cepal>
- 2.- Furtado C. Formación económica de América Latina. México: Fondo de Cultura Económica; 1964. <https://books.google.com.pe/books?id=sZsdngZkRp4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- 3.- Bulmer-Thomas V. The Economic History of Latin America since Independence. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. Chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://assets.cambridge.org/9781107>
- 4.- Dosman EC. The Life and Times of Raúl Prebisch, 1901–1986. Montreal: McGill-Queen's University Press; 2008 <https://www.researchgate.net/publication/279476808>
- 5.- Naciones Unidas CEPAL Prebisch R. El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas. 1948, 2012 <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40010-desarrollo-economico-la-america-latina-algunos-sus-principales-problemas>
- 6.- Naciones Unidas CEPAL Ocampo JA. Reformas económicas, crecimiento y equidad en América Latina. Bogotá: CEPAL Alfaomega; 2005. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1658-inversion-reformas-economicas-america-latina>
- 7.- Bárcena A, Prado A. La ineficiencia de la desigualdad. CEPAL; 2016. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43442-la-ineficiencia-la-desigualdad>
- 8.- Naciones Unidas CEPAL. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2023. Santiago; <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68747-balance-preliminar-economias-america-latina-caribe-2023>
- 9.- Naciones Unidas. CEPAL. Biblioteca CEPAL. Biblioguias 75 años de la CEPAL y el pensamiento cepalino. <https://biblioguias.cepal.org/CEPAL75> <https://www.cepal.org/es/acerca/historia-la-cepal>
- 10.- Discurso del secretario general de la ONU Antonio Guterrez con motivo de los 70 años de la CEPAL 1978. a y el Caribe.” https://www.google.com/search?CEPAL+discurso+de+Guterrez+en+el+aniversario+70+de+CEPAL&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBg-gAEEUYOTIHCAEQABjvBTIHCAIQABjvBTIKCAMQABiABBiiBDIKCAQQABiABBiiBNIBCTI3ODQ2ajBqM6gCALACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8#fpstate=ive&vld=cid:3461737e,vid:MYDNkd8hZCU,st:0
- 11.- NU. CEPAL; OPS; OMS. Informe de la CEPAL Y OPS 2024 “La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzarlos Objetivos de Desarrollo Sostenible” Copyright © Naciones Unidas, 2024 S.2400869[S]

- 12.- Fecha: 21 de Octubre de 2024 <https://hdl.handle.net/11362/80763> CEPAL Discurso del Secretario General ONU https://www.google.com/search?CEPAL+discurso+de+Guterrez+en+el+aniversario+70+de+CEPAL&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEU-YOTIHCAEQABjvBTIHCAIQABjvBTIKCAMQABiABBiiBDIKCAQQABiABBiiB-NIBCTI3ODQ2ajBqM6gCALACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8#fpstate=ive&vld=cid:3461737e,vid:MYDNkd8hZCU,st:0 accesado 20 de febrero de 2025
- 13.- CEPAL/OPS 2024 La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.cepal.org/es/eventos/lanzamiento-informe-especial-cepal-ops-2024-la-urgencia-invertir-sistemas-salud-america>
- 14.- UN PAHO/OPS Salud en las américas. Perú <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/peru>.
- 15.- Amartya Sen. 1989. “El desarrollo como expansión de capacidades” *Journal of Development Planning* 19: 41–58 Amartya Sen. 1989.
- 16.- Wells T. Enfoque de capacidades de Amartya Sen. *Internet Encyclopedia of Philosophy* <https://iep.utm.edu/sencap/#:~:text=La%20capacidad%20de%20una%20persona%20para%20vivir,1980%2C%20y%20se%20asocia%20estrechamente%20con%20C3%A9l>.
- 17.- Reyes VP. Sen, Amartya (2012). *Desarrollo y Libertad*. 11va. Edición. Colombia: Editorial Planeta Colombiana S.A. Compendium, vol. 24, núm. 46, 2021. <https://www.redalyc.org/journal/880/88067978006/html/>
- 18.- Cejudo R: 2016 Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen a la educación. *Revista española de pedagogía*. Año 64.234:365-380 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2083128>
- 19.- London, Silvia; Formichella, María Marta 2006 El concepto de desarrollo de Sen y su vinculación con la Educación. *Economía y Sociedad*, vol. XI, núm. 17, enero-junio, 2006, pp. 17-32 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5612542>
- 20.- Martha Nussbaum. 1988. Naturaleza, función y capacidad: Aristóteles y la distribución política. En *Estudios Oxford sobre Filosofía Antigua*. Oxford University Press. https://www.google.com/search?q=Martha+Nussbaum.+1988.+Naturaleza%2C+funci%C3%B3n+y+capacidad%3a+Arist%C3%B3teles+y+la+distribuci%C3%B3n+pol%C3%Adtica.+En+Estudios+Oxford+sobre+Filosof%C3%Ada+Antigua&oeq=Martha+Nussbaum.+1988.+Naturaleza%2C+funci%C3%B3n+y+capacidad%3a+Arist%C3%B3teles+y+la+distribuci%C3%B3n+pol%C3%Adtica.+En++Estudios+Oxford+sobre+Filosof%C3%Ada+Antigua&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDY-2NjNqMGo0qAIiAIB8QWzGJNvH1K3eQ&sourceid=edaly&ie=UTF-8
- 21.- Mondragon RM. 2023. El enfoque de las capacidades de Nussbaum. Algunos rasgos y debates. *Andamios*, vol. 20, núm. 52, pp. 199-228, 2023 DOI: <https://doi.org/10.29092/uacm.v20i52.1004> <https://www.redalyc.org/journal/628/62875960009/html/>

- 22.- Ruiz SJ 2019 Desarrollo y calidad de vida. Una perspectiva crítica a partir del pensamiento de Amartya Sen Aleth. rev. desarro. hum. educ. soc. contemp. vol.11 no.2 Bogotá July/Dec. 2019 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-03662019000200107
- 23, Rivero C “Calidad de vida: el enfoque de Amartya Sen y sus exclusiones” Revista de la Universidad de Carabobo. Chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/a9n19/9-19-4.pdf
- 24.- PNUD 2025Informe Sobre Desarrollo Humano 2025 - Actuar, Confiar y Conectar Caminos. <https://www.undp.org/es/peru/publicaciones/informe-sobre-desarrollo-humano-2025-actuar-confiar-y-conectar-caminos>
- 25.- PNUD 2023 2024 Hacia Un Nuevo Informe Nacional de Desarrollo Humano En El Perú: Los Desafíos de La Gobernabilidad. <https://www.undp.org/es/peru/noticias/hacia-un-nuevo-informe-nacional-de-desarrollo-humano-en-el-peru-los-desafios-de-la-gobernabilidad>
- 26.- Candanedo G 2013 Perfil y Tendencias del Desarrollo Humano en América Latina. (1980-2007) Revista Redes, ISSN-e 2710-768X, ISSN 1684-6737, Vol. 1, Nº. 5, 2013 págs. 65-74 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=6137504>
- 27.- EUSKAL Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística. Índice de desarrollo humano por indicadores según países. (2025) https://www.eustat.eus/elementos/ele0013500/ti_indice-de-d
- 28.- Instituto Peruano de Economía,2021 Índice de desarrollo humano <https://ipe.org.pe/indice-de-desarrollo-humano-idh/>
- 29.- ONU - Informe Brundtland. (Ago 1987) .Informe de La Comisión Mundial Sobre Medio Ambiente y Desarrollo. <https://es.scribd.com/doc/105305734/ONU-Informe-Brundtland-Ago-1987-Informe-de-la-Comision-Mundial-sobre-Medio-Ambiente-y-Desarrollo>
- 30.- Naciones Unidas (1992) Conferencia Sobre Medio Ambiente y Desarrollo en Río de Janeiro. La «Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo» <https://www.un.org/spanish/conferences/wssd/doconf.htm>Naciones Unidas A/CO/PC/L.
- 31.- Du Pisani, JA (2006). Desarrollo sostenible: raíces históricas del concepto. Ciencias Ambientales, 3, 83-96.<https://doi.org/10.1080/15693430600688831>
- 32.- Raworth K. Doughnut Economics: Seven Ways to Think Like a 21st-Century Economist. London: Random House Business Books; 2017. https://www.researchgate.net/publication/340685996_Kate_Raworth_-_Doughnut_Economics_Seven_Ways_to_Think_Like_a_21st_Century_Economist_2017/citation/download
- 33.- Sachs JD. The Age of Sustainable Development. New York: Columbia University Press; 2015. <https://cup.columbia.edu/book/the-age-of-sustainable-development/9780231173155/>

- 34.- Leach M, Scoones I, Stirling A. Dynamic Sustainabilities: Technology, Environment, Social Justice. London: Earthscan; 2010 <https://cup.columbia.edu/book/the-age-of-sustainable-development/9780231173155/>
- 35.- UNESCO. Education for Sustainable Development: A Roadmap. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2020. <https://doi.org/10.54675/YFRE1448>
- 36.- Escobar A. Una minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales. Bogotá: Editorial Universidad del Cauca; 2010. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/860/86020038022.pdf>
- 37.- Ostrom E. Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.actu-environnement.com/media/pdf/os-trom_1990.pdf

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO AL CUIDADO DE LA SALUD Y DESAFÍOS

Oscar Ugarte Ubilluz

MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO AL CUIDADO DE LA SALUD Y DESAFÍOS

Oscar Ugarte Ubilluz
Académico Asociado ANM

2.1 EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA HISTORIA

Los estudios más recientes sobre la historia de la humanidad como describe el historiador Harari, señalan que una de las principales características de los neandertales, previos a los sapiens, fue el cuidado de la salud:

“Los neandertales (70 mil años antes de nuestra era) empleaban utensilios y fuego, eran buenos cazadores y aparentemente cuidaban de sus enfermos y débiles. Los arqueólogos han descubierto huesos de neandertales que vivieron durante muchos años con impedimentos físicos graves, que son prueba de que eran cuidados por sus parientes.”

Igualmente, otras investigaciones sobre los neandertales, como señala la arqueóloga británica Rebeca Wragg, demuestran el tipo de enfermedades y complicaciones que sobrellevaron algunos de estos antepasados y que sólo se explica por los cuidados recibidos en épocas tan remotas:

“Se han encontrado múltiples casos con excrecencias óseas en los ligamentos de la columna vertebral y otras zonas, que hoy se diagnosticarían como Hiperostosis esquelética, con probables cuadros clínicos dolorosos, limitaciones en el movimiento o parálisis.”

“También se han encontrado deformidades craneales, posiblemente de nacimiento y otras de origen traumático.”

“Y algunos casos especiales como un caso de úlcera craneal, como consecuencia de un quiste en la bóveda craneana, pero que pudo sobrevivir hasta edad adulta”.

“Los estudios que cotejan el linaje genético neandertal de un individuo con su historial médico denotan relación con:

- Problemas digestivos
- Infecciones urinarias
- Diabetes
- Incremento de la coagulación de la sangre”

Por lo descrito, el cuidado de la salud es consustancial con la naturaleza humana; y constituye una característica muy importante del desarrollo humano.

2.2 EL CUIDADO DE LA SALUD EN TODAS LAS CIVILIZACIONES, INCLUYENDO LAS PRECOLOMBINAS

Todas las civilizaciones antiguas, tanto las orientales como las americanas precolombinas, han tenido una visión de la salud como resultante de la relación holística entre la persona y su medio.

Muchas de dichas civilizaciones consideraron el medio en su sentido más amplio. El hábitat incluía: la vivienda, el ámbito de trabajo, la alimentación, el aire, el agua, la tierra, los astros, etc.

También las culturas prehispánicas incorporaron como parte de su medio a su mundo interior: creencias, temores, sueños. Por lo tanto, la salud era una resultante de la relación entre la persona y su mundo, tanto exterior como interior.

Según Guamán Poma de Ayala, en el Tahuantinsuyo, el cuidado de las personas era parte del buen gobierno”, especialmente en algo tan fundamental como la alimentación. Describe el autor que el Inca aprobaba Ordenanzas para garantizar el alimento suficiente todo el año:

“Mandamos en todo el reino haya abundancia de comida y que se siembre muy mucho maíz y papas y ocas y que hagan cavi, caya, chuño, tamos, chochoca y quinua, olluco, mashua, todas las comidas hasta las yerbas, yuyos acuáticos los sequen, para que tengan qué comer todo el año.....”

“Mandamos en este reino en los pueblos han de comer en la plaza pública caciques principales, indios chicos y grandes para que se alleguen todos los pobres y huérfanos, viudas, enfermos, viejos, ciegos y tullidos, peregrinos, caminantes.....”

Eran claramente orientaciones para garantizar lo que hoy conocemos como seguridad alimentaria. Y con relación a los cuidados de la salud, Guamán Poma describe el mandato del inca en los siguientes términos:

“Mandamos que los barberos y cirujanos (hambi camayoc), sangradores (circac quichicauan) y curan con yerbas. Y a las parteras vastas comadres (huahua huachachic); y a las curanderas (nicza allichac, hampi camayoc) que arreglan estómagos. Y a las amas de huérfanos, sean reservadas de todo y le den otra niña grande para que la ayude a criar.....”

Es decir, la función especializada de cuidado de la salud era valorada, protegida y apoyada desde el poder.

Asimismo, la historiadora María Rostorowski cita al Inca Garcilaso de la Vega, quien describe los cuidados que se brindaban a los niños desde su nacimiento para favorecer su adecuado desarrollo.:

“Luego que nacía la criatura, la bañaban en agua fría para envolverla en sus mantillas, y cada mañana le habrían de lavar en agua fría y las

demás de las veces puesta al sereno; y cuando la madre la hacía regalo, tomaba el agua en la boca y le lavaba todo el cuerpo, salvo la cabeza, particularmente la moñera, que nunca dejaban que llegara el agua a ella. Decían que hacían esto para que se fortaleciera y se acostumbrara al frío y al trabajo, no le soltaban los brazos ni las envolturas hasta los tres meses, porque decían que soltándoselos antes se hacían flojos de brazos,.....”

Cuidados de los niños pequeños, con las creencias de entonces, orientados a su desarrollo futuro y vinculados a un mejor desempeño social en la juventud y adultez.

2.3 LA CONQUISTA TRASTOCÓ EL CUIDADO DE LA SALUD Y DE LA VIDA EN PERÚ

La conquista fue el encuentro de dos civilizaciones, pero también un cambio radical en las condiciones de vida y el sistema sanitario pre existente.

Los primeros 36 años de dominación española fueron muy críticos, como describe Luis G. Lumbreras:

“Desde 1533 hasta 1569 la guerra enfrentó a los conquistadores, matándose unos a otros y quedando el país en total desgobierno y caos. Se abandonaron las labores agrícolas y ganaderas, los andenes y los proyectos hidráulicos fueron abandonados, se vaciaron los depósitos previsionales de alimentos, vestidos, armas y otros instrumentos, quedando desarticuladas las comunidades y regiones.”

Además, en los años posteriores, el coloniaje dictatorial impuesto por el aristócrata Virrey Fernando de Toledo, enviado expresamente por Felipe II para liquidar el régimen incaico, significó la destrucción del orden vigente en el Tahuantinsuyo, así como de parte de la infraestructura de aprovisionamiento de agua en las ciudades conquistadas, con lo cual se rompió el equilibrio existente entre las personas y el medio.

Pero no sólo fueron las políticas dictatoriales del colonialismo de la época, sino que también significó el contacto de la población con gérmenes patógenos del antiguo mundo que causaron estragos en la población, sin capacidad de respuesta frente a enfermedades como la viruela, la tuberculosis, el sarampión, la fiebre amarilla, la peste bubónica y muchas otras.

Es conocido, por ejemplo, que Huayna Cápac, padre de Huáscar y Atahualpa, habría muerto por viruela, según la descripción de algunos cronistas e historiadores. Aunque esta información parecería ser cuestionada, de un lado, como afirma Oscar Pamo Reyna, porque la descripción de los cronistas que posteriormente se refirieron a ello, podía corresponder a otras enfermedades y no viruela; y de otro lado, por el hecho que la muerte del Inca se habría producido en el año 1524, en Quito, pero la llegada de los españoles al imperio de los incas se produjo recién en 1532.

Sin embargo, estudios posteriores sugieren que, si bien Pizarro y sus acompañantes llegaron a Perú en ese año, la viruela y otras enfermedades habrían llegado a América algunas décadas antes, con los acompañantes de Colón en los diversos viajes que hizo luego de 1492 a las islas del Caribe; así como de otros conquistadores que llegaron a la costa Atlántica de América antes que Pizarro. Y que el contagio de dichas enfermedades entre las comunidades indígenas se habría expandido entre los naturales de otras regiones, de la costa atlántica a la costa occidental de América, aún antes que los españoles llegaran físicamente a estos lugares.

Todo lo anterior permite afirmar que la conquista significó un grave deterioro de la alimentación y condiciones de salud de la población del incanato; a lo cual se sumaron las condiciones de trabajo forzado en la agricultura, ganadería y minería. El sistema colonial fue ajeno a políticas sanitarias, con graves consecuencias para la población.

2.4 DURANTE LA COLONIA EL CUIDADO DE LA SALUD ERA DE CADA FAMILIA O DE ÓRDENES RELIGIOSAS POR CARIDAD

El cuidado de los enfermos durante la colonia era responsabilidad de las propias familias, que recurrían a los pocos médicos existentes, muchos de los cuales tenían conocimientos ya atrasados para su época.

Los primeros hospitales creados en Lima, el de San Andrés (1552) para atender a los españoles pobres; y el de Santa Ana (1557) para atender a los indígenas, fueron promovidos por órdenes religiosas basados en la caridad, con apoyo económico de las familias adineradas. Con ese mismo criterio, durante todo el período colonial se crearon aproximadamente 50 hospitales en las diferentes ciudades del país, 11 de ellos en Lima, uno de los cuales, creado en 1646 en Barrios Altos, el Hospital de San Bartolomé, era para atender exclusivamente a negros esclavos.

Este sistema de servicios de salud basados en la caridad y la segregación económica y racial trascendió al régimen colonial y se mantuvo luego de la Independencia, durante el régimen republicano hasta la primera mitad del siglo XX. Con la república varió parcialmente el sistema, creándose las Beneficencias Públicas, como instituciones encargadas de administrar los hospitales, hospicios, cementerios y otras obras de bien social con recursos donados siempre por caridad por las familias ricas. La primera en crearse fue la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima (SBPL), creada en 1834, que asumió los hospitales San Andrés, Santa Ana, San Bartolomé y otros 8 que funcionaban en Lima. La Beneficencia de cada ciudad capital de departamento asumió los hospitales creados por caridad en cada una de ellas. Ese fue el mecanismo del cuidado de la salud en el país hasta la creación del Ministerio de Salud

Sin embargo, las Beneficencias siguieron administrando los hospitales creados por caridad hasta 1975, cuando el Gobierno Militar presidido por el General Velasco emitió un Decreto mediante el cual se transfirió dichos hospitales al Ministerio de Salud.

2.5 EL DERECHO A LA SALUD Y EL DESARROLLO HUMANO EN LA REPÚBLICA

Entendido el desarrollo humano como el proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus miembros a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno social en el que respeten los derechos humanos de todos ellos, el derecho a la salud es indudablemente uno de los pilares del desarrollo humano.

Como ya está explicado en otros capítulos de este libro, los objetivos de desarrollo humano son un conjunto de aspiraciones que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas en todo el mundo. Estos objetivos están diseñados para abordar varios problemas que enfrentan las personas, como la pobreza, la educación, la salud, la desigualdad de género y otras inequidades en la sociedad.

La relación entre el derecho a la salud y el desarrollo humano se entiende mejor desde tres conceptos básicos de éste:

- a. **Derechos Ciudadanos:** entendidos como los beneficios que tienen todos los miembros de una sociedad, por el sólo hecho de pertenecer a dicha sociedad. Los derechos ciudadanos son un componente central del desarrollo humano.
- b. **Inclusión Social:** como el proceso de incorporación de todos los miembros de una sociedad a los beneficios que ésta les otorga en sus condiciones concretas de vida, asumidos como derechos ciudadanos para todos. Es decir, es evitar la exclusión social.

Ello significa también que la propia sociedad se adapta a las particularidades de sus miembros. La inclusión social garantiza el desarrollo humano.

- c. Cohesión Social: como el grado de consenso de los miembros de la sociedad sobre la percepción de pertenencia a esa sociedad, que permite desarrollar su capacidad productiva material e intelectual y mejorar las condiciones de vida del conjunto. La cohesión social es consecuencia de un alto grado de desarrollo humano, no sólo del crecimiento económico. En los últimos 30 años el mundo y también el Perú, han crecido económicamente, pero con una gran inequidad; por lo tanto, con muy poca cohesión social.

2.6 EL DERECHO A LA SALUD Y LOS DERECHOS CIUDADANOS EN PERÚ

Los derechos ciudadanos en Perú se han ido conquistando progresivamente desde la independencia; y algunos de ellos con tardanza, como el derecho a la salud. Tanto en Europa como en América, los derechos ciudadanos fermentaron con el aporte conceptual y teórico de los enciclopedistas del siglo XVIII y con las revoluciones sociales que cuestionaron el poder feudal, como fueron la Independencia de Norteamérica en 1776 y la Revolución Francesa en 1789. Sin esos acontecimientos y la ocupación de la Península Ibérica por Napoleón Bonaparte en 1808 y el derrocamiento de la Monarquía Española, no se explicaría el contexto favorable para el levantamiento sucesivo exitoso de las colonias en América desde 1810 hasta la independencia peruana en 1821, la última de la cadena, consolidada con la Batalla de Ayacucho en 1824.

1. Derechos civiles

Constituyen históricamente la primera generación de derechos. En el país fueron incorporados por primera vez en las Bases de la Constitución Política en 1822, como se afirma en esa declaración:

«Son derechos la libertad de los ciudadanos, la libertad de imprenta, la seguridad personal y del domicilio, la inviolabilidad de la propiedad, el secreto de las cartas, la igualdad ante la ley para el premio o el castigo, el reparto de las contribuciones en proporción a las facultades de cada uno, el derecho de presentar peticiones al Congreso o al Gobierno; y la abolición de toda confiscación de bienes, de todas las penas crueles, de la infamia trascendental, de todos los empleos y privilegios hereditarios y del comercio de esclavos».

El reconocimiento de esos derechos constituyó un cambio fundamental, porque durante los 300 años de dominación española, los peruanos éramos súbditos de la corona; por lo tanto, no éramos ciudadanos. Sólo lo eran los españoles residentes en el país. Sin embargo, como sabemos, los derechos reconocidos en las Base de la Constitución de 1822 y luego en la Constitución de 1823, sólo eran para un grupo de ciudadanos, con un cierto nivel de poder económico. Por ejemplo, estaban excluidas las mujeres, los trabajadores no propietarios y los analfabetos.

Pero, además, los derechos civiles estuvieron permanentemente cuestionados durante los 30 años posteriores a la Batalla de Ayacucho, dominados por las guerras entre caudillos y una sucesión de dictaduras militares hasta el gobierno de Ramón Castilla, que si bien también surge de la guerra entre caudillos, significó un período de reconstrucción del país entre 1845 y 1862, dentro del cual alternó la Presidencia de la República en dos oportunidades, consolidando los derechos civiles de los ciudadanos, incluyendo la abolición definitiva de la esclavitud de los negros.

2. Derechos políticos

Los derechos políticos han constituido la segunda generación de derechos en Perú. Son aquellos que permiten a los ciudadanos decidir sobre los asuntos del poder y también acceder a él. Al inicio de la República, fueron más restringidos que los derechos civiles. En primer lugar, por la mencionada guerra entre caudillos que impidió el ejercicio de esos derechos en las primeras tres décadas luego de la Independencia. Y, en segundo lugar, por la estructura autoritaria heredada en los inicios de la Independencia. Ejemplo de ello fue que sólo tenían derecho a elegir y ser elegidos quienes tenían alguna propiedad, algún tipo de trabajo reconocido y eran letrados.

Como es conocido, el derecho al voto femenino se incorporó recién en 1956, y el de los analfabetos recién en la Constitución de 1979.

Además, el derecho a elegir y ser elegido fue cuestionado a todo lo largo de la vida republicana del país, debido a los golpes de estado existentes también en la segunda mitad del siglo XIX y durante todo el siglo XX.

3. Derechos económicos, sociales y culturales

Estos derechos conforman la denominada tercera generación de derechos en el país. Surgieron en la primera mitad del siglo XX e incluyen, entre otros, el derecho a la jornada laboral de ocho horas, a la sindicalización, a la seguridad social y a la educación pública. Sin embargo, no fueron reconocidos constitucionalmente sino hasta la Constitución de 1933. Su pleno ejercicio exigió profundas reformas sociales, tanto en la institucionalidad como en la redistribución de los recursos.

Así, en el caso de la Educación, la Constitución del 33 reconoce el derecho universal a la educación primaria, dejando de ser una responsabilidad municipal para ser una prioritaria responsabilidad

del gobierno nacional. Sin embargo, no existía una instancia nacional que pudiera asumir esa responsabilidad. Por eso fue necesario crear el Ministerio de Educación en el año 1934, para impulsar la formación de maestros, la construcción de las escuelas primarias y secundarias necesarias en todo el país y organizar el sistema educativo nacional.

Asimismo, en el caso de Salud, la constitución de 1933 reconoce el derecho a la prevención de enfermedades con programas como el de TB, malaria, fiebre amarilla, viruela, lepra; aunque mantiene un enfoque hospitalario en la atención, dependiente fundamentalmente de las Beneficencias. Para asumir las nuevas responsabilidades del Estado en salud, el 5 de octubre de 1935 se creó el Ministerio de Salud.

Con posterioridad se fueron ampliando los derechos en salud, tanto con la Constitución de 1979 como con la Constitución de 1993.

En el campo laboral, si bien la Jornada de las 8 horas fue conquistada en 1918, la Constitución de 1933 reconoció el derecho al trabajo, a la representación sindical y el derecho de huelga. En el marco de esos avances a los derechos laborales se creó el Seguro Social Obrero en 1936; y en 1942 se creó el Ministerio de Trabajo, como instancia del Estado encargada de velar por el cumplimiento de los derechos laborales y promoción del empleo. En 1947 se creó el Seguro Social del Empleado.

Los derechos culturales son los que más han tardado en ser reconocidos formalmente, pero aún están en un largo proceso de implementación real, como por ejemplo los valores culturales de las comunidades andinas y de selva.

4. Derechos difusos

Estos vienen a ser la cuarta generación de derechos ciudadanos. Se denominan así a aquellos derechos que no pueden ser individualizados, sino que corresponden a la sociedad en su conjunto. Es el caso de los derechos ambientales, que fueron reconocidos internacionalmente

recién en la última década del siglo XX, en el marco de la Conferencia Internacional de Río de Janeiro en 1992. Por eso son derechos que recién se incorporaron en la Constitución de 1993, que implicó un gran cambio en la legislación peruana y en la definición de estándares ambientales. Y con posterioridad, en el 2008, se formalizaron con la creación del Ministerio del Ambiente.

Asimismo, entre este tipo de derechos se encuentran el derecho a la información, a la transparencia y a la rendición de cuentas, ya que no son individualizables y pertenecen a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, su cumplimiento no siempre es sencillo, especialmente cuando existe resistencia por parte de las autoridades a su ejercicio.

5. Derechos participativos

Los derechos participativos constituyen la quinta generación de derechos. En el país se consagraron en las últimas dos décadas del siglo XX y también han sido incorporados en la Constitución de 1993, donde se reconoce que todo ciudadano o ciudadana tiene derecho a participar en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la Nación.

El artículo 35 establece que los ciudadanos tienen derecho a participar en los asuntos públicos mediante referéndum, iniciativa legislativa, remoción o revocación de autoridades y demanda de rendición de cuentas. Los mecanismos de revocatoria están plenamente incorporados

También es un ejemplo la consulta previa, ya incorporada en nuestra legislación, que se viene usando sobre todo como mecanismo para garantizar el respaldo de la ciudadanía en proyectos de inversión que podrían afectar de alguna manera a las poblaciones vecinas.

2.7 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO NUEVO ENFOQUE DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD

La Atención Primaria de Salud, entendida como Cuidado Integral de la Salud por Todos y para Todos, que surge de la Conferencia Internacional de Alma Ata convocada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud, es un hito en el posicionamiento de la salud como elemento importante en el desarrollo humano. Es tratada en amplitud en un Capítulo específico en este libro. Aquí señalaremos solamente dos aspectos: las características principales del cuidado integral de la salud y los componentes del cuidado integral:

a. Características del cuidado integral:

- **Accesibilidad:** servicios de salud cercanos y de fácil acceso para la población o personal de salud itinerante que se desplaza adonde vive la población si hay barreras geográficas que la población difícilmente puede superar.
- **Integralidad:** el cuidado abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y daños, la curación y la rehabilitación.
- **Continuidad:** seguimiento y cuidados continuos para cada persona, garantizando que, si el establecimiento de salud que brinda la atención no ofrece toda la oferta de servicios, se facilitará a la persona el acceso a otro establecimiento que provea complementariamente esos servicios requeridos.
- **Equidad:** garantizar el acceso igualitario a servicios de salud para toda la población, sin discriminación por zona de residencia urbana o rural; ni por género; ni por razones de edad; ni por condiciones étnicas; y menos por condición socio económica.
- **Participación comunitaria:** como componente importante del derecho de la ciudadanía a intervenir en la identificación de

problemas públicos que deben ser resueltos; tener opinión sobre la forma de resolver los problemas; y también de participar en la solución de los problemas, en la medida de sus posibilidades.

b. Componentes del cuidado integral:

- Educación para la vida: programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades a ser desarrollados permanentemente por las personas y las familias de la comunidad, sea urbana o rural.
- Vigilancia y control de enfermedades: permanente monitoreo y respuesta rápida ante brotes epidémicos o emergencias naturales. Ej.: el dengue u otras enfermedades transmisibles, lluvias, inundaciones, sismos, etc.
- Servicios de salud prioritariamente comunitarios: garantizar establecimientos de salud competentes y bien abastecidos en el primer nivel de atención, con la infraestructura, equipamiento y materiales necesarios para el cuidado integral de las personas.
- Profesionales de la salud: médicos de familia y equipos multidisciplinarios en cantidad suficiente para los cuidados integrales de la población, tanto en zonas urbanas como rurales.
- Redes de referencia: desde el primer nivel de atención y coordinación con servicios especializados y hospitales de mayor complejidad; así como disponer de los medios de transporte terrestre, fluviales o aéreos para garantizar esa transferencia de personas en forma oportuna con el objetivo de cuidar su vida.

2.8 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

En el año 2000, todos los países integrantes de Naciones Unidas aprobaron 8 objetivos contra la pobreza extrema y las desigualdades, denominados Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, teniendo como línea base la situación de cada país en la década de los 90 y con metas a alcanzar en el año 2015.

Esos objetivos fueron:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Durante los 15 años transcurridos entre el año 2000 y el 2015, todos los países miembros de Naciones Unidas hicieron suyos los objetivos acordados, precisaron su línea de base para cada uno de esos 8 objetivos, definieron las políticas más adecuadas para lograrlos, precisaron las metas a alcanzar en el año 2015 de acuerdo a su propia realidad y definieron las estrategias más adecuadas de implementación y los recursos destinados a ese fin.

Asimismo, Naciones Unidas y diversas instituciones financieras y de cooperación establecieron su forma de participación, priorizando a los países de menores recursos. De igual manera se establecieron mecanismos internacionales de monitoreo, aparte de los propios de cada país.

En la Asamblea de Naciones Unidas realizada en julio el año 2015 se presentó el Informe de los ODM y se evaluó los resultados obtenidos por este esfuerzo mundial sin precedentes. Los resultados más destacables, fueron:

- A nivel mundial, la cantidad de personas que viven en pobreza extrema se redujo en más de la mitad, cayendo de 1900 millones en 1990 a 836 millones en 2015.
- La cantidad de personas de la clase media trabajadora que vive con más de 4 dólares por día se triplicó entre 1991 y 2015.
- El porcentaje de personas con nutrición insuficiente en las regiones en desarrollo cayó a casi la mitad desde 1990.
- La cantidad de niños en edad de recibir enseñanza primaria que no asistió a la escuela cayó a casi la mitad a nivel mundial: pasando de 100 millones en el año 2000 a aproximadamente 57 millones en 2015.
- La tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años disminuyó en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015.
- Desde 1990, la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 45% a nivel mundial.
- Se evitaron más de 6,2 millones de muertes causadas por malaria entre los años 2000 y 2015, principalmente de niños menores de 5 años de edad en África subsahariana.
- Las nuevas infecciones del VIH disminuyeron en aproximadamente 40% entre 2000 y 2013.
- En junio de 2014, en todo el mundo, 13,6 millones de las personas que vivían con el VIH recibían la terapia antirretroviral (TAR), un aumento inmenso a partir de solo 800.000 personas en 2003.

- Se estima que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas mediante intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
- A nivel mundial, 2.100 millones de personas han obtenido acceso a saneamiento mejorado. El porcentaje de personas que defecan al aire libre se ha reducido casi a la mitad desde 1990.
- En todo el mundo, 147 países han cumplido con la meta del acceso a una fuente de agua potable, 95 países han alcanzado la meta de saneamiento y 77 países han cumplido ambas.
- La asistencia oficial para el desarrollo por parte de países desarrollados aumentó en un 66% en términos reales entre los años 2000 y 2014, alcanzando 135.200 millones de dólares.

Los 8 ODM se desglosan en 18 metas cuantificables, que a su vez se miden mediante 48 indicadores.

En el caso de Perú, los resultados significaron igualmente un avance importante en casi todos los ODM:

1. ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

El Objetivo de erradicación de la pobreza extrema y el hambre estableció las siguientes metas e indicadores, para que cada país decidiese cuáles asumía como retos nacionales.

Metas:

- 1.1 Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.
- 1.2 Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.
- 1.3 Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Indicadores:

- 1) Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la paridad del poder adquisitivo (PPA).
- 2) Coeficiente de la brecha de pobreza.
- 3) Proporción del consumo nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población
- 4) Tasa de crecimiento del producto interno bruto por persona empleada.
- 5) Tasa de población ocupada.
- 6) Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la paridad del poder adquisitivo.
- 7) Proporción de la población ocupada total que trabaja por cuenta propia o en un negocio familiar.
- 8) Niños menores de 5 años con peso inferior al normal.
- 9) Proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

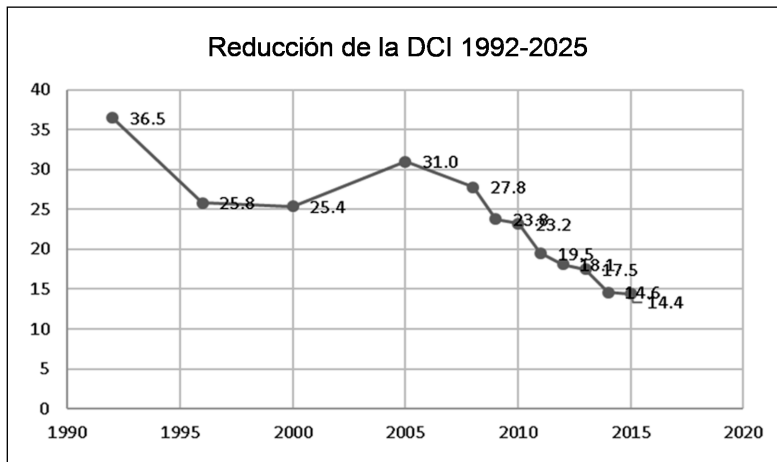
Para medir el ODM1, el Perú decidió adoptar la Meta 1.2 referida al estado nutricional; y el indicador 8 referido a la desnutrición crónica infantil (DCI) en menores de 5 años. Como la DCI a inicios de los 90 en Perú comprometía al 36.5% de los niños menores de 5 años, la meta a alcanzar en el 2015 era reducir a 18% en los niños de esa edad.

En función de ese compromiso el Perú adoptó la denominada Estrategia Crecer, que implicaba el control de gestantes para tener niños con peso adecuado al nacer, lactancia materna, seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños por lo menos hasta los 3 años y suplemento nutricional en los casos que lo requieran.

Nuestro país fue uno de los que tuvieron un resultado exitoso en este ODM, porque, como se observa en el Gráfico 1, desde la aplicación de la estrategia señalada la DCI empezó a reducirse en forma sistemática, hasta llegar a 14.4% en el 2015, muy por debajo de la meta definida que era 18%. La fuente de verificación utilizada fue la ENDES aplicada en el período 1992-2015.

Gráfico 1

ODS 1: Desnutrición Crónica Infantil en Perú 1992-2015

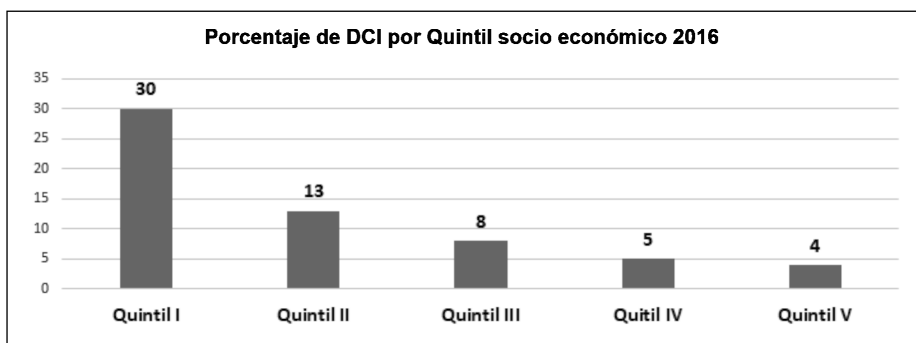


Fuente: INEI, ENDES 1992-2015. Elaboración propia.

Pese a que el Perú tuvo un avance muy importante en la reducción de la desnutrición crónica infantil en promedio, como se ha señalado líneas arriba, sin embargo subsisten importantes desigualdades cuando se analiza este daño en función de los quintiles socio económicos. Como se observa en el Gráfico 2, la DCI en el quintil I es 7.5 veces mayor que en el quintil V, el más rico.

Gráfico 2

Desnutrición Crónica Infantil en Perú por quintiles socio económicos en menores de 5 años – 2016



Fuente: Banco Mundial, El logro de resultados nutricionales y su sostenibilidad. La exitosa política del Perú contra la Desnutrición Crónica Infantil, julio 2017. Elaboración propia

2. ODM 2: Lograr la educación primaria universal

Este Objetivo sobre la educación primaria universal estableció la siguiente meta e indicadores:

Meta:

Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan culminar un ciclo completo de educación primaria.

Indicadores:

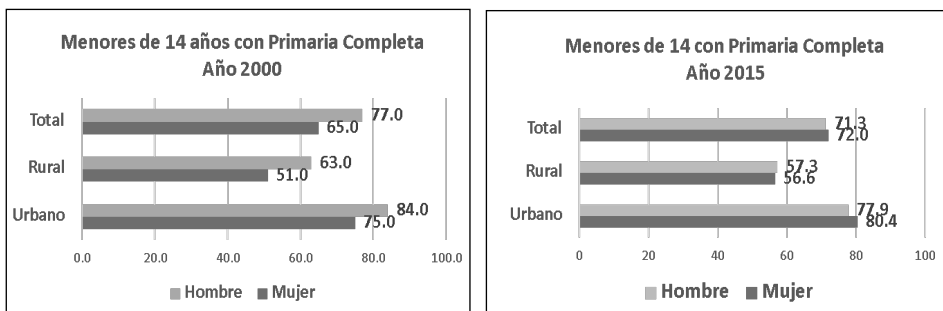
- 2.1) Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria.
- 2.2) Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria.
- 2.3) Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años, mujeres y hombres.

Para medir el ODM2 en Perú se utilizó el indicador 2.2, porque los otros dos indicadores no miden exactamente la meta. Se ha utilizado dos fuentes de verificación: de un lado, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) con datos del año 2000; y de otro lado la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del INEI, con datos del año 2015.

Como se observa en el Gráfico 3, el Perú no logró alcanzar la meta de educación primaria universal, pues tanto en las zonas urbanas (72%) y más aún en la rurales (57%) no se logra que el 100% de los niños hasta los 14 años de edad culminen la primaria.

Gráfico 3

Porcentaje de niños y niñas menores de 14 años que culminan la primaria



Fuente: CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo

Fuente: INEI, ENAH 2015

Este déficit en el campo educativo sigue siendo un reto para alcanzar índices adecuados de desarrollo humano en el país.

3. ODM3: Eliminar la disparidad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015

La meta e indicadores establecidos con relación a eliminar la disparidad entre los géneros con relación a la culminación de la educación primaria y secundaria fueron:

Meta:

- 3.1 Eliminar las desigualdades entre los géneros en educación primaria y secundaria, preferiblemente en el año 2005, y en todos los niveles de la educación antes de fines del 2015.

Indicador:

- 3.1.1 Proporción de niños y niñas que completan la educación primaria antes de fines del año 2015
- 3.1.2 Proporción de adolescentes y jóvenes que completan la educación secundaria antes de fines del año 2015

Tomando el indicador 3.1.1 para medir la diferencia de género en la culminación de la educación primaria, la (Tabla 1) muestra que, si bien hay una ligera mejora en ambos géneros, lamentablemente se mantiene la diferencia en favor de los niños y en detrimento de las niñas, según la Encuesta Nacional de Hogares 2015. Por lo tanto, este es un tema pendiente que el país debe resolver en el actual período.

Tabla 1

Diferencia porcentual de niños y niñas que culminan la educación primaria

Asistencia escolar 6 - 11 años			
	2005	2010	2014
Niños	91.7	93.2	92.4
Niñas	90.6	93.3	91.3
Total	93.4	93.1	1.00

Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2015. Elaboración propia

4. ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

El acuerdo de Naciones Unidas respecto a reducir la mortalidad infantil estableció la siguiente meta e indicadores:

Meta:

- 4.1 Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de un año.

Indicadores:

- 4.1.1 Número de niños y niñas que fallecen antes de cumplir 1 año, por cada mil nacidos vivos.
- 4.1.2 Número de niños y niñas que fallecen antes de cumplir 5 años, por cada mil nacidos vivos.
- 4.1.3 Porcentaje de niños menores de 1 año con vacunas completas para su edad.

El principal indicador adoptado por Perú para el ODM 4 fue el 4.1.1, en la medida que se consideró que reducir la mortalidad en el primer año de vida era prioritario. La mortalidad del infante en los primeros 5 años de vida, medido por el indicador 4.1.2, ya había sido superado de manera importante en período previos. Pero la mortalidad infantil (es decir, en niños menores de 1 año) era el problema crítico a enfrentar en el período 2000-2015. Particularmente enfrentando las principales causas de esa mortalidad: la enfermedad diarreica aguda (EDA) complicada con deshidratación; y la infección respiratoria aguda (IRA) complicada con neumonía infantil. El país impulsó diversas estrategias para lograr este objetivo prioritario:

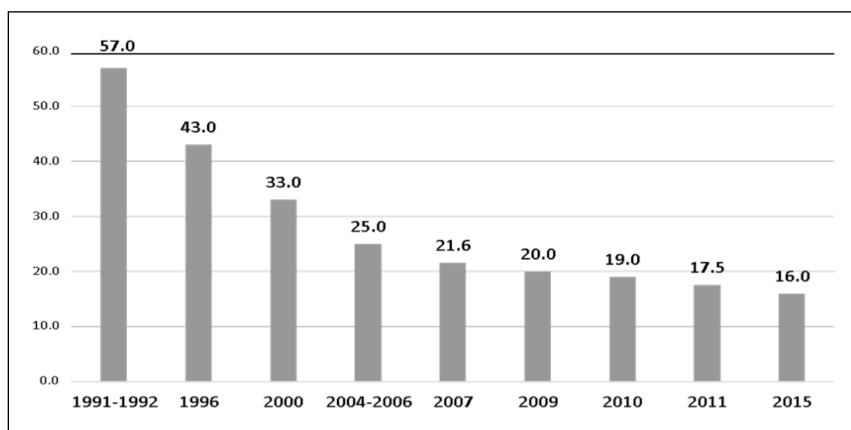
- Información y capacitación a nivel comunal para prevenir y detectar a tiempo las EDAs y las IRAs y saber derivar a los establecimientos de salud.
- Fortalecimiento de los agentes comunitarios de salud en las labores de promoción de salud y prevención.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de la APS y el cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad.
- Ampliación de la dotación de recursos humanos profesionales y técnicos, particularmente en zonas rurales y urbano marginales. Uno de cuyos mecanismos fue la ampliación de las plazas del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).
- Incorporación en el esquema de inmunizaciones a las vacunas contra el Rotavirus, principal causante de las EDAs; y de la vacuna contra el Neumococo, principal causante de las neumonías infantiles.
- Construcción y equipamiento de establecimientos de primer nivel en zonas rurales y urbano marginales, mediante financiamiento del gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales;

así como con el Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (PARSALUD I y II) financiado en forma conjunta por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

- Impulso al aseguramiento universal con la Ley 293444, en el año 2009, para garantizar el acceso a los servicios eliminando progresivamente la barrera económica.
- Impulso al abastecimiento de medicamentos mediante la Ley de Medicamentos 29459, en el año 2009
- Impulso a los derechos de los usuarios de servicios de salud, con la aprobación de la Ley 29414, promovida desde la sociedad civil por Foro salud.

Gráfico 4

ODM 4 – Reducción de la Mortalidad Infantil



Fuente: INEI, ENDES 1992 - 2015

Los resultados positivos en la reducción de la mortalidad infantil en Perú, cumpliendo con el ODM 5, se observa en el Gráfico 4. Se logró reducir la Tasa de 57 niños fallecidos antes de cumplir 1 año por mil nacidos vivos, a menos de la tercera parte como lo establecía la meta de ese ODS para el 2015.

5. ODM 5: Mejorar la Salud Materna

Con relación a este importante ODM, referido a mejorar la salud materna, Naciones Unidas definió la meta y los indicadores a alcanzar:

Meta:

- 5.1 Reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes.

Indicadores:

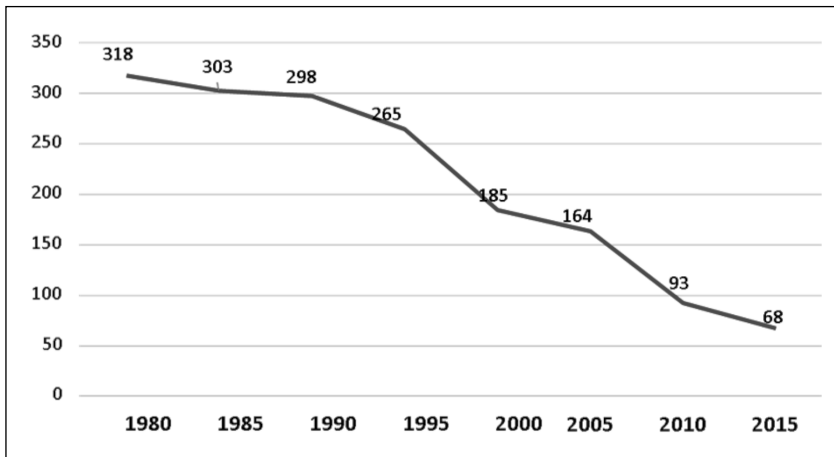
- 5.1.1 Número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos anuales
- 5.1.2 Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado
- 5.1.3 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan anticonceptivos
- 5.1.4 Porcentaje de gestantes con controles del embarazo
- 5.1.5 Porcentaje de adolescentes que se encuentran gestando o ya tuvieron una gestación cada año.

Nuestro país asumió como principal indicador en la mejora de la salud materna el 5.1.1, referido a la reducción de la mortalidad materna que siempre ha sido uno de los indicadores de salud más críticos. Como muestra el Gráfico 5, en 1980 la razón de mortalidad materna era de 318 muertes paternas por cada 100 mil nacidos vivos, reduciendo a 265 en la siguiente década. En el marco de los ODM aprobados en el 2000,

el reto para el país era reducir esas 265 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos a inicios de los 90, a una cuarta parte en el año 2015. La meta de este ODM fue más drástica, debido a la importancia de la salud materna para la infancia, la familia y el desarrollo humano, había que reducirla a 65.

Gráfico 5

ODM 5 - Reducción de la mortalidad materna en Perú 1992-2015



Fuente: INEI, Estadísticas y ENDES 1992 - 2015

Se logró una importante reducción, de 265 a 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en el 2015, pero estrictamente no se llegó a la meta, que era 65. Como se verá más adelante, en los años siguientes al 2015 sí se alcanzó esa meta, pero se volvió a retroceder durante el período de la pandemia 2020-2022.

6. ODM6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Para este ODM referido a la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades transmisibles, Naciones Unidas definió las metas e indicadores siguientes:

Metas:

- 6.1 Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la epidemia de VIH/SIDA.
- 6.2 Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y otras enfermedades graves.

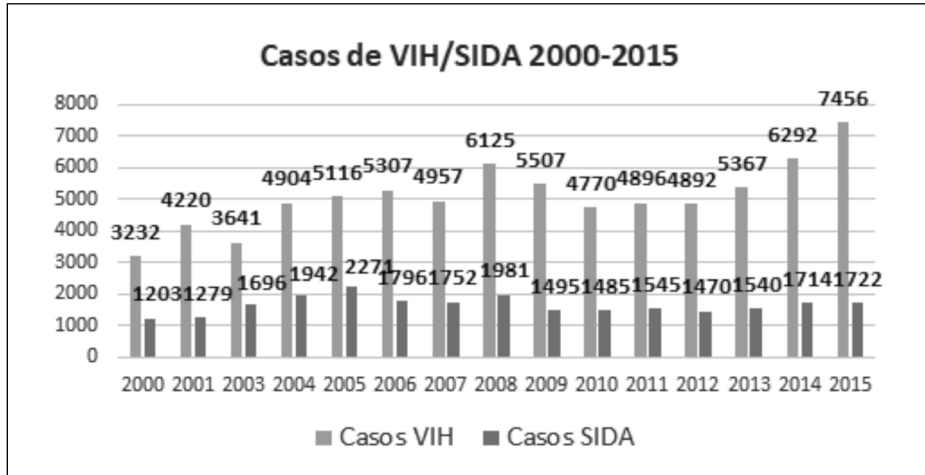
Indicadores:

- 6.1.1 Incidencia de casos de VIH hasta el 2015
- 6.1.2 Incidencia de casos de SIDA hasta el 2015
- 6.1.3 Incidencia de casos de malaria y otras enfermedades metaxénicas hasta el 2015
- 6.1.4 Incidencia de casos de TB hasta el 2015

Como se puede observar en el Gráfico 6, los indicadores 6.1.1 y 6.1.2 referidos, en el primer caso, a la incidencia de VIH; y en el segundo caso, a la incidencia de SIDA, se constata una evolución diferente. En el caso de VIH hay una evolución variable en el período del 2000 al 2015, pero en general se ha incrementado en 135% la incidencia de casos, de 3,232 en el año 2000 a 7,456 en el año 2015. En cambio, la incidencia de casos SIDA ha crecido sólo en 40% en el mismo período. Esto podría significar que los mecanismos de prevención para impedir nuevos casos de VIH no son tan eficaces; y que el tratamiento con antirretrovirales que reciben los casos VIH confirmados es más efectivo en impedir que pasen a la fase SIDA.

Gráfico 6

ODM 6 - Incidencia de casos de VIH y de SIDA 2000-2015

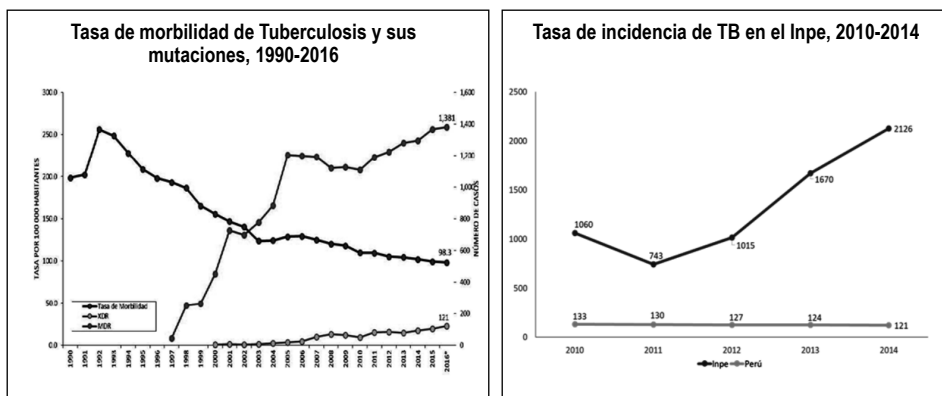


Fuente: MINSA, CDC, Boletín VIH setiembre 2021. Elaboración propia.

En el caso de la incidencia de TB en el período 1990-2016, que coincide con el período de los ODM, en el Perú se mantuvo una tendencia decreciente, pero lenta, como se observa en el Gráfico 7. El mayor riesgo ha estado representado por la aparición e incremento de los casos MDR y XDR; así como su concentración en bolsones urbanos de Lima, Callao, Trujillo y otras ciudades; y sobre todo en las cárceles, que se han convertido en centro muy importantes de contagio. Como parte de la misma complicación epidemiológica ha sido la creciente relación entre TB y VIH, que se explica por la facilidad con la que pacientes inmunodeprimidos contraen enfermedades transmisibles, en especial la TB.

Gráfico 7

ODM 6 - Incidencia de casos de TB



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis DGSP/ INSA/PERU - Informes Operacionales
 * Año 2009 Preliminar
 Actualizado al 23-Jul-10/RAQG

Año 2008, Se actualiza información debido a un control de calidad

7. ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Los ODM constituyeron una de las primeras oportunidades en que Naciones Unidas plantearon una estrategia global con relación al medio ambiente, que posteriormente se amplió con diversas otras iniciativas. Así, se plantearon las siguientes metas e indicadores:

Metas:

- 7.1 Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de los recursos naturales.
- 7.2 Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico.
- 7.3 Haber mejorado significativamente para el año 2020, el porcentaje de personas que viven en tugurios.

Indicadores:

- 7.1.1 Proporción de la superficie cubierta por bosques.
- 7.1.2 Emisiones de dióxido de carbono (total, per-cápita y por cada dólar PPA del PBI.
- 7.1.3 Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono.
- 7.1.4 Proporción de las áreas terrestres y marinas protegidas.
- 7.1.5 Proporción de especies en peligro de extinción.
- 7.1.6 Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos.
- 7.2.1 Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua en zonas urbanas y rurales.
- 7.2.2 Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales.
- 7.3.1 Proporción de población urbana que vive en tugurios.

En Perú se han priorizado indicadores en relación con cada una de las tres metas aprobadas en el ODM 7. El Gráfico 8 está referido a la meta 7.1 que consiste en incorporar medidas de desarrollo sostenible en las políticas, medido por el indicador 7.1.1 referido a la proporción de la superficie del territorio nacional cubierto por bosques. Como se puede observar en el Gráfico 8 hay una tendencia decreciente.

Gráfico 8

ODM 7 - Porcentaje el territorio nacional cubierto por bosques

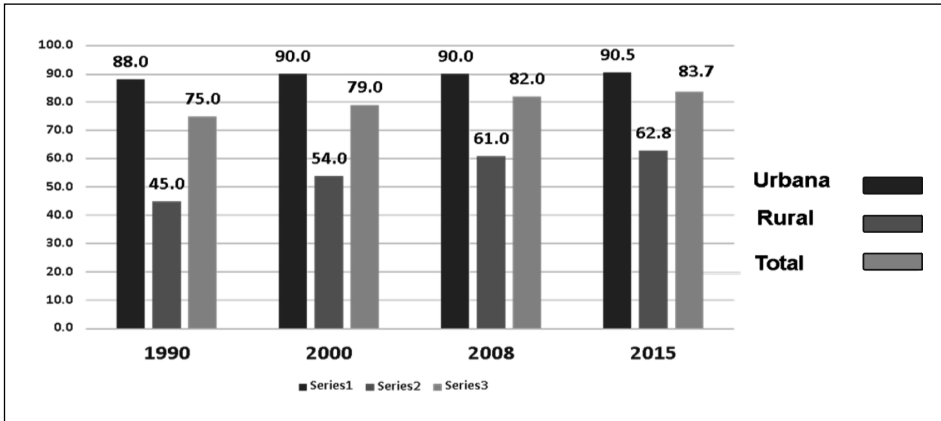
SUPERFICIE CUBIERTA POR BOSQUES	
Año	Porcentaje del territorio nacional
1990	54.8
2000	51.1
2005	53.7
2010	53.1

Fuente: INEI, Perú evolución de Indicadores de los ODM. 2011. Elaboración propia.

Para la meta 7.2 referida a reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico se ha utilizado el indicador 7.2.1 que mide la proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua en zonas urbanas y rurales, como se ve en el Gráfico 9.

Gráfico 9

ODM 7 - Porcentaje de población con acceso a agua potable en zonas urbanas y rurales 1990- 2015

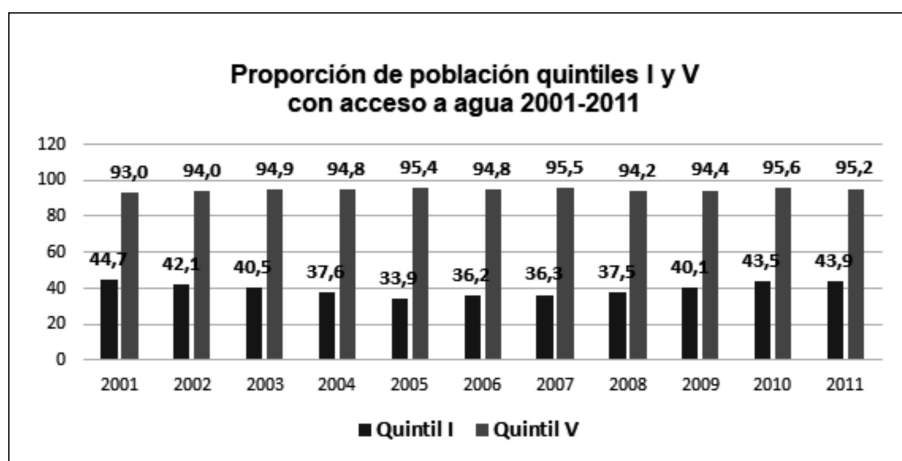


Fuente: INEI, Perú: Formas de Acceso a Agua y Saneamiento, 2016

Según esta medición, se mantiene una brecha urbano rural, aunque con una tendencia a la reducción. Pero el promedio nacional se incrementa de 75% en 1990 a 83.7% en el 2015.

Sin embargo, cuando se hace la comparación por quintiles socio económicos, comparando el I con el V como se observa en el Gráfico 10, la situación es diferente. Pues, en el período de 10 años estudiado por el INEI 2001-2011, el quintil V (más rico), que ya tenía una cobertura del 93.0% incrementa a 95.2%; mientras que el quintil I (más pobre), que tenía sólo un 44.7% de cobertura en el 2001, decrece a 33.9% en los siguientes 5 años y luego de otros 6 años incrementa su cobertura al 43.9%, pero sin alcanzar los niveles de cobertura de 10 años antes. Esto problemas de profunda desigualdad son los que tiene que resolver el desarrollo humano equitativo.

Gráfico 10

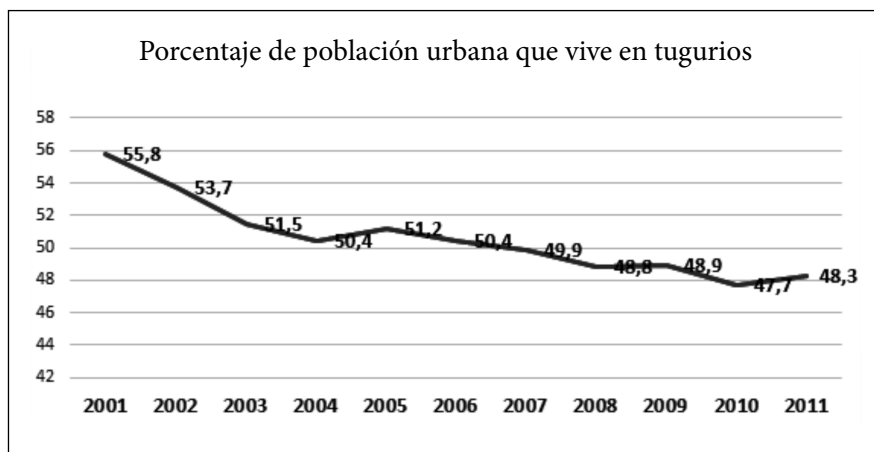


Fuente: INEI, Perú evolución de Indicadores de los ODM. 2011. Elaboración propia.

Un tercer indicador del ODM 8 utilizado en el país es el 7.3.1, relacionado con la proporción de la población urbana que vive en tugurios.

Gráfico 11

ODM 7 - Proporción de población que vive en tugurios 2001-2011



Como se observa en el Gráfico 11, en el 2001 un poco más de la mitad de la población urbana vivía en tugurios, es decir en viviendas pequeñas y con carencia de servicios básicos. La meta era haber mejorado en el 2015 sustantivamente esa proporción poblacional, pero obviamente no es algo que se haya conseguido en ese período, porque casi la mitad de la población urbana sigue viviendo en condiciones precarias.

8. ODM 8: Fomentar una Alianza Mundial para el Desarrollo

Metas:

1. Desarrollar más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
2. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
3. Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).
4. Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.
5. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios accesibles.
6. En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

Indicadores:

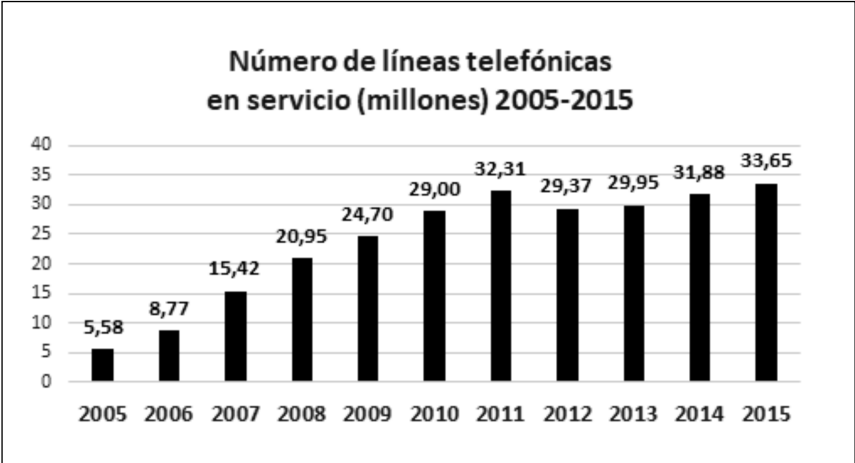
- 8.1 AOD (Asistencia oficial para el desarrollo) neta, en total y para los países menos adelantados, como porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (CAD/OCDE).
- 8.2 Proporción del total de AOD bilateral y por sectores que los donantes del CAD/OCDE destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, agua potable y saneamiento).
- 8.3 Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD/OCDE que no está condicionada.
- 8.4 AOD recibida por los países en desarrollo sin litoral en proporción a su ingreso nacional bruto.
- 8.5 Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y excepto armamentos) procedentes de países en desarrollo y países menos adelantados, admitidas sin pagar derechos.
- 8.6 Aranceles medios aplicados por los países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y las prendas de vestir procedentes de países en desarrollo.
- 8.7 Estimación de la ayuda agrícola de los países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto.
- 8.8 Proporción de AOD destinada a fomentar la capacidad comercial.
- 8.9 Número total de países que han alcanzado el punto de decisión y número total de países que han alcanzado el punto de culminación de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados (acumulativo).

- 8.10 Alivio de la deuda comprometido conforme a la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa multilateral de alivio de la deuda.
- 8.11 Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios.
- 8.12 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios accesibles.
- 8.13 Líneas de teléfono por cada 100 habitantes.
- 8.14 Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes
- 8.15 Usuarios de Internet por cada 100 habitantes

El ODM 8 es muy extenso en cuanto a metas e indicadores. Como ejemplo de avance en el país, se toma la meta 6 referida al acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones. Se han tomado dos indicadores: uno, la cantidad de líneas móviles existente en el país en el período 2005-2015, y otro, el número de líneas móviles por cada 100 habitantes.

Gráfico 12

ODM 8 – Acceso a las nuevas tecnologías



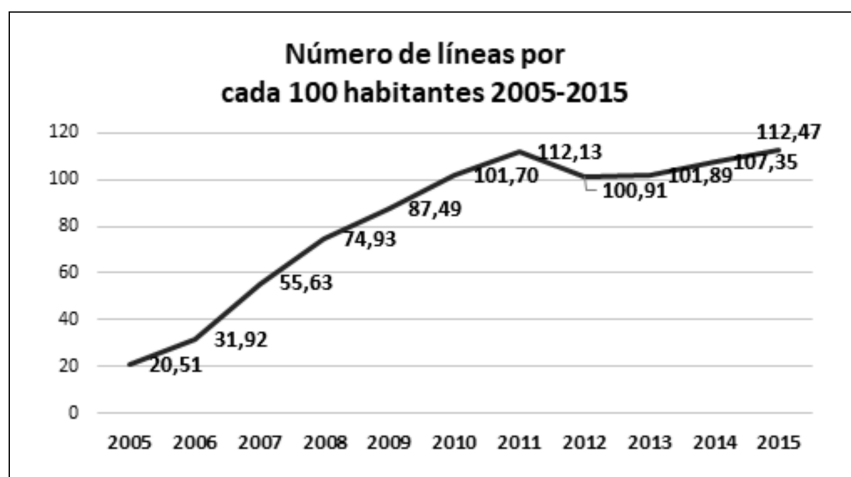
Fuente: OSIPTEL, Evolución del Mercado de Telecomunicaciones Móviles en el Perú. Rozzana Loaiza Flower y Sebastián Jauregui. 2015. Elaboración propia.

El Gráfico 12 nos muestra el crecimiento gigantesco de líneas telefónicas móviles en funcionamiento cada año del período analizado, habiéndose sextuplicado en toda la década.

De otro lado, el Gráfico 13 nos muestra el número de usuarios de telefonía móvil por cada 100 personas, que refleja la misma tendencia.

Gráfico 13

ODM 8 – Acceso a las nuevas tecnologías



Fuente: OSIPTEL, Evolución del Mercado de Telecomunicaciones Móviles en el Perú. Rozzana Loaiza Flower y Sebastián Jauregui. 2015. Elaboración propia.

2.10 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Mediante Resolución del 25 de setiembre del 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que consta de 17 Objetivos y 169 Metas.

2.10.1 Diferencia entre los ODM y los ODS:

Si bien los ODS son la consecuencia y la continuación de los ODM, existen marcadas diferencias entre ellos. Tales diferencias son las siguientes:

1. Sostenibilidad:

Los ODM no planteaban un modelo “sostenible”. Los ODS pone en el centro de discusión que el modelo debe ser “sostenible” para garantizar la vida, los derechos humanos y el planeta tierra.

2. Equidad

Los ODM se basaban en promedios nacionales y no contaban con la realidad de las comunidades más vulnerables y alejadas. Los ODS reflejan mejor la realidad y toma en cuenta la realidad de las comunidades vulnerables y alejadas, para poder trabajar en ella.

3. Universalidad

Los ODM trabajaban las metas solo en países en vías de desarrollo. Los ODS aborda su agenda en todos los países, ya que entiende que no se puede hablar de desarrollo si no se asume que todos los problemas están interconectados.

4. Compromiso

Los ODM comprometieron, en el mejor de los casos, a 147 países que impulsaron las políticas adecuadas y presentaron balances en el 2015. Los ODS comprometen a todos los países del mundo.

5. Alcance

Los ODM poseen 8 Objetivos con 21 metas concretas a alcanzar, porque priorizaron los problemas relacionados con el desarrollo para superar la pobreza. Los ODS poseen 17 Objetivos con 169 metas a alcanzar, relacionados de forma más integral con el desarrollo humano.

2.10.2 El Avance del ODS 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo

Meta 1.1:

De aquí a 2030, erradicar para todas las personas y en todo el mundo la pobreza extrema (actualmente se considera que sufren pobreza extrema las personas que viven con menos de 1,25 dólares de los Estados Unidos al día).

En el caso de Perú esta meta no se viene cumpliendo como se observa en el Gráfico 12, pues el año 2015, que es el año base para los ODS, la pobreza extrema era 4.1%; y la meta al 2030 es erradicarla, pero en el año 2023 la pobreza extrema era de 5.7%, es decir, por encima de la línea de base. Es obvio que en los 5 años restantes hasta el 2030, esa meta no será alcanzada.

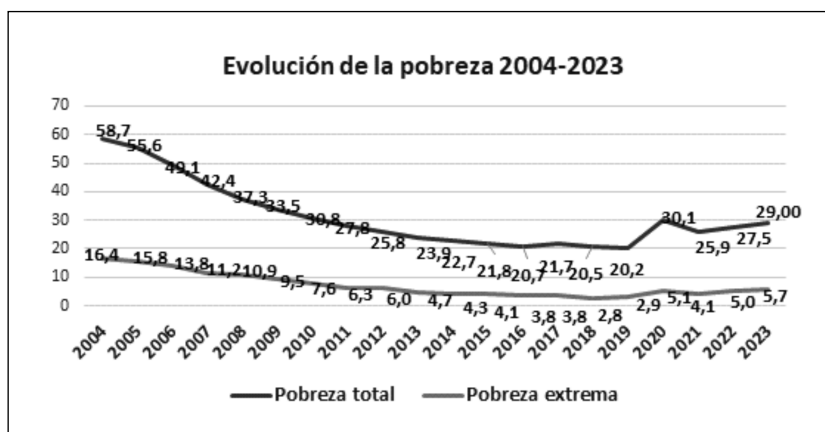
Meta 1.2:

De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.

Igualmente, la meta de reducir a la mitad el porcentaje de población que vive en pobreza en Perú difícilmente sería alcanzada al 2030, pues la línea de base en el 2015 era de 21.8%, pero según el INEI en el 2023 la población viviendo en pobreza total se incrementó a 29.0%. Esto significa que hemos retrocedido, en principio por la pandemia; pero no sólo por ese factor, sino por un menor crecimiento económico que se había estancado desde antes de la pandemia. Como se muestra en el Gráfico 14, los años 2018 y 2019 son los años donde hubo los menores porcentajes de pobreza en el país, alrededor de 20%, pero la meta para nuestro país sería reducir a 10,5% en el 2030, la mitad de lo que era en el 2015.

Gráfico 14

Evolución de la pobreza total y pobreza extrema en Perú 2004-2023



2.10.3 El avance del ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible

Meta 2.2:

De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

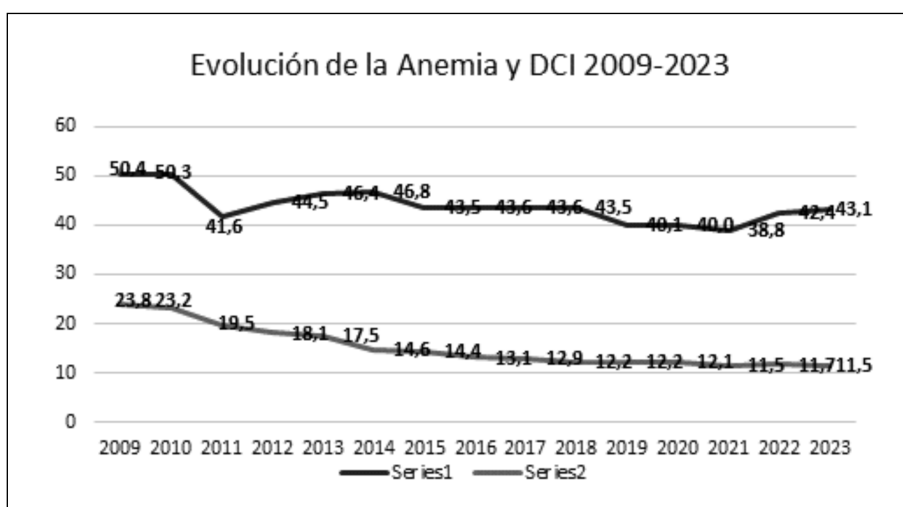
La meta del ODS 2, sobre los dos problemas nutricionales infantiles más críticos que son la anemia y la desnutrición crónica infantil, es ponerles fin al 2030. Luego de 10 años transcurridos desde la aprobación de los ODS y la Agenda 2030, el Perú está lejos de llegar a esa meta. En el caso de la DCI, en el período de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015, el Perú alcanzó la meta consistente en reducirla a

la mitad. Sin embargo, en el período 2015-2030 correspondiente a los ODS, el ritmo de reducción se ha lentificado y no parece viable erradicar la DCI en los próximos 5 años hasta el 2030, como se observa en el Gráfico 15.

Y en el caso de la anemia infantil, peor aún, porque no se ha logrado reducirla en forma significativa hasta el momento; y aún se mantenía por encima del 40% de niños menores de tres años de edad hasta el 2023.

Gráfico 15

Evolución de la Anemia infantil y la DCI 2009-2023

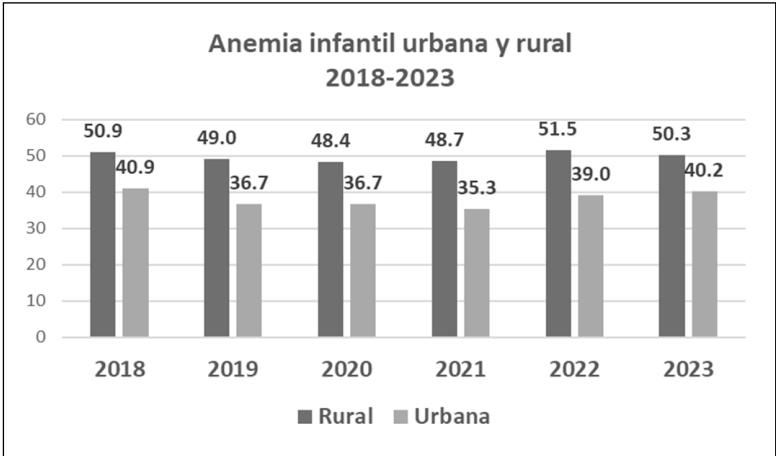


Fuente: INEI, ENDES 2009-2023. Elaboración propia

Pero, lo más significativo en el caso de anemia infantil en menores de 3 años, son las grandes desigualdades existentes. Eso es claramente notorio cuando se compara las zonas rurales con las zonas urbanas (Gráfico 16); y más aún cuando se comparan regiones más desarrolladas con regiones menos desarrolladas, o cuando se comparan los niveles de anemia en los diferentes quintiles socioeconómicos.

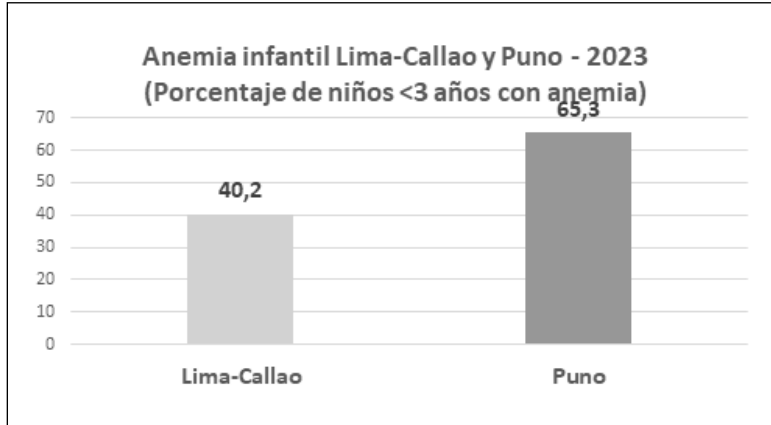
Gráfico 16

Disparidades en anemia infantil entre zonas urbanas y rurales



Fuente: INEI, ENDES 2018-2023. Elaboración propia

Asimismo, como se aprecia en el Gráfico 17, hay evidentes disparidades regionales como en el caso de Puno que tiene en promedio 30 puntos más de anemia infantil en menores de 3 años que Lima-Callao.

Gráfico 17**Disparidades regionales en anemia infantil entre Lima-Callao y Puno**

Fuente: INEI, ENDES 2023. Elaboración propia.

2.10.4 El avance del ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

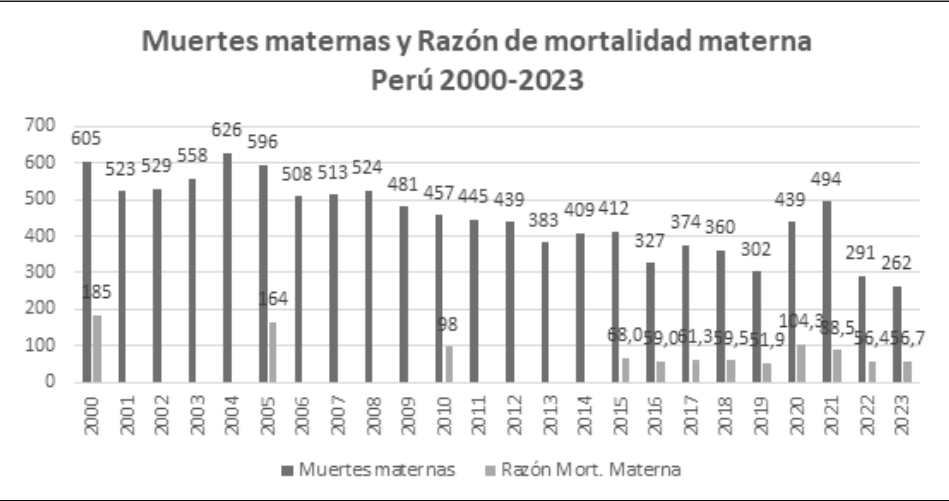
Meta 3.1:

De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

Como se puede ver en el Gráfico 18, el Perú superó desde el 2015 la meta acordada, salvo en el período de la pandemia (2020-2021) donde la mortalidad materna se elevó significativamente. El país debería reprogramar esta meta, buscando una reducción mucho más importante.

Gráfico 18

Número de muertes maternas Perú 2000-2023



Fuente: INEI, Reportes de muertes maternas y nacidos vivos en el período 2000-2023. Elaboración propia.

Pero, la evolución de la mortalidad materna mostrada en el Gráfico 18 señala el promedio nacional, detrás del cual se esconden las brechas entre regiones geográficas, zonas de vivienda y sobre todo entre quintiles socioeconómicos, que muestran las condiciones de desigualdad en salud existentes en el país, como se puede comprobar en la (Tabla 2).

Para el período 2007-2011, la mortalidad materna en la costa fue la tercera parte de la mortalidad materna en la sierra y selva; así también, la mortalidad materna urbana es la tercera parte de la encontrada en zonas rurales; y la mortalidad materna en el quintil V, el más rico, es menos de la tercera parte de la del quintil I, el más pobre. Estas son las inequidades que deben ser enfrentadas en el contexto del desarrollo humano.

Tabla 2

**Razón de Mortalidad Materna en Perú según región,
zona y quintil de pobreza 2002-2011**

Evolución de Razón de Mortalidad Materna en Perú según región, zona y quintil de pobreza 2002-2011		
	2002-2006	2007-2011
Región		
Costa	59.5	56.4
Sierra	138.7	152.6
Selva	183.0	137.5
Zona		
Urbana	76.9	70.0
Rural	192.1	161.5
Quintil de pobreza		
I	241.7	188.7
II	299.2	169.3
III	284.6	145.5
IV	154.2	104.00
V	17.6	58.5

Fuente: Del Carpio Ancaya, Lucy. Rev. Per. Med. Exp Salud publica vol.30 no.3 Lima jul. 2013.

Meta 3.2:

De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

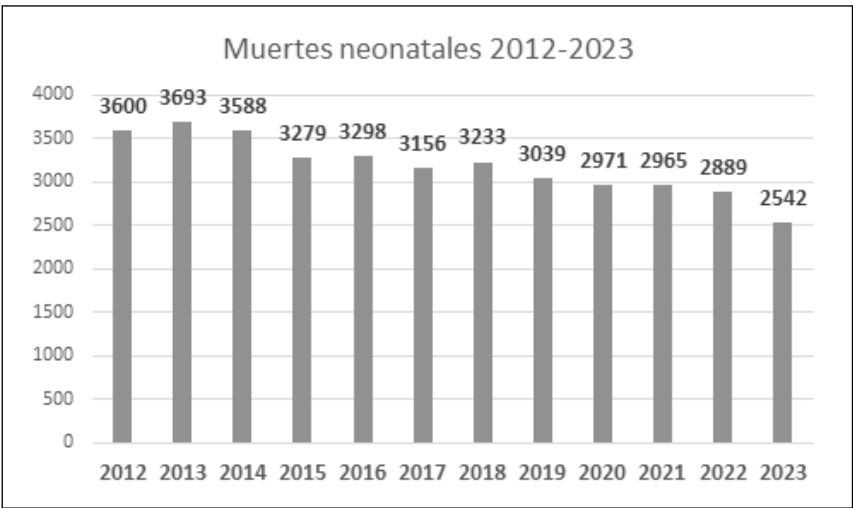
En el período 2000-2015 correspondiente a los ODM, nuestro país fue exitoso en reducir la mortalidad infantil (<1 año) en más de dos tercios como se muestra en el Gráfico 4, en páginas anteriores de este trabajo. Sin embargo, reducir la mortalidad neonatal (<28 días) es un reto mayor debido al componente de prematuridad y malformaciones congénitas, que constituyen las principales causas de este tipo de

mortalidad infantil. En el período 2015-2023 se ha reducido el número de muertes neonatales, hasta en un tercio, como se observa en el Gráfico 19.

En el mismo período también se ha reducido la Tasa de Mortalidad Neonatal, es decir, el número de muertes por cada mil nacidos vivos, de 10 a 8.8. Con esas cifras el Perú estaría cumpliendo con la meta prevista para el 2030, establecida en menos de 12. Pero deberíamos aspirar a una reducción mayor, siguiendo el ejemplo de Chile cuya tasa es 5.6 por mil nacidos vivos.

Gráfico 19

Mortalidad neonatal en Perú 2012-2023



Fuente: MINSA, Centro nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), 2024 Elaboración propia.

Meta 3.3:

De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

En los Gráficos 6 y 7, en páginas anteriores se muestra la evolución de la incidencia de VIH/SIDA y TB respectivamente. En el primero de los casos es notorio el incremento de la incidencia de VIH en mayor proporción que la incidencia de los casos de SIDA, que demostraría que las estrategias de prevención de VIH no están siendo exitosas; a diferencia de la prevención de los casos de SIDA que está siendo más contenida, muy probablemente por el mayor acceso y efectividad de los tratamientos con antirretrovirales.

Pero, en el contexto de las enfermedades metaxénicas, es evidente que el principal problema es el dengue, en la medida que en los años 2023-2024 se han superado todos los récords históricos de casos y de mortalidad por esa causa. El año 2011 fue el año con más casos en la historia del Perú hasta ese momento, con 24,400, luego triplicado el 2017 en el contexto del Fenómeno del Niño Costero de ese año con más de 60 mil casos. Pero desde el año 2020 la incidencia no baja de 40 mil casos anuales, ampliamente superados en el año 2023 con más de 258 mil casos y en el 2024 con más de 280 mil casos, particularmente en Loreto y departamentos de la costa norte; pero en el 2024 la mayor cantidad de caso fue en Lima, con aproximadamente 90 mil casos. Ver Gráfico 20.

Gráfico 20
Incidencia de dengue en Perú 2011-2024



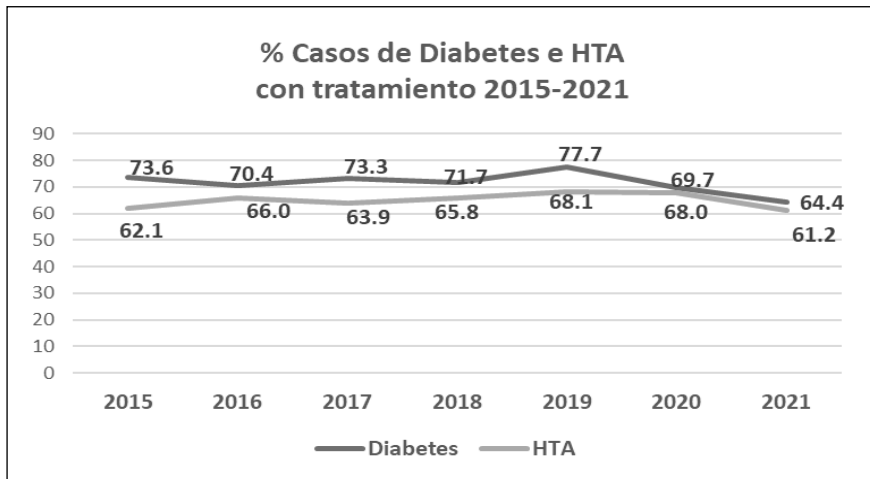
Fuente: MINSA, Centro nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), 2024. Elaboración propia.

No hay duda que, con relación a las enfermedades transmisibles, el dengue es el principal reto sanitario del país, al igual que la TB. Esa situación tenderá a agravarse en el contexto del calentamiento global, que crea condiciones favorables para la multiplicación de los vectores que transmiten las enfermedades metaxénicas. Eso ya viene sucediendo, por ejemplo, con la Fiebre Oropuche, desconocida en nuestro país hasta hace pocos años, pero que viene teniendo un repunte importante con cientos de casos en nuestras zonas tropicales

Meta 3.4:

De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

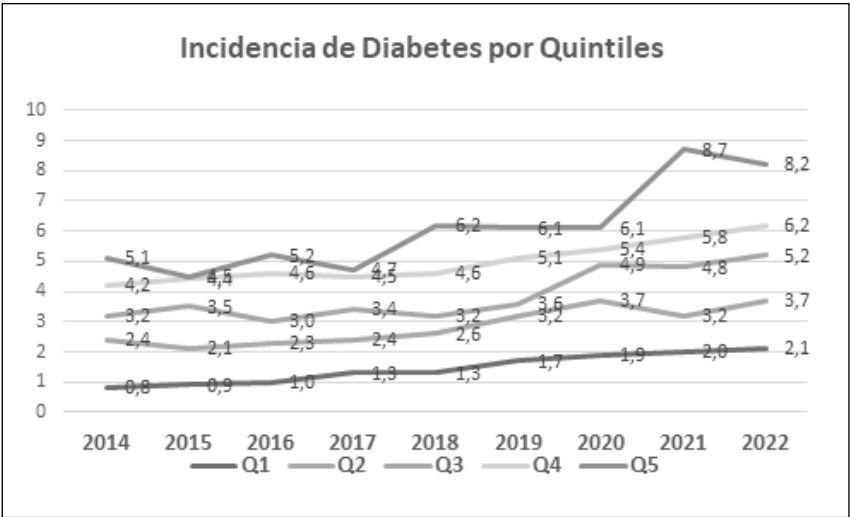
Esta meta del ODS 3 es una de las más importantes dado el perfil epidemiológico del país, donde el 70% de los años de vida saludable perdidos es por causa de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión arterial. Como se puede observar en el Gráfico 21, tanto la diabetes como la hipertensión arterial son las enfermedades no transmisibles predominantes en el país. Según el Análisis de la Situación de Salud 2019 del CDC, en ambas enfermedades el porcentaje de casos en tratamiento está entre el 61 y 64%. Pero la situación crítica es la existencia de ese 36-39% de casos que no se encuentran en tratamiento; que, en pocos años, muy probablemente, serán casos que sumen años de vida saludables perdidos.

Gráfico 21

Fuente: MINSA, CDC, Análisis de la Situación de Salud, Perú 2021.

Pero al igual que en otros casos, la incidencia o prevalencia de enfermedades afecta de manera desigual a los diferentes estratos de la sociedad; en general, afectando más a los estratos más pobres o vulnerables. Sin embargo, en el caso de la diabetes, así como también en el caso de la obesidad, es un fenómeno inverso; relacionado con la mayor posibilidad de acceso a alimentos ricos en azúcares o ultra procesados, afecta más a los estratos más pudientes y con mayor acceso al mercado, como se observa en el Gráfico 22.

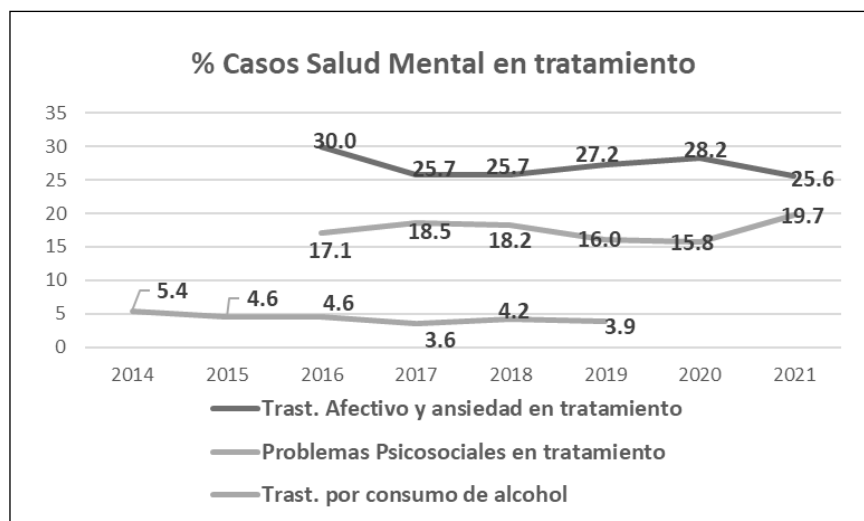
Gráfico 22



Fuente: MINSA, Instituto Nacional de Salud, CENAN, 2014-2022.

Así también, en el caso de los trastornos más frecuentes de salud mental, como se observa en el Gráfico 23, el porcentaje de casos en tratamiento es muy bajo. Esto puede contribuir a que un mayor porcentaje se vuelvan crónicos; y, por lo tanto, se pierdan gran cantidad de años de vida sana por discapacidad atribuibles a estas causas.

Cuadro 23



Fuente: MINSA, CDC, Análisis de la Situación de Salud, Perú 2021. Elaboración propia.

Meta 3.5:

Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

Según estudios recientes (William Cabanillas-Rojas, 2020), en Perú, el alcohol es la droga más consumida entre los adolescentes, particularmente en la población escolar de nivel secundario. El consumo de alcohol ha registrado un incremento importante en el período 2007-2017. Se estima que el 29,5% de los adolescentes (alrededor de 438 000) refiere haber usado alcohol alguna vez en la vida y el 17,5% (aproximadamente 259 000 estudiantes) reporta haber consumido alcohol en los últimos doce meses.

Asimismo, tradicionalmente se considera que los hombres consumen más alcohol que las mujeres, debiéndose en parte a roles

específicos de género definidos culturalmente y asociado con una mayor permisividad al consumo de los hombres en comparación con las mujeres. Sin embargo, la información epidemiológica ofrece alcances sobre un cambio significativo en el comportamiento de uso y concepciones sobre el alcohol en hombres y mujeres adolescentes del Perú.

Según información del MINSA, los establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa) atendieron 43 207 casos de trastornos por consumo de alcohol durante el 2024, lo que constituye un incremento del 9.4 %, comparado con el año anterior. De la cifra total, el 76 % corresponde a varones y el 24 % a mujeres, siendo los principales grupos etarios atendidos: adultos (21 007), jóvenes (11 328) y adolescente (6073). Siendo las regiones de Cusco, Arequipa, La Libertad, Ayacucho y Junín las que presentan mayor número de casos atendidos.

De acuerdo con la información estadística y los estudios existentes, pese a las estrategias de prevención que se vienen realizando y el impulso a los Centros Comunitarios de Salud Mental, no se ve con optimismo alcanzar la meta 3.5 propuesta en relación con las adicciones.

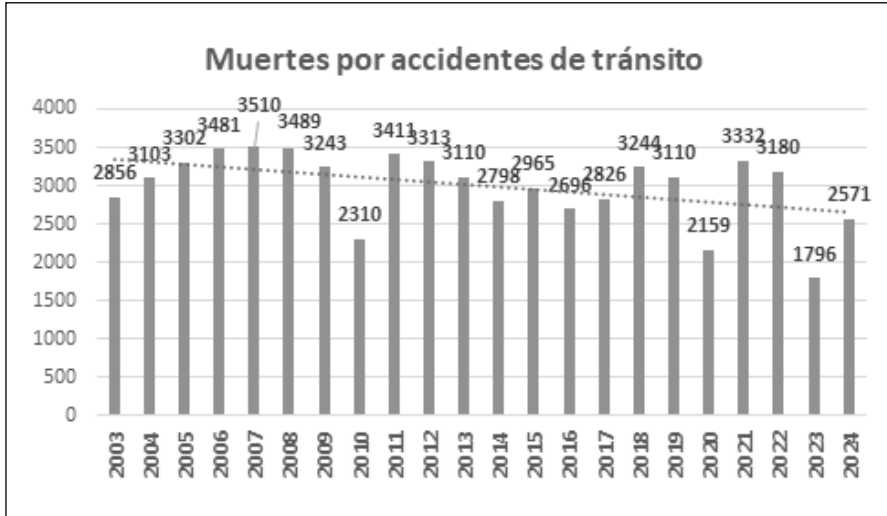
Meta 3.6:

De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

La aplicación de esta meta a Perú significaba reducir a la mitad, al 2020, el número de muertes por accidentes de tránsito del 2015, lo que obviamente no se ha producido, como se observa en el Gráfico 24.

Gráfico 24

Fallecidos por accidentes de tránsito por año 2003-2024



Fuente: MTC, Informes anuales 2003-2024. Elaboración propia.

Si bien en el Gráfico 24 se observa una tendencia decreciente de fallecidos por accidentes de tránsito, no guarda relación con la meta aprobada.

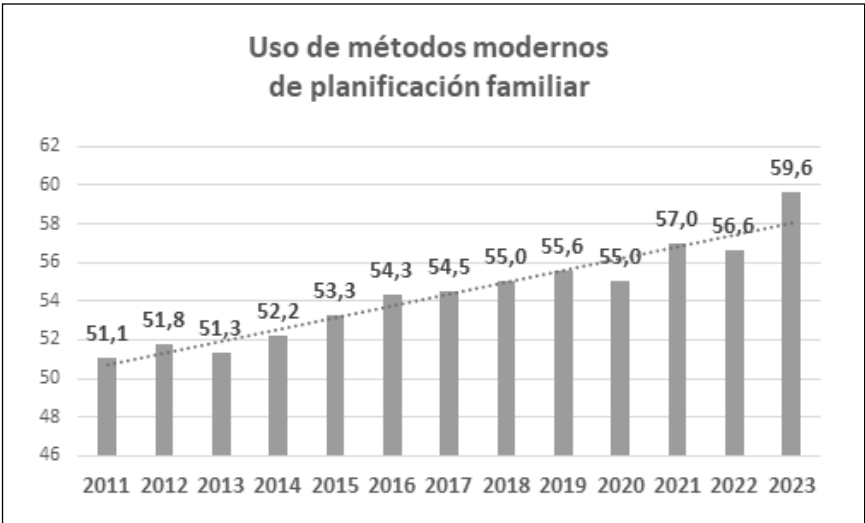
Meta 3.7:

De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

Se evalúan dos indicadores señalados en los ODS aprobados:

3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos.

Gráfico 25

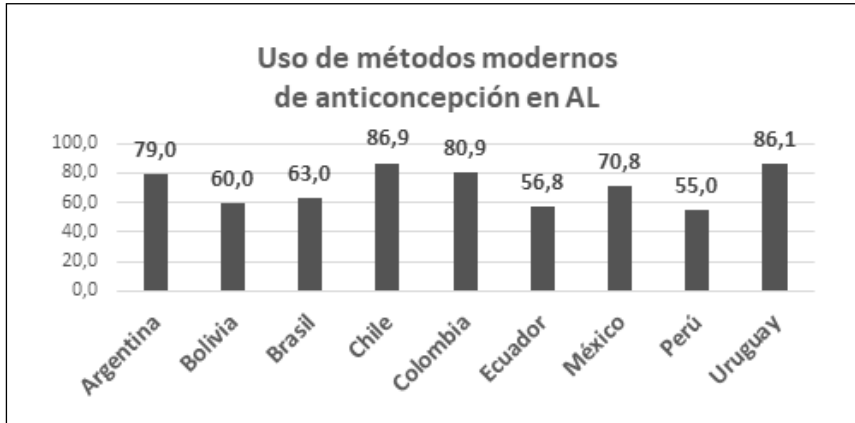


Fuente: INEI, ENDES 2011-2023. Elaboración propia.

Como se observa en el Gráfico 25, hay una lenta tendencia a incrementar el uso de anticonceptivos modernos, pero no llega al 60%.

En el Gráfico 26 se observa los porcentajes de uso de anticonceptivos modernos en diferentes países de América Latina, muy por encima de Perú.

Gráfico 26

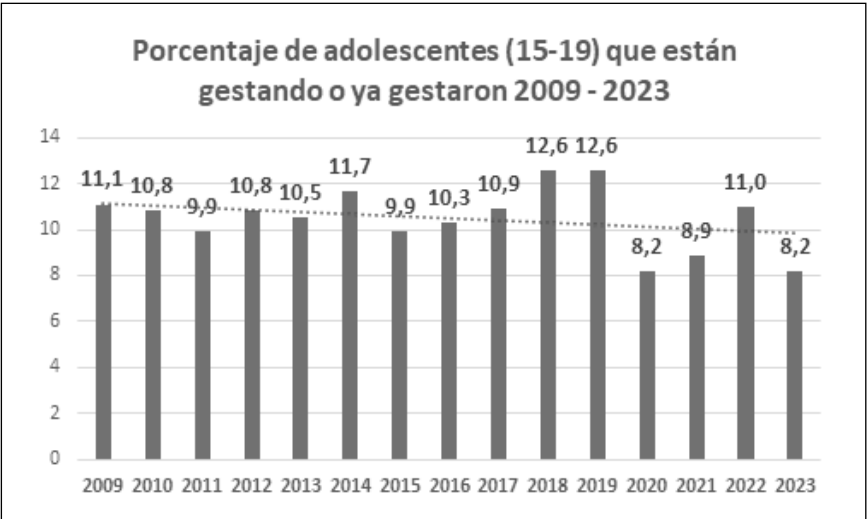


Fuente: Informes nacionales de Salud Sexual y reproductiva de países 2018-2023. Elaboración propia.

3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad

El embarazo adolescente es un indicador importante en salud pública y en el desarrollo humano, por las consecuencias negativas sobre la población adolescente, en la medida que trunca proyectos de vida desde temprana edad.

Gráfico 27



Fuente: INEI, ENDES 2009-2023. Elaboración propia.

En el caso de Perú, como se ve en el Gráfico 27, en el período 2009-2023 hay una ligera tendencia a la baja, pero todavía se mantiene en niveles altos en comparación con otros países latinoamericanos. Se requiere políticas preventivas más intensivas si se quiere alcanzar las metas de los ODS al 2030, particularmente en el grupo más vulnerable, de 10 a 14 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harari, Yuval Noah. Sapiens, una breve historia de la humanidad. Editorial Debate. Lima, 2016.
2. Wragg, Rebeca, Neandertales, el fin de la brecha entre ellos y nosotros. Editorial Planeta S.A. Barcelona 2021
3. Guamán Poma de Ayala, Felipe. “La Nueva Corónica del Buen Gobierno”. Siglo XXI Editores S.A. México, 1980.
4. Rostorowski, María. Obras completas IX Los Incas, Cap. 7 La infancia entre los Incas. IEP Instituto de Estudios Peruanos. Lima., Primera edición, junio 2015.
5. Lumbreras, Luis G., Breve Historia General del Perú. Editorial Planeta Perú S.A. Lima, Perú. 2022.
6. Inca Garcilaso de la Vega, Comentarios Reales de los Incas, Tomo II, Capítulo XV Testamento y muerte de Huayna Cápac y el pronóstico de la ida de los Incas. Editorial José M. Cajica Jr. Puebla, Pue., México, diciembre de 1953.
7. Lastres JB. Historia de la Medicina Peruana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Tomo I, Capítulo XVI, pp 156-7. Lima, Perú. 1951.
8. Pamo Reyna, Oscar G. Algunas consideraciones médicas sobre las crónicas del Perú. Sociedad Peruana de Medicina Interna.net.pe. Lima, Perú.
9. Sorj, Bernardo. Danilo Martuccelli. El desafío latinoamericano, cohesión social. Books.google.com.pe. 2008
10. Congreso de la República, Bases de la Constitución Política, 1822.
11. Congreso de la República, Constitución Política de 1823.
12. Congreso de la República, Constitución Política 1979, Capítulo III De la Seguridad Social, Salud y Bienestar. Julio 1979.
13. Congreso de la República, Constitución Política 1993, Capítulo II De los Derechos Sociales y Económicos. Octubre 1993.
14. Congreso de la República, Constitución Política 1993, Capítulo II De los Derechos Sociales Título III, Capítulo II, Del Ambiente y los Recursos Naturales. 1993.
15. Congreso de la República, Constitución Política 1993, Capítulo II De los Derechos Sociales, Título I, Capítulo III, De los Derechos Políticos y de los Deberos, Art. 35.
16. PNUD, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe del 2015. Julio, 2015.
17. Fundación Wikimedia. Multimedia: Millennium Development Goals / Q81737. 29 de octubre 2024.
18. MINSA, CDC, Estudio de carga de enfermedad. 2019.
19. MINSA, CDC, Análisis de la Situación de Salud, Perú 2021.

20. Cabanillas-Rojas, William, Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.37 no.1 Lima ene./mar 2020
21. Idem.
22. MINSA, Nota de Prensa, 16 de noviembre de 2024.

CAPÍTULO 3

HOMENAJE A FERNANDO CARBONE CAMPOVERDE (†)

EL DERECHO A LA SALUD COMO PIEDRA ANGULAR DEL DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE

Fernando Carbone Campoverde (†)

HOMENAJE AL AA DR. FERNANDO CARBONE MONTEVERDE (+)

Escribo estas líneas en homenaje al Dr. Fernando Carbone Monteverde, Académico Asociado de nuestra institución, nacido en Lima el 14 de marzo de 1959, hijo de don Juan Carbone Fossa y doña Nelly Campoverde Ayres. Estuvo casado con la señora Sandra Causig, con quien tuvo dos hijos, Franco y Bruno. Lamentablemente, falleció el 18 de noviembre de 2024.

Sus datos biográficos nos muestran que estudió primaria y secundaria en el Colegio San Agustín de la ciudad de Lima y encontró allí en un sacerdote agustino, un mentor que lo ayudó muchos años de su vida.

Ingresó a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a estudiar Medicina. Realizó un Máster en Redes y Servicios de Salud en la Universidad de Barcelona, así como un diplomado en Salud Internacional en la Universidad Carlos III de Madrid. Tuvo un posgrado en administración de servicios de salud en IPAE y otro en planificación familiar integral en el Centro de Promoción Familiar y de Regulación de la Natalidad (CEPROFARENA), del cual fue posteriormente asesor consejero.

Desarrolló su vida en plena concordancia con sus creencias religiosas, como católico practicante, y con una conducta ética ejemplar en el ejercicio de la medicina, en todos sus ámbitos. Consulté a algunos de sus compañeros de la promoción 1976 de San Fernando, que lleva el nombre de “Pedro Ortiz Cabanillas”, y las respuestas fueron unánimes: fue siempre un buen alumno y un excelente compañero. Participaba con entusiasmo en las reuniones periódicas, mostraba un genuino interés

por la situación personal y familiar de cada uno, promovía encuentros grupales y siempre estaba dispuesto a brindar apoyo y procurar el bienestar de todos. Esa conducta, que califican como intachable, le granjeó numerosas amistades y, según me dijeron, no tenía enemigos entre sus compañeros.

Entre 1998 y 1999 fue miembro de la Comisión de Ética del Colegio Médico del Perú. Desde 1990 fue consultor y conferencista en temas de lucha contra la pobreza, desarrollo, planificación familiar integral, cooperación internacional, planeamiento estratégico y desarrollo organizacional. Se desempeñó como coordinador de proyectos de la Red Medicus Mundi del Perú, asociación privada sin fines de lucro creada en España, y que desde el año 1970, desarrolló acciones centradas en mejorar el acceso a la red de servicios sanitarios para la población marginada de América Latina, especialmente en comunidades rurales e indígenas.

En una de las reuniones de esa red, pronunció las siguientes palabras, que son la expresión de su pensamiento con respecto a la salud pública:

“Al iniciarse el siglo XXI, y comprobar que el mercado no respondió como se esperaba para resolver los pendientes, y la persistencia en América Latina de problemas como la extensión de la cobertura, y la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad, surge la perspectiva de la Salud como Derecho Social, y su abordaje a partir de los determinantes sociales.

Estamos ante un nuevo paradigma del siglo XXI: la salud basada en la persona, la familia y la comunidad. Se recoge el mensaje olvidado de la Conferencia Mundial de Alma Ata, donde el Dr. David Tejada de Rivero, ex ministro de Salud del Perú, menciona lo siguiente: La salud no es solo un derecho universal reconocido, sino un deber y una responsabilidad de todas las personas de la sociedad. La salud es responsabilidad de todos. Cuando hablamos de atención primaria de la salud (APS) nos estamos refiriendo al cuidado integral de la salud para todos y por todos. En el siglo XXI debemos

apostar por preservar, conservar, mantener la salud y, cuando la misma se haya perdido, recuperarla y rehabilitarla.”

De una publicación de *Medicus Mundi* extraemos, con algunas modificaciones, estos párrafos que expresan el agradecimiento de los profesionales que trabajaron con Fernando durante varios quinquenios:

“Si nuestros problemas no son tan diferentes, nuestras soluciones no pueden ser distintas”, esa frase de Fernando impulsó en 2010 el comienzo de un trabajo extraordinario en Medicus Mundi, reconocido por la Organización Mundial de la Salud, para promover la transformación de los sistemas de salud de América Latina. Durante muchos años, organizaciones sociales e instituciones públicas de Guatemala, El Salvador, Perú y Bolivia, pero también del resto de países latinoamericanos, se juntaron para, en torno a las ideas de la Atención Primaria en Salud, mejorar la vida de millones de habitantes pobres de Latinoamérica. El doctor Carbone, pasó su vida profesional a caballo entre su ciudad natal y las regiones más empobrecidas del Perú. En Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, encontró el sentido de su profesión y la razón de ser de su vocación de servicio, poniendo siempre por delante la salud de las personas por encima de la suya. Fue hombre de fuertes convicciones religiosas, que a veces le generaron enconados enfrentamientos, que insistía que “La atención sanitaria debe ser de calidad, pero ejecutada con calidez” y como expresión de su desprendimiento: “Da igual que se apropien de tus ideas, lo importante es que quien toma las decisiones crea que tus ideas son sus ideas y las pongan en marcha”.

Como reconocimiento a la labor de *Medicus Mundi*, y en su calidad de representante de dicha organización, Fernando Carbone recibió en 2014 el Premio del Instituto Carlos Slim de la Salud, en la categoría de Institución Excepcional.

Se desempeñó como viceministro de Salud durante la gestión del Dr. Luis Solari, y asumió el cargo de ministro de Salud el 21 de enero de 2002, desarrollando una labor fructífera y comprometida.

Durante su gestión, dio continuidad a la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), programa iniciado en 2001 con el objetivo de brindar atención médica a las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema. Asimismo, logró la aprobación del proyecto peruano ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en colaboración con la Coordinadora Multisectorial en Salud.

Bajo su liderazgo también se aprobaron los lineamientos de la Política del Sector Salud 2002–2012, en los que se priorizaron la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención integral y la universalización del aseguramiento en salud.

Durante su gestión apoyó la labor de la comisión investigadora sobre el programa de anticoncepción desarrollada por el gobierno de Alberto Fujimori. En julio de 2002, Carbone presentó el informe final junto al presidente de la comisión Juan Succar Rahme.

Su gestión enfrentó dos controversias importantes en el año 2002. En primer lugar, presentó una propuesta de reforma legal para reemplazar la Ley General de Salud, que incluía restricciones a los derechos reproductivos, como el reconocimiento de derechos legales a los óvulos fertilizados desde el momento de la concepción. Esta iniciativa fue objeto de amplias críticas por parte de diversos sectores de la sociedad.

En segundo lugar, en diciembre del mismo año, se generó una fuerte polémica en torno a la distribución de la píldora del día siguiente, como resultado de discrepancias con una ONG y con la Iglesia católica. Carbone adoptó una posición conservadora y decidió no implementar la distribución de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en el país, a pesar de los pedidos y demandas por parte de distintos actores sociales.

Posteriormente, entre 2019 y 2020, se desempeñó como asesor de la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

En febrero de 2021, el entonces ministro de Salud, Dr. Óscar Ugarte, al tomar conocimiento de que funcionarios públicos habían recibido la vacuna candidata de Sinopharm al margen del protocolo establecido, y con la aprobación del presidente de la República y la presidenta del Consejo de Ministros, designó una comisión investigadora presidida por el Dr. Fernando Carbone. A dicha comisión se le otorgó un plazo de 10 días para presentar un informe detallado.

El 25 de febrero de 2021, la comisión entregó al país, incluyendo a la Comisión Especial del Congreso de la República, el **Informe de la Comisión Sectorial Investigadora de la Aplicación de la Vacuna Candidata contra la COVID-19 del Laboratorio Sinopharm**, dirigido a personal del Ministerio de Salud y otras entidades del sector, fuera del marco del ensayo clínico correspondiente. El informe expuso los hallazgos del caso y formuló las recomendaciones respectivas.

Reseñamos sus palabras al presentar su informe:

“Expresamos nuestro deseo que el trabajo realizado contribuya a esclarecer lo ocurrido en torno a la administración de la vacuna candidata contra la COVID-19, fuera del ensayo clínico, para que sirva de insumo a los procesos en los diferentes ámbitos a quienes corresponda actuar en torno a lo sucedido y que permita al Gobierno, al sector Salud, al Ministerio de Salud y a otros actores relacionados retomar la lucha contra la pandemia y sus efectos colaterales sobre el país, y permita empezar a cerrar la herida abierta en la ciudadanía y en el personal de salud por lo ocurrido”.

“Hemos trabajado arduamente diez días con una agenda que incluye la solicitud de documentos, la realización de entrevistas y análisis de todo ello. En el informe que fue presentado a todos se adjunta el listado de los anexos, que son parte de éste. Dichos anexos han sido debidamente ordenados, foliados y digitalizados para ser entregados y/o puestos a disposición de quienes lo

precisen para desarrollar investigaciones a mayor profundidad que las que correspondieron a la comisión sectorial”, dijo.

“Se ha tenido el cuidado de no exponer los datos personales, tal como lo señala la norma de protección de datos del Estado peruano”, agregó Carbone.

Precisó que se ha cotejado la información recibida de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección General de Insumos y Medicamentos, del Registro Nacional de Identidad y Estado Civil, a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información y Comunicación del Ministerio de Salud, de la Oficina General de Administración y de la Oficina General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Informó que los doce mil voluntarios que participaron en el ensayo, mantienen sus identidades en códigos, sea que hayan recibido vacuna o placebo, pues ni los propios investigadores saben quién recibió vacuna y quién placebo.

Precisó que, cuando los investigadores, por iniciativa propia, decidieron comenzar a aplicar la vacuna candidata a personas que habían recibido placebo, procedieron a levantar el doble ciego, no para identificar nombres, sino códigos asignados a los participantes. De esa manera, identificaron a 175 personas que habían recibido placebo, cuya relación se encuentra detallada en el anexo correspondiente. *“Todo lo que van a ver ustedes es el código, es decir, los investigadores supieron que esos códigos tuvieron placebo, pero no han visto sus nombres”,* puntualizó Carbone al tiempo de reiterar que *“nosotros no vemos el tema del ensayo”*.

Sobre la posibilidad de identificar quiénes son, dijo *“me imagino que habrá procedimientos para hacerlo, pero eso no nos corresponde a nosotros, sino a otras instancias. Yo tengo que pronunciarme sobre los hechos y evidencias que tenemos, no puedo especular quiénes están en los 175 u otras hipótesis que no se basan en la información que hemos recibido”*

“Para la comisión está muy claro lo inusual que resulta haber recibido ese tipo de insumos. Preguntamos a los investigadores si era habitual que en los ensayos clínicos se brindara insumos para proteger a los que hacían la investigación y todos nos dijeron que no, que no recordaban en su historia de investigadores algo así”, dijo.

Finalmente, mencionó que *“las personas que entrevistamos –bajo las circunstancias de lo ocurrido– reconocen toda una serie de errores en los que incurrieron. Si usted me pregunta, ¿pero por qué? es muy difícil entenderlo. Es muy difícil entender cómo personas con tanta experiencia pueden haber incurrido en esa conducta, cada uno de ellos tiene que explicar ante quien corresponda, por qué su conducta, por qué su equivocación y evidentemente deben asumir su responsabilidad”, concluyó.*

Esta reseña es la expresión de las virtudes de Fernando, su eficiencia, su integridad, su deseo de encontrar la verdad para evitar que se produzcan en el futuro hechos similares, su sentido del deber que lo puso encima de los aprecio y amistades que tenía con muchas personas con las que había participado en el transcurso de su vida. Cuando alguna vez conversábamos sobre este tema, me decía que le había producido mucho dolor tomar las decisiones que su conducta moral y profesional le obligaban a hacer. Esta actitud de Fernando, de su responsabilidad ante el país, a las autoridades y a las personas en general, lo definió, en mi opinión, como un profesional médico probo y ejemplo a seguir.

Desde su ingreso formal a nuestra institución, la Academia Nacional de Medicina (ANM), el 8 de setiembre de 2023, de lo que me precio haber impulsado, tuvo una actitud de colaboración en las áreas de la salud pública, (perteneció al Comité Permanente de Salud Pública de la ANM), y en especial de la atención primaria, a la que dedicó muchos años de su ejercicio profesional, desarrollando actividades preventivo promocionales especialmente en las zonas rurales, tanto en la costa, como en la sierra y en la selva peruanas. Esta actividad le permitió conocer y profundizar en detalle la situación de falta de cuidado médico

que tenían esas poblaciones y apreciar no solo y aisladamente la salud en sí, pero asimismo sus determinantes sociales y económicos.

El aspecto docente es consustancial al ejercicio de la medicina, pues los médicos hacemos docencia siendo profesores universitarios (Fernando enseñó en la maestría de Bioética en la Universidad Sedes Sapientiae), sino que además de esta posición institucional de profesor, enseñamos con nuestro ejemplo y conocimientos a nuestros alumnos, a colegas y muy importantemente a las personas y a las poblaciones desfavorecidas,

Enseñar a niños, mujeres y hombres, especialmente en temas de prevención y promoción de la salud, constituye una labor fundamental para que puedan desarrollar herramientas que les permitan alcanzar una vida con mayor bienestar. Los muchos años que Fernando ejerció la medicina en contextos de pobreza le permitieron no solo profundizar su conocimiento sobre la realidad peruana, sino también reafirmar su vocación de servicio y su solidaridad con sus semejantes.

Una expresión del profundo compromiso social de Fernando y de su interés por fortalecer la atención primaria de salud fue la invitación que hizo al Dr. David Tejada de Rivero —exsubdirector general de la Organización Mundial de la Salud e impulsor de la Atención Primaria de Salud, concebida en la histórica Conferencia de Alma-Ata— para visitar con él una comunidad de la sierra peruana donde él y su equipo venían desarrollando actividades sanitarias.

Existen fotografías que registran ese significativo momento, en las que se observa al Dr. Tejada caminando junto a Fernando y su equipo por las calles sin pavimentar de dicha comunidad andina. Aquella visita simbolizó el reconocimiento del propio líder de Alma-Ata al esfuerzo desplegado por Fernando para llevar atención, cuidado y dignidad a las personas y comunidades más necesitadas. Como solía expresar el Dr. Tejada, “cuidado” era la palabra y el concepto que mejor encarnaba el espíritu de Alma-Ata.

“Que todos vayamos juntos, que nadie se quede atrás, que todos tengan todo y que a nadie le falte nada”, un proverbio aymara con el que terminaba sus presentaciones, reflejaba su visión de la salud pública y mostraba su preocupación y concepto de que la salud, importante para el desarrollo humano, requiere de todos y para todos, y que su enfoque debe ser transversal a toda la sociedad.

En el comité que formamos en nuestra academia, de Salud y Desarrollo Humano y Sostenible, conformado por personas valiosas, con enfoques personales diferenciados, Fernando Carbone, que tenía el tema de Atención Primaria de Salud, colaboró muy activamente y nos alcanzó su texto antes que todos, como parte de un libro que será publicado muy pronto y que incluirá este homenaje póstumo,

En resumen, más allá de las creencias religiosas de cada uno, reconocemos en Fernando Carbone a una persona que vivió con coherencia, defendiendo con convicción sus principios de fe, y que manifestó un profundo amor por su familia y por la salud de todos. Su compromiso estuvo guiado por el deseo de que cada persona desarrollara las capacidades necesarias para alcanzar el bienestar al que legítimamente aspira.

A pesar de enfrentar importantes y diversos problemas de salud a lo largo de su vida, nunca dejó de trabajar ni de servir. Siempre priorizó la salud de los demás antes que la suya propia, fiel a su vocación de entrega y solidaridad.

AE Dr. Agustin Iza Stoll

EL DERECHO A LA SALUD COMO PIEDRA ANGULAR DEL DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE

MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO A LA SALUD Y DESAFÍOS

2.2 La salud en todas las políticas como condición para el desarrollo sostenible

Muchos años después de la pandemia mundial de gripe española, ocurrida entre 1918 y 1920 —la cual afectó a un tercio de la población mundial de entonces, estimada en alrededor de 1.800 millones de personas, y cuyo número de fallecidos sigue siendo objeto de debate, aunque se calcula en aproximadamente 40 millones— y muchos años antes de la pandemia mundial de COVID-19 (2020-2023), que afectó a la totalidad de la población mundial —cerca de 7.951 millones de habitantes— y causó alrededor de 14,9 millones de muertes, las cuatro grandes Conferencias Mundiales sobre Atención Primaria de Salud ya habían advertido sobre la necesidad de incorporar la salud en todas las políticas públicas.

Este llamado, sin embargo, fue ignorado tanto por los gobernantes como por las sociedades. Las conferencias subrayaron la estrecha vinculación entre salud y desarrollo humano, planteando su interdependencia como un principio fundamental.

La pandemia de COVID-19 evidenció de forma brutal y cruel —ante los responsables políticos, sanitarios y ante la población en general— aquello que había sido señalado en dichas conferencias, especialmente lo expresado en la reunión de Helsinki por la presidenta del Gobierno

de Finlandia durante su discurso inaugural: *“Si ustedes quieren hablar de desarrollo, hablemos de salud en todas las políticas”*.

La pandemia demostró que, sin salud, todos los demás aspectos de la vida cotidiana (como la economía, la educación, el turismo, el trabajo, entre otros) se ven profundamente alterados o directamente afectados.

Las conferencias de Alma-Ata, Ottawa, Helsinki y Astaná destacaron en sus declaraciones finales la importancia de la salud para el desarrollo humano sostenible, mucho antes de que esta relación quedara formalmente reflejada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM; 2000–2015) y, posteriormente, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS; 2015–2030), como veremos de forma sucinta a continuación.

2.2.1. La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (APS). Alma-Ata, 1978. OMS

Impulsada por Halfdan Mahler, entonces Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y organizada por David Tejada de Rivero, subdirector de la OMS y de nacionalidad peruana, la Conferencia tuvo lugar en la actual República de Kazajistán (entonces parte de la URSS). En el articulado de su declaración final se destaca:

“II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y ..., motivo de preocupación común para todos los países.”

Se plantea que la brecha en materia de desarrollo no se limita a las diferencias entre países, sino que también existe entre distintos colectivos y territorios dentro de un mismo país. Esta desigualdad se califica como inaceptable en todos los aspectos de la vida humana. Se trata de realidades que, tarde o temprano, afectan al mundo entero. Las migraciones y los problemas que acarrearán algunos de estos procesos son

cada día una realidad más evidente. El aislacionismo utópico del siglo XX, especialmente por parte de los países desarrollados, ha dejado de ser una opción viable.

“III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados.”

Salud y desarrollo se presentan aquí como conceptos íntimamente ligados, cuya interdependencia es tal que uno no puede alcanzarse sin el otro. Se plantea esta relación como la vía adecuada para cerrar la brecha en materia de salud entre países.

“V. ... Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas... La APS es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.”

Se establece con claridad la responsabilidad de los gobiernos (y los Estados) en el cuidado de la salud de sus pueblos. Más adelante se planteará una corresponsabilidad equitativa entre el Estado y la población; sin embargo, se afirma sin ambigüedad que el Estado es el principal responsable —el garante— de la salud. La Atención Primaria de Salud (APS) se define como el camino principal para lograr dicho objetivo.

“VII. La APS:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, ...;
2. requiere la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo

nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;”

Este punto elimina cualquier duda sobre la necesidad de involucrar a los distintos sectores del Estado en acciones conjuntas con el sector salud, y viceversa. Se subraya la importancia de una acción articulada entre todos ellos.

“La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.”

Este enunciado señala, de manera casi premonitoria, que la salud se sitúa en el centro de la vida de las personas, las familias y las comunidades. Su ausencia, por contraposición, afecta todos los demás aspectos de la vida cotidiana. La Declaración de Alma-Ata recogía ya no solo las lecciones de la pandemia de gripe española, sino también las experiencias de brotes y epidemias que afectaron a la humanidad durante el siglo XX. Resulta, por tanto, un documento visionario frente a lo ocurrido con la pandemia de la COVID-19 en el siglo XXI.

“X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad... Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico, asignando una proporción adecuada a la APS en tanto elemento esencial de dicho desarrollo.”

Este párrafo constituye una clara declaración política que recoge el sentir de los países en vías de desarrollo en aquel momento (1978), en un contexto mundial marcado por el consumismo y el armamentismo de la Guerra Fría. Mientras enormes sumas de dinero se destinaban a estos fines, cuestiones vitales para grandes sectores de la humanidad —como el

acceso adecuado a servicios de agua y saneamiento, la soberanía y seguridad alimentaria, la educación y la salud dignas— quedaban relegadas, a menudo a la espera de donaciones o préstamos difíciles de devolver. Es un llamado a la conciencia de las naciones desarrolladas que, lamentablemente, no tuvo la respuesta esperada en aquel entonces, ni la ha tenido hasta el día de hoy.

2.2.2. I Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa, 1986. OMS

Esta conferencia, celebrada en Canadá, abordó la promoción de una cultura de salud y la prevención de riesgos como ejes fundamentales de la Atención Primaria de Salud (APS). En su declaración final se señala:

“El desarrollo de las aptitudes personales. La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida.”

La promoción de una cultura saludable y la prevención de riesgos, pilares esenciales de la APS, son también elementos clave en el desarrollo integral de las personas y de la sociedad. Se hace un llamado a empoderar a individuos, familias y comunidades mediante el acceso al conocimiento sanitario, con lo cual no solo se convierten en protagonistas del cuidado de su propia salud, sino también en actores que pueden fiscalizar el cumplimiento del rol garante del Estado en esta materia.

“El reforzamiento de la acción comunitaria... El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.”

Este fragmento plantea que el desarrollo humano tiene su base en las propias comunidades. Parte esencial de este desarrollo es la educación sanitaria, concebida como un derecho y una herramienta clave para la acción colectiva y la participación efectiva en la gestión de la salud.

2.2.3. VIII Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Helsinki, 2013. OMS

La conferencia celebrada en Helsinki, Finlandia, se desarrolló bajo la premisa de “Salud en todas las políticas”. En su declaración se establece:

“La salud para todos es uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos y la piedra angular del desarrollo sostenible.”

Este enunciado reafirma, una vez más, la responsabilidad de los gobiernos (como ya se planteó en Alma-Ata en 1978) en garantizar la salud de sus pueblos. Además, conecta directamente con el lenguaje y los principios establecidos primero en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y luego en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), al señalar la salud como base esencial del desarrollo sostenible.

2.2.4. Conferencia Mundial sobre la Salud. 40 años de Alma-Ata. Astaná, 2018. OMS

Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata, se celebró una nueva conferencia en Kazajistán, ya como república independiente. Para comprender a fondo la declaración de Astaná, es importante considerar el contexto global de las cuatro décadas previas: la globalización, el auge del consumismo y del capitalismo denominado por algunos líderes mundiales como “salvaje”, la persistencia e incluso el aumento de la desigualdad, la inequidad, la pobreza monetaria, la corrupción, la violencia y la creciente brecha económica y social.

Astaná recoge los pronunciamientos de las tres conferencias previas (Alma-Ata, Ottawa y Helsinki) y los amplía con nuevos enfoques. En su declaración final, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma:

“Garantizar una cobertura sanitaria universal sin empobrecimiento forma la base para lograr los objetivos sanitarios expuestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), siendo la salud para todos, el epicentro de todos los esfuerzos en beneficio de las personas, sus familias y la comunidad donde se desenvuelven.”

Esta declaración reafirma que la salud universal es una condición indispensable para alcanzar el desarrollo sostenible. Es significativo que la conferencia de Astaná precediera por tan solo un año el surgimiento de la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2), lo que subraya su carácter premonitorio.

Además, esta conferencia comenzó a incorporar de forma explícita el pensamiento de David Tejada de Rivero sobre la APS, tal como fue desarrollado en el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017, con motivo del 40 aniversario de Alma-Ata. En él, Tejada definió la Atención Primaria de Salud como: *“El cuidado integral de la salud por todos y para todas.”*

2.3 La Atención Primaria de Salud: Piedra Angular de un Sistema de Salud Sostenible y del Desarrollo Integral de los Pueblos

Cuando se habla de los componentes del desarrollo sostenible, se hace referencia a aquellos elementos que buscan equilibrar el bienestar social, económico y ambiental. Entre los más relevantes se pueden destacar:

- **Sociales:** enfocados en asegurar la equidad y la justicia social mediante el acceso a servicios básicos como educación, salud y vivienda digna. Para que esto se logre, es indispensable la

participación activa de las personas, familias y comunidades en la toma de decisiones, la formulación de planes, la implementación de acciones y la evaluación de sus impactos.

- **Culturales:** orientados a valorar y respetar las culturas y creencias locales, ya sean ancestrales o emergentes (étnicas, religiosas, conductuales, entre otras), y su relación con el medio ambiente. Se promueve el diálogo intercultural, la diversidad, el respeto y la tolerancia, así como la conservación del patrimonio cultural. Esto resulta esencial, especialmente en la relación entre la medicina tradicional y los terapeutas tradicionales.
- **Ambientales:** centrados en la protección y gestión sostenible de los recursos naturales para mantener la biodiversidad, reducir la contaminación y prevenir o minimizar riesgos sanitarios que afectan a las poblaciones humanas (como brotes, epidemias y pandemias). Es clave conservar los ecosistemas naturales y promover un uso equitativo y sostenible de los recursos.
- **Económicos:** destinados a fomentar un crecimiento económico inclusivo y equitativo, que no comprometa los recursos de futuras generaciones. Incluye el impulso de prácticas empresariales socialmente responsables y la creación de empleos dignos y sostenibles.
- **Tecnológicos:** enfocados en promover la innovación y el uso de tecnologías limpias, especialmente energías renovables y procesos productivos costo-efectivos que no dañen el medio ambiente.
- **Políticos:** al servicio de los componentes anteriores, promueven una gobernanza inclusiva y participativa, basada en la rectoría legítima (no impuesta) y el liderazgo ético. Las políticas públicas deben construirse con la colaboración de los distintos actores sociales.

En este contexto, es pertinente citar una frase del Dr. David Tejada de Rivero:

“La política es el arte de construir consensos, buscando el bien común, con estricto respeto a todos y a la verdad.”

Todos estos componentes son interdependientes y deben ser abordados de manera articulada para lograr un desarrollo verdaderamente sostenible, tal como lo establecen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los principios anteriormente mencionados se encuentran reflejados en las declaraciones finales de las cuatro conferencias mundiales sobre Atención Primaria de Salud. Una vez más, esto confirma la estrecha relación entre salud y desarrollo.

Como ejemplo concreto, tras la Segunda Guerra Mundial, cinco países realizaron una apuesta estratégica que podría resumirse en la frase:

“Salud, educación y nutrición: las prioridades para ser una gran nación.”

Esta visión —coherente con los ODS 2, 3 y 4— fue sostenida durante al menos tres décadas. Algunos de estos países habían quedado devastados tras el conflicto bélico; otros no eran considerados entonces como naciones desarrolladas. Se trata de países profundamente diferentes entre sí en cuanto a etnicidad, religión, sistema económico, organización social y régimen de gobierno.

En la década de 1980, fueron reconocidos como “los países más saludables del mundo”. Hablamos de **Japón, Singapur, Brunéi, Nueva Zelanda y Australia**, naciones del suroeste del Pacífico. Pese a sus diferencias, todas compartieron una misma apuesta por el bienestar de su población, lo cual las condujo por la senda del desarrollo sostenible.

Con cierto grado de simplificación, podemos destacar la potencia tecnológica de Japón, el liderazgo financiero de Singapur, el aprovechamiento responsable de los recursos energéticos de Brunéi, y el notable crecimiento económico y social de Australia y Nueva Zelanda, particularmente en sectores como el agropecuario. Estos últimos países, gracias a su baja densidad poblacional y alto nivel de desarrollo humano, se han convertido en destinos preferidos de migración internacional. Todo ello demuestra que la salud —junto con otros factores estrechamente vinculados— está directamente relacionada con el desarrollo.

Tampoco es casual que los países con mejores servicios de salud figuren también entre los más felices del mundo, según el Índice Mundial de Felicidad. La salud, incluso en contextos de discapacidad, es un factor esencial para el bienestar de personas, familias y comunidades, quienes deben ser el foco de los esfuerzos en salud y desarrollo.

La **Conferencia de Astaná (2018)** subrayó que, 40 años después de Alma-Ata:

“A nivel mundial, 1 de cada 17 ciudadanos no accede a servicios de salud que debieran serles accesibles.”

En países como el nuestro, caracterizados por una marcada multiculturalidad, esta problemática se agrava debido a la falta de servicios inclusivos, con enfoque de género e interculturalidad. Si bien se han registrado avances, se vuelve imperativo avanzar hacia la universalización de la salud, que garantice el bienestar y la felicidad de las personas, potenciando sus capacidades con calidad, equidad y justicia social.

Esta necesidad se refleja tanto en los desafíos cotidianos enfrentados por los servicios y prestadores de salud, como en los distintos diagnósticos del sector, los cuales destacan:

- **Efectos indirectos:**

- Bajo rendimiento escolar, menor productividad laboral y estancamiento del crecimiento económico.
- Mayor gasto en salud, tanto público como de bolsillo.
- Insatisfacción ciudadana y aumento de la demanda social.

- **Causas directas e indirectas:**

- Hábitos y estilos de vida inadecuados.
- Escaso desarrollo de una cultura de autocuidado y prácticas saludables en personas, familias y comunidades.
- Limitado desarrollo de capacidades humanas en salud.
- Insuficiente corresponsabilidad de los actores en la generación de ambientes y prácticas saludables.
- Cambios en la transición demográfica y epidemiológica.

En el marco de una nueva concepción del desarrollo y la salud, se reconoce que el financiamiento adecuado, suficiente, solidario y sostenible de la salud es la base del desarrollo social y económico de las naciones.

La Declaración de Astaná lo expresa claramente:

“La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”

Y agrega:

“La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie la salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de esta y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se hará posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, con participación activa de organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, tanto al interior como al exterior de las instituciones.”

Finalmente, se afirma:

“Estamos convencidos ... de que la APS es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Cada uno de nosotros seguirá su camino para lograr la CSU, de modo que todas las personas tengan acceso equitativo a una atención de salud eficaz y de calidad, sin que el uso de estos servicios implique dificultades financieras.”

Las cuatro conferencias mundiales son explícitas en cuanto a los medios para lograr estos objetivos. Si bien ello será abordado en profundidad en el capítulo cuatro, vale adelantar algunas ideas fuerza extraídas de sus declaraciones:

- *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades... La salud no es un privilegio ni una mercancía.”*
- *“La salud es un derecho humano fundamental.”*
- *“La salud es responsabilidad del gobierno.”*

- *“La APS exige acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, no solo curativos, sino también de promoción, prevención, rehabilitación y paliación.”*
- *“Se debe abordar de forma decidida los Determinantes Sociales de la Salud.”*
- *“La prevención y la promoción deben tener prioridad, atendiendo las necesidades sanitarias de todas las personas a lo largo del curso de vida.”*
- *“La APS se centra en las personas, sus familias y las comunidades, constituyendo el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud.”*
- *“La APS implica el trabajo coordinado de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores comunitarios, incluidos los terapeutas tradicionales.”*

Capítulo 4

La Garantía del Derecho a la Salud y el Lugar de la Salud en las Políticas Sociales

En la Declaración de Astaná se afirma con claridad: “Nos comprometemos a tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores”.

Una buena salud es el recurso más valioso para el progreso personal, económico y social, además de constituir una dimensión esencial de la calidad de vida. Diversos factores —políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos— pueden incidir de manera positiva o negativa en la salud de las personas. Por ello, esta no debe entenderse únicamente como responsabilidad del sector salud, sino como una cuestión política amplia que incluye ámbitos como el comercio y la política exterior. Afrontar esta realidad exige voluntad política para involucrar a todo el Estado en la construcción de salud.

4.1 Participación Social, Inclusión, Buen Gobierno y Transparencia para la Salud y el Desarrollo

Las conferencias mundiales sobre Atención Primaria de Salud (APS), especialmente la de Astaná, han dejado en claro que la salud debe ser entendida como un derecho con responsabilidad compartida. Se señala, por ejemplo: *“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en su atención de salud. La equidad en salud exige una participación social consolidada: un modelo centrado en las personas y en la comunidad permite que estas, junto con la sociedad civil, sean actores clave en este proceso”*.

Y más adelante: *“Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud”*.

En la parte final de la declaración se remarca: *“Salud en todas las políticas”*. “Los líderes comunitarios y pueblos del mundo exigen un pacto social en el que la salud universal sea el centro, y la APS, la estrategia”. “A través de la participación social, el buen gobierno y la transparencia, podemos avanzar colectivamente en salud y desarrollo. El principio básico de Alma-Ata sigue siendo vigente y relevante. ¡Atención Primaria de Salud, ahora!”.

Con base en esta visión, analizaremos a continuación algunos componentes clave de una salud eficiente y un desarrollo sostenible.

4.1.1 La Participación Social

La participación social es un elemento esencial para mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Su fortalecimiento permite:

- Involucrarse activamente en la toma de decisiones que afectan el bienestar, propiciando acciones inclusivas y sostenibles. La participación refuerza la cohesión social y la resiliencia comunitaria frente a desafíos futuros.
- Identificar necesidades prioritarias, ya que son las propias personas quienes mejor conocen su realidad cotidiana. Esto evita el uso ineficiente de recursos en obras o acciones que no impactan significativamente a la población.
- Contribuir al diseño e implementación de políticas y programas, asegurando su continuidad a través de soluciones viables, apropiadas y duraderas, con un compromiso realista por parte de los actores locales.
- Mejorar el acceso, la calidad y la calidez de los servicios públicos, desde un enfoque racional y sostenible.
- Fomentar el empoderamiento ciudadano, promoviendo un sentido de pertenencia y responsabilidad sobre su salud y entorno.
- Desarrollar una cultura de salud, a través de la promoción de hábitos saludables y la prevención de riesgos, lo que impulsa una transformación social más amplia.

En el país existen múltiples iniciativas de desarrollo local y salud comunitaria, algunas dispersas, pero todas valiosas. Estas articulan salud con desarrollo económico y social en áreas como agricultura, medio ambiente, turismo o artesanía.

También destacan intervenciones comunitarias donde promotores de salud o terapeutas tradicionales, designados por la comunidad, son capacitados en prácticas saludables (agua segura, saneamiento, medicina tradicional, entre otras).

Estas experiencias muestran que una participación social efectiva es factible, cuando se promueven estrategias como:

- Espacios de diálogo intercultural, donde se valoren los saberes y propuestas comunitarias.
- Acuerdos de actuación conjunta, plasmados en protocolos y guías (por ejemplo, para la atención humanizada del parto).
- Formación en la acción, con intercambio de saberes adaptado al territorio y a la diversidad cultural.
- Colaboración intersectorial, entre salud, otros sectores del Estado, gobiernos locales, organizaciones comunitarias, medios de comunicación y actores privados.
- Uso apropiado de tecnologías, priorizando soluciones simples, sostenibles y accesibles, incluyendo plataformas digitales comunes para mejorar la comunicación y la toma de decisiones.

4.1.3 Buen Gobierno y Transparencia

Salud, desarrollo y gobierno no pueden transitar caminos separados. Requieren integrarse bajo una visión común que genere un círculo virtuoso.

Cuando las políticas públicas en salud son efectivas, aumentan la productividad, la inversión y la recaudación fiscal. Un buen gobierno, por su parte, garantiza que los recursos se asignen de manera equitativa y eficaz, fomentando el desarrollo sostenible. Por tanto, la salud, el desarrollo y el buen gobierno son interdependientes y esenciales para el bienestar social.

El buen gobierno se sustenta en la transparencia, expresada en la rendición de cuentas y la participación ciudadana. Esto implica:

- Un Estado que diseñe e implemente políticas inclusivas y eficaces, asegurando que sus beneficios lleguen a toda la población.
- Una colaboración estrecha entre los niveles de gobierno (nacional, regional, local), la sociedad civil, el sector privado y los medios de comunicación.
- Una transparencia real, tangible, que vaya más allá del discurso normativo.
- Una actitud abierta hacia la opinión pública y los medios, orientada no a temer la exposición, sino a aprovecharla para distinguir entre lo verdaderamente importante y lo meramente mediático.

4.2 Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y Otros Instrumentos

Sobre la base de estos principios y el avance de la salud en el siglo XXI, entre 2018 y 2021 se construyó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS).

A continuación, abordaremos brevemente los documentos más importantes que conforman esta estrategia, ordenados jerárquicamente.

LOS CONCEPTOS ANTERIORMENTE CITADOS FUERON RECOGIDOS Y PLASMADOS EN LOS DOCUMENTOS RECTORES DE LA POLÍTICA DE SALUD (2018 – 2022), PARA EL PAÍS DURANTE LAS SIGUIENTES DÉCADAS



4.2.1. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) DS N.º 026-2020-SA / PEM DS N.º 016-2021-SA

La *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030* (PNMS) fue elaborada con la participación de 14 sectores del Poder Ejecutivo (ministerios), bajo el liderazgo del Ministerio de Salud (MINSA) y con el acompañamiento técnico del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), en representación de la Presidencia del Consejo de ministros (PCM).

En paralelo al trabajo intergubernamental, la política fue revisada y enriquecida en espacios de gobernanza participativa, como el Consejo Nacional de Salud (CNS) y los 25 Consejos Regionales de Salud (CRS). Estas instancias integran a actores del sector público, privado, académico, social, municipal y de la sociedad civil vinculados al ámbito

de la salud. Su proceso de construcción, que se extendió por más de un año, refleja el enfoque colaborativo, descentralizado y multisectorial que sustenta esta política.

Alcances Relevantes

Antecedentes – Presentación

La salud es un derecho fundamental, condición indispensable para el desarrollo humano y medio esencial para el bienestar individual y colectivo. Su protección constituye un interés público y, como tal, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Este enfoque ratifica el compromiso del Estado con la salud como derecho humano universal y bien público, orientando las acciones gubernamentales hacia la equidad, la inclusión y el bienestar integral.

Objetivo Prioritario 2 (OP2):

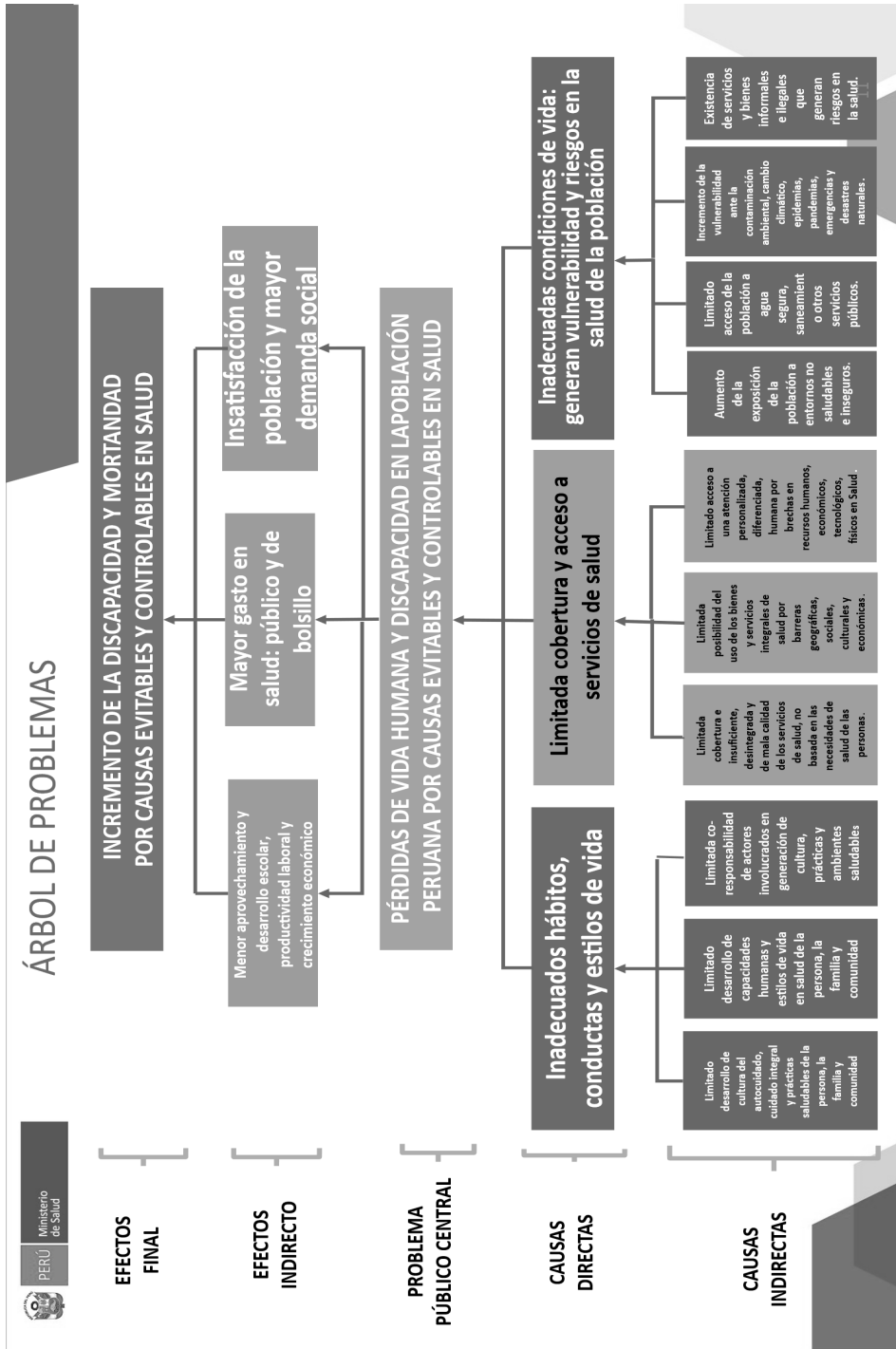
Asegurar el acceso a servicios integrales de salud, de calidad y oportunos para toda la población.

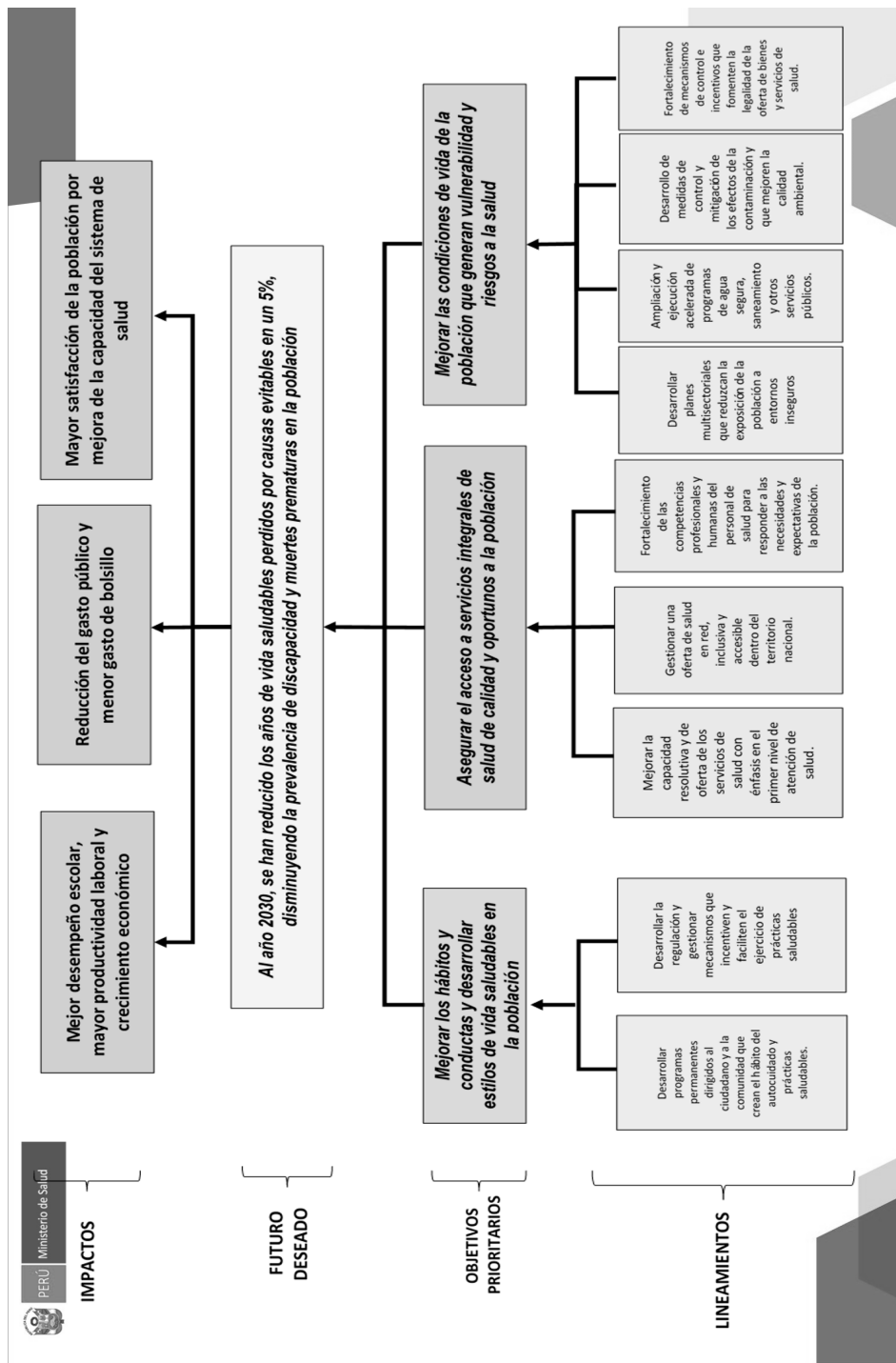
Este objetivo plantea que todas las personas y familias, en cada región y provincia del país, deben tener acceso efectivo a servicios y cuidados de salud integrales, de calidad, oportunos y continuos a lo largo de su vida. Esto debe darse en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), a través de un sistema de salud articulado, accesible y centrado en las personas.

La consolidación de la articulación multisectorial e intergubernamental, con enfoque territorial y basado en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), es clave para mejorar las condiciones de vida, potenciar el desarrollo humano y asegurar el bienestar de la población.

Este objetivo evidencia claramente la interrelación entre salud, desarrollo sostenible y justicia social, reconociendo que el bienestar no depende únicamente del sector salud, sino también de otras políticas públicas que inciden sobre las condiciones de vida.

Además, al revisar los componentes del “árbol de problemas” y del “árbol de soluciones” incluidos en la PNMS, se identifican con claridad los pilares del desarrollo sostenible: inclusión social, equidad territorial, protección ambiental, fortalecimiento institucional y participación ciudadana, entre otros.





4.2.2. Los Determinantes Sociales y Comerciales de la Salud: Su Incidencia en el Desarrollo

En la actualidad, resulta evidente que muchos factores que afectan la salud no se originan exclusivamente en el ámbito del sector salud. Se trata de variables sociales, económicas, ambientales, culturales, productivas y políticas que, aunque competen primariamente a otros sectores, inciden directa o indirectamente en la salud de las personas, familias y comunidades. Nos referimos a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y a los Determinantes Comerciales de la Salud, ambos fundamentales para entender la salud como una expresión del desarrollo integral de los pueblos.

Determinantes Sociales de la Salud

Los DSS son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, se educan, viven, trabajan, envejecen y mueren, así como las circunstancias en las que se desarrollan las familias y las comunidades. Estas condiciones determinan, en gran medida, su nivel de salud, bienestar y felicidad a lo largo del ciclo vital.

Dichos determinantes pueden agruparse en dos grandes categorías:

- Factores estructurales de tipo económico, educativo, social, cultural, étnico-racial, geográfico-ambiental y político. Estos factores configuran el acceso a oportunidades que permiten llevar una vida saludable, y su abordaje es responsabilidad multisectorial del Estado. Corresponden también a las dimensiones que estructuran el desarrollo sostenible.
- Factores vinculados al acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en el marco de la Cobertura Universal de Salud (CUS). Estos comprenden elementos del sistema sanitario, como la disponibilidad de servicios, la calidad de atención, la

calidez del trato y la continuidad del cuidado. Su gestión recae principalmente en el sector salud, aunque su impacto está condicionado por el entorno social.

Abordar estos factores implica ir más allá de la atención médica tradicional, incorporando una mirada integral que permita actuar sobre las causas estructurales de las desigualdades en salud.

Determinantes Comerciales de la Salud

Los determinantes comerciales de la salud son aquellos factores relacionados con las dinámicas del comercio, la industria y la economía que influyen significativamente en la salud colectiva. Su impacto puede manifestarse en la disponibilidad de bienes y servicios, en los patrones de consumo y en las condiciones de vida de la población. Algunos de los más relevantes son:

- **Acceso a alimentos saludables:** La disponibilidad y los precios de alimentos nutritivos influyen en la calidad de la dieta y en la prevalencia de malnutrición, desnutrición, anemia y obesidad. Este problema se agrava cuando los alimentos naturales son desplazados por productos ultra procesados o transgénicos, altamente publicitados y de bajo valor nutricional.
- **Publicidad y marketing nocivo:** Las estrategias agresivas de marketing, muchas veces orientadas a públicos vulnerables (como niños y adolescentes), condicionan las decisiones de consumo, a menudo contrarias a la salud pública. La elusión de regulaciones como los octógonos de advertencia nutricional debilita la capacidad del Estado para proteger a la población.
- **Condiciones laborales:** Las políticas de empleo, las condiciones de trabajo y la estabilidad laboral inciden directamente en la salud física, mental y emocional de los trabajadores, y en su capacidad de acceder a servicios de salud y protección social.

- Acceso a medicamentos y tecnologías de salud: La falta de regulación efectiva en el comercio farmacéutico, los altos costos, la baja disponibilidad o la calidad deficiente de medicamentos pueden comprometer el tratamiento oportuno y adecuado de enfermedades crónicas, raras, huérfanas o catastróficas.
- Impacto ambiental de las actividades productivas: Las políticas comerciales que desregulan el uso de recursos naturales o debilitan la protección del ambiente (agua, aire, suelos) afectan directamente la salud de las poblaciones, especialmente de las más vulnerables.

En conjunto, los determinantes sociales y comerciales configuran el contexto vital en el que las personas desarrollan su potencial humano. Ignorarlos al formular políticas públicas implica perpetuar las desigualdades estructurales que limitan la salud y el desarrollo.

Por ello, hoy se reconoce la necesidad de alinear la organización de los servicios de salud —a través de Redes Integradas de Salud (RIS)— con el desarrollo territorial y productivo —mediante corredores económicos sostenibles—. Esta articulación promueve una visión de país que integra salud, desarrollo económico, bienestar social y sostenibilidad ambiental, como pilares de un mismo proyecto nacional.

4.2.2. Consensos por el Perú. Acuerdo Nacional. 20/08/2021.

Los planteamientos de la PNMS fueron llevados al Acuerdo Nacional, en la discusión de una propuesta de generar Consensos Por el Perú. En el caso de salud, el derrotero fue por proponer la Construcción de un Sistema Unificado de Salud; este punto se une a otros cinco ejes, dentro de los que destacan: promover el crecimiento económico sostenible y la lucha contra la pobreza y pobreza extrema.

Es evidente la conjunción con los ODS. También lo es que la propuesta da continuidad a lo planteado en el Acuerdo nacional del 2003 (Políticas XIII) y del 2015 (Reforma del Sistema de Salud). En el documento se señala:

“La planificación de la infraestructura sanitaria corresponde a una visión de largo plazo, que supera la temporalidad de las gestiones y del gobierno: debe ser incorporada en los planes de desarrollo integral a nivel regional y local; debe ser reconocida como parte del ecosistema; debe adaptarse a las necesidades de la población, a la interoperabilidad y al territorio; y debe incluir recursos humanos, tecnologías, infraestructura digital, análisis de riesgo y de vulnerabilidad, bioseguridad, entre otros.”

“Promover el desarrollo de inversiones y políticas públicas de largo plazo coordinadas entre los niveles de Gobierno y con la participación de diversos agentes económicos, sociales e institucionales”.

“Apoyo técnico y financiero a los productores de alimentos, en especial de la agricultura familiar –incluida la ganadería, crianza de animales menores y desarrollo de biohuertos– y la pesca artesanal, a través de una gestión articulada intergubernamental e intersectorialmente –Ministerios de Economía y Finanzas, Educación, Agricultura y Riego, Producción, Energía y Minas, Desarrollo e Inclusión Social– para garantizar la seguridad alimentaria y la diversidad, tanto para el autoconsumo como para el abastecimiento de los mercados locales, regionales y nacional”.

4.2.3. Plan Estratégico Nacional de Desarrollo del País al 2050 (PEND). CEPLAN. 07/22.

La PNMS al 2030 fue el insumo principal para el capítulo de salud del PEND al 2050. Así se reconoce dentro de este documento, dentro del abordaje de las políticas sociales.

*“Considera a **la persona como el centro del desarrollo** desde un enfoque territorial. Contiene una mirada prospectiva para plantear intervenciones relevantes para el futuro: Responde a necesidades inmediatas a la vez que se va construyendo el futuro deseado a mediano y largo plazo”.*

“Objetivo Nacional 1:

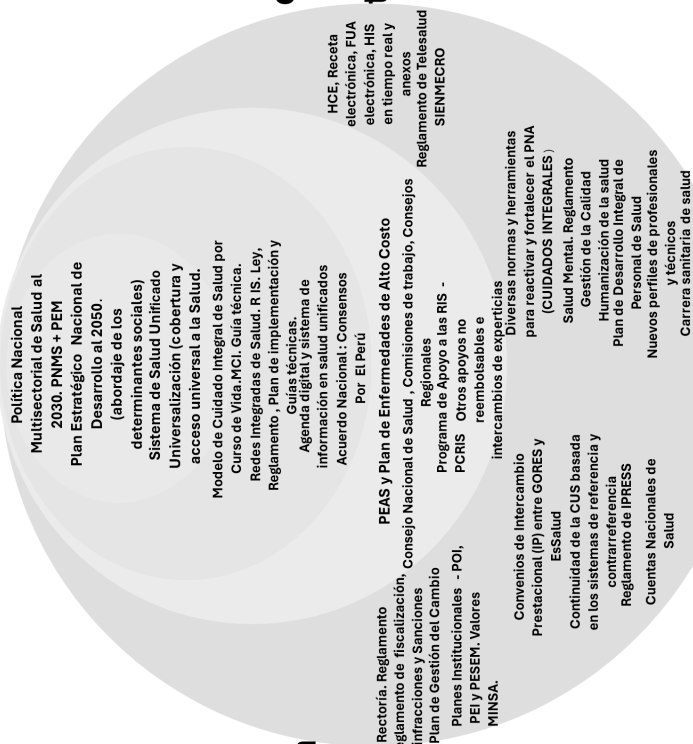
*Alcanzar **el pleno desarrollo de las capacidades de las personas**, sin dejar a nadie atrás. Asegurar servicios educativos y de salud con calidad y pertinencia cultural, una vivienda digna con acceso a los servicios elementales, el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.*

4.2.4. Instrumentos y Herramientas Diversas.

La PNMS dio pie a la formulación de instrumentos y herramientas que la hicieran posible. En el siguiente grafico se señalan varios de ellos,

**En el Perú, se
articularon
diversos
componentes
para la
Transformación
de la Salud se
alinean en un^{RG}
TODO
y el TODO es la
suma
los
componentes.**

Todos los componentes se han trabajado con un lenguaje homologado.



4.3. Soporte Normativo para las Políticas, Planes e Instrumentos de Salud que Sostienen el Desarrollo

El instrumento normativo más potente para garantizar la sostenibilidad, coherencia y continuidad de las políticas y planes destinados a promover una salud integral —entendida como pilar fundamental del desarrollo sostenible— es el Reglamento de la Ley N.º 30895, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 030-2020-SA.

Esta Ley fortalece la función rectora del Ministerio de Salud (MINSA) y establece un marco normativo que consolida la salud como derecho humano y responsabilidad del Estado.

Principios Rectores

Entre los principios fundamentales definidos en el artículo 3 del reglamento, destacan:

- **3.1 Alineamiento Sectorial:** El MINSA y todos los actores del sector salud deben alinear sus acciones a las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales relacionadas con la salud, así como a las políticas de Estado en esta materia, asegurando así el ejercicio efectivo del derecho a la salud, base del desarrollo humano.
- **3.2 Equidad en Salud:** Busca reducir las diferencias injustas y evitables en salud originadas por desigualdades sociales y económicas. El Estado tiene la responsabilidad de diseñar, implementar y evaluar políticas públicas que actúen sobre estas desigualdades, especialmente en favor de poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad.
- **3.3 Interculturalidad:** Los servicios de salud deben adaptarse a las características culturales, lingüísticas, socioeconómicas y geográficas de la población, garantizando una atención libre de toda forma de discriminación y que respete la diversidad del país.

- **3.4 Principio Pro-Persona:** Toda norma en materia de salud debe interpretarse y aplicarse de la manera más favorable a la persona, la familia o la comunidad, priorizando la protección de derechos y adoptando la interpretación menos restrictiva cuando estos puedan verse limitados.
- **3.5 Rol Garante del Estado:** El Estado debe garantizar el ejercicio del derecho a la salud, promoviendo y fiscalizando el cumplimiento de políticas y normativas que permitan la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
- **3.6 Salud en Todas las Políticas:** El Estado debe formular, implementar y evaluar políticas, tanto sanitarias como no sanitarias, considerando siempre su impacto en la salud de la población. Se deben promover aquellas políticas que fomenten entornos saludables y desincentivar aquellas que representen riesgos para la salud.

Articulación de Políticas Nacionales Sectoriales y Multisectoriales en Salud

Según el artículo 16 del mismo reglamento:

- Las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales en salud definen los objetivos, lineamientos, estándares y estrategias prioritarias que deben ser alcanzados por todos los niveles de gobierno (nacional, regional y local), así como por el sector privado y la sociedad civil. Estas políticas tienen carácter vinculante y son de cumplimiento obligatorio para todos los actores del sector salud.
- El MINSA lidera la formulación y gestión de estas políticas, en coordinación con las entidades competentes en los distintos

niveles de gobierno, asegurando la participación del sector privado y de la sociedad civil organizada.

- Estas políticas se alinean con la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y con el marco normativo sobre políticas nacionales, garantizando coherencia institucional y articulación intersectorial.

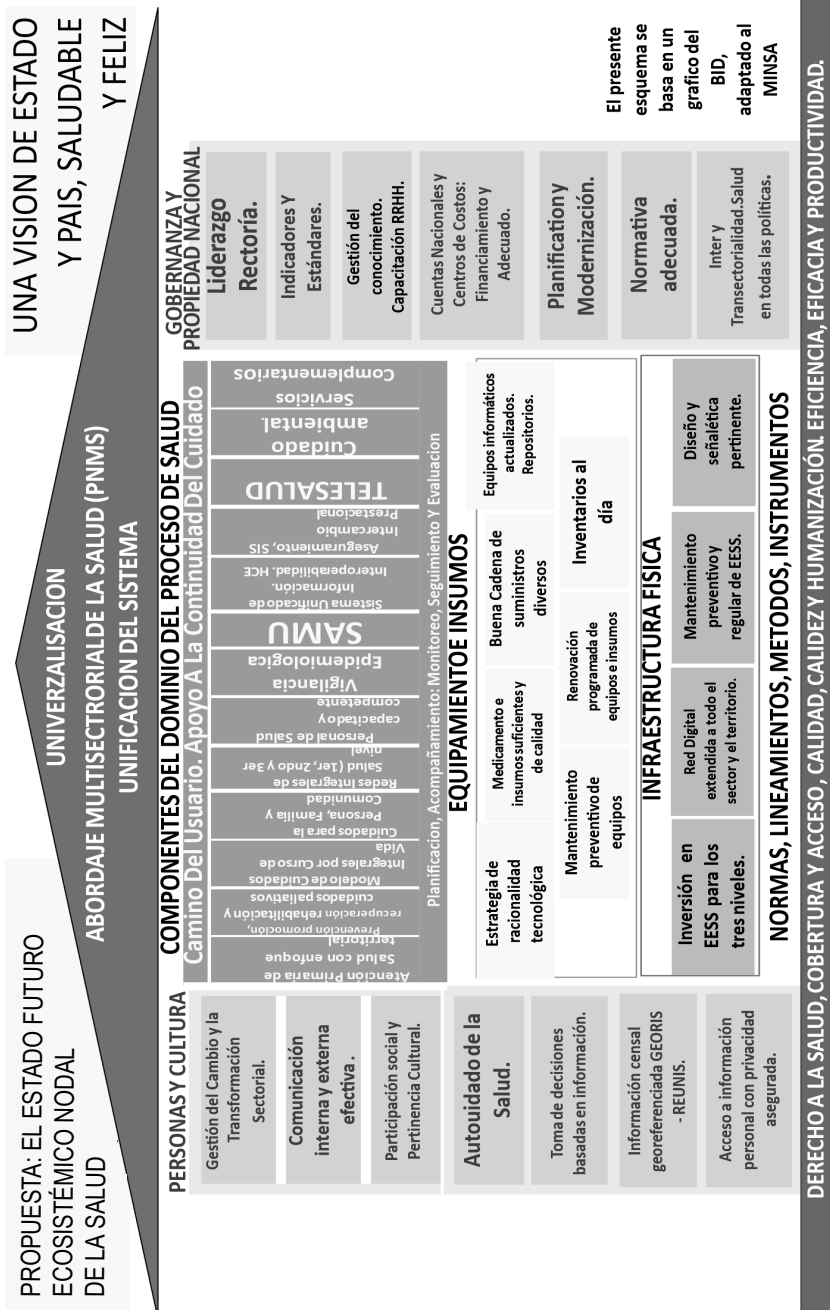
Un Enfoque Ecosistémico y Nodal para la Salud

Este soporte normativo tiene como propósito fundamental dotar de viabilidad y sostenibilidad al proceso de transformación del sistema de salud, orientado hacia un estado ecosistémico nodal de la salud.

- **Enfoque ecosistémico:** Implica comprender la salud dentro de un sistema interdependiente que incluye dimensiones sociales, económicas, ambientales y culturales. Este enfoque reconoce que los sistemas de salud no funcionan aisladamente, sino que están profundamente interrelacionados con otros sistemas del desarrollo humano.
- **Enfoque nodal:** La salud debe funcionar como un nodo articulador dentro de una red de relaciones institucionales y territoriales. Es decir, debe actuar como un punto central en una red de conexiones entre actores sociales, servicios públicos, gobiernos locales, y comunidades, tal como lo hacen las Redes Integradas de Salud (RIS). De igual forma, los procesos de desarrollo productivo, económico y social también operan como sistemas en red.

Ambos enfoques permiten superar la fragmentación histórica del sistema sanitario y orientan el accionar estatal hacia un modelo basado en la interconexión, la territorialización y la participación comunitaria.

Este marco legal y técnico constituye un respaldo sólido y estratégico para avanzar hacia un Estado saludable y una sociedad feliz, donde la salud no sea una consecuencia del desarrollo, sino su fundamento y condición indispensable.



REFERENCIAS

1. Acuerdo Nacional. Consensos Por el Perú. 2021. PCM. <https://acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2022/11/CONSENSOS-POR-EL-PERU-27-de-mayo-2021-FINAL.pdf>
2. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 PERÚ PAÍS SALUDABLE. Decreto Supremo N° 026-2020-SA.
3. OMS. Declaración de Astaná. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
4. OMS. Estrategia para el Acceso Universal A La Salud Y La Cobertura Universal De Salud. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
5. OMS. Salud en Todas las Políticas. 2013.
6. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.
7. OMS. Declaración de Alma Ata. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
8. OPS. Funciones Esenciales para la Salud Pública en las Américas. Una Renovación para el Siglo XXI. 2020.
9. OPS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. W.D.C. 2019.
10. PCM. Reglamento (DS 030 – 2020 SA) de la Ley 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud. 2020. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5204.pdf>
11. PNUD. Apoyo del PNUD para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/poverty-reduction/undp-support-to-the-implementation-of-the-2030-agenda.html>
12. PNUD. Objetivo 3: Salud y bienestar. Disponible en: <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

CAPÍTULO 4

POR UNA GOBERNANZA CENTRADA EN EL DERECHO A UN MEDIO AMBIENTE LIMPIO, SALUDABLE Y SOSTENIBLE

Bertha Luz Pineda¹ y Luis Alfonso Chávarro²

POR UNA GOBERNANZA CENTRADA EN EL DERECHO A UN MEDIO AMBIENTE LIMPIO, SALUDABLE Y SOSTENIBLE

Mg. Bertha Luz Pineda¹ y Dr. Luis Alfonso Chávarro²

3.1 Salud ambiental o socioambiental

Con el concepto de salud ambiental se suele dar a entender aspectos muy precisos de la salud pública, pero si se mira desde una visión de conjunto, el concepto proviene de la relación Salud y Medio Ambiente, es decir, de los impactos del medio ambiente sobre la salud humana, o del papel de los factores medioambientales en la generación o multiplicación de enfermedades, dolencias, pandemias o problemáticas de salud.

El papel del medio ambiente en la salud es de por sí estructural o central, dado que el mismo origen de las enfermedades infecciosas humanas se atribuye a la domesticación de animales desde la revolución neolítica, por lo que sería muy difícil considerar la salud ambiental como un aspecto lateral o periférico de la salud pública, pero en la terminología técnica de la gestión del riesgo y de la gobernanza de las problemáticas

1 Socióloga, especialista en desarrollo sostenible, gerencia ambiental, interculturalidad y migración; diplomada en políticas en salud internacional y soberanía sanitaria; con maestría en gerencia de proyectos y programas sociales. Coordinadora de cambio climático, desigualdades, salud y economía en el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. <https://www.orasconhu.org>.

2 Sociólogo, licenciado en Literatura, Especialista en teorías y métodos de investigación, Magister en Sociología y doctor en Sociología. Profesor en la Universidad del Valle, Cali. Colombia.

de salud, por motivos procedimentales, se la subsume junto a otros aspectos de salud pública que no tendrían directamente relación con el medio ambiente.

Sin embargo, con la llegada del siglo XXI y la centralidad de la amenaza del cambio climático, se vuelve a los enfoques integrales y comprensivos que van más allá de la racionalidad formal tecnocrática, para entender la salud ambiental como todo el conjunto de problemas que resultarían del impacto de dicho fenómeno ambiental, y que, hay que reiterarlo, casi no deja factor de riesgo por fuera: problemas del acceso al agua potable, al aire limpio, a los recursos saludables, al saneamiento, etc, y ya no solo como problemáticas de acceso a agua potable y saneamiento, como se consideraba al inicio de los primeros programas de gestión de salud ambiental apenas hace medio siglo. De la complejidad de este término se deduce otro problema, el de la gestión y, por lo tanto, de su gobernanza.

Para mirar este desafío de comprensión para la acción que suscita la salud ambiental, en este subcapítulo se introduce al tema mirando las problemáticas de salud que históricamente dieron origen al término y a su uso en la gestión de salud, así como los fundamentos conceptuales a tener en cuenta sobre dicho término, los enfoques o modelos, los principios y el conjunto de lista de acciones derivadas, para finalizar con los aspectos más centrales en los regímenes y en la agenda internacional para su gobernanza.

1.1.1 La salud ambiental en perspectiva histórica

En una perspectiva histórica del largo plazo, desde la domesticación de animales en la revolución neolítica, la especie humana ha visto el surgimiento de nuevas y desconocidas enfermedades fruto de la mutación de virus que migran de animales a humanos (McNeill, 2016, Diamond, 2020), desde la gripe, la viruela, la tuberculosis, lepra, etc., algunas de

estas conocidas por haber generado epidemias y pandemias históricas, afectando el crecimiento de la población y haciendo que se diera un equilibrio homeoestático de la misma, ya que ante la disminución de la población por este factor, la humanidad respondiera con un aumento de las tasas de natalidad para recuperar en algún grado los niveles de población, hasta que aparecía un nuevo episodio pandémico que volvía a disminuirla (Wrigley, 1985).

En el mediano plazo, hacia el siglo XVIII, un poco antes de la revolución industrial en Inglaterra, se había comenzado a dar un aumento de la producción agrícola que mejoró los niveles de nutrición de una población que comenzaba a crecer, y casi simultáneamente, se empezó a utilizar el carbón y el gas como combustible en las nacientes fábricas, hasta que la máquina de Watt hizo posible surgir todo un mundo caracterizado por una revolución tecnológica con nuevas fuentes de energía y materiales, que permitía la producción en serie y la sustitución de las fuentes de energía animal en la producción industrial (Bergeron, 1978, Hobsbawm, 1982). Tras desencadenarse el fenómeno de los *enclosures*, o encerramientos, que volvían privada la propiedad de tierras de ejidos y bienes comunes, la migración de la población del campo a la ciudad en busca de trabajo generaba el proceso de urbanización moderna de las ciudades industriales crecientes, completando el cuadro del naciente capitalismo, mostrado en el realismo literario de dicha época (Dickens, 1985).

Había aumentado tanto la población tras los procesos de industrialización y urbanización que el economista Malthus temió la crisis por falta de recursos para alimentar tan crecido número de habitantes de estas nuevas ciudades (Malthus, 1993). Sin embargo, la coincidencia histórica del descubrimiento de abonos naturales en tierras del Pacífico en América del Sur (Clark y Bellamy Forster, 2012), proporcionaba un insumo clave para mantener alta la producción de alimentos en contra de las predicciones catastróficas de Malthus.

Por otro lado, lo que sí surgió fue un cambio social en donde el capitalismo erosionaba al Antiguo Régimen introduciendo a los seres humanos en un mundo de autonomía creciente de las leyes del mercado, en el que la proliferación de ciudades industriales se daba, al igual que el crecimiento de cinturones de miseria en sus periferias.

Este llamativo fenómeno de crecimiento de la población y de la urbanización, sin embargo, tuvo efectos contradictorios en la salud. Por un lado, la vida urbana familiarizó a los obreros —antiguos campesinos— con hábitos de higiene como la limpieza personal y el consumo de agua potable. Por otro lado, las condiciones de hacinamiento en las nuevas viviendas y el crecimiento de los barrios populares generaron un fenómeno de aglomeración que facilitó la propagación de enfermedades transmisibles por contacto humano, dando lugar a nuevas epidemias que, debido al alto volumen de transmisión, adquirieron la dimensión de pandemias.

A esto se sumaban los riesgos propios del lugar de trabajo: la exposición a contaminantes, las extensas jornadas laborales, el calor generado por las máquinas en funcionamiento, y fenómenos sociales como el trabajo infantil y femenino. Con las nuevas invenciones, se podía sustituir la fuerza de un trabajador adulto por la de niños que solo debían oprimir botones, lo que generó un sinnúmero de problemas de salud, incluidos trastornos mentales producto de la alienación. A ello se añadían las consecuencias sociales del desempleo, el subempleo y la informalidad.

Es aquí donde la investigación médica, en aras de buscar explicaciones a esos nuevos cuadros patológicos, exponía razones de lo que se ha considerado los enfoques o paradigmas de mediano plazo acerca de las problemáticas de salud ambiental. En primer lugar, apareció el enfoque de los miasmas, cuando se creía que las enfermedades eran causadas por el mal olor y la contaminación. Sin embargo, tras el descubrimiento de Pasteur de las bacterias, el enfoque de los miasmas fue sustituido

por el enfoque de los gérmenes, causantes de las infecciones y que eran transmitidos por vectores animales o humanos.

Mucho más adelante, se pasó a un enfoque médico de enfermedades crónicas, en el que las enfermedades se vinculaban al estilo de vida individual de las personas, hasta llegar a los enfoques sociológicos, en el siglo XX, cuando gran parte de la enfermedad se explica por causas sociales dado que la salud depende del acceso a condiciones materiales que, en sociedades poco democráticas, todos los individuos difícilmente pueden alcanzar dada la desigualdad estructural en clases que impide la realización plena del derecho a la salud; o finalmente, también por el enfoque de la salud pública ecológica, para el que, junto al enfoque social, existen determinantes sociales y políticos, así como ambientales de la enfermedad, todo dentro de una complejidad de la causa de causas, o causa fundamental.

Respecto al corto plazo, con lo sucedido en la reciente pandemia de la COVID-19, se ha mostrado cómo la explicación de las diferencias en contagio y letalidad entre los diversos países dependieron de acceso a condiciones materiales para poder evitar la transmisión del virus, pero también determinantes económicos, sociales y políticos, expresados en políticas de individualización del riesgo en salud, disminución de políticas de prevención, y crisis fiscal de los estados para impulsar innovaciones médicas e infraestructuras más saludables, con existencia previa a la pandemia, han contribuido enormemente a magnificar el problema y de allí los resultados. La gobernanza de un problema de salud ambiental resultó fallida en Estados muy vinculados a modelos de libre mercado y estas fallas del mercado arrojaron un costo social y humano que ha encendido las controversias para ver cuál puede ser la gobernanza en salud pública y ambiental, para prevenir las enfermedades y en el caso de que aparezcan nuevas amenazas, además de las ya presentes por el cambio climático, pérdida de biodiversidad y contaminación “triple crisis planetaria” (PNUMA, 2022).

1.1.2 Fundamentos conceptuales de la salud ambiental

En primera instancia, puede afirmarse que la salud ambiental es un campo de estudio, acción e intervención surgido de pensar las relaciones medio ambiente y salud. Hasta hace un tiempo, casi era un sinónimo de saneamiento ambiental, pero con la definición de la OMS de 1972, la salud ambiental pasó a ser considerada como el “control de los procesos químicos, físicos y biológicos, influencias o factores que ejercían efecto directo o indirecto significativo en la persona y la sociedad” (Ordóñez, 2000). En la actualidad, se considera a la salud ambiental como todos los aspectos de la salud humana determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales (OPS/OMS, 1993).

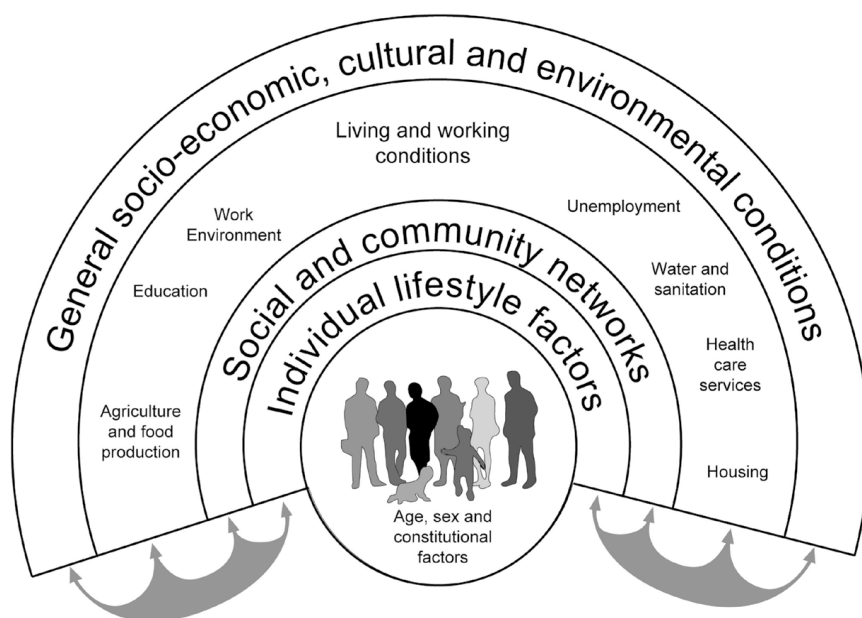
Al comienzo, las acciones de salud ambiental vinculaban aspectos como saneamiento, riesgos ambientales, y recursos naturales. Algunas organizaciones de la salud como la OPS fueron incorporando otros ejes de acción como agua potable y saneamiento, desechos sólidos, riesgos ambientales para la salud y salud de los trabajadores (Ordóñez, 2000).

En una publicación de la OMS de 1992, se incluían como aspectos clave un gran número de tópicos como alimentación y agricultura, agua, energía, industria, asentamientos humanos y urbanización, problemas transfronterizos e internacionales, protección de la atmósfera, entre muchos otros, por lo que la sectorización de la gestión se hace más compleja o difícil con dicha lista exhaustiva (Ordóñez, 2000).

Ello ha hecho que algunos autores califiquen el término salud ambiental como un concepto comodín (Battersby, 2023), por lo que resulta mejor anclarlo a enfoques teóricos como el de la causa fundamental (Link y Phelan, 1995, Marmot et al, 1991) y los determinantes sociales, políticos y ambientales de salud, con el que llega a recobrar su significado original de ser el conjunto de aquellos aspectos de la salud y la enfermedad humanas que están determinados por factores del medio ambiente, así que si se quiere adoptar una definición clave para su gobernanza, resulta

procedente tomar mejor el concepto de 1993 de la OMS que incluye no solo una explicación sustantiva sino operativa: la salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que están determinados por factores físicos, biológicos, sociales y psicosociales del medio ambiente.

También se refiere a la teoría y la práctica de evaluar, corregir y prevenir aquellos factores del medio ambiente que pueden afectar potencialmente de manera adversa la salud de las generaciones presentes y futuras (OMS, 1993). Más recientemente se ha aclarado que la salud ambiental es la rama de la salud pública que se centra en las interrelaciones entre las personas y su entorno, promueve la salud y el bienestar humanos y fomenta comunidades saludables y seguras (Battersby, 2023).



Fuente: Dahlgren & Whitehead. Battersby, 2023, 34

En términos más comprensivos, algunos autores han delimitado la interfaz entre salud y medio ambiente, destacando que el entorno vital para los seres humanos —compuesto por los espacios laborales, domésticos y recreativos— puede verse afectado por un conjunto de factores estresores ambientales. Estos se definen como características del medio ambiente capaces de inducir daño o provocar respuestas perjudiciales en un organismo o sistema vivo.

En primer lugar, se identifican los **factores de estrés biológico**, es decir, elementos biológicos del entorno natural o creados por el ser humano que representan un riesgo directo para la salud a través de vías como la ingestión, inhalación, inoculación o contacto físico.

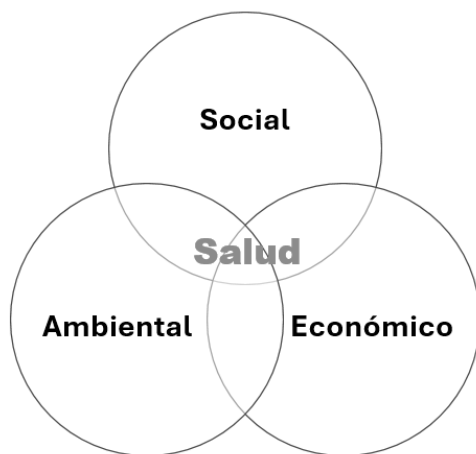
En segundo lugar, están los **factores de estrés químico**, compuestos por entidades químicas o sus intermediarios, cuya presencia en un entorno determinado puede exponer al ser humano al riesgo por medio de las mismas vías mencionadas, o bien mediante la interferencia con sistemas biológicos en detrimento de la salud humana y ambiental.

En tercer lugar, se encuentran los **factores de estrés físico**, definidos como manifestaciones físicas mensurables, de origen natural o antropogénico, que pueden afectar negativamente la salud humana a través de sus efectos nocivos en células, tejidos, órganos y sistemas de regulación homeostática, así como en el bienestar mental y social.

En cuarto lugar, se consideran los **factores de estrés sociales**, entendidos como aquellos comportamientos y condiciones derivadas de la vida en comunidad y del asentamiento humano que tienen impacto sobre la salud y el bienestar colectivo.

Finalmente, se incluyen los **factores de estrés psicosociales**, que comprenden actitudes y procesos mentales capaces de generar efectos adversos en la salud individual o comunitaria (Battersby, 2023).

Para no redundar en problemas de racionalidad técnica, una consideración más sustantiva sobre la salud ambiental es la dibujada en un informe de la OMS en donde la salud es la confluencia o intersección de tres círculos de los entornos ambiental, social y económico (OMS, cit. Battersby, 2023).



Fuente: Reproduced from WHO Europe cit. Battersby, 2023, 44

1.1.3 Los principios y las acciones en salud ambiental: por una gobernanza de la salud ambiental

De acuerdo con lo mostrado por los principales investigadores del tema de salud ambiental, se considera un total de seis principios de acción y gestión en salud ambiental.

El primero de ellos fue señalado en la Agenda 21 de las Naciones Unidas, en la parte de “El futuro que queremos”, donde se especificó la necesidad de reconocer que el principal objetivo de la acción ambiental es el bienestar de los seres humanos y de aquellos factores del medio ambiente, por amplios que sean, que puedan afectarlo. Esto también implica que la prevención de las enfermedades (intervenciones previas) es mejor que la cura (tratamiento).

El fracaso en la prevención de enfermedades evitables genera mayores presiones sobre los sistemas de tratamiento de enfermedades. De modo que la prevención es a menudo más barata que la cura (Battersby 2023).

En sus múltiples publicaciones, la OMS defiende un segundo principio de la salud ambiental, consistente en que los grupos de la sociedad cuya salud corre mayor riesgo son a menudo aquellos que tienen menos control sobre sus propias vidas, y que por ello la equidad es un elemento central y primario que sustenta toda acción en materia de salud ambiental (Battersby, 2023).

En esto, la propuesta de otros autores de un universalismo proporcionado, para quienes la salud de una sociedad (y casi todo lo demás) no se ve afectada por el nivel de riqueza de la sociedad, sino por su nivel de igualdad en el ejercicio de los derechos. Cuanto mayor sea la brecha entre ricos y pobres, peor será para todos los miembros de la sociedad, incluidos los más adinerados (Wilkinson y Pickett, 2009).

El tercer principio remite a las cuestiones de gobernanza que pueden describirse como las condiciones para el compromiso cívico. Los principios democráticos también requieren un intercambio bidireccional y la participación de organizaciones no gubernamentales y de personas informadas en el proceso de toma de decisiones es necesaria y factible. (Battersby, 2023).

El cuarto principio apunta a la necesidad de una cooperación y asociación adecuadas para una gestión intersectorial. Las decisiones y acciones aisladas normalmente no pueden resolver los problemas de salud ambiental: es necesario un enfoque intersectorial.

La práctica de la cooperación y la asociación en la búsqueda de mejoras en la salud ambiental, no solo entre los sectores de la salud y el medio ambiente, sino también con los sectores económicos y con todos los sectores sociales, es un elemento crucial. Este es el principio que

se encuentra en el corazón de la gestión eficaz de la salud ambiental (Battersby, 2023).

El quinto principio tiene que ver con el desarrollo sostenible. En el proceso de formulación de políticas relacionadas con la salud ambiental, tres hilos especialmente importantes sirven para confirmar la naturaleza superpuesta de la salud ambiental y el desarrollo sostenible. Esto obviamente se vincula con el Principio 1 y con el principio de que es mejor prevenir que curar (Battersby, 2023).

Finalmente, el sexto principio se refiere a lo internacional, tanto por el origen de los problemas de salud dada la fragilidad del planeta y que los contaminantes de nuestro medio ambiente no respetan las fronteras nacionales, pero así mismo porque para la resolución de estos problemas la comunicación a nivel internacional es crucial. Aunque los idiomas pueden ser diferentes y la herencia y la cultura colocan a los profesionales de la salud ambiental en diferentes sistemas, los problemas y enfoques de la salud ambiental son mutuos (Battersby, 2023).

En cuanto a los componentes de la gestión en salud ambiental (Actividades de servicios de salud ambiental ASSA), los denominados Constituyentes son los Determinantes de la salud ambiental (DetSA), los procesos de la salud ambiental (ProSA) y las funciones (Fun). Se entiende por Determinantes de la Salud Ambiental aquellos factores o hechos sobre los que se debe actuar para resolver las problemáticas de salud ambiental³.

3 Los criterios para identificar un DetSA son los siguientes: 1) Debe ser descrito por un sustantivo o por una frase sustantivada, sin adjetivación. 2) Debe ser de nivel razonablemente desagregado. Por ejemplo, en vez de “desechos” habría que decir “desechos sólidos”, “aguas residuales”, etc. 3) No debe mencionar instalaciones u otras obras materiales ni intelectuales de salud ambiental, como “relleno sanitario”, “planta de tratamiento” o “estudio de factibilidad” (que son Fun y ProSA) (Ordóñez, 2000, 143).

En cuanto a los Procesos de Salud Ambiental, se entiende como los “*conjuntos de intervenciones que, dentro del marco de las funciones, se aplican a los DetSA a efectos de definir un problema ambiental y una actividad de los servicios de salud ambiental.*” (Ordóñez, 2000, 143).

Finalmente, las funciones “[...] *son los conjuntos de acciones de gestión que se aplican a los ProSA a efectos de completar una herramienta que luego se hará actuar sobre los DetSA para definir un problema ambiental y una actividad de los servicios de salud ambiental.*” (Ordóñez, 2000, 143). Con base en lo anterior, las actividades en salud ambiental se explicitan en una matriz ASSA, distribuyendo en ella acciones de por lo menos 18 áreas de salud ambiental, una lista exhaustiva que ha venido agregando áreas desde las primigenias sobre el saneamiento y la gestión del agua y los residuos sólidos hasta llegar a todas aquellas propias de la prevención de las enfermedades y derivadas de los principios, que generalmente se reducen a cinco: enfoque precautorio; colaboración intersectorial; abordaje de las desigualdades e inequidades; participación comunitaria; y desarrollo sostenible (Battersby, 2023, 33).

Cabe destacar la Resolución 76/300, en la cual la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró, el 28 de julio de 2022, que todas las personas del mundo tienen derecho a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible, necesario para gozar de una amplia gama de derechos humanos: a la vida, la salud, la alimentación, el agua potable, servicios de saneamiento, entre otros.

Dicha resolución enfatiza que los derechos humanos y el medio ambiente son interdependientes y que es prioridad reforzar las capacidades y buenas prácticas por un planeta saludable.

3.2 Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos (ODS-6)

3.2.1 El agua en la historia humana

El agua es fuente de vida: sin ella, no hay existencia posible. Las dificultades en el acceso a este recurso marcan profundas diferencias entre personas, grupos y países, y condicionan el futuro de las sociedades.

En las civilizaciones premodernas y precolombinas, el agua era considerada sagrada. Sin embargo, con la llegada de la colonización y los procesos de modernización, el agua dejó de ser un elemento espiritual para convertirse en un recurso económico. Gran parte del problema radica en este cambio: las cosmovisiones tradicionales entraron en crisis debido a la secularización, y el agua pasó a ser vista como un bien utilitario más.

Mientras algunas regiones del mundo, como el Sudeste Asiático, gozan de abundancia hídrica, otras como el Medio Oriente o ciertas zonas desérticas de África enfrentan una escasez crítica.

En el mundo occidental, la crisis climática, junto con fenómenos como la deforestación y la erosión, ha reducido significativamente las fuentes naturales de agua, incluyendo humedales, glaciares y caudales de ríos. Además, en muchos casos, el agua subterránea extraída ya se encuentra contaminada o es destinada al riego de cultivos pertenecientes a la agricultura industrial.

A esta disminución de la disponibilidad hídrica se suma la persistente limitación en el acceso al agua potable en muchas regiones del mundo, lo que incrementa los problemas de salud asociados al consumo de agua de baja calidad. A ello se añade la falta de servicios de saneamiento: en muchas zonas rurales aún no existe infraestructura de alcantarillado, o las condiciones geográficas impiden su implementación, lo que obliga al uso de soluciones alternativas que, lejos de resolver el problema, suelen agravar los riesgos sanitarios.

Más recientemente, la comercialización del agua y de los servicios de saneamiento ha agravado la situación, dificultando aún más el acceso a agua segura para el consumo y la higiene. La pandemia del COVID-19, en 2020, dejó en evidencia esta realidad: el acceso al agua y al jabón, esenciales para la higiene y prevención del contagio, no estaba garantizado para amplios sectores de la población mundial.

Lavar las manos continúa siendo una de las formas más efectivas de prevenir enfermedades, junto con el consumo de agua potable para evitar la deshidratación y otros problemas de salud. En síntesis, el agua representa salud y vida. Por ello, resulta sorprendente que el reconocimiento del derecho al agua haya sido tan tardío en la historia humana. Comprender que la gobernanza de este recurso vital es determinante para la salud global es fundamental. Esa es su verdadera dimensión.

El agua, como se ha señalado, es esencial para la especie humana. Al estudiar el surgimiento de las civilizaciones, se observa un patrón recurrente: todas se desarrollaron cerca de fuentes de agua, especialmente grandes ríos. Ejemplos de ello son el Nilo en Egipto, el Ganges en India, el Danubio en Europa central y oriental, o el Magdalena en Colombia. Del mismo modo, la revolución neolítica fue posible en regiones con múltiples fuentes hídricas.

Es particularmente relevante la tesis de Robert Carneiro (1985), quien sostiene que los grandes estados e imperios antiguos surgieron en zonas desérticas, ya que la dependencia del agua y los alimentos permitía un mayor control centralizado. Esta perspectiva resalta la importancia estratégica del agua para el desarrollo de las civilizaciones. Así lo evidencia también Karl Wittfogel (2002), al explicar cómo la organización del regadío impulsó el crecimiento poblacional mediante una agricultura abundante, o Gordon Childe (1985), quien vinculó el manejo del agua con el surgimiento de la revolución urbana.

En América Latina, diversas civilizaciones demostraron un uso avanzado y creativo del agua. Los mayas aprovecharon los cenotes y construyeron aljibes y canales para abastecer una red de ciudades. Los aztecas, por su parte, desarrollaron las chinampas sobre el lago Texcoco, un sistema agrícola eficiente y sostenible. Los incas, retomando el conocimiento de culturas anteriores, utilizaron el agua de forma innovadora: cultivaron cerca del lago Titicaca a más de 3,000 metros de altura, construyeron puquios para conservar el agua en zonas semidesérticas y garantizaron el suministro alimentario en un vasto imperio con regiones áridas (Mann, 2022).

La centralidad del agua y su consideración como elemento sagrado reflejan una visión del mundo basada en el equilibrio con la naturaleza. Esta concepción ancestral ofrece una lección valiosa para el siglo XXI, cuando la vida en el planeta depende, más que nunca, de recuperar y aplicar esa idea de equilibrio.

3.2.2 Los principios y las acciones en agua limpia y saneamiento: por una gobernanza estilo WASH

Dado que la falta de acceso a agua limpia, saneamiento e higiene (WASH) representa una grave amenaza para la salud pública, el **Objetivo de Desarrollo Sostenible 6**, que busca “garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos”, adquiere una relevancia crítica. Sin embargo, dicha garantía no representa únicamente un desafío técnico, sino fundamentalmente un desafío político. Como expresó una representante de las Naciones Unidas: *“no nos enfrentamos a un problema de disponibilidad de agua, sino a un problema de poder. En la actualidad, no hay voluntad política. Esa es la verdad”* (Catarina de Albuquerque, cit. en Ordóñez, 2000).

En este contexto, los mecanismos de gobernanza deben orientarse hacia una coordinación efectiva y equitativa que permita garantizar tanto la disponibilidad como la gestión sostenible del agua. Esto implica decisiones clave sobre quién accede al recurso, en qué condiciones y con qué derechos, lo cual revela la dimensión política inherente al manejo del agua.

En términos de definición, la gobernanza del agua se refiere al conjunto de reglas, prácticas y procesos vinculados a la gestión y prestación de los servicios de agua.

Tal como se ha señalado, *“abarca reglas, prácticas y procesos políticos, institucionales y administrativos (formales e informales) a través de los cuales se toman e implementan decisiones, las partes interesadas expresan sus intereses y hacen que se tengan en cuenta sus preocupaciones, y los encargados de la toma de decisiones son responsables de la gestión de los recursos hídricos y la prestación de servicios de agua”* (ASF, 2016, 15).

En cuanto al saneamiento, se refiere a *“las reglas, roles y relaciones que hacen que los sistemas de saneamiento funcionen (o no). Por lo tanto, los sistemas de gobernanza comprenden a los gobiernos, las autoridades locales, el sector privado, la sociedad civil y otras partes interesadas en el área del proyecto”* (ASF, 2016, 15).

La evolución normativa del reconocimiento del acceso al agua y el saneamiento tuvo un hito importante en 2002 cuando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), reconoció el derecho al agua y al saneamiento a través del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11) y el derecho a la salud (artículo 12):

El derecho humano al agua garantiza a toda persona el acceso a una cantidad suficiente de agua que sea salubre, aceptable, físicamente accesible y asequible para su uso personal y doméstico. Este derecho implica disponer de agua en calidad y cantidad adecuadas para evitar

la deshidratación, reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con el agua y cubrir necesidades básicas como el consumo, la preparación de alimentos, la higiene personal y el saneamiento en el hogar (CESCR, 2002).

Este derecho fue reconocido por la Resolución 64/292 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2010), la cual afirma que “*el derecho al agua potable y al saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos*” (ONU, 2010).

Los principios del derecho al agua, reconocidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas, son los siguientes:

1. Disponibilidad en cantidad suficiente, de manera continua e ininterrumpida.
2. Accesibilidad física, que garantice la cercanía y seguridad del acceso.
3. Seguridad de acceso, que abarca tanto la calidad del agua como la seguridad en el uso de las instalaciones.
4. Accesibilidad económica, es decir, que el agua sea asequible para todas las personas.
5. Aceptabilidad, dignidad y privacidad, especialmente en el uso de instalaciones sanitarias.

En un sentido más amplio, los principios de los derechos humanos, aplicables también al agua, saneamiento e higiene (WASH), incluyen:

1. No discriminación y equidad.
2. Acceso a la información y transparencia.
3. Participación significativa.
4. Obligación de rendición de cuentas.
5. Sostenibilidad (ONU, 2010).

Por su parte, la UNESCO ha identificado cuatro dimensiones clave de la gobernanza del agua:

1. **Social**, centrada en la equidad en el acceso y uso del recurso hídrico.
2. **Económica**, enfocada en la eficiencia en la asignación y uso del agua, así como en el acceso óptimo al agua y al saneamiento.
3. **Política**, que garantiza igualdad de derechos y oportunidades para la participación ciudadana y de los actores interesados en la toma de decisiones.
4. **Ambiental**, que promueve el uso sostenible del agua y de los servicios ecosistémicos asociados, asegurando su disponibilidad a largo plazo.

En materia de coordinación, el Instituto Internacional del Agua de Estocolmo (SIWI) y el PNUD proponen los siguientes principios para una buena gobernanza del agua y el saneamiento:

1. Transparencia, acceso a la información y procesos participativos de toma de decisiones.
2. Coherencia política y sectorial en la gestión del agua y el saneamiento.
3. Equidad, rendición de cuentas y responsabilidad, aplicables a todos los actores.
4. Inclusión y participación de todos los grupos, en especial los más marginados.
5. Eficiencia y eficacia en la prestación de servicios.
6. Sostenibilidad y capacidad de respuesta institucional.

Adicionalmente, la OCDE ha desarrollado un marco con 12 Principios sobre Gobernanza del Agua (OCDE, 2015), agrupados en tres dimensiones:

1. **Eficacia**, orientada a establecer objetivos políticos claros, sostenibles y alcanzables. Esto implica coordinación entre autoridades, gestión a niveles apropiados, coherencia de políticas y fortalecimiento institucional.
2. **Eficiencia**, centrada en la gestión sostenible del recurso al menor costo posible para la sociedad. Incluye la recopilación de datos confiables, financiamiento eficiente y transparente, marcos regulatorios claros y proporcionales, y la promoción de prácticas innovadoras de gobernanza.
3. **Confianza y compromiso**, que busca asegurar la legitimidad, integridad y participación efectiva de las partes interesadas en la formulación e implementación de políticas. También promueve un equilibrio entre los intereses de los usuarios, el medio ambiente y las generaciones futuras, así como un monitoreo y evaluación continuos de las políticas adoptadas.

Para evaluar la aplicación de los principios, se cuenta con las metas y los indicadores del ODS6, como puede verse en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. ODS 6: Asegurar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos

Objetivos	Indicadores
6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.	6.1.1 Proporción de la población que utiliza servicios de agua potable gestionados de forma segura.
6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y de las personas en situaciones de vulnerabilidad.	6.2.1 Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura, incluida una instalación para lavarse las manos con agua y jabón.
6.3 De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial.	6.3.1 Proporción de aguas residuales tratadas de manera segura. 6.3.2 Proporción de masas de agua de buena calidad.
6.4 De aquí a 2030, aumentar considerablemente la eficiencia en el uso del agua en todos los sectores y garantizar la sostenibilidad de la extracción y el suministro de agua dulce para hacer frente a la escasez de agua y reducir sustancialmente el número de personas que padecen escasez de agua.	6.4.1 Cambio en el uso eficiente de los recursos hídricos con el paso del tiempo. 6.4.2 Nivel de estrés hídrico: extracción de agua dulce como proporción de los recursos de agua dulce disponibles.

6.5 De aquí a 2030, implementar la gestión integrada de los recursos hídricos a todos los niveles, incluso mediante la cooperación transfronteriza, según corresponda.	6.5.1 Grado de implementación de la gestión integrada de los recursos hídricos (0-100). 6.5.2 Proporción de la zona de cuencas transfronterizas con un acuerdo operativo para la cooperación en materia de agua
6.6 De aquí a 2030, proteger y restaurar los ecosistemas relacionados con el agua, incluidos las montañas, los bosques, los humedales, los ríos, los acuíferos y los lagos.	6.6.1 Cambios en la extensión de los ecosistemas relacionados con el agua a lo largo del tiempo.
6.a Para 2030, ampliar la cooperación internacional y el apoyo a la creación de capacidad en los países en desarrollo en actividades y programas relacionados con el agua y el saneamiento, incluidas las tecnologías de recolección de agua, desalinización, uso eficiente del agua, tratamiento de aguas residuales, reciclado y reutilización.	6.a.1 Monto de la asistencia oficial para el desarrollo relacionada con el agua y el saneamiento que forma parte de un plan de gasto coordinado por el gobierno
6.b Apoyar y fortalecer la participación de las comunidades locales en la mejora de la gestión del agua y el saneamiento.	6.b.1 Proporción de unidades administrativas locales con políticas y procedimientos establecidos y operativos para la participación de las comunidades locales.

Fuente: Naciones Unidas (2017). Anexo. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030. Disponible en: https://ggim.un.org/documents/A_Res_71_313_s.pdf

Combatar el cambio climático y sus efectos (ODS-13)

3.3. 1 La evidencia del cambio climático

La evidencia científica sobre el calentamiento global y el fenómeno del cambio climático se remonta a 1827, cuando el matemático francés Joseph Fourier aludió por primera vez al *efecto invernadero*, tras observar la acumulación de calor en un espacio cerrado cubierto con vidrio. Estas ideas influyeron posteriormente en el científico John Tyndall, quien en 1859 demostró que, mientras el oxígeno era transparente al calor, el dióxido de carbono (CO_2) era opaco y capaz de absorber la radiación solar, provocando así un aumento de temperatura. De este modo, Tyndall estableció que el efecto invernadero era causado, en parte, por el carbono atmosférico.

Posteriormente, en 1896, Svante Arrhenius y Arvid Högbom mostraron que un incremento en la concentración de CO_2 en la atmósfera podría elevar la temperatura media del planeta (Giddens, 2010). En la década de 1920, el científico ruso Vladimir Vernadsky señaló que el CO_2 acumulado en la atmósfera tenía origen humano, producto de la Revolución Industrial.

Sin embargo, fue en 1938 cuando Guy Stewart Callendar presentó por primera vez evidencia empírica de que el planeta se había calentado aproximadamente 0.3°C en los últimos 50 años, y atribuyó esta variación principalmente a la quema de combustibles fósiles, los cuales liberan millones de toneladas de CO_2 a la atmósfera, alterando así el clima (Ibarra Sarlat, 2019).

Este proceso culminaría en los años cincuenta, cuando observaciones de campo permitieron demostrar científicamente la acumulación progresiva de CO_2 en la atmósfera.

Ante esta creciente preocupación, en marzo de 1958, el científico estadounidense Charles David Keeling comenzó a realizar mediciones sistemáticas de CO₂ atmosférico en Mauna Loa (Hawái) y en la Antártida. En 1960, Keeling presentó la primera prueba inequívoca del aumento anual de las concentraciones de CO₂ en la atmósfera. Así se inició la ahora icónica serie de mediciones directas en la cima del volcán Mauna Loa —ubicación ideal por estar rodeada de miles de kilómetros de océano despejado, lo que permite registrar el aire no contaminado por fuentes locales—, y se dio origen a la conocida “Curva de Keeling”, que muestra el incremento sostenido de este gas año tras año (Ibarra Sarlat, 2019).

El calentamiento global, sin embargo, no es homogéneo. Es más intenso en las zonas terrestres, especialmente en las latitudes septentrionales. Ya en 1978, se obtuvo evidencia de una pérdida del 7% en la extensión de la capa ártica (Giddens, 2010). Esta disminución del hielo afecta el llamado albedo, un efecto reflectante natural producido por la nieve y el hielo, que devuelve parte de la radiación solar al espacio. Al reducirse esta capa reflectante, la superficie terrestre absorbe más calor, lo que acelera el deshielo, eleva el nivel del mar y altera las corrientes oceánicas, modificando así los patrones climáticos globales.

1.1.1 La gobernanza del cambio climático

El calentamiento global, derivado de la emisión de gases de efecto invernadero como el dióxido de carbono (CO₂) y el metano (CH₄) —intensificados por la actividad humana en las sociedades modernas, dependientes de fuentes de energía como el carbón y el petróleo— ha generado cambios abruptos en las temperaturas y en el clima promedio de diversas regiones del planeta. Esto ha transformado los ciclos climáticos naturales, provocando una creciente gama de problemáticas sociales derivadas de la intensificación de riesgos ambientales como tsunamis, ciclones y huracanes. A ello se suman fenómenos como el

aumento de las sequías, la intensificación de lluvias, las olas de calor, y en general, una mayor inestabilidad climática.

Frente a la dificultad de controlar estos eventos, el escepticismo sobre la veracidad del fenómeno y los altos costos de su gestión se han convertido en grandes obstáculos para avanzar hacia una gobernanza climática efectiva. No obstante, la evidencia científica es contundente al mostrar que a la humanidad solo le quedan tres opciones: mitigar, adaptarse o sufrir.

El calentamiento actual, por tanto, resulta inusual cuando se analiza desde la perspectiva de milenios, respaldado por múltiples líneas de evidencia indirecta (proxy) y por el registro de más de 160 años de mediciones directas de temperatura. A pesar de esta sólida base científica y del bien documentado aumento continuo de gases de efecto invernadero en la atmósfera, las sociedades han dado pocos pasos concretos para enfrentar este problema global. Como consecuencia de esta inacción, la tasa de emisiones de CO₂ continúa acelerándose.

Como afirma Thompson, citado en Mann y Wainwright (2018): “Como resultado de nuestra inacción, tenemos tres opciones: mitigación, adaptación y sufrimiento.”

1.1.2 El concepto de gobernanza

El concepto de gobernanza alude a una nueva forma de gestión de lo público, cuyos orígenes se remontan a la década de 1970, en un contexto en el que se debatía la necesidad de incorporar a la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones, como respuesta a las crisis de gobernabilidad que enfrentaban numerosos países occidentales.

Para la década de 1990, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definía la gobernanza como un conjunto de mecanismos destinados a involucrar a los ciudadanos y a la sociedad civil en la

gestión pública: “El conjunto de mecanismos, procesos, relaciones e instituciones mediante los cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones, y concilian sus diferencias” (PNUD, 1997, p. 9).

Con el paso del tiempo, el concepto evolucionó hasta asociarse con una forma de gestión más horizontal e inclusiva, que involucra no solo a actores estatales, sino también a organizaciones no gubernamentales (ONGs), corporaciones, movimientos sociales y otros representantes de la sociedad civil. Esta evolución responde, en gran medida, a la necesidad de enfrentar problemas globales —como el cambio climático— cuyas implicancias trascienden las fronteras nacionales y desbordan las capacidades de los Estados para resolverlos de manera aislada.

En ese sentido, la gobernanza ambiental se configura como un proceso complejo en el que intervienen múltiples actores con visiones diversas sobre los impactos del cambio climático. Entre ellos se encuentran ONGs ambientalistas, movimientos ciudadanos que exigen acciones puntuales en torno a diversas problemáticas ecológicas, organismos intergubernamentales, empresas y ciudadanos individuales.

La interacción —y a veces confrontación— entre estos actores determina tanto los avances como los obstáculos en la construcción de una gobernanza ambiental eficaz, lo que explica por qué este tema sigue siendo tan controvertido en la opinión pública global.

1.1.3 De la gobernanza ambiental a la gobernanza del cambio climático

El manejo y control de diversas problemáticas ambientales constituye el núcleo de lo que se denomina gobernanza ambiental. Una de las primeras cuestiones abordadas en este marco ha sido la contaminación, tanto del aire como del agua. Desde la Revolución

Industrial en Inglaterra, la presencia de humo y partículas suspendidas derivadas del uso intensivo del carbón llamó la atención por su relación con el incremento de enfermedades respiratorias (PNUMA, 2019). La posterior sustitución del carbón por combustibles fósiles permitió mejorar la calidad del aire urbano, aunque generó nuevas formas de contaminación ambiental.

En cuanto al agua y al suelo, su contaminación por productos químicos, especialmente los utilizados en la agricultura durante la llamada Revolución Verde, impulsó nuevas formas de gestión ambiental. Se avanzó en la prohibición de sustancias peligrosas como el DDT, aunque el problema no fue resuelto por completo. No obstante, se lograron importantes progresos en la purificación del agua y en el control de químicos aplicados a los suelos agrícolas (FAO, 2019).

Un caso destacado de gobernanza ambiental efectiva fue la respuesta internacional ante el agujero en la capa de ozono, ocasionado por el uso de clorofluorocarbonos (CFC). Esta problemática fue enfrentada principalmente por los países desarrollados y se logró una mitigación efectiva del daño (IPCC, 2005).

Otra problemática de gran impacto ha sido la radiación, especialmente tras el desastre nuclear de Chernóbil, que evidenció los altos riesgos de la energía nuclear. Este evento generó un fuerte desincentivo a su uso en muchas partes del mundo. Sin embargo, la gobernanza de este riesgo ha sido particularmente compleja, como lo demuestra el accidente de Fukushima en Japón en el siglo XXI (OIEA, 2011).

Por último, una de las mayores amenazas ambientales actuales que exige una gestión coordinada a escala global es el cambio climático, cuya gobernanza continúa siendo un desafío crucial.

1.1.4 Las políticas del cambio climático

Recordando la diferencia entre los conceptos ingleses “politics” y “policy”, resulta evidente que, en relación con el fenómeno del cambio climático, la política del cambio climático se refiere a uno de los problemas más controvertidos, ya que cuestiona de manera profunda la lógica del desarrollo capitalista. Esta crisis alcanza fundamentos considerados casi inamovibles, como el crecimiento económico, el consumo energético ilimitado o la visión de la naturaleza como mero recurso explotable.

Por esta razón, aún persiste una “legión” de escépticos o negacionistas del cambio climático, a pesar de la abrumadora evidencia científica disponible. Esta resistencia no es sino un reflejo del desafío que representa para una racionalidad moderna centrada en el uso intensivo, eficaz y voraz de los recursos naturales.

Frente a una problemática como la del cambio climático —que exige transformaciones profundas en los hábitos de consumo y en las imágenes dominantes del mundo—, la política climática se convierte en una reactualización del conflicto entre visiones del mundo. En este escenario, los principales emisores de gases de efecto invernadero (GEI) intentarán gestionar y gobernar el problema de manera que se protejan sus propios intereses y perspectivas, al tiempo que los países más expuestos y vulnerables al riesgo climático buscarán alternativas más justas y sostenibles. Se trata, por tanto, de un conflicto característico de lo que Ulrich Beck denominó la sociedad del riesgo (Beck, 1998).

Por otro lado, la policy del cambio climático alude a los instrumentos concretos y a la agenda internacional construida en el marco de múltiples foros, cumbres de la Tierra y conferencias de las partes (COP), con el fin de regular, controlar y gestionar esta amenaza global. Es a este conjunto de esfuerzos normativos y técnicos a lo que nos referimos como gobernanza del cambio climático.

1.1.5 El surgimiento de la agenda internacional del cambio climático

Aunque las problemáticas ambientales se hicieron visibles desde hace aproximadamente dos siglos con la Revolución Industrial, no fue sino hasta la década de 1970 —tras casi treinta años de existencia de la ONU— que se elaboró un plan global para abordar estos desafíos. Esto ocurrió en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, celebrada en Estocolmo en 1972, donde se reconoció por primera vez el derecho de las personas a vivir en un ambiente sano, y se planteó la necesidad de desarrollar legislaciones ambientales y establecer ministerios del medio ambiente en los Estados miembros.

De esta conferencia surgió el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), como el primer esfuerzo coordinado de gobernanza ambiental global.

Una década después, se creó la Comisión Brundtland, la cual presentó el influyente informe *Nuestro Futuro Común*, en el que se introdujo el concepto de desarrollo sostenible y se planteó la necesidad de garantizar la equidad intergeneracional. Este informe constituyó un llamado a asumir la responsabilidad colectiva de preservar el aire limpio y el entorno vital para las generaciones futuras.

Un avance significativo en la gobernanza ambiental se produjo con la Cumbre de la Tierra, celebrada en Río de Janeiro en 1992, donde se firmó el Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC).

Este acuerdo se basó en el principio de “responsabilidades comunes pero diferenciadas”, reconociendo que, si bien todos los países comparten la responsabilidad del cambio climático, los países desarrollados tienen mayores obligaciones debido a su mayor contribución histórica al problema. En ese contexto se comenzó a discutir la necesidad de un tratado vinculante, lo que condujo a la adopción del Protocolo de Kyoto,

que entró en vigor en 2005 con el objetivo de reducir las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI). Este instrumento, suscrito por más de 37 países, tuvo vigencia hasta 2012 (NU, 1998).

Debido a los limitados resultados alcanzados con el Protocolo de Kyoto, en 2015 se suscribió el Acuerdo de París, considerado el intento más ambicioso hasta la fecha para dotar de herramientas eficaces a la gobernanza climática global (UN, 2015). A continuación, se presenta una comparación entre el Protocolo de Kyoto y el Acuerdo de París, con el fin de comprender mejor sus alcances y diferencias fundamentales.

Cuadro 2. Protocolo de Kioto y Acuerdo de París

Protocolo de Kioto	Acuerdo de París
Artículo 2 - Con el fin de promover el desarrollo sostenible, cada una de las Partes incluidas en el anexo I aplicará: - Fomento de la eficiencia energética en los sectores pertinentes de la economía nacional. - Protección y mejora de los sumideros y depósitos de los gases de efecto invernadero ...en virtud de los acuerdos internacionales sobre el medio ambiente; promoción de prácticas sostenibles de gestión forestal, la forestación y la reforestación. - Promoción de modalidades agrícolas sostenibles a la luz de las consideraciones del cambio climático. - Investigación, promoción, desarrollo y aumento del uso de formas nuevas y renovables de energía, de tecnologías de secuestro del dióxido de carbono y de tecnologías avanzadas y novedosas que sean ecológicamente racionales. - Medidas para limitar y/o reducir las emisiones de los gases de efecto invernadero. - Limitación y/o reducción de las emisiones de metano. - Cooperará con otras Partes del anexo I para fomentar la eficacia individual y global de las políticas y medidas. - Las Partes incluidas en el anexo I procurarán limitar o reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.	Artículo 2 - El presente Acuerdo, tiene por objeto reforzar la respuesta mundial a la amenaza del cambio climático, en el contexto del desarrollo sostenible y de los esfuerzos por erradicar la pobreza, y para ello: - Mantener el aumento de la temperatura media mundial muy por debajo de 2 °C. - Aumentar la capacidad de adaptación a los efectos adversos del cambio climático y promover la resiliencia al clima y un desarrollo con bajas emisiones de gases de efecto invernadero, de un modo que no comprometa la producción de alimentos. - Elevar las corrientes financieras a un nivel compatible con una trayectoria que conduzca a un desarrollo resiliente al clima y con bajas emisiones de gases de efecto invernadero. - El presente Acuerdo se aplicará de modo que refleje la equidad y el principio de las responsabilidades comunes pero diferenciadas y las capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales.

Artículo 3 1. Con miras a reducir el total de sus emisiones de esos gases (anexo A) a un nivel inferior en no menos de 5% al de 1990 en el período de compromiso comprendido entre el año 2008 y el 2012. Artículo 6 1. A los efectos de cumplir los compromisos contraídos en virtud del artículo 3, toda Parte incluida en el anexo I podrá transferir a cualquiera otra de esas Partes, o adquirir de ella, las unidades de reducción de emisiones resultantes de proyectos encaminados a reducir las emisiones antropógenos por las fuentes o incrementar la absorción antropógeno por los sumideros de los gases de efecto invernadero en cualquier sector de la economía.	Artículo 3 Todas las Partes deberán realizar y comunicar los esfuerzos ambiciosos que se definen en los artículos 4, 7, 9, 10, 11 y 13. Los esfuerzos de todas las Partes representarán una progresión a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta la necesidad de apoyar a las Partes que son países en desarrollo para lograr la aplicación efectiva del presente Acuerdo. Artículo 6 1. Las Partes reconocen que algunas Partes podrán optar por cooperar voluntariamente en la aplicación de sus contribuciones determinadas a nivel nacional para lograr una mayor ambición en sus medidas de mitigación y adaptación y promover el desarrollo sostenible y la integridad ambiental. (...) en el contexto del desarrollo sostenible y de la erradicación de la pobreza y de manera coordinada y eficaz, entre otras cosas mediante la mitigación, la adaptación, la financiación, la transferencia de tecnología y el fomento de la capacidad, según proceda. Estos enfoques tendrán por objeto: a) Promover la ambición relativa a la mitigación y la adaptación. b) Aumentar la participación pública y privada en la aplicación de las contribuciones determinadas a nivel nacional.
---	---

Artículo 7 1. Cada una de las Partes incorporará en su inventario anual de las emisiones antropógenas por las fuentes y de la absorción por los sumideros de los gases de efecto invernadero... la información suplementaria necesaria a los efectos de asegurar el cumplimiento del artículo 3... Cada una de esas Partes presentará la información solicitada en el párrafo 2 supra como parte de la primera comunicación nacional que deba presentar de conformidad con la Convención. La Conferencia de las Partes adoptará en su primer período de sesiones y revisará periódicamente en lo sucesivo directrices para la preparación de la información solicitada en el presente artículo, teniendo en cuenta las directrices para la preparación de las comunicaciones nacionales.	Artículo 7 1. Por el presente, las Partes establecen el objetivo mundial relativo a la adaptación, que consiste en aumentar la capacidad de adaptación, fortalecer la resiliencia y reducir la vulnerabilidad al cambio climático con miras a contribuir al desarrollo sostenible y lograr una respuesta de adaptación adecuada en el contexto del objetivo referente a la temperatura que se menciona en el artículo.
Artículo 8 1. La información presentada en virtud del artículo 7 por cada una de las Partes será examinada por equipos de expertos. Los equipos de expertos elaborarán un informe a la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Protocolo, en el que evaluarán el cumplimiento de los compromisos de la Parte.	Artículo 8 1. Las Partes reconocen la importancia de evitar, reducir al mínimo y afrontar las pérdidas y los daños relacionados con los efectos adversos del cambio climático, incluidos los fenómenos meteorológicos extremos y los fenómenos de evolución lenta, y la contribución del desarrollo sostenible a la reducción del riesgo de pérdidas y daños. Las medidas y el apoyo podrán incluir: a) Los sistemas de alerta temprana. b) La preparación para situaciones de emergencia. c) Los fenómenos de evolución lenta.

	d) Los fenómenos que puedan producir pérdidas y daños permanentes e irreversibles. e) La evaluación y gestión integral del riesgo. f) Los servicios de seguros de riesgos, la mancomunación del riesgo climático y otras soluciones en el ámbito de los seguros. g) Las pérdidas no económicas. h) La resiliencia de las comunidades, los medios de vida y los ecosistemas.
Artículo 9 1. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Protocolo examinará periódicamente el presente Protocolo a la luz de las informaciones y estudios científicos más exactos de que se disponga sobre el cambio climático y sus repercusiones y de la información técnica, social y económica pertinente.	Artículo 9 1. Las Partes que son países desarrollados deberán proporcionar recursos financieros a las Partes que son países en desarrollo para prestarles asistencia tanto en la mitigación como en la adaptación, y seguir cumpliendo así sus obligaciones en virtud de la Convención. En el marco de un esfuerzo mundial, las Partes que son países desarrollados deberían seguir encabezando los esfuerzos dirigidos a movilizar financiación para el clima a partir de una gran variedad de fuentes, instrumentos y cauces.

Artículo 10

Todas las Partes, en cumplimiento de estos compromisos con miras a lograr el desarrollo sostenible... Formularán, donde corresponda y en la medida de lo posible, unos programas nacionales y, en su caso, regionales para mejorar la calidad de los factores de emisión, datos de actividad y/o modelos locales que sean eficaces en relación con el costo y que reflejen las condiciones socioeconómicas de cada Parte para la realización y la actualización periódica de los inventarios nacionales de las emisiones antropógenas por las fuentes y la absorción por los sumideros de todos los gases de efecto invernadero.

Artículo 11

- a. Los países Parte, proporcionarán recursos financieros nuevos y adicionales para cubrir la totalidad de los gastos convenidos en que incurran las Partes que son países en desarrollo.
- b. Facilitarán también los recursos financieros, entre ellos recursos para la transferencia de tecnología, que necesiten las Partes que son países en desarrollo para sufragar la totalidad de los gastos adicionales convenidos que entrañe el llevar adelante el cumplimiento de los compromisos.

Artículo 10

1. Las Partes comparten una visión a largo plazo que reconoce la importancia de hacer plenamente efectivos el desarrollo y la transferencia de tecnología para mejorar la resiliencia al cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. Deberán fortalecer su cooperación en el desarrollo y la transferencia de tecnología... Para dar una respuesta eficaz y a largo plazo al cambio climático y promover el crecimiento económico y el desarrollo sostenible es indispensable posibilitar, alentar y acelerar la innovación.

Artículo 11

El fomento de la capacidad en el marco del presente Acuerdo debería mejorar la capacidad y las competencias de las Partes que son países en desarrollo, en particular de los que tienen menos capacidad, como los países menos adelantados, y los que son particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático, como los pequeños Estados insulares en desarrollo, para llevar a cabo una acción eficaz frente al cambio climático, entre otras cosas, para aplicar medidas de adaptación y mitigación, y debería facilitar el desarrollo, la difusión y el despliegue de tecnología, el acceso a financiación para el clima, los aspectos pertinentes de la educación, formación y sensibilización del público y la comunicación de información de forma transparente, oportuna y exacta.

Artículo 12 1. Por el presente se define un mecanismo para un desarrollo limpio. 2. El propósito del mecanismo para un desarrollo limpio es ayudar a las Partes no incluidas en el anexo 1 a lograr un desarrollo sostenible y contribuir al objetivo último de la Convención, así como ayudar a las Partes incluidas en el anexo I a dar cumplimiento a sus compromisos cuantificados de limitación y reducción de las emisiones contraídos en virtud del artículo 3.	Artículo 12 Las Partes deberán cooperar en la adopción de las medidas que correspondan para mejorar la educación, la formación, la sensibilización y participación del público y el acceso público a la información sobre el cambio climático, teniendo presente la importancia de estas medidas para mejorar la acción en el marco del presente Acuerdo.
---	--

Un instrumento muy importante para la gestión del riesgo respecto a la amenaza del cambio climático, derivado del Acuerdo de París, es el de las Contribuciones Determinadas a Nivel Nacional (NDC) que cada país debe realizar anualmente y presentar cada cinco años para evaluar el avance en el cumplimiento de los objetivos del Acuerdo.

1.1.6 La mitigación y la adaptación

Las dos grandes categorías que aglutinan las áreas de acción para la gestión del cambio climático son la mitigación y la adaptación. Respecto a la primera, apunta de manera proactiva y directa a controlar la causa directa del aumento de las emisiones de GEI, buscando resultados en la disminución de dichas emisiones, lo que solo se puede hacer con una sustitución paulatina de fuentes de energía fósil por otras alternativas como la solar, la eólica, etc.

El Protocolo de Kyoto representó un régimen internacional centrado principalmente en instrumentos de mitigación. Sin embargo, sus resultados fueron limitados debido a la complejidad de lograr una transición energética estructural en las diversas regiones del mundo que

permitiera revertir significativamente las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI).

Este fracaso puede explicarse por factores de economía política y geopolítica, entre los cuales destaca la abundancia y dependencia de los combustibles fósiles en sectores clave como el transporte, cuya sustitución por tecnologías más limpias, como el transporte eléctrico, ha sido lenta y costosa.

Además, muchos procesos industriales continúan dependiendo en gran medida del uso de combustibles fósiles, e incluso del carbón. A esto se suma la persistencia de un estilo de vida altamente consumidor, impulsado por el individualismo moderno, donde la demanda por productos intensivos en derivados del petróleo —como plásticos y otros materiales sintéticos— sigue siendo elevada.

Frente a estas dificultades, han surgido mecanismos de incentivo económico que podrían resultar más eficaces para reducir emisiones, tales como:

Impuestos al carbono, basados en el principio de “quien contamina paga”. Racionamiento de carbono, para fomentar la eficiencia energética y la innovación tecnológica. Mercados de créditos de carbono, que permiten a las empresas que logran mayores reducciones vender sus excedentes a otras, creando así un incentivo financiero para la descarbonización (Giddens, 2010).

Respecto al concepto de adaptación, las acciones tienen más aún controversia dado que el mismo concepto, proveniente de la biología, constituye una metáfora que induce a cierta actitud resignada porque lleva a pensar en términos evolutivos cómo las especies cambian para adaptarse funcionalmente a otros contextos, en una especie de vuelta al estado de naturaleza, lo que legitima la idea de la selección natural, haciendo recordar el darwinismo social del siglo XIX que sirvió para legitimar el liberalismo de libre mercado (Main y Wainwright, 2018).

En ese sentido, afirman algunos, el concepto adaptación duplica la condición de víctima a los afectados por los desastres naturales:

[...] la adaptación acusa otra gran deficiencia: invoca una ética darwinista social que descarga en el individuo la responsabilidad primaria de adaptarse, bajo el riesgo de no mostrarse apto ante un entorno que se transforma y autocondenarse a la aniquilación. Las poblaciones que se encuentran en situación de vulnerabilidad, entonces, se convierten en víctimas dos veces: del orden social que las excluye y del cambio climático, del que, por regla general, no son las causantes principales, pero al que están obligadas a adaptarse, si acaso, con auxilio del resto de la sociedad (Peña y García, 2019)

A raíz de este debate, el término adaptación adquirió en el Acuerdo de París un sentido más social, entendiéndose como un proceso de ajuste o corrección. Esta redefinición busca evidenciar que el cambio climático es un fenómeno antropogénico, pero no toda la humanidad ha contribuido de igual forma a su origen. Los países del Norte Global son los mayores emisores de gases de efecto invernadero (GEI), mientras que los países en desarrollo suelen estar más expuestos geográficamente a riesgos climáticos como tsunamis, huracanes y sequías, y además enfrentan mayores limitaciones materiales para hacer frente a estos eventos y adaptarse a ellos.

En este contexto, la adaptación no debe concebirse únicamente como una respuesta reactiva a los efectos del cambio climático, sino también como una estrategia anticipatoria y proactiva. Para ello, el Acuerdo de París y las sucesivas Conferencias de las Partes (COP) han promovido instrumentos clave de gestión, tales como la vinculación del conocimiento científico para el diagnóstico de vulnerabilidades y la planificación de soluciones; la creación de fondos de apoyo para atender a poblaciones damnificadas; el diseño de seguros climáticos y mecanismos de resiliencia comunitaria; y el fortalecimiento de redes de apoyo y el rescate del conocimiento ancestral, útil para enfrentar fenómenos como la sequía, la escasez de alimentos o la falta de acceso al agua.

En suma, la adaptación implica tanto medidas estructurales como culturales, y exige una perspectiva de justicia climática, en la que se reconozcan las desigualdades históricas en la contribución al cambio climático y la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta de las poblaciones más vulnerables.

3.3.7 El problema social de la vulnerabilidad (o población vulnerada)

Aunque gran parte de los conceptos técnicos vinculados a la gestión del riesgo y la gobernanza provienen de las ciencias naturales y administrativas, las ciencias sociales han hecho aportes significativos, especialmente por la centralidad de problemáticas como la desigualdad y el riesgo en sus agendas teóricas.

Uno de estos aportes es el concepto de vulnerabilidad, ampliamente utilizado en la gestión del riesgo como contracara del concepto de amenaza. Según esta perspectiva, el riesgo puede expresarse con la fórmula: $\text{Riesgo} = \text{Amenaza} + \text{Vulnerabilidad}$ ($R = A + V$).

Esto significa que una amenaza, como los desastres derivados del cambio climático, constituye un riesgo en la medida en que existen condiciones de vulnerabilidad que hacen posible su impacto.

Estas condiciones de vulnerabilidad se dividen generalmente en dos categorías:

1. **Vulnerabilidad física o exposición**, que se refiere a la ubicación geográfica y las características físicas que aumentan la susceptibilidad al daño.
2. **Vulnerabilidad social o estructural**, estrechamente relacionada con la desigualdad y la falta de acceso a recursos esenciales.

En el caso de América Latina, por ejemplo, la exposición física al cambio climático es considerable, debido a su ubicación en la zona tropical, donde la interacción de vientos oceánicos puede intensificar fenómenos como tormentas, tsunamis, sequías o lluvias torrenciales. Pero, además, estos países presentan altos niveles de desigualdad, resultado de la débil consolidación de Estados sociales de derecho, lo cual impide una redistribución equitativa del ingreso y una cobertura suficiente de servicios públicos básicos.

La desigualdad, como problema estructural, limita el acceso a la educación, al conocimiento científico y a los recursos necesarios para enfrentar fenómenos complejos como el cambio climático. En contextos desiguales, el riesgo de caer en la pobreza es mayor, y una vez en situación de pobreza, la capacidad de enfrentar amenazas ambientales se reduce drásticamente. Esto explica por qué muchos países latinoamericanos presentan altos niveles de vulnerabilidad frente a episodios de riesgo ambiental y a los desastres generados por el cambio climático (Chávarro, 2024).

1.1.7 El impacto del cambio climático en la salud

Para finalizar, la gobernanza del cambio climático implica necesariamente la gestión de sus efectos sobre la salud, lo cual, como se ha expuesto anteriormente, se vuelve en especial complejo cuando confluyen vulnerabilidad física y vulnerabilidad social, esta última expresada en altos índices de desigualdad.

El aumento sostenido de las temperaturas afecta directamente a los ecosistemas y facilita la migración de insectos vectores de enfermedades tropicales, como el dengue, la malaria, entre otras. A medida que se intensifica el calentamiento global, estos insectos tienden a expandirse hacia zonas más elevadas o templadas, ampliando el radio de prevalencia de las denominadas Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

No obstante, los impactos del cambio climático sobre la salud no son solo directos, sino también indirectos. Por ejemplo, el aumento de fenómenos climáticos extremos puede ocasionar la pérdida de cosechas, afectando la seguridad alimentaria y elevando el número de personas que padecen hambre. Asimismo, las oleadas de calor intensas y prolongadas pueden disminuir la disponibilidad de agua potable, lo que incrementa el consumo de agua contaminada y, con ello, el riesgo de contraer enfermedades infecciosas.

A esto se suma la intensificación de desastres naturales — inundaciones, tsunamis, incendios forestales y otros eventos extremos—, que dejan a su paso poblaciones desplazadas, heridos y fallecidos, agravando aún más las condiciones de vida, especialmente en regiones con escasa infraestructura de salud y bajos niveles de resiliencia social (Godrej, 2002, p. 53).

En consecuencia, los desastres vinculados al cambio climático profundizan la precariedad material de muchos habitantes del Sur Global, disminuyendo sus capacidades para afrontar los riesgos y aumentando la probabilidad de enfermarse o padecer hambre, lo que pone en evidencia el impacto de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Así, el intento de regular las causas que están detrás del fenómeno del cambio climático —así como sus efectos— constituye una estrategia normativa internacional loable, pero que exige cambios profundos de perspectiva y una actitud de reflexividad constante, debido a la complejidad y dinamismo de esta amenaza global.



Referencias

1. Battersby, Stephen (2023). The principles and philosophy of environmental health. In: Clay's Handbook of Environmental Health. New York, Routledge.
2. Beck, Ulrich (1998). La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós.
3. Bergeron, Louis. La revolución industrial inglesa. En: LEON, Pierre. (Dir.) Historia económica y social del mundo. Madrid, Encuentro, 1978. Pp. 325-353.
4. Carneiro, Robert L. (1985). Reflexiones sobre el origen del Estado. Revista Ágora: Papeles de Filosofía. Vol. 5 (1985). p. 5-20.
5. Chávarro, Luis Alfonso (2024). La globalización de la desigualdad y la construcción estructural de la vulnerabilidad a los riesgos del siglo XXI. Vínculos, Año 5 No 9 marzo-agosto 2024, pp. 51-76.
6. Clark, B., & Bellamy Foster, J. (2012). Imperialismo ecológico y la fractura metabólica global. Intercambio desigual y el comercio de guano/nitratos. Theomai, (26), .[fecha de Consulta 19 de Septiembre de 2024]. ISSN: 1666-2830. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12426097005>
7. Diamond, Jared (2020). Armas, gérmenes y acero. Madrid, De Bolsillo.
8. Dickens, Charles (1985). Tiempos difíciles. Bogotá, Oveja Negra.

9. FAO (2019). La contaminación del suelo: una realidad oculta. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/7d70ca8d-7503-4839-8d6b-8250e9add8ac/content>
10. Giddens, Anthony (2010). La política del cambio climático. Madrid, Alianza.
11. Godrej, D. (2002). Cambio climático. Barcelona: Intermon Oxfam.
12. Gordon Childe, Vera (1985). Qué sucedió en la historia. Madrid, Planeta.
13. Hobsbawm, Eric (1982). Industria e imperio. Barcelona, Ariel.
14. Ibarra Sarlat, Rosalía (2019). De la Convención Marco de las Naciones Unidas al Acuerdo de París: una larga trayectoria científica, política y económica. En: Cambio climático y gobernanza. Una visión transdisciplinaria. México, UNAM.
15. IPCC (2005). Informe especial IPCC/GETE sobre la protección de la capa de ozono y el sistema climático mundial: cuestiones relativas a los hidrofluorocarbonos y a los perfluorocarbonos. Disponible en: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/03/sroc_spmts_sp.pdf
16. Link, B., J. Phelan (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. Journal of Health and Social Behavior, 1995, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future (1995), pp. 80-94
17. Malthus, Robert. (1993). Primer ensayo sobre la población. Barcelona, Altaya.
18. Mann, Charles C. (2022). 1491. Una historia de las Américas antes de Colón. Madrid, Capitán Swing.
19. Mann, Geoff; Wainwright, Joel (2018). Leviatán climático. Una teoría de nuestro futuro planetario. Madrid, Biblioteca Nueva.
20. Marmot, et al (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. The Lancet. Volume 337, Issue 8754, 8 June 1991, Pages 1387-1393.
21. McNeill, William (2016). Plagas y pueblos. Buenos Aires, siglo XXI.
22. NU (1998). Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Disponible en: <https://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf>
23. NU (2015). Acuerdo de París. Disponible en: https://unfccc.int/sites/default/files/spanish_paris_agreement.pdf
24. OIEA (2011). Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: normas básicas internacionales de seguridad. Disponible en: https://www.ub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/SupplementaryMaterials/SupM_Pub1531_Spanish.pdf
25. OPS/OMS (1993). Nuestro planeta, nuestra salud. Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS. Washington, DC: OPS/OMS; 1993. (Publicación científica 544). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/37930>

26. Ordóñez, Gonzalo (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 7(3), 2000. Pp. 137-147.
27. Peña García, Alejandra; García Maldonado, Edgar (2019). Revisión teórica del concepto de adaptación al cambio climático. En: Ibarra Sarlat, Rosalía (Comp.). *Cambio climático y gobernanza. Una visión transdisciplinaria*. México, UNAM.
28. PNUMA (2019). Plan de ejecución “Hacia un planeta sin contaminación”. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/k18/041/93/pdf/k1804193.pdf>
29. Wilkinson, Richard, & Pickett, Kate (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner.
30. Wittfogel, K.A. 2002. Despotismo oriental. Estudio comparativo del poder totalitario. *Revista derecho del Estado*. 12 (jun. 2002), 113–168.
31. Wrigley, Edward (1985). *Historia y población*. Barcelona, Crítica.

CAPÍTULO 5

SALUD MENTAL: FACTOR DE DESARROLLO, SUSTENTO DE BIENESTAR Y FUENTE DE REALIZACIONES

Renato D. Alarcón

SALUD MENTAL: FACTOR DE DESARROLLO, SUSTENTO DE BIENESTAR Y FUENTE DE REALIZACIONES

Renato D. Alarcón

Académico Emérito ANM

INTRODUCCIÓN

Hacia la culminación de los primeros 25 años del Siglo XXI, el significado y la relevancia de la Salud Mental en el contexto integral de la Salud, continúan siendo temas persistentes de debates, paradojas, acuerdos y contradicciones. Claramente señalada como componente irrenunciable de un concepto plenamente vigente de Salud, las discrepancias en torno a definición, magnitud y alcances de la Salud Mental cuestionan y debilitan este enunciado básico, a veces de manera dramática. No se trata únicamente de la ausencia de diagnósticos o condiciones de naturaleza clínica: Salud y Salud Mental entrañan una esencia ideal de desarrollo humano, bienestar armónico (individual y colectivo), promesa y sustento de realizaciones presentes y futuras (Ventriglio et al., 2022; Patel et al., 2023).

La Salud Mental confiere solidez e integridad a la experiencia vital, permite concientizar nuestra condición supremamente humana con el manejo claro de normas, principios y valores en campos sumamente diversos (nutrición, ejercicios, coparticipación social y comunitaria, solidaridad y ética, ideas y prácticas políticas coherentes, etc.). Su historia es el trasfondo pleno del diario quehacer humano, se da en escenarios edificadas por creencias, tradiciones, convicciones y propósitos para llegar a desenlaces de inferioridad o desigualdad, superioridad o trascendencia (Farmer, 2005; Saxena et al., 2007). Salud Mental entraña estabilidad

emocional, condición que tiene en la felicidad genuina, su expresión más sublime (Kleinman, 2008; Pérez-Rincón, 2011).

El presente capítulo examinará la naturaleza evolutiva de la Salud Mental en las diferentes etapas del ciclo vital, sus trayectos y objetivos, sus manifestaciones más características, sus fortalezas y debilidades. Se ocupará también con la exploración de rutas, posibilidades y escenarios factuales cuya vigencia puede contribuir decisivamente a evoluciones deseables o indeseables. Los actores humanos en su proceso de forja, los determinantes sociales y los factores de sostenibilidad y permanencia de la salud mental serán también materia constante de indagación y estudio a lo largo del texto. Aspectos singulares de este proceso, tales como la elaboración de vínculos solidarios afianzados en realidades colectivas de mentalidad e identidad, conducirán a su discusión en el contexto peruano, latinoamericano y universal y a la precisión de problemas y propuesta de eventuales soluciones.

SALUD MENTAL: DEFINICIÓN Y ENFOQUE HISTÓRICO

Salud Mental, como entidad ontológica, tiene una historia relativamente corta, en oposición a su asunción secular como componente “sobrentendido” de la salud general, esta última concebida fundamentalmente en su naturaleza corporal y física. Tener “buena salud”, estar “sano”, recluía a lo mental/emocional a un *estatus* obviamente secundario a aquel bienestar físico; tal concepción persistió prácticamente sin objeciones a lo largo de centurias y a despecho de clásicas admoniciones (aristotélicas o hipocráticas) de épocas pretéritas.

A iniciales fundamentos hermenéuticos, en forma de postulados hipocráticos, cuestionamientos paracelsianos o aportes racionales de Galeno o Griesinger, y al humanismo renacentista que condujo a la apertura de los primeros establecimientos para el cuidado de enfermos mentales sucedieron, sin embargo, la intolerancia obscurantista del *Malleus Maleficarum* y del Tribunal del Santo Oficio, con el subsecuente

hacinamiento y promiscuidad de los “asilos de lunáticos” o “loquerías”, símbolos de estigmatización, desamparo y auto-negación.

En los siglos XVI y XVII, la psiquiatría fue solo la “hermana menor”, apendicular y minimizada, de una neurología precoz, pujante, avezada y audaz.

Los primeros esbozos de priorización de la salud como requerimiento humano sustancial vieron la luz hacia mediados del Siglo XVII; una buena parte del XVIII fue escenario inicial de campañas colectivas, debilitadas, sin embargo, por conflictos político-militares, primariamente en Europa. El Siglo XIX testimonió las etapas iniciales en la constitución de organismos internacionales encargados de conceptualizaciones de vigencia universal: ello, no obstante, la salud mental continuó siendo esencialmente una suerte de declaración retórica, complemento obligado pero secundario de una formulación considerada “integral”. La Organización Mundial de la Salud fue fundada oficialmente en 1948, pero su División de Salud Mental no se constituyó hasta dos o tres años después tras precisarse el uso de este nombre y no el de Higiene Mental (Bertolote, 2008). Y, a lo largo del mundo, la llamada Salud Integral, que concede a la Salud Mental un significado explícito en su definición y vigencia, ha sido tema de discusión y práctica introducido solamente en las últimas décadas.

Aun cuando Psiquiatría y Salud Mental no son sinónimos sino mas bien conceptos complementarios que se extienden desde espacios clínicos, laboratorios de investigación, hospitales y servicios hasta oficinas administrativas y escenarios sociopolíticos, su historia se entremezcla y confunde a través de los siglos cruzando etapas de naturaleza etérea, animista, religiosa o teodemonológica hacia enfoques fenomenológicos, existenciales o neurobiológico/cientificistas.

La primera “revolución psiquiátrica” de la historia fue expresión elocuente de gloriosos principios de la Revolución Francesa de fines del Siglo XVIII, que hicieron posible la liberación de los pacientes mentales encadenados en las mazmorras de la Bicêtre. La “segunda revolución”, la

de Sigmund Freud y el psicoanálisis, iniciada en el pasaje del Siglo XIX al XX, trascendió el mero encasillamiento corporal o biológico, reforzó la relación interhumana y el valor de una nascente psicoterapia con la definida posibilidad de un manejo ambulatorio de la dolencia mental. Lamentablemente, el carácter dogmático de los postulados freudianos, su intolerancia y su natural rechazo a demostraciones científicas de validez y aplicabilidad universal, contribuyó en parte a disidencias que coincidieron con los primeros esbozos de la fenomenología descriptiva y de investigaciones genético-psiquiátricas, en Europa y Estados Unidos. Así, la “tercera revolución psiquiátrica” fue la psicofarmacológica hacia mitad del Siglo XX, prontamente seguida por una “cuarta revolución”, la socio-comunitaria, vigorosamente reforzada luego en la primera década del Siglo XXI (Espanda et al., 2020).

Salud Mental, en tanto que concepto con mayores implicaciones sociales y públicas que la básicamente clínica disciplina psiquiátrica, genera demandas de mejores servicios y facilidades, mayores asignaciones presupuestales, más personal debidamente adiestrado, etc., exigencias y reclamos de entidades a instituciones nacionales e internacionales de salud, totalmente justificados, por cierto.

Más allá y por encima de todo ello, sin embargo, Salud Mental es, como ya se ha dicho, elemento sustantivo del concepto de Salud, el factor que da sentido a la condición vital de todo ser humano, entrañando conciencia de bienestar, estabilidad emocional, vivencia de valores y principios, objetivos de trascendencia y servicio. Otorga consistencia a una cotidianidad edificante, autenticidad a acciones protagónicas y veracidad a pronunciamientos en los diversos terrenos de transacción interpersonal e intergrupal (Saxena y Kline, 2021; WHO, 2022).

Insistimos: la Salud Mental es quehacer individual y social o colectivo que refuerza y consolida los beneficios y ventajas de la salud física y permite logros y alcances enaltecidos a individuos y comunidades.

Componentes

¿De qué elementos o esferas consta la Salud Mental?. Disciplinas como psicología, psiquiatría y una variedad de ciencias sociales han contribuido a responder esta interrogante con investigaciones valiosas (Bhui y Bhugra, 2001; Thornicroft y Tansella, 2013; Patel et al., 2023). La estructura de la Salud Mental puede resumirse en atributos pertenecientes a tres esferas más o menos definidas, aun cuando la complejidad del tema justifica que esta descripción deba ser considerada solamente parcial. La primera esfera es la *cognitiva o intelectual*, más cercanamente vinculada a la base “orgánica”, constituida por el cerebro y el Sistema Nervioso Central y sus diversos componentes anatómo-fisiológicos, y expresada a través de atributos como memoria, percepción, lógica, raciocinio, capacidad de análisis y síntesis, etc. (Insel y Quirion, 2005; Arbuckle et al., 2017).

El segundo componente es el denominado *afectivo*. La salud mental se manifiesta a través de una serie de fenómenos o procesos que entrañan enorme variedad de afectos, emociones, sentimientos y vivencias de honda naturaleza subjetiva, individualizada, personalizada: de ansiedad a placer, de temor a goce, expresiones afectivas de múltiples “estados de ánimo”, cualidades y capacidades reactivas, “maneras de ser” que, en muchísimos casos, caracterizan o individualizan a una persona (De León, 2019), aun cuando este último rasgo es también expresión concreta de la tercera esfera de la Salud Mental: la *conductual*. Caracterizada por conductas (valga la redundancia), acciones, reacciones e interacciones, pronunciamientos expresivos de pensamientos y sentimientos, la esfera conductual concreta hacia el mundo exterior la fenomenología mas bien subjetiva de cognición y afectividad (Navarro, 2019).

ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL

Es enteramente posible que la salud mental empiece a desenvolverse desde el momento mismo de la gestación del nuevo ser humano: se ha afirmado que el estado anímico, el nivel de apertura y entrega mutua de los progenitores, las visiones compartidas de futuro, expectativas y esperanzas son ingredientes fundamentales del rasero emocional que portará el recién nacido (Shonkoff & Phillips, 2000).

La manera como los padres (particularmente la madre) comparten, afrontan, abordan y conducen el proceso de *Embarazo*, apunta sin duda al desarrollo integral del infante. Desde sus primeros años, el ambiente en el que la *Infancia* se manifiesta y crece, juega un rol decisivo en su desarrollo emocional con los primeros esbozos de disciplina, aceptación, tolerancia, comunicación, moderación y consistencia, tanto o más importantes que el basamento biogenético y el desenvolvimiento fisiológico del cuerpo en esa etapa. Sobrevienen enseguida la *Niñez* propiamente tal, las experiencias iniciales de sociabilidad, la percepción del yo, del “nosotros”, de “ellos” o “los otros”, diferencias afianzadas positiva o negativamente por los primeros decálogos sociales de transacciones e intercambios. Los valores imbuidos durante la infancia van adquiriendo grados diversos de solidez o firmeza, con las primeras interacciones escolares y comprobaciones diferentes de aprendizaje familiar, religioso y/o comunitario (Viguer, 2011; Seoane, 2019).

La *Adolescencia* es –lo sabemos-- un periodo decisivo en el desarrollo humano. A las primeras oportunidades de un ejercicio más o menos intenso de lo que da en llamarse independencia individual, se unen comparaciones, desafíos, cuestionamientos y comprobaciones cuyo manejo pone a prueba los contingentes cognitivos, afectivos y conductuales adquiridos en etapas precedentes. El advenimiento de intereses e inquietudes de orden sexual, en busca –y en necesidad-- de definiciones y/o reafirmaciones, es componente sustancial de este periodo. Factores como auto-imagen y auto-estima, escenario y sustento de una vida social crecientemente compleja (Baltes

& Smith, 2003), adquieren rasgos crucialmente importantes para lo que ya empieza a considerarse sello característico de adolescencia y post-adolescencia: la personalidad (Alarcón y Foulks, 1998; Cloninger, 1999).

La vida adulta (*Adulthood*) constituye, sin duda, el periodo de realidades y realizaciones más intensas y profundas, la etapa que pone a prueba los elementos formativos de infancia, niñez y adolescencia para plasmarse en logros concretos, en definiciones de “ser y hacer”, de identidad y personalidad, de búsqueda –y encuentro-- de destinos individuales, interpersonales, grupales y sociales. Adulthood, la fase más larga del ciclo vital, pone a prueba el vigor, la fortaleza y los alcances de la salud mental forjada en las etapas precedentes. A su vez, esta fase abarca tres niveles: joven, plena y madura, cada una poseedora de características y disposiciones más o menos típicas.

La *adulthood joven*, generalmente considerada entre los 18 y los 25 a 30 años, es un periodo de confirmación de características personales, perspectivas ocupacionales y planteamientos futuros. Una salud mental positiva en el adulto joven requiere, idealmente, reafirmación de afectos y lazos familiares, una naciente firmeza vocacional, delineación de rasgos positivos y negativos apropiadamente diferenciados en una tabla personal de valores, estabilidad, prevención y evitamiento de excesos. Fuentes nutricias de esta etapa son, aparte de las usuales, i.e., familia, religión, educación, etc., las provenientes de la sociedad y la comunidad, los legados de la tradición, la historia, los encuentros y desencuentros de generaciones precedentes, el escenario internacional, etc. (Erikson, 1977; Nurcombe & Gallagher, 1986).

Para muchos, la *adulthood plena*, extendida entre los 30 y los 65 años, constituye la prolongada etapa en la que una salud integral, debidamente preservada, producirá los resultados más significativos de la vida de individuos y comunidades. A través del ejercicio sistemático de valores y principios ahora convertidos en determinación, convicciones y acciones, en proyectos de mediano y largo plazo con voluntad honesta de correcciones

y/o rectificaciones consideradas necesarias, en conducción de una familia ejemplar y participación en la trayectoria edificante de una sociedad, la adultez plena concede también oportunidades genuinas de redención y progreso, de aprendizaje continuo y provisión de ejemplos duraderos. Es también una etapa de confrontaciones, de luchas y conflictos que pondrán a prueba múltiples recursos psicológicos, anímicos, intelectuales, teleológicos y físicos del bagaje humano (Eisenberg, 1995) para la protección y prevención de la salud integral.

Y se llega así a la *adultez madura*, periodo relativamente corto --entre los 65 y los 75-80 años-- que, desde la perspectiva de la Salud Mental, puede ser dedicado fundamentalmente a una suerte de reflexión existencial, de análisis y balance, un compartir objetivo, y hasta pletórico, de aciertos y errores, a la manera de una auténtica y persistente rúbrica del ser (George, 1990).

Aun dentro de la llamada Adultez Mayor o, más convencionalmente, *Ancianidad* o Senescencia, la Salud Mental no cesa como reducto funcional. Reclama, eso sí, tranquilidad y paz, y entraña una suerte de peregrinaje memorioso, un contenido de comprensión objetiva que permita y conduzca tanto a una autocrítica veraz como a una aceptación objetiva (Chappell, 1990).

Desenlaces

Como todo proceso humano guiado por la secuencia evolutiva bio-psico-socio-cultural-espiritual (Desjarlais et al., 1997), se ha dicho ya que la Salud Mental afronta desenlaces variados. En base a una variedad de factores (que se enunciarán más adelante), su desarrollo puede ser desigual, paralelo o integral. Un desarrollo *desigual* implica resultados heterogéneos: positivos en algunas áreas, negativos en otras, fortalezas y/o debilidades que pueden conducir a transitoriedad, ambigüedades e incertidumbres, inestabilidad o fragilidades de evolución impredecible.

De su lado, el desarrollo *paralelo* de la Salud Mental se expresa por el vigor y la eficiencia de, prácticamente, todos sus componentes o factores, características evidenciadas en circunstancias específicas; confrontado, sin embargo, con exigencias y demandas múltiples, la persona o el grupo así constituido pueden fallar en la producción de una respuesta completa (Mukdarut et al., 2017).

Esta última, la de una culminación *integral* tiene lugar en individuos y grupos cuyo desarrollo mental/emocional es saludable, armonioso, uniforme y multi-eficiente; la homogeneidad de alto nivel en las respuestas a múltiples y diversas demandas se traduce en acciones positivas y consistentes (Kirmayer & Pedersen, 2014).

LOS ESCENARIOS SOCIALES

Diversos y multifacéticos, los escenarios sociales de la Salud Mental han sido ya esbozados. En su conjunto, constituyen el *background* formativo de las diferentes etapas evolutivas del individuo y cada uno de ellos es, o puede ser, el motor responsable de rasgos sustanciales. Así, la *Familia Nuclear*, con los padres como primeros actores, ofrece –debe ofrecer– el tablado precoz de cuidado y modelaje, de abrigo y protección, de una solidaridad tempranamente cultivada por el trato y los niveles de apego de hermanos y hermanas.

La *Familia Extendida* es una primera y decisiva ampliación de perspectivas, cuya integración resulta esencial para la apreciación inicial de nociones de grupo, diversidad, gradación, variedad y preferencia de afectos.

La *Comunidad* (llámese barrio, distrito, vecindario o provincia) pone en evidencia los primeros indicios del “resto del mundo”, lo que está más allá del hogar y aun de la escuela, con linderos mucho más grandes y distantes y –lo que, es más– muy diferentes maneras de percibir la realidad cotidiana, el futuro, la gente, el “ambiente” y sus muchos significados. Junto a todo ello se inmiscuyen, a veces sutilmente, otras más abiertamente,

opiniones o ideas que ponen a prueba, que cuestionan los recursos brindados por la familia nuclear o extendida. Este puede ser un primer episodio de potenciales cambios, de revisiones y nuevas opiniones en el contexto individualizador de la Salud Mental.

Y los escenarios siguen multiplicándose y creciendo, haciendo cada vez más difícil el afán de uniformidad didáctica con la que todos quisiéramos contar. El *País* que nos vio nacer y/o en el que vivimos, formando a su vez parte de una *Región* o un *Continente*, con factores que van a influir muy poderosamente en la estructura y el funcionamiento de la salud mental de cada uno. A lo largo del tiempo, han entrado en juego elementos demográficos, ideológicos, socio-políticos, económicos o ambientales que modifican las bases de la salud mental convencional y exigen recursos nuevos tales como adaptabilidad, variabilidad, temperamento, capacidad de diálogo, tolerancia o rechazo (justificado o no). A su vez, la heterogeneidad cada vez más pronunciada en estos mega-escenarios y en relación con todo tipo de tópicos, pone a prueba recursos cognitivo-emocionales más complejos, deviniendo a veces en raciocinios, disposiciones dialogales y respuestas verbales o conductuales realmente impredecibles (Rodríguez, 2009).

Lo anterior adquiere proporciones casi descomunales cuando se trata del *Mundo* como el escenario en el que se desenvuelve la Salud Mental. Recuérdese que no se habla ya solo de individuos o grupos, sino de poblaciones nacionales o internacionales masivas, confrontadas unas con otras en diálogos diversos. El individuo, la persona tiene que adaptar sus recursos al nivel universal y, dentro de él, utilizar coherentemente un concepto ya casi totalmente aceptado: *Salud Mental Global*, una nueva perspectiva que preside, hoy en día, todo tipo de consideración clínico-epidemiológica, psico-antropológica o socio-cultural (Bhugra y Mastrogianni, 2004).

A todo nivel y en todo tipo de escenario, el conocimiento actual ha incorporado decididamente un conjunto de factores que condicionan de

manera incuestionable la salud mental de individuos y poblaciones. Son los llamados Determinantes Sociales de la Salud, obviamente extendidos al área de la Salud Mental (conocidos por la sigla DSSM). La existencia e identificación de estos factores, su rol e impacto multiformes han sido materia de intensos estudios en las últimas dos o tres décadas, impulsados por organizaciones nacionales e internacionales de Salud y generando instituciones exclusivamente dedicadas a su consideración heurística, académica y clínica (Lund et al., 2018; Alegría et al., 2023; Alarcón, 2024).

Los DSSM abarcan diversos campos de la actividad e intercambios humanos en terrenos sociales, educativos, económicos, políticos, religiosos o culturales; tienen implicaciones obviamente individuales o individualizadoras, pero igualmente grupales o colectivas. Su impacto es individual pero también (y fundamentalmente) colectivo, asumiendo una suerte de proceso “contagante” en su efecto. De manera general, un cultivo deficitario o una presencia débil de estos determinantes en la vida diaria predispone a respuestas deficientes frente al asalto de cualquier enfermedad.

Considerados individual o grupalmente, el número de DSSM se ha multiplicado, su peso y su significado han aumentado justificadamente y su presencia ha conferido validez clara al componente patogénico o procesal, antes considerado solo elemento secundario de la ruta etiológica o causal de todo cuadro clínico (Silva et al., 2016; Islam, 2019). La Figura 1 muestra los principales DSSM y sus múltiples interacciones.



HALLAZGOS RECIENTES

La investigación en torno a incidencia o prevalencia de trastornos mentales no ha cesado tanto a niveles locales o nacionales como en la esfera internacional o global. Dentro de estos últimos, los estudios denominados como *Carga Global de Enfermedades, Injurias y Factores de Riesgo* (GBD, sigla en inglés) llevados a cabo en 2010 y 2019, tienen particular importancia. Uno de los más recientes (Ferrari et al., 2022) evaluó, entre 1990 y 2019, 12 tipos de trastornos, 23 grupos de edad y 204 países. El número global de *Años de Vida ajustados a Discapacidad* (DALY, sigla en inglés) aumentó de 80.8 a 125.3 millones, un incremento de 4.9 %; los índices DALY a nivel global fueron de 1426.5 y 1703.3 por 100,000 habitantes, para hombres y mujeres, respectivamente, con las cifras más altas en Australasia, América Latina (tropical) y zonas de altos ingresos en Norteamérica.

Los trastornos mentales son evidentes en todos los grupos etarios, desde antes de los 5 años con compromiso intelectual y trastornos del Espectro Autista y ansiedad, depresión y esquizofrenia en poblaciones

mayores. No se cuenta aún con información universalmente válida respecto a la relación entre enfermedades mentales y mortalidad prematura.

El planteamiento, planificación y adopción de medidas de protección de la salud mental requiere información precisa en cuanto a frecuencia y ocurrencia del inicio de un trastorno mental. Un análisis transnacional de las Encuestas de Salud Mental Mundial auspiciadas por la OMS entre 2001 y 2022 y utilizando el instrumento CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) (McGrath et al., 2023), permitió comparar edad de inicio, prevalencia de vida y riesgo mórbido de 13 trastornos mentales en 156,331 participantes de 29 países (12 de medianos/bajos y 17 de altos ingresos) en 32 encuestas.

El 54.5% de los probandos fueron mujeres y el 45.4%, varones. La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental ascendió al 28.6 % en hombres y 29.8% en mujeres; alrededor de los 75 años, el riesgo de enfermedad mental fue de 46.4 % en varones y 53.1% en mujeres; la edad media de inicio fue de 19 y 20 años, respectivamente, para hombres y mujeres: uso de alcohol y depresión mayor predominaron entre los varones y depresión mayor y fobias específicas entre las mujeres. Estos hallazgos justifican plenamente la necesidad de contar con recursos tempranos de detección y tratamiento de cuadros mentales cuyo pico de inicio tiene lugar entre niñez y adultez joven.

La pandemia por COVID-19 ha sido, sin duda, el evento más dramático en la salud mundial de la última centuria ya que puso a prueba y demostró deficiencias en los sistemas de servicio de países ricos y pobres. Los hallazgos en casi millón y medio de pacientes de un total de 90 millones de casos en ocho países (Taquet et al., 2022), demostraron que, si bien ansiedad y depresión retornaron a niveles aceptables en un lapso de dos meses, pacientes con déficits cognitivos, psicosis, demencia y epilepsia mostraron todavía cifras incrementadas al final de dos años; muerte en adultos mayores fue desenlace claramente dominante. A nivel

país, el Perú tuvo la cifra más alta de fallecidos en el mundo, con pobreza poblacional y deficiencias en cuanto a personal y provisión de servicios de salud como los factores dominantes (Feijóo, 2023; Alarcón, 2024a).

SOSTENIBILIDAD DE LA SALUD MENTAL

Que el desarrollo y la vigencia de una Salud Mental integral sean rasgos permanentes y vigorosos a nivel local y universal, es una verdad incuestionable. Sostenibilidad implica solidez y eficacia, adaptabilidad y capacidad de respuesta tanto ante situaciones “normales” de la vida cotidiana como en casos de presión o demandas inusitadas al extremo de emergencias globales. Y es evidente que individuos, familias y comunidades, al igual que instituciones u organizaciones internacionales, aspiran a una salud mental sostenible como factor esencial de estabilidad, fortaleza y normalidad.

¿Qué factores o atributos contribuyen a la sostenibilidad de la Salud Mental? La base experiencial de esta condición es innegable a nivel de todas las fases del ciclo vital, escenarios variados con características explícitas y potenciales diferentes. Si tales experiencias han sido valiosas y positivamente procesadas, habrán dejado sin duda un bagaje vigoroso de estilos y contenidos de afronte vital (Kennedy, 2005; Johnson, 2017), una salud mental suficientemente coherente que incluya no sólo posibilidades de éxito y promesas de satisfacción sino también recursos de resistencia y manejo cabal de adversidades y reveses.

El decurso vital se nutre de procesos formativo-educativos que dan lugar a información y conocimiento pertinentes, a aprendizajes existenciales y formales, a modalidades de afronte basadas en hechos comprobados. En muchos estudios, se ha confirmado la conexión positiva entre niveles de educación y cualidades e impacto de la salud mental en individuos y comunidades (Burgess et al., 2019; Rivera-Segarra et al., 2022). Este tipo de hallazgo no es ni tiene por qué ser generalizado o unánime, dada la enorme variedad de la especie humana, pero, por

otro lado, posee consistencia suficiente para el establecimiento de una sostenibilidad mental/emocional eficiente. Obviamente, un resultado contrario será el equivalente de una salud mental funcionalmente deficitaria (Kleinman, 2012).

La forja de vínculos interpersonales a lo largo de la vida es un componente de singular valor en este proceso. Genéricamente, puede considerarse a la Solidaridad como el elemento básico, el *suma sumarum* más o menos concreto de una Salud Mental sólida y provechosa. Lo es así porque abraza y alberga tanto la iniciativa individual o personal en la búsqueda de soporte y cercanía, cuanto el aporte grupal, el encuentro de coincidencias y acuerdos, la coparticipación de unos y otros en el afronte de lo nuevo, lo desconocido o lo poderosamente desafiante (Desjarlais et al., 1997; Bhugra et al., 2017). A su vez, la solidaridad refuerza objetivos comunes, enriquece sendas de abordaje y avance y confiere una convicción multiplicada de principios y valores.

Los cuarteles más trascendentes de la sostenibilidad de la Salud Mental están constituidos por dos entidades a la vez poderosas y particularmente sensibles, tanto en el plano individual como en el colectivo: Identidad y Mentalidad. La primera, ya se ha dicho, es testimonio único e ineludible de quién soy o quiénes somos, la esencia y sustancia de una condición –la humana-- singular en cuanto a origen, significado y formación, el conjunto de características cognitivo-afectivo-conductuales que diferencian a nuestra especie de otras y, a cada uno de nosotros, del otro o los otros (Erikson, 1977; Baumeister, 1986). Los diversos enfoques nosológicos de Identidad y nociones vinculadas reflejan la amplitud y complejidad del concepto, así como su definida relevancia en la sostenibilidad de la salud mental a la que subyace.

La Mentalidad es, en términos sencillos, un aspecto algo más amplio, más pluralmente compartido, más característicamente colectivo que la Identidad (Vovelle, 1985; NHS Leadership Academy, 2013). Puede ser considerado un archivo de hábitos, costumbres, enfoques y

manejos de terrenos psico-emocionales que permiten entender mejores pronunciamientos o comportamientos de naturaleza diversa. A su vez, la mentalidad abarca esferas diferentes (nivel de educación, formación creencial, características ocupacionales, orientaciones religiosas, etc.) en el proceso formativo socio-comunitario o grupal. Es, sin duda, expresión acabalada de una salud mental colectiva.

La Organización Mundial de la Salud cuenta con un Plan Comprensivo de Acción en Salud Mental extendido al año 2030 (WHO, 2021) cuyos objetivos abarcan: a) Reforzamiento de liderazgo y gobernanza efectiva; b) Provisión de servicios amplios, totales, integrados y responsables de salud mental y atención/cuidado social en escenarios basados en la comunidad; c) Implementación de estrategias de promoción y prevención en Salud Mental; d) Reforzamiento de sistemas de información, evidencia e investigación en Salud Mental. Cada uno de estos postulados cuenta con series de acciones definidas, planificación de recursos y opciones específicas de implementación.

DISCUSIÓN

Un enunciado básico en torno a la Salud Mental de individuos y comunidades es el requerimiento de su sostenibilidad como expresión de consistencia y duración, de vigor y vigencia, de demandas y expectativas. En un periodo de la historia universal en el que la sobrevivencia futura y la “calidad de vida” de la especie humana, se ven paradójicamente comprometidas, precisamente por los alcances de su propio progreso (Alarcón y Castillo, 2024), una Salud Mental estable y cualitativamente capaz es recurso indispensable. Constituida por elementos históricos, geográficos, culturales y sociales de larga data (Di Nicola, 2020), la Salud Mental está, sin embargo, sometida a forja y renovación continuas, a presiones sólo ocasionalmente impredecibles y –a pesar de ello-- poderosamente influyentes.

Esta realidad varía significativamente cuando se compara, sobre bases particularmente socio-económicas, las diversas regiones geográficas a lo largo del mundo siguiendo el ahora tradicional criterio del “desarrollo”. Hace sólo pocas décadas que se dejó de usar (por razones de “urbanidad” internacional) la nomenclatura de países “desarrollados” y “subdesarrollados” para reemplazarla por la más “neutral” de países de “altos” y de “medianos y bajos” ingresos (HICs y LMICs, siglas en inglés).

Las implicaciones son las mismas, sin embargo, y lo lamentable es que la salud mental y su sostenibilidad se ven más seriamente comprometidas en los países más pobres, ubicados mayormente en África, Asia y el subcontinente latinoamericano. No deja de ser interesante, sin embargo, que, en zonas y países de mayores ingresos, las cifras de salud mental exhiben también niveles altos de compromiso en determinados sectores o segmentos clínicos: la explicación de estas semejanzas responde a fallas o deficiencias más o menos similares en torno al factor de sostenibilidad y consistencia analizado en estas páginas. El concepto de “descolonización” de la práctica clínica y de la investigación en SMG, basado en principios de justicia epistémica, solidaridad pragmática y acciones de soberanía viene ganando terreno en este contexto (Rivera-Segarra et al., 2022).

Resulta también obvio anotar que, en países como el Perú, si bien ha habido avances comprobados en la prestación de servicios de Salud Mental, particularmente a nivel comunitario (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019; Alarcón-Guzmán y Castillo-Martell, 2020), el panorama general adolece aun de serias deficiencias. No se trata únicamente de escasez de recursos humanos, materiales o de entidades de servicio; a estas deficiencias de número se suman la más relevante baja calidad en la formación de un buen número de personal dedicado a servicios de Salud Mental, producto de programas con personal docente de baja preparación pedagógica.

En el mismo campo formativo o de carreras, el énfasis es mayor en expectativas o posibilidades financieras que en la calidad y la motivación de servicio, principios de trabajo multidisciplinario y prácticas éticas o respeto a la línea específica de labor en Salud Mental (Ala et al., 2025; Alarcón-Guzmán y Castillo-Martell, 2024). Tan importante como todo lo anterior es el nivel de consideración del valor y significado de las carreras de salud mental por parte de los practicantes de otras ramas de la medicina o disciplinas de la salud.

Al lado del manejo competente de los problemas de salud mental en el país, de la preparación apropiada de personal profesional y asistencial para el cumplimiento de estas tareas, la sostenibilidad de la Salud Mental de la población en general dependerá del planteamiento claro y ejecución sistemática de labores de promoción y prevención de la salud integral a nivel nacional. Se trata de un cultivo de la salud pública en el seno de la población general, no solamente mediante programas de educación sectorial sino a manera de campañas docentes que combinen información y prácticas, normas de autovigilancia y autocuidado y experiencias factuales de intercambio y cooperación.

Las propuestas de grupos de estudio en Brasil (Mari et al, 2024; 2024a) son sumamente sugestivas en este contexto. Conferencias, encuestas, eventos públicos con cultores de diferentes profesiones, figuras académicas, intelectuales o artísticas, exposiciones periódicas de líderes o autoridades político-administrativas y de representantes de instituciones caracterizadas, generan y estimulan la activa participación de múltiples sectores de la población y el dinámico intercambio de informaciones pertinentes en torno a Determinantes Sociales, vulnerabilidades, manejo racional de tecnologías, intervenciones preventivas, prioridades, innovaciones y resguardo de derechos humanos.

Las perspectivas latinoamericanas y del mundo hispano-hablante *vis-a-vis* los desafíos de la psiquiatría y la SMG contemporáneas entrañan integración teórica y funcional sustentada en la tradición

humanística, valores históricamente establecidos, enfoques de basamento socio-cultural y adaptación pragmática de recursos ontológicos, técnicos y terapéuticos (Alarcón et al., 2019). Se postula asimismo un sólido vínculo inter- e intra-regional basado en colaboraciones docentes y heurísticas.

CONCLUSIONES

La Salud Mental, múltiple abanico de realidades, problemas y posibilidades de estabilidad cognitivo-emocional en individuos y colectividades, es sustento fundamental de la Salud general. En buena medida, esta última solo puede ser resultado de una convergencia sólidamente definida en el cultivo de la salud física y sus componentes fundamentales (i.e., nutrición, higiene, orden en actividad y descanso, medidas preventivo-promocionales y tratamientos oportunos) y de la salud mental en sus áreas educacionales, formativas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

Es válido señalar que, aunque la estimación real del nivel de daño de la salud mental en la época actual es todavía tarea elusiva (Lancet Psychiatry, 2022), propuestas basadas en cambios sistemáticos del “estilo de vida” (un “cambio de paradigmas” [Brit Med J., 2022]) permiten abrigar esperanzas de mejores pronósticos (Sugden et al., 2024; Montague-Cardoso et al., 2024).

La sostenibilidad de la Salud Mental obedece al reconocimiento preciso y oportuno de problemas y a la búsqueda e implementación de soluciones apropiadas (Alarcón, 2024, 2024a), pero fundamentalmente a la profunda convicción de individuos y comunidades, de autoridades y ciudadanía en torno al valor de una Salud Integral.

-
- Académico Emérito, ANM; Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; Profesor Emérito Distinguido, Escuela de Medicina de la Clínica Mayo, Rochester, MN, EE.UU.

REFERENCIAS

1. Ala A, Touray MLM, Shafi S, Egan B. et al. Harnessing faith-based organisations for global health equity. *The Lancet*, 2025; 405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02614-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02614-X)
2. Alarcón RD. Determinantes sociales de la Salud Mental: retórica, realidades y esperanzas. *Acta Herediana*, 2024; 67(1): 11-18.
3. Alarcón RD. COVID-19 and global mental health: The mutual impact of clinical and socio-cultural realities. *Curr Res Psychiatry*, 2024a; 4(1): 20-27.
4. Alarcón RD & Foulks EF. *Personality Disorders and Culture. Clinical and conceptual interactions.* New York, NY: Wiley, 1998.
5. Alarcón RD, Lolas F, Mari JJ et al. Latin American and Spanish-speaking perspectives on the challenges of global psychiatry. *Braz J Psychiatry*, 2019: 00:000-000 <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-20180-0397>.
6. Alarcón-Guzmán RD & Castillo-Martell H. The role of community mental health in a new architecture of world psychiatry and global mental health. *Salud Mental*, 2020; 43(5):235-240.
7. Alarcón-Guzmán RD, Castillo-Martell H. Vulnerabilidades epistemológicas de la psiquiatría actual y de la salud mental global: enfoque crítico desde América Latina. *Rev Neuro-Psiquiatr*, 2024; 87(3): 237-256.
8. Alegría M, Alvarez K, Cheng M & Falgas-Bage I. Recent advances on social determinants of mental health: looking fast forward. *Am J Psychiatry*, 2023; 180(7): 473-482.
9. Arbuckle MR, Travis MJ & Ross DA. Integrating a neuroscience perspective into clinical psychiatry today. *JAMA Psychiatry*, 2017; 74: 313-314.
10. Baltes P & Smith J. New frontiers in the future of aging. From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 2003; 49: 123-135.
11. Baumeister RF. *Identity. Cultural change and the struggle for self.* New York: Oxford University Press, 1986. 280 pp.
12. Bertolote J. The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 2008; 7(2): 113-116.
13. Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *Brit J Psychiatry*, 2004; 184: 10-20.
14. Bhugra D, Tasman A, Pathare S, Priebe S et al. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry*, 2017; 4: 775-818.
15. Bhui K & Bhugra D. Transcultural psychiatry: some social and epidemiological research issues. *Int J Soc Psychiatry*, 2001; 47: 1-9.

16. Brit Med J. Tedros calls for a paradigm shift – What next on this political agenda?. (Editorial). 379: o2529. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o2529>
17. Burgess RA, Jain S, Petersen I, Lund C. Social interventions: A new era for global mental health?. *Lancet Psychiatry*, 2019. pii: S2215-0366(19)30397-9.
18. Castillo-Martell H. & Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de las reformas de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Per Med Exp Sal Pública*, 2019; 36(2): 326-333.
19. Chappell N. Aging and social care. En: George L. (Ed.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, pp. 438-454. New York, NY: Academic Press, 1990.
20. Cloninger RG. *Personality and Psychopathology*. Washington DC: American Psychiatry Press, 1999.
21. De León O. Afectividad. En: *Psiquiatría*, 4ª. ed., Vol. I. (Alarcón RD, Chaskel R. & Berlanga C., Eds.). Lima, Perú: Fondo Editorial, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019. Vol. I, pp. 350-356.
22. Desjarlais T, Eisenberg L, Good B & Kleinman A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
23. Di Nicola V. The Global South: An emergent epistemology for Social Psychiatry. *World Soc Psychiatry*, 2020; 2: 20-26.
24. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 1563-1575.
25. Erikson E. *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1977.
26. Espanda GM, Hartman S, Qureshi O. et al. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 2020; 7: 78-92.
27. Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley, CA: University of California Press, 2005.
28. Feijoo JF. Impact of COVID-19 on mental health in Peru. *IberoAmer J Bioethics*, 2023; 14(21): 1-8.
29. Ferrari AJ, Santomauro DF, Mantilla Herrera AM et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, 2022; 9: 137-150.
30. George L. (Ed.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*. New York, NY: Academic Press, 1990.

31. Insel TR & Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, 2005; 294: 2221-2224.
32. Islam MM. Social determinants of health and related inequalities: confusion and implications. *Front Pub Health*, 2019; 7: 11-18 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>
33. Johnson S. Social interventions in mental health: A call to action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2017; 52: 245-247.
34. Kennedy D. The dark sides of virtue: Reassessing International Humanitarianism. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005.
35. Kirmayer LJ & Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry*, 2014; 51(6): 759-776.
36. Kleinman A. The normal, the pathological and the existential. *Compr Psychiatry*; 2008; 49: 111-112.
37. Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: Why it needs to happen and soon. *Br J Psychiatry*, 2012; 201: 421-422.
38. *Lancet Psychiatry*. (Editorial). The true global disease burden of mental illness: still elusive. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00002-5)
39. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron E. et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 2018; 5(4): 357-369.
40. Mari J de J, Kieling C, Ferri CP, Castaldelli-Maia JL et al. The S20 Brazilian Mental health Report for building a just world and a sustainable planet: Part I. *Braz J. Psychiatry*, 2024; 46: e20243706. <http://doi.org/10.47626/1516-1446-2024-3706>.
41. Mari J de J, Kapczinski F, Brunoni AR, Gadelha A. et al. The S20 Brazilian Mental health Report for building a just world and a sustainable planet: Part II. *Braz J. Psychiatry*, 2024a; 46: e20243707. <http://doi.org/10.47626/1516-1446-2024-3707>.
42. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J., Altwaijri Y. et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*, 2023; 10: 668-681.
43. Montague-Cardoso K, Sunkel C & Burgess RA. Elevating the voices of lived experience to combat structural barriers and improve mental health globally. (Editorial) *PLOS Ment Health*, 2024; 1(1): e0000053. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000053>.
44. Mukdarut B, Chiumento A, Dickson K & Felix L. The impact of mental health and psychosocial support interventions on people affected by humanitarian emergencies: a systematic review. Oxford, UK: Oxfam GB, 2017.

45. Navarro R. La reflexología y el conductismo. En: *Psiquiatría*, 4ª. ed., Vol. I. (Alarcón RD, Chaskel R. & Berlanga C., Eds.). Lima, Perú: Fondo Editorial, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019. Vol. I, pp. 80-86.
46. NHS Leadership Academy. Healthcare leadership model: the nine dimensions of leadership behavior. Leeds, UK: NHS Leadership Academy, 2013.
47. Nurcombe B & Gallagher RM. *The clinical process in Psychiatry*. New York, NY: Cambridge University Press, 1986. 744 pp.
48. Patel V, Saxena S, Lund C. et al. Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *The Lancet*, 2023; 402: 656-666.
49. Pérez-Rincón H. Defensa e ilustración de la Psiquiatría. *Salud Mental*, 2011; 34: 473-480.
50. Rivera-Segarra E, Mascayano F, Alnasser L, van der Ven E. et al. Global mental health research and practice: a decolonial approach. *Lancet Psychiatry*, 2022; 9: 595-600.
51. Rodríguez JJ (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad*, 2a. Edición. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009. 376 pp.
52. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M. et al. Resources for mental health: scarcity, inequity and inefficiency. *The Lancet*, 2007; 370: 878-889.
53. Saxena S, Kline S. Countdown Global Mental Health 2030: data to drive action and accountability. *Lancet Psychiatry*, 2021; 8: 941-942.
54. Seoane GM. La individuación y etapas del ciclo vital. En: *Psiquiatría*, 4ª. ed., Vol. I. (Alarcón RD, Chaskel R. & Berlanga C., Eds.). Lima, Perú: Fondo Editorial, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019. Vol. I, pp. 246-251.
55. Shonkoff JP & Phillips DA (Eds). *From Neurons to neighborhoods*. National Research Council, Washington DC: National Academy Press, 2000. 320 pp.
56. Silva M, Loureiro A & Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. *Eur J Psychiatry*, 2016; 30(4): 259-292.
57. Sugden SG, Merlo G & Manger S. Can lifestyle medicine improve global mental health?. *Acad Ment Health & Wellbeing*, 2024; 1. <https://doi.org/10.20935/MHealthWellB6224>
58. Taquet M, Sillett R, Zhu L. et al. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-Cov-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *Lancet Psychiatry*, 2022; 9(10): 815-827.
59. Thornicroft G & Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*, 2013; 43: 849-863.
60. Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Torales J. et al. New approaches for mental health of social minorities. *Int Rev Psychiatry*, 2022; 34: 760-769.

61. Viguer P. Optimización evolutiva. Fundamentos del desarrollo óptimo. Madrid, España: Pirámide, 2011.
62. Vovelle M. Ideologías y Mentalidades. Barcelona, España: Editorial Ariel, 1985. 327 pp.
63. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Geneva, Switzerland: WHO, 2021.
64. World Health Organization: World Mental Health Report: Transforming mental health for all, 2022. <http://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

CAPÍTULO 6

LAS MUJERES; AVANCES, DEUDAS Y RUTAS PARA UN DESARROLLO INCLUSIVO Y SUSTENTABLE

Susana Chávez Alvarado

LAS MUJERES; AVANCES, DEUDAS Y RUTAS PARA UN DESARROLLO INCLUSIVO Y SUSTENTABLE

Mg. Susana Chávez Alvarado

I. Introducción

El desarrollo, entendido como un proceso de transformación social, económica y política, ha sido tradicionalmente analizado desde perspectivas que, en gran medida, invisibilizan las experiencias y contribuciones de las mujeres. Desde una mirada feminista, resulta fundamental problematizar cómo este concepto y sus diversas manifestaciones en el Perú han incorporado —o excluido— a las mujeres como agentes de cambio y beneficiarias del progreso.

Históricamente, las políticas de desarrollo en el Perú han estado ancladas en paradigmas economicistas, en los que el crecimiento del producto interno bruto (PIB) y la expansión de la infraestructura se consideran indicadores primordiales de “avance”. Sin embargo, estas aproximaciones suelen desestimar las desigualdades estructurales de género que perpetúan la marginación de las mujeres, especialmente aquellas en situación de pobreza, que habitan en zonas rurales o pertenecen a comunidades indígenas y afrodescendientes.

A lo largo de las últimas décadas, los cambios sociales en el Perú han generado avances significativos en diversos ámbitos, como el acceso a la educación y la participación política de las mujeres. No obstante, estos logros han resultado insuficientes para transformar las raíces de la desigualdad. Un claro ejemplo es el ámbito educativo: si bien el nivel

educativo de las mujeres ha mejorado considerablemente, aún persisten brechas en el acceso a empleos dignos y justamente remunerados. Además, su incorporación al mercado laboral no ha evitado que continúen asumiendo de manera desproporcionada el trabajo de cuidado no remunerado.

Interseccionalidad y Exclusión de las Mujeres en el Desarrollo

El análisis interseccional permite entender cómo las desigualdades de género interactúan con otras formas de discriminación basadas en la raza, la etnicidad, la clase social, la orientación sexual y el territorio. En el Perú, las mujeres indígenas y afroperuanas enfrentan barreras estructurales que limitan su acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación y la participación política.

Las mujeres rurales y de la Amazonía enfrentan menores oportunidades para acceder a servicios públicos de calidad. En el sector salud, por ejemplo, la discriminación lingüística y cultural dificulta que las mujeres quechua y aymara hablantes reciban una atención adecuada. De igual manera, las mujeres afrodescendientes enfrentan racismo en los ámbitos laboral y educativo, lo que limita su movilidad social y económica.

Las mujeres en situación de pobreza tienen menos acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, lo que limita su autonomía sobre sus propios cuerpos. Además, la violencia obstétrica sigue siendo una problemática grave en el Perú, especialmente entre las mujeres indígenas. Quienes suelen enfrentar maltratos en los servicios de salud, o fueron sometidas a esterilizaciones forzadas, hecho lamentable ocurrido en el gobierno de Fujimori.

El impacto en la salud mental también es significativo. Las mujeres que enfrentan discriminaciones múltiples sufren mayores niveles de estrés y ansiedad, debido a la violencia estructural y simbólica que viven

diariamente. Esto se agrava en adolescentes y jóvenes, quienes son objeto de exclusión social debido a su origen étnico, su expresión de género o su orientación sexual.

En este sentido, el desarrollo sostenible debe entenderse como un proceso integral mucho más amplio, que transforme las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, sin perder de vista los contextos sociales, culturales, territoriales, pues hasta el momento los esfuerzos gubernamentales han sido insuficientes ya que no consideran aun las distintas formas de opresión que afectan a las mujeres en función de su contexto específico. Lejos de desalentar su abordaje, esta realidad debe llevar a la revisión de factores que sostienen la desigualdad, como el racismo, por ejemplo, y que aún no se ha logrado superar.

El campo de la salud es un claro ejemplo de estas exclusiones. Aunque se han logrado avances importantes en la reducción de la mortalidad materna y en programas como la inmunización infantil —en los que las mujeres, especialmente las más pobres, desempeñan un rol fundamental, sobre todo en zonas rurales y de la Amazonía—, ellas también enfrentan barreras significativas para recibir atención adecuada. Esto se refleja en la limitada posibilidad de ejercer sus derechos reproductivos y en la falta de acceso a atención para problemas de salud prevenibles, como el cáncer de cuello uterino y de mama, la salud dental y la salud mental.

Muchas de estas mujeres, que han contribuido de manera significativa y positiva a las respuestas sanitarias, carecen de servicios con infraestructura adecuada y son víctimas de violencia y discriminación en los servicios de salud debido a su género, idioma o etnia.

En síntesis, el desarrollo sostenible en el Perú, desde la perspectiva de las mujeres, es un proceso incompleto, con numerosos vacíos y desigualdades persistentes. Aunque en algunos casos han sido integradas en procesos de cambio, esto no ha supuesto una transformación estructural que garantice equidad e igualdad real.

Hitos en el reconocimiento de los derechos de las mujeres

El avance de los derechos de las mujeres en el Perú ha sido un proceso largo y complejo, marcado por la lucha persistente de mujeres que rompieron con su tiempo y que fueron motivo de críticas y cuestionamientos, incluso poniendo en duda su feminidad. Sin embargo, cada paso dado por estas generaciones ha aportado profundas transformaciones sociales, políticas y económicas.

Algunos de estos cambios se han reflejado tanto en reformas legales como en procesos culturales que han logrado transgredir la rígida separación entre hombres y mujeres, favoreciendo una mayor integración y el reconocimiento de derechos. Esto se evidencia en los siguientes hitos históricos:

1. ***El derecho al voto:*** Aprobado en 1955 durante el gobierno de Manuel A. Odría, permitió que las mujeres alfabetizadas participaran en las elecciones de 1956. Este avance generó amplios debates, pues se argumentaba que la participación femenina en política desvirtuaría su rol tradicional y debilitaría la clase política. A pesar de su importancia, la representación femenina en cargos de poder fue mínima durante décadas. Solo a finales del siglo XX, con la implementación de cuotas de género, se incrementó su participación política, aunque sin alcanzar los estándares esperados.
2. ***El surgimiento del movimiento feminista:*** **El surgimiento del movimiento feminista:** Desde el siglo XIX, las mujeres promovieron la educación femenina y su participación en la vida pública. Sin embargo, fue durante la segunda mitad del siglo XX, especialmente en las décadas de 1970 y 1980, cuando el feminismo se consolidó mediante la lucha por la igualdad de derechos, el acceso a la educación y la participación política. Las agendas feministas han impulsado cambios significativos en el marco legal, en los derechos civiles, en la participación

política, en los derechos sexuales y reproductivos, así como en la erradicación de la violencia de género.

3. ***Acceso a la educación y el trabajo:*** La Constitución de 1979 estableció el derecho a la educación y el trabajo sin discriminación de género. La reforma educativa de los años 70 y luego, las de los 90 amplió el acceso de las niñas a la educación, reduciendo el analfabetismo femenino y promoviendo su inserción en profesiones tradicionalmente masculinizadas.
4. ***Creación del Ministerio de la Mujer (1996):*** El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ha diseñado políticas de equidad de género y protección de poblaciones vulnerables. Aunque algunas políticas han sido reducidas, ha impulsado leyes como la Ley de Igualdad de Oportunidades (2007).
5. ***Tipificación del feminicidio (2013):*** En 2013, el feminicidio se incluyó en el Código Penal como delito autónomo, y en 2015 se aprobó la Ley para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres.

II. Situación de las mujeres y el estado de la igualdad de género en los últimos 20 años.

En las últimas dos décadas, las mujeres han logrado avances significativos, sin embargo, como ya se había señalado anteriormente, persisten brechas estructurales que perennizan esta desigualdad. Existen tres conceptos claves que dan cuenta de esta evolución que permite evidenciar y sobre todo medir, los cambios producidos en la vida de las mujeres, las cuales se refieren a:

- ***La autonomía económica:*** Referida a la capacidad que deberían tener todas las mujeres para acceder, generar y controlar ingresos propios, activos y recursos productivos, financieros y tecnológicos, así como el control de su propio tiempo y de la propiedad. Esta

autonomía permite a las mujeres tomar decisiones financieras independientes y participar plenamente en la economía. Sin embargo, muchas enfrentan obstáculos como la brecha salarial, la segregación laboral y la carga desproporcionada de trabajo no remunerado, especialmente en tareas de cuidado.

- ***La autonomía física:*** Implica el derecho de las mujeres a tener control sobre sus propios cuerpos, incluyendo la capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva, y vivir una vida libre de violencia. A pesar de los avances, muchas mujeres aún enfrentan violencia de género, restricciones en el acceso a servicios de salud reproductiva y prácticas discriminatorias que limitan su autonomía física.
- ***La autonomía en la toma de decisiones políticas:*** Se refiere a la capacidad de las mujeres para participar plenamente en la toma de decisiones en los distintos ámbitos de la vida pública y política. Esto incluye su representación en cargos de liderazgo, participación en procesos electorales y en la formulación de políticas públicas. Aunque ha habido progresos, la subrepresentación femenina en espacios de poder persiste, lo que limita la inclusión de sus perspectivas y necesidades en la agenda pública.

Promover estas tres dimensiones de autonomía son fundamentales y fijan una ruta del que hacer de la política pública y que son determinantes para asegurar el progreso. Sin embargo, estas no vienen solas, pues son el resultado de procesos que tienen que garantizarse para su pleno ejercicio y ello incluye:

a) El acceso a la educación

Aunque los indicadores en la educación distan mucho de la generación anterior y actualmente ya no hay diferencias de género en la matrícula escolar, la tasa de deserción escolar para

las mujeres sigue siendo significativa. Los datos del Ministerio de Educación confirman que el 6.3% de escolares abandonan la escuela, y el INEI (2022), señala que el 22% de jóvenes entre 13 y 19 años, no llegan a culminar la escuela.

En los Informes realizados por Care Perú, se señala que las mujeres hacen un mayor abandono de la escuela (10.4%), respecto a sus pares hombres (8.4%). Sin embargo, cuando estas cifras se trasladan al ámbito rural, el incremento es mucho más alto, llegando a 16% en el caso de las mujeres y a 10% en el caso de los hombres. Este diferencial estaría explicado por el embarazo durante la adolescencia.

b) Trabajo digno e igualdad salarial

Según el portal del Instituto Peruano de Economía¹, la brecha salarial entre hombres y mujeres corresponde al 25%. Es decir, por cada sol que ganan los hombres, por el mismo trabajo, las mujeres solo ganan 0.75. Según esta misma fuente, la brecha se incrementa significativamente en ciertas regiones, tal es el caso de Moquegua y Cerro de Pasco, donde el diferencial llega al 36%.

En el caso del Perú, la maternidad tiene un impacto particular en las mujeres; pues a diferencia de los países de Latinoamérica, en donde el 37% de mujeres dejan sus empleos al convertirse en madres por primera vez, en el Perú, esta cifra asciende al 41%, lo que da cuenta del escaso soporte que las mujeres tienen que enfrentar para ejercer su maternidad, sin tener que renunciar a su autonomía económica.

1

www.ipe.org.pe

c) *Decisiones reproductivas*

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2021), el 78.1% de las mujeres actualmente unidas (casadas o convivientes) utilizan algún método anticonceptivo. De este grupo, solo el 57% emplea métodos modernos, mientras que el 21.1% opta por métodos tradicionales.

Aunque como país nos encontramos por encima del promedio regional (69.9%), las desigualdades siguen siendo muy marcadas, determinadas principalmente por la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico, el acceso a la educación y la pertenencia étnica. Por ejemplo, en 2021, el 61.6% de las mujeres indígenas no deseaban tener hijos, pero casi la mitad de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados en el momento de la concepción².

En siete regiones del país, el acceso al anticonceptivo en mujeres unidas fue muy bajo, al punto de no superar el 55%, siendo las zonas más afectadas Puno (37.7%), Huancavelica (41.4%), Tacna (46.2%), Áncash (48.6%), y Loreto (49.9%).

d) *en la representación política*

En las elecciones generales de 2011, las mujeres representaron el 21.5% del Congreso, con 28 congresistas de un total de 130. Para el periodo 2016-2021, este porcentaje aumentó al 27.7%, con 36 mujeres ocupando escaños. Sin embargo, en las elecciones de 2020, la representación femenina disminuyó ligeramente al 26.2%, con 34 congresistas mujeres.

A nivel de gobiernos locales y regionales, la participación femenina ha sido aún más limitada. En las elecciones regionales y

2 UNFPA Peru, Planificación familiar, por un mundo con iguales oportunidades, 2021

municipales de 2018, solo el 4% de las alcaldías fueron ocupadas por mujeres. En el caso de las regidurías, las mujeres alcanzaron el 28% de los cargos. En el último proceso electoral (2022), el 43% de las candidaturas para el proceso electoral fueron mujeres, pero de las 25 regiones del país, solo dos mujeres fueron electas para el cargo de presidentas regionales.

Aun teniendo marcos legales desde hace al menos 3 quinquenios, que garantizan la participación de las mujeres, los resultados siguen siendo limitados. El Perú está aún lejos de llegar al 30%, que es el estándar mínimo de participación que se debería esperar. Esto da cuenta de una férrea resistencia que aun prevalece a nivel de los partidos políticos³. Actualmente con los cambios legales respecto al proceso de elecciones que el congreso ha aprobado es probable que estos porcentajes sean menores.

d) ***La violencia basada en género, un factor que fragiliza el desarrollo sostenible y la igualdad de género.***

La violencia de género no es un fenómeno aislado; está profundamente arraigada en concepciones tradicionales de roles y obligaciones basadas en el sexo, consideradas inmutables a pesar de los cambios sociales. Estas resistencias se manifiestan en actos de violencia que afectan de manera particular a las mujeres.

La violencia de género tiene efectos devastadores en la salud física y mental de las mujeres. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que sufren violencia tienen mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y suicidio (García-Moreno et al., 2015)⁴.

3 Villar Eliana, Artículo publicado en la Revista de la ONPE Dic. 2016.

4 Garcia Morena Claudia y cols. Abordar la violencia contra la mujer; Un llamado a la acción. The Lancet, Volumen 385, Issue 9978, 1685-1695. 2015.

Además, la violencia de pareja aumenta la probabilidad de presentar problemas de salud como enfermedades cardiovasculares y complicaciones ginecológicas.

Un estudio en América Latina reveló que el 41% de las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja han reportado problemas de salud mental severos (Bott et al., 2019)⁵. En términos económicos, estas afectaciones de salud reducen la capacidad de las mujeres para mantener un empleo estable y participar plenamente en la vida social y económica.

La violencia de género no solo afecta a las mujeres víctimas, sino también a las familias, especialmente a los niños y niñas que crecen en hogares donde la violencia es una constante. La exposición a la violencia en la infancia aumenta el riesgo de desarrollar comportamientos agresivos, dificultades de aprendizaje y problemas emocionales (UNICEF, 2020)⁶. Además, las mujeres que sufren violencia pueden enfrentar mayores dificultades para brindar cuidado y estabilidad emocional a sus hijos e hijas, perpetuando un ciclo de desigualdad y violencia.

En términos económicos, las familias afectadas por la violencia de género experimentan una reducción en sus ingresos debido a la disminución de la productividad laboral de las víctimas y los costos asociados con la atención médica y legal. Un informe del Banco Mundial estima que la violencia de género genera pérdidas económicas equivalentes al 2% del PIB en muchos países en desarrollo (Banco Mundial, 2022)⁷.

5 Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A., & Mendoza, J. A. (2019). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. OPS.

6 UNICEF (2020). *Impacto de la violencia de género en la infancia*.

7 Banco Mundial (2022). *El costo de la violencia de género en el desarrollo económico*.

La violencia de género impide que las mujeres participen plenamente en la vida social, política y económica de sus comunidades. Las mujeres que han sido víctimas de violencia tienen mayores probabilidades de abandonar sus estudios, lo que limita sus oportunidades laborales y refuerza la feminización de la pobreza (CEPAL, 2021)⁸. Además, la discriminación y la estigmatización de las víctimas de violencia refuerzan su exclusión y dificultan su acceso a redes de apoyo y empleo digno.

Un informe de “ONU Mujeres” destaca que en América Latina las mujeres que han sido víctimas de violencia tienen una menor tasa de participación en el mercado laboral y perciben ingresos significativamente más bajos que aquellas que no han sufrido violencia (ONU Mujeres, 2021)⁹. Además, muchas mujeres enfrentan barreras adicionales para acceder a recursos económicos y financieros, lo que limita su autonomía y capacidad de salir de situaciones de violencia.

El impacto de la violencia de género en el desarrollo no se limita a las víctimas individuales y sus familias, sino que afecta a toda la sociedad. La exclusión de las mujeres del mercado laboral y la educación disminuye la productividad económica y el crecimiento de los países. Según el Foro Económico Mundial, la brecha de género en la participación laboral representa una pérdida de hasta 12 billones de dólares para la economía global (Foro Económico Mundial, 2022).

8 CEPAL (2021). *Autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*.

9 ONU Mujeres (2021). *El impacto de la violencia de género en el mercado laboral*.

Asimismo, los costos asociados con la violencia de género, incluyendo gastos en salud, justicia y protección social, representan una carga significativa para los gobiernos. Un estudio realizado en Perú estimó que el costo económico de la violencia contra las mujeres equivale al 3.7% del PIB del país (INEI, 2020). Estos recursos podrían destinarse a programas de desarrollo sostenible si se redujera la incidencia de la violencia de género.

Algunos datos de la violencia de género

- Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha experimentado violencia física o sexual muchas de estas, por parte de sus parejas, a lo largo de su vida (OMS, 2021)¹⁰. Según la Defensoría del Pueblo, en el Perú, hasta octubre de 2024 se registraron 133 feminicidios, este lejos de reducirse, muestra un incremento del 13% en comparación con lo reportado en el 2023.
- Durante el 2024, se emitieron 7,097 alertas por mujeres desaparecidas, lo que supone un aumento del 37% respecto al año anterior. De estas desapariciones, el 65% corresponde a niñas y adolescentes.
- Según el Ministerio de Salud (Minsa), hasta noviembre de 2024, se atendieron 10,908 casos de abuso sexual producidos en contra de niñas, niños y adolescentes en este grupo etario¹¹.
- En portal SíseVe del Ministerio de Educación reportó 3,536 denuncias de violencia sexual contra estudiantes hasta noviembre de 2024, la cifra más alta desde su creación en 2013. De estas denuncias, 2,483 corresponden a víctimas en secundaria y 953 en primaria (Nota de Jose Cayetano Chavez, Publicado en el Comercio, 19/12/2024).

10 OMS (2021). *Violencia contra la mujer: estimaciones mundiales y regionales*.

11 <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1061450>.

- El Programa Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) informó que, hasta julio de 2024, el 93.6% de las víctimas de violencia sexual eran mujeres menores de edad, sumando más de 11,000 niñas y adolescentes afectadas en lo que va del año.
- El “Informe sobre la Trata de Personas 2024”¹² señala que en 2023 se recibieron 118 denuncias relacionadas con la trata a través de la línea directa, un incremento respecto a las 94 de 2022. Aunque aún no se han publicado las cifras completas para 2024, se observa una tendencia al alza en las denuncias de este delito.

En las últimas décadas, se han logrado tener avances significativos en materia de igualdad de género y derechos humanos para las mujeres, gracias a un conjunto de acuerdos internacionales de derechos humanos a nivel de los sistemas de Naciones Unidas y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, a los que el Perú, se ha comprometido,

Sin embargo, la actual crisis democrática y el auge de discursos conservadores han generado retrocesos preocupantes, afectando la inclusión de las mujeres en el desarrollo sostenible y reforzando estereotipos tradicionales que perpetúan su subordinación y dependencia.

La regresión democrática no solo afecta a la sociedad, también ha debilitado las instituciones que protegen los derechos de las mujeres. Este debilitamiento se manifiesta cada vez más en la reducción de políticas públicas enfocadas en la igualdad de género y en la implementación de leyes que restringen derechos previamente conquistados. Un ejemplo de ello es la eliminación del enfoque de género en los textos escolares, la eliminación de la Dirección Nacional de Transversalización del Enfoque de Género y cambios medulares en el currículo educativo.

¹² <https://pe.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/74/2024/08/TIP-2023-sp.pdf>

Además de la desinformación y la estigmatización en torno al enfoque de género y la diversidad sexual, también han contribuido a consolidar modelos de desigualdad, exclusión y discursos de odio. La distorsión del concepto de género ha tenido como propósito desinformar sobre los derechos de las mujeres y las personas LGBTIQ+, propagando estereotipos y prejuicios que refuerzan roles tradicionales y limitan la autonomía de las mujeres.

Los discursos cada vez más extensivos en redes sociales, suelen promover la imagen de las mujeres confinadas a roles tradicionales, limitando su participación en ámbitos políticos, económicos y sociales. Esta narrativa no solo frena los avances logrados en décadas anteriores, sino que también amenaza con consolidar un modelo de desigualdad y exclusión. Diversas instancias internacionales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos han expresado su preocupación sobre la oposición articulada contra la igualdad de género y las amenazas a los logros previos en materia de políticas de igualdad

III. La agenda del futuro para un desarrollo sostenible que integre a las mujeres; Las políticas de cuidado.

Las políticas del cuidado son un conjunto de medidas y acciones públicas destinadas a garantizar, reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado, asegurando que todas las personas—especialmente las mujeres, históricamente sobrecargadas con esta labor—puedan ejercer su derecho al cuidado y a ser cuidadas en condiciones de igualdad y dignidad.

Se basan en el reconocimiento de que el cuidado es un derecho humano fundamental y una responsabilidad colectiva, que no debe recaer únicamente en las familias, y mucho menos de manera desproporcionada en las mujeres.

Las políticas del cuidado permiten redistribuir el trabajo no remunerado, históricamente asignado a las mujeres, promoviendo su participación plena en el mercado laboral, la educación y la vida pública. Sin estas políticas, las mujeres seguirán siendo sobrecargadas con el trabajo de cuidado, lo que perpetúa las desigualdades de género y socioeconómicas.

Las políticas de cuidado y los objetivos del desarrollo sostenible (ODS)

El trabajo de cuidado es esencial para el funcionamiento de la economía. Sin este, no existiría una fuerza laboral saludable y productiva. Sin embargo, cuando este trabajo es invisibilizado o precarizado, genera brechas salariales y pobreza en las cuidadoras.

Las políticas del cuidado pueden transformar este sector en un motor de empleo formal, digno y con protección social, promoviendo una economía más equitativa. Por lo tanto, invertir en servicios de cuidado genera más empleos que la inversión en sectores tradicionalmente masculinizados, como la construcción.

a) Contribución de las políticas de cuidado en la reducción de la pobreza y protección de los grupos más vulnerables.

Las personas que requieren cuidado—niñas, niños, personas mayores, con discapacidad o enfermedades crónicas—son especialmente vulnerables. Sin políticas públicas adecuadas, el acceso al cuidado depende del poder adquisitivo de cada familia, profundizando la pobreza y las desigualdades. Un sistema público de cuidado permitiría por ejemplo que las madres en situación de pobreza puedan trabajar o estudiar, asegurando a la vez que sus hijas e hijos reciban una atención adecuada.

El trabajo de cuidado también tiene un impacto directo en la salud física y mental de quienes cuidan, especialmente cuando se realiza sin apoyo ni derechos. Además, una red de cuidado sólida mejora la salud y el bienestar de las personas que reciben cuidados. En el caso de las mujeres, en la mayoría de los casos, deben hacerse cargo del cuidado de las personas adultas mayores de su entorno, pero con políticas de cuidado los servicios para este grupo no solo mejoran su calidad de vida, sino que previenen el desgaste físico y mental de quienes asumen su cuidado en casa.

La implementación de políticas del cuidado también requiere infraestructura urbana inclusiva, tales como transporte público accesible, espacios seguros para la niñez y centros comunitarios de cuidado, impactando positivamente sobre el bienestar. Una ciudad bien diseñada facilita la conciliación entre el trabajo, la familia y el tiempo personal. Un ejemplo de ello, son las “ciudades cuidadoras” en España, en donde han rediseñado el espacio urbano para facilitar la movilidad de quienes cuidan, con más áreas de descanso y servicios cercanos.

Las políticas de cuidado son claves para la resiliencia en las crisis ambientales y climáticas, que generan crisis sanitarias y migraciones forzadas impactan en las familias, sobrecargando especialmente a las mujeres. Un sistema de cuidado sólido y bien diseñado ayudaría a enfrentar estas crisis con mayor equidad y resiliencia.

Es decir, las políticas del cuidado no solo garantizan derechos, sino que fortalecen la economía, reducen desigualdades y crean sociedades más justas y resilientes. Integrarlas en las estrategias de desarrollo sostenible es clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030.

En el Perú, las mujeres dedican en promedio 2.5 veces más tiempo que los hombres al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, lo que impacta directamente en su inserción laboral y en la calidad de los empleos a los que acceden. Mientras que la tasa de actividad de los hombres en edad de trabajar es del 80%, la de las mujeres apenas alcanza el 64%. Además, cuando ingresan al mercado laboral, lo hacen en condiciones más precarias: en empleos informales, con menores ingresos y sin acceso a protección social. En sectores de empleo informal, las mujeres pueden ganar hasta un 35.8% menos que los hombres con el mismo nivel de calificación¹³.

Ante esta realidad, las políticas de cuidado emergen como un enfoque transformador, ya que podría permitir redistribuir esta responsabilidad entre el Estado, las familias, las comunidades y el mercado. Esta redistribución no solo aliviaría la carga que enfrentan las mujeres, sino que impulsaría su autonomía económica, física y en la toma de decisiones. Al garantizar servicios de cuidado accesibles y de calidad –como guarderías públicas, atención a personas mayores y apoyo a cuidadores familiares–, permitiría que las oportunidades se amplíen para que más mujeres accedan a empleos formales y productivos, impulsando así un modelo de desarrollo más equitativo y sostenible.

13 Herrera Javier, La Distancia que nos separa; Las brechas invisibles entre hombres y mujeres, publicado en la Republica, 2 de febrero 2025.

El desarrollo sostenible no puede lograrse sin equidad de género, y la equidad de género no es posible sin políticas de cuidado, pues son medidas indispensables que permitirán a las mujeres participar plenamente en todos los ámbitos de la vida. Invertir en el cuidado no solo es una cuestión de derechos, sino una estrategia clave para el crecimiento económico. Se ha demostrado que los países con sistemas de cuidado bien estructurados tienen mayores niveles de empleo femenino, menor pobreza infantil y mejores indicadores de bienestar en la población.

En tal sentido, lo que se propone con las políticas de cuidado, es:

1. ***Universalizar el acceso a servicios de cuidado de calidad***, incluyendo educación inicial, atención a personas mayores y centros de apoyo para cuidadores.
2. ***Garantizar la corresponsabilidad del cuidado entre el Estado, las empresas y los hogares***, promoviendo licencias parentales equitativas y regulaciones laborales que favorezcan la conciliación.
3. ***Dignificar el trabajo de las cuidadoras***, muchas de las cuales trabajan en condiciones precarias y sin derechos laborales.
4. ***Transformar las normas de género***, promoviendo la participación de los hombres en el trabajo de cuidado y desafiando los estereotipos que perpetúan la carga desigual sobre las mujeres.

Para desarrollar este sistema de cuidado integral, se requiere de componentes que garanticen una organización social equitativa y sostenible del cuidado, que incluya¹⁴

- **Reconocimiento:** Valorar el trabajo de cuidado, tanto remunerado como no remunerado, como una actividad fundamental para el bienestar social y económico. Esto implica visibilizar su importancia y promover su inclusión en las cuentas nacionales.
- **Reducción:** Disminuir la carga de trabajo de cuidado no remunerado que recae desproporcionadamente en las mujeres. Esto puede lograrse mediante la provisión de servicios públicos de cuidado, infraestructuras adecuadas y tecnologías que faciliten las tareas domésticas y de cuidado.
- **Redistribución:** Promover una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado entre el Estado, el sector privado, la comunidad y las familias, asegurando la corresponsabilidad entre hombres y mujeres.
- **Remuneración:** Garantizar condiciones laborales justas y salarios dignos para las personas que realizan trabajos de cuidado remunerado, reconociendo su profesionalismo y contribución a la sociedad.
- **Regulación:** Establecer marcos normativos que protejan los derechos de quienes brindan y reciben cuidados, asegurando estándares de calidad y accesibilidad en los servicios de cuidado.
- **Formación:** Desarrollar programas de capacitación y educación para profesionales del cuidado, mejorando sus competencias y promoviendo la certificación de sus habilidades.

¹⁴ Tomado de Naciones Unidas (2024), Transformar los sistemas de cuidado en el contexto de Objetivos de Desarrollo Sostenible y de Nueva Agenda Común. Documento de políticas de las Naciones Unidas.

- **Infraestructura:** Invertir en la creación y mantenimiento de centros y servicios de cuidado accesibles y de calidad, como guarderías, centros de atención para personas mayores y servicios de apoyo para personas con discapacidad.
- **Participación comunitaria:** Fomentar la implicación de la comunidad en la provisión y gestión de servicios de cuidado, reconociendo y apoyando las iniciativas de cuidado comunitario.

Invertir en políticas de cuidado no solo libera el potencial de millones de mujeres, sino que también fortalece las bases del desarrollo sostenible. Una sociedad que cuida es una sociedad que avanza, y las mujeres están en el centro de esa transformación.

Estos componentes buscan construir sistemas integrales de cuidado que reconozcan el cuidado como un derecho y una responsabilidad compartida, promoviendo la igualdad de género y el bienestar de toda la sociedad.

A nivel mundial, los países cada vez más, aunque de manera lenta, vienen incorporando políticas nacionales de cuidado, algunas de estas incluyen:

- Durante el desarrollo infantil temprano; garantizar al menos dos años de educación preescolar gratuita, permisos de lactancia remunerados durante los primeros seis meses de vida del niño, Licencias de maternidad y paternidad pagadas que suman al menos seis y cuatro semanas, respectivamente. Los países que ya vienen aplicando estas políticas con Cuba, Francia, Portugal, Rusia y Suecia.
- En América Latina y el Caribe, varios países han avanzado en la implementación de políticas de cuidado. Por ejemplo, Argentina, Costa Rica y Uruguay han desarrollado sistemas nacionales de cuidado que buscan reconocer y redistribuir las responsabilidades de cuidado entre el Estado, las familias y la comunidad.

Conclusiones

1. ***El desarrollo sigue siendo excluyente para las mujeres.*** Aunque las mujeres han sido fundamentales en el progreso social y económico del Perú, siguen enfrentando desigualdades estructurales que las mantienen en una posición de desventaja. La mirada economicista del desarrollo ha priorizado el crecimiento del PIB y la infraestructura, sin abordar las brechas de género que perpetúan la pobreza y la marginación.
2. ***La Interseccionalidad: múltiples formas de exclusión.*** La discriminación contra las mujeres no es homogénea. Factores como la etnicidad, clase social, orientación sexual y territorio profundizan las desigualdades. Las mujeres indígenas, afroperuanas y rurales enfrentan barreras estructurales en salud, educación y empleo, además de altos niveles de violencia y exclusión política.
3. **Persisten las brechas en autonomía económica, física y política**
 - **Autonomía económica:** Aunque la participación de las mujeres en el mercado laboral ha crecido, persisten la brecha salarial (25%) y la sobrecarga de trabajo de cuidado no remunerado.
 - **Autonomía física:** El acceso a derechos sexuales y reproductivos sigue siendo limitado, especialmente para mujeres indígenas y rurales. La violencia de género sigue siendo un problema estructural.
 - **Autonomía en la toma de decisiones:** La representación política de las mujeres sigue siendo baja, a pesar de la implementación de cuotas de género. En las últimas elecciones, solo dos mujeres fueron electas como presidentas regionales en todo el país.

4. **La violencia de género frena el desarrollo.** La violencia basada en género no solo vulnera derechos fundamentales, sino que también genera impactos económicos y sociales profundos. En el Perú, los feminicidios y la violencia contra niñas y adolescentes han aumentado. Además, la violencia de género representa un costo económico significativo, equivalente al 3.7% del PIB.
5. **El avance de los derechos de las mujeres está en riesgo.** A pesar de importantes logros en derechos políticos, acceso a la educación y tipificación del feminicidio, los discursos conservadores y la crisis democrática amenazan con revertir los avances. La eliminación del enfoque de género en la educación y el debilitamiento de instituciones clave son retrocesos preocupantes.
6. **Las políticas de cuidado: una agenda clave para la equidad de género.** El trabajo de cuidado, históricamente invisibilizado y realizado mayoritariamente por mujeres, es fundamental para la economía y el bienestar social. Sin políticas públicas que reconozcan y redistribuyan el cuidado, las mujeres seguirán enfrentando barreras en su desarrollo personal y profesional.
 - Invertir en sistemas de cuidado puede reducir la pobreza, generar empleo formal y mejorar el bienestar de la sociedad en su conjunto.
 - La corresponsabilidad entre el Estado, el sector privado y las familias es clave para garantizar una distribución justa de estas responsabilidades.
7. **El futuro de la igualdad de género en el desarrollo sostenible.** El desarrollo inclusivo solo será posible si se reconocen y eliminan las barreras que impiden la plena participación de las mujeres en la sociedad. La garantía de derechos, la implementación de políticas de cuidado y la erradicación de la violencia de género son pasos fundamentales para avanzar hacia una sociedad más equitativa. Es

necesario un compromiso firme del Estado, la sociedad civil y el sector privado para consolidar una agenda feminista en el desarrollo sostenible.

8. REFERENCIAS

1. Banco Mundial. (2022). El impacto económico de la violencia de género.
2. Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M., & Mendoza, J. A. (2019). Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-Based Data from 12 Countries. Pan American Health Organization.
3. CEPAL. (2021). Autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad.
4. Foro Económico Mundial. (2022). Global Gender Gap Report.
5. García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., et al. (2015). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization.
6. INEI. (2020). El costo económico de la violencia de género en el Perú.
7. ONU Mujeres. (2021). El impacto de la violencia de género en la economía y el desarrollo social.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Violencia contra la mujer: una estimación global.
9. UNICEF. (2020). Violencia en la infancia: Impacto y consecuencias.

CAPÍTULO 7

NIÑEZ Y DESARROLLO HUMANO

Mario Tavera

TEMA: NIÑEZ Y DESARROLLO HUMANO

Dr. Mario Tavera Salazar

De acuerdo con la definición de Naciones Unidas, “*el desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles.*

Pero el desarrollo humano no termina allí. Otras oportunidades altamente valoradas por muchas personas van desde la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo y disfrutar de la garantía de derechos humanos.

El desarrollo humano tiene dos aspectos: la formación de capacidades humanas, tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas; y, por otro lado, el uso que la gente hace de esas capacidades adquiridas para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas. Si el desarrollo humano no consigue equilibrar estos dos aspectos, puede generarse una considerable frustración humana” (1).

Durante las últimas décadas, los estudios realizados desde disciplinas científicas como la neurociencia, la psicología, la medicina y la pedagogía muestran que la niñez es el momento decisivo para aprender a ser humanos, establecer cuántas capacidades humanas desarrollará cada persona y, por tanto, cuánto de humana será nuestra sociedad en el futuro (2).

El presente tema está dedicado a documentar la importancia del desarrollo en las distintas etapas que conforman esta fase crucial de la vida, entre ellas: la primera infancia (incluyendo la etapa fetal), la segunda infancia, la pubertad y la adolescencia.

Dado que la niñez es una construcción social —resultado de la mirada que sobre ella tienen los adultos, y asociada a la condición de dependencia—, producto de ser esta una etapa de crecimiento, maduración y adquisición de habilidades que preparan a la persona para actuar en su vida adulta, consideramos pertinente abordar el desarrollo de la niñez como un proceso de construcción social. Para ello, comenzaremos con una revisión de cómo este proceso ha evolucionado a lo largo de las distintas etapas históricas de la humanidad, valorando en cada una la visión de los derechos humanos y, en particular, los derechos del niño (Capítulo I).

En una segunda parte, revisamos el proceso mediante el cual se construye el enfoque de derechos de la niñez, como respuesta a su situación de dependencia y desprotección. Este proceso culmina con la adopción, por parte de la comunidad internacional, de la Convención sobre los Derechos del Niño, que otorga a la infancia una plena carta de ciudadanía (Capítulo II).

En la tercera parte, analizamos los avances logrados en las últimas décadas en la priorización de la infancia, inspirados en los marcos legales y programáticos derivados de dicha Convención. Se destacan los logros en el derecho fundamental a la supervivencia infantil, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (Capítulo III).

La cuarta parte revisa los fundamentos científicos que sustentan los planteamientos anteriores, desde la perspectiva de la neurociencia, la psicología, la salud y nutrición, así como la pedagogía, en el marco del proceso de crecimiento y desarrollo que atraviesa esta etapa de la vida (Capítulo IV).

Finalmente, en la quinta parte, se presentan las perspectivas y retos que implica garantizar los derechos de la niñez y, por tanto, su desarrollo humano, en un mundo cambiante y marcado por diversas crisis que afectan especialmente a los grupos humanos más vulnerables, entre ellos la niñez (Capítulo V).

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el ámbito de la antropología evolutiva, se reconoce que el ser humano es el que más tiempo debe dedicar a la protección de sus crías, hasta que alcancen su madurez física, emocional y social, entre otros aspectos, que les permitan enfrentar los retos que plantea la vida adulta.

Si bien cada etapa del desarrollo humano —niñez (incluida la adolescencia), juventud, adultez y adultez mayor— implica un proceso constante de cambios en las diferentes esferas del desarrollo, es en la niñez, y particularmente en la niñez temprana, donde estos cambios se producen de manera más acelerada (3).

Desde el punto de vista biológico y normativo, se considera que la niñez es el período comprendido entre el nacimiento y los 18 años, durante el cual el ser humano depende de la protección que le brindan sus progenitores y la sociedad en su conjunto, particularmente el Estado, como ente encargado de regular la convivencia y protección de los individuos y la colectividad (4).

Toda la etapa de la niñez implica intensos cambios en las diferentes esferas del desarrollo humano: crecimiento físico, maduración cognitiva, desarrollo de relaciones sociales y emocionales, entre otros.

Un elemento central y distintivo del ser humano en relación con otros seres que habitan el planeta, y en particular con los llamados “animales superiores”, es el proceso de crecimiento y maduración del sistema nervioso central. Los estudios de biología comparada muestran que el cerebro humano es el que más tiempo requiere para completar este

proceso, el cual concluye entre los 16 y 18 años de edad. Este proceso de crecimiento y maduración del sistema nervioso central representa, en promedio, la cuarta parte de la vida del ser humano. En nuestros parientes más cercanos, los primates como el gorila o el chimpancé, la etapa de la niñez, expresada en el crecimiento y maduración del sistema nervioso central, representa solo la octava parte del período promedio de su vida (5).

Este “largo período” de crecimiento y maduración del sistema nervioso central está relacionado con la complejidad de funciones para las que el ser humano está habilitado, entre ellas la capacidad cognitiva, una de cuyas expresiones más elevadas es la adquisición del lenguaje oral y escrito, así como la madurez para la interacción social y emocional.

Esta inmadurez de la niñez ha establecido una relación de “dependencia” con el mundo de los adultos, en particular con los progenitores y el entorno familiar más amplio, que ha tenido características particulares en los diferentes períodos históricos por los que ha transitado la humanidad.

Se estima que los homínidos hicieron su aparición en la Tierra entre hace 3 y 4 millones de años. Los diversos hallazgos de restos fósiles y estudios realizados nos muestran que durante ese período se fueron desarrollando homínidos con mayor capacidad cerebral y el desarrollo de funciones superiores en relación con sus ancestros.

La mayor información, a partir de los hallazgos realizados en diversos lugares del mundo, especialmente en África, Asia y Europa, muestra que hace aproximadamente 400,000 años aparecieron los primeros *Homo sapiens*, inicialmente el *Homo sapiens neandertalensis*, y se estima que hace 100,000 años irrumpió en el planeta el *Homo sapiens sapiens*, conocido como el “hombre de Cro-Magnon”, es decir, el ser humano actual (6).

Hace solo 10,000 años se produce la “revolución del Neolítico”, etapa del desarrollo de nuestra especie en la que se produce el proceso de sedentarización del ser humano, a partir del desarrollo de la agricultura y la ganadería, especialmente en ciertas regiones de Asia y Europa. Antes de la revolución neolítica, nuestra especie fue “recolectora y cazadora”, conviviendo en grupos nómades que transitaban por rutas que les permitían la recolección de granos y frutos, así como la caza, asociada a los períodos estacionales.

Como puede colegirse de la información anteriormente expuesta, el hombre de Cro-Magnon, también conocido como *Homo sapiens sapiens*, ha pasado el 90% de su existencia en condición de recolector-cazador y solo en el 10% de su existencia en el planeta ha ido desarrollando sociedades organizadas, con mayores niveles de complejidad en las relaciones humanas. Solo en los últimos 5,000 años, inicialmente en Asia y luego en Europa, tenemos evidencias documentadas, a partir de la invención de la escritura, de la historia del ser humano, y en menor medida de la historia de la niñez, a partir de su relación con los adultos y su entorno social (7).

Durante cada una de las etapas del desarrollo social, la interacción de la vida del niño con el mundo de los adultos ha ido cambiando, en función de las transformaciones sociales, condicionadas por el desarrollo del conocimiento, la tecnología, la estructuración social, los aspectos culturales y religiosos, entre otros.

Los estudios nos muestran que, durante la etapa de recolectores y cazadores, que como se ha expresado, es el más prolongado período por el que ha transitado la historia del ser humano actual, Melvin Konner propuso hace décadas el “modelo de la infancia cazadora-recolectora”, que estaba limitado a las siguientes características: a) contacto físico estrecho y prolongado con la madre; b) generalizada receptividad e indulgencia con las demandas y necesidades de los lactantes; c) lactancia frecuente durante las horas de vigilia; d) destete tardío (entre los 2 y 3

años y medio); e) colecho de madre e hijo; f) denso contexto social que reduce la presión sobre la madre, al involucrarse otros miembros de la familia en la crianza; g) cuidados paternos mayores que en la mayoría de las culturas; h) transición a grupos de juego de edad y género mixtos; i) mínimas restricciones a la sexualidad infantil (8).

En el contexto de la Revolución del Neolítico, cuyas principales características son la sedentarización del ser humano a partir del desarrollo de la agricultura y la ganadería, existía la expectativa, por parte de las familias, de que los niños contribuyeran a la economía familiar mediante el trabajo en el cultivo de alimentos y el pastoreo. Estas prácticas aún se mantienen en muchas sociedades rurales, donde el trabajo infantil coexiste con la asistencia a la escuela. A diferencia de las sociedades recolectoras-cazadoras, se trata de familias con mayor número de hijos. Tradicionalmente, el concepto de protección de la infancia ha sido limitado en este tipo de contextos, aunque con el tiempo ha ido cambiando progresivamente, otorgándose mayor importancia al cuidado de la salud y la nutrición del niño.

La percepción de la niñez desde el mundo adulto en la sociedad clásica (Grecia-Roma) se caracterizaba por la ausencia de una sensibilidad específica hacia el niño. Todo el enfoque se centraba en la figura del adulto viril, “cuyo cuerpo encarna la fuerza y la armonía”. Así, el niño era visto como dependiente del poder paterno y del temor que este imponía. Junto a la figura del padre, se situaba la del maestro, también autoritario y con frecuencia violento (9).

En sus orígenes, el cristianismo se presenta como “un primer y amplio reconocimiento del valor de la infancia”, reivindicando al niño como una persona capaz de escuchar y transmitir la palabra divina. No obstante, con la institucionalización del cristianismo como religión oficial del Imperio romano, esta visión decayó. En su lugar, surgió una representación del niño como portador del “pecado original”, lo que lo convertía en un ser naturalmente inclinado al mal. Esto legitimaba su

control, corrección y castigo. En particular, durante la Edad Media, el niño era considerado un “adulto pequeño”, sin que se reconocieran las profundas transformaciones físicas, sociales, cognitivas y sensoriales que ocurren durante la niñez. Este concepto es evidente en las representaciones artísticas de la época, marcadas por la religiosidad. La infancia se representaba a través del niño Jesús o de los ángeles, quienes eran retratados como adultos en miniatura, sin tomar en cuenta las proporciones corporales reales del niño en sus distintas etapas de desarrollo (10).

El Renacimiento fue una etapa orientada a revalorar la condición humana, en contraposición al oscurantismo del periodo medieval. Se reconoce al individuo y a las virtudes cívicas como expresión máxima del ser humano. En esta etapa se empieza a considerar al niño como un ser en formación, carente aún de conciencia y autonomía. En ese sentido, John Locke, en su obra *Reflexiones sobre la educación*, concibe al niño como una “tabla rasa”; es decir, un ser vacío que debe ser llenado de conocimientos a través de la educación y la disciplina. Esta visión coincide con la revolución educativa propiciada por la invención de la imprenta. El mayor acceso a los libros y el surgimiento de nuevas ideas favorecieron la alfabetización de los adultos, especialmente en Europa. No obstante, la educación seguía estando reservada principalmente para los hijos de familias adineradas o con títulos nobiliarios.

La Ilustración, etapa marcada por la revolución científica y cuya expresión más emblemática fue la publicación de la *Enciclopedia* de Diderot y D'Alembert, también tuvo una influencia en la protección de la infancia. Destaca la obra de J.J. Rousseau, *Emilio o de la educación*, donde por primera vez se plantea la idea del niño como un ser “único y diferente”, en proceso de formación y desarrollo, en el cual la educación cumple un rol fundamental.

A raíz de este pensamiento ilustrado, y en el contexto de la Revolución Francesa, se promueve —particularmente durante el Imperio napoleónico— la educación básica y universal como un derecho de todos los individuos, especialmente durante la infancia.

Durante los periodos mencionados, se reconocía la vulnerabilidad del niño frente a las enfermedades, debido a las precarias condiciones de vida, sobre todo en los núcleos urbanos, caracterizados por la carencia de sistemas de salubridad (agua potable, alcantarillado, recolección de residuos, etc.). Esto se manifestaba en la proliferación de las llamadas “plagas”, producto de la alta incidencia de enfermedades infecciosas, que afectaban principalmente a la población infantil. Como consecuencia, la mortalidad infantil alcanzaba niveles muy elevados, incluso entre los hijos de familias económicamente acomodadas o de la nobleza (11).

Un hito importante en esta etapa fue el descubrimiento de la primera vacuna contra la viruela, identificado casi por accidente por Edward Jenner en 1796. La viruela era una de las enfermedades más letales para los niños, por lo que el hallazgo de una vacuna tan eficaz permitió cambiar el paradigma del control de enfermedades, hasta entonces consideradas como “castigos divinos” o resultado de “ambientes miasmáticos”. Este descubrimiento coincidió con la profesionalización de los médicos dedicados al cuidado infantil: los pediatras, siendo esta una de las primeras especialidades médicas, lo que reflejaba una mayor valoración de la vida del niño (12).

En el contexto de la Revolución Industrial, a inicios del siglo XIX, se produjo, especialmente en Inglaterra y otros países europeos, un acelerado proceso de migración del área rural hacia las zonas urbanas. Mujeres y niños fueron incorporados masivamente a la fuerza laboral. En Inglaterra, país impulsor de los cambios tecnológicos y de la producción industrial de mercancías, el carbón se convirtió en el motor de la generación de energía, tanto para las máquinas industriales como para el transporte en trenes y barcos.

Los niños que anteriormente desempeñaban labores en el campo pasaron a formar parte de las masas desempleadas en las nacientes ciudades industriales, por lo que fueron absorbidos por el mercado laboral debido a las necesidades económicas de sus familias. Se les asignaron tareas particularmente peligrosas, como la extracción de carbón en las vetas más profundas —donde eran más susceptibles a explosiones— o la limpieza de chimeneas, cuyo tamaño reducido solo permitía el ingreso de menores. Este fenómeno, aunque en menor medida, también ocurrió en países como Francia, Alemania, los Países Bajos y Polonia.

La incorporación de los niños al trabajo peligroso fue duramente criticada y alcanzó una expresión simbólica de denuncia en la novela *Oliver Twist*, del autor inglés Charles Dickens, que sacudió a la sociedad victoriana. A partir de estas denuncias se empezó a repensar el rol de la infancia en la sociedad y la necesidad de establecer sistemas de protección. Progresivamente, los niños fueron incorporados a espacios institucionalizados de cuidado, especialmente al sistema escolar. También surgieron los primeros servicios sanitarios dedicados a la protección infantil, como el Servicio Inglés de *nurses*, mujeres que sustituían a las madres en la alimentación de los niños, ya que muchas de ellas debían reincorporarse inmediatamente después del parto al trabajo en fábricas, especialmente en la industria textil.

En este contexto, los aportes de Locke y Rousseau fueron profundizados por los pensadores del romanticismo europeo, lo cual se manifestó en las obras de literatos, artistas y filósofos que comprendieron la infancia como un “paraíso perdido” y como una forma de conocimiento inaccesible para los adultos (13).

Ya en la década de 1880, la balanza se había inclinado desde el predominio de la filantropía hacia una acción más decidida del Estado en la “salvación de la infancia”, especialmente frente a los riesgos del trabajo infantil, lo que condujo a su masiva escolarización. Para entonces, se había asentado la convicción de que “el modo de vivir la infancia era

crucial para determinar el tipo de adulto en que se convertiría cada niña y cada niño”. Estas percepciones se vieron fortalecidas por el desarrollo de nuevos conocimientos científicos, como la teoría de la evolución de Charles Darwin, la psicología educativa de Jean Piaget y el psicoanálisis de Sigmund Freud.

Este proceso adquirió mayor relevancia en el contexto de la Primera Guerra Mundial, debido a los efectos devastadores sobre la población civil, especialmente en la infancia. La creación de la Sociedad de Naciones al término de esta conflagración internacional sentó las bases para promover la universalización de la protección de la infancia y el desarrollo de los derechos humanos, con un enfoque específico en los derechos de los niños (14).

En el Perú, como país en vías de desarrollo, la percepción de la infancia estuvo inicialmente vinculada a una visión predominantemente rural. Recién a inicios del siglo XX, en el contexto de las políticas de modernización implementadas entre 1910 y 1930, se empezaron a adoptar estos nuevos paradigmas, lo que incluyó el desarrollo de programas de protección a la infancia desvalida —particularmente desde la Beneficencia Pública—, la creación de una institucionalidad pública en salud con acciones dirigidas a la infancia, y la expansión de la educación básica a nivel nacional.

II. DESARROLLO HUMANO Y LOS DERECHOS DEL NIÑO: LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989 marcó el punto culminante de un largo proceso de articulación y consolidación de los derechos de la infancia en la escena internacional, iniciado a comienzos del siglo XX.

Como se ha mencionado anteriormente, el final de la Primera Guerra Mundial representó un momento crucial en el que diversas organizaciones internacionales de reciente formación comenzaron a elaborar códigos de derechos humanos, como respuesta a las graves vulneraciones sufridas durante el conflicto. La Oficina Internacional del Trabajo, hoy conocida como Organización Internacional del Trabajo (OIT), dedicó sus primeros convenios a reivindicar los derechos de los niños trabajadores, estableciendo, por ejemplo, la prohibición del trabajo nocturno y una edad mínima para el empleo. Sin embargo, gran parte de la legislación de este período no diferenciaba de forma explícita entre los derechos de los adultos y los derechos de los niños (15).

La primera conceptualización formal de los derechos de la infancia fue establecida por Eglantyne Jebb, quien en 1919 fundó en Inglaterra la organización *Save the Children* y, al año siguiente, creó en Ginebra la *Unión Internacional Save the Children*, como un fondo de emergencia para atender a los niños que padecían las consecuencias de la Primera Guerra Mundial. Esta organización sostuvo que era imposible atender adecuadamente las múltiples necesidades de la infancia únicamente desde el sector privado, sin la participación activa de los Estados.

En ese contexto, la naciente Liga de las Naciones fue persuadida en 1924 para adoptar una declaración en favor de la infancia, inspirada en el trabajo de *Save the Children*. Esta declaración establecía cinco principios fundamentales: garantizar el acceso prioritario de los niños a los medios necesarios para su desarrollo material y espiritual; asistir a los niños hambrientos, discapacitados, enfermos, huérfanos o en conflicto con la ley; prestar ayuda prioritaria en tiempos de peligro; proteger a la infancia contra la explotación, y proporcionar una educación orientada a la vida social (16).

En 1946, la *Unión Internacional de Protección a la Infancia* (UIPI) instó a las Naciones Unidas a respaldar la Declaración de Ginebra. No obstante, en ese momento, la ONU se encontraba centrada en la

elaboración de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, por lo que la UIPI asumió la tarea de redactar un nuevo documento más amplio sobre los derechos de la infancia (17).

Fue así como, el 20 de noviembre de 1959, la ONU adoptó su propia *Declaración de los Derechos del Niño*, lo que representó un importante avance en la promoción de estos derechos. Esta declaración ponía énfasis en el bienestar emocional de los niños y afirmaba, entre otros puntos, el derecho de que “los niños y niñas reciban socorro con carácter prioritario frente a situaciones de emergencia” (18).

Durante las décadas de 1960 y 1970, las principales iniciativas en favor de los derechos de la infancia fueron impulsadas por organizaciones no gubernamentales (ONG). Estas promovieron que las Naciones Unidas declararan 1979 como el *Año Internacional del Niño*, con el objetivo de visibilizar los problemas que afectaban a la infancia. Ese mismo año, el gobierno de Polonia presentó ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU un borrador de una Convención sobre los Derechos del Niño. La Comisión designó un grupo de trabajo para revisar el documento, tarea que tomó una década debido a la complejidad de los temas abordados, especialmente aquellos relativos a la disciplina infantil, que muchos consideraban una cuestión exclusiva del ámbito familiar y no del Estado (19).

Tras diez años de deliberaciones, la *Convención sobre los Derechos del Niño* fue finalmente adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, exactamente treinta años después de la aprobación de la Declaración de 1959. Su validez se consolidó en enero de 1990, cuando fue puesta a disposición de los Estados miembros para su firma. En ese momento, 61 países la firmaron, y rápidamente fue ratificada por el número mínimo requerido de 20 Estados, entrando en vigor en septiembre de ese mismo año. La *Cumbre Mundial a favor de la Infancia*, celebrada en la sede de Naciones Unidas en 1990, otorgó mayor impulso a la Convención, al aprobarse el *Plan de Acción para la*

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990. En dicha reunión, los 71 jefes de Estado y de gobierno presentes exhortaron a todos los países a ratificar y aplicar la Convención “a la mayor brevedad” (20).

En el año 2000, la Asamblea General de la ONU adoptó dos Protocolos Facultativos de la Convención: uno sobre la participación de niños en conflictos armados, y otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

Posteriormente, en 2002, los líderes mundiales reafirmaron su compromiso con la infancia durante la *Sesión Especial sobre los Derechos del Niño*, donde se adoptó el pacto *Un mundo apropiado para los niños*. En este documento se exhorta a los gobiernos a completar el programa y las metas planteadas en la Cumbre Mundial de 1990, a respetar las normas de la Convención y a alcanzar los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, en especial los establecidos en la *Declaración del Milenio* de Naciones Unidas, adoptada ese mismo año.

LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CONVENCIÓN

Mientras que la Declaración de Ginebra de 1924 y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 expresaban las aspiraciones de la comunidad internacional respecto a los derechos de la infancia, la Convención de 1989 y sus Protocolos Facultativos constituyen instrumentos jurídicos vinculantes. Esto significa que los Estados que los ratifican asumen el compromiso de cumplir con sus disposiciones. Asimismo, deben presentar informes periódicos ante el Comité de los Derechos del Niño —compuesto por 18 expertos independientes— sobre los avances, desafíos y dificultades en la implementación de la Convención en sus respectivos países.

Los cuatro principios fundamentales que sustentan los 54 artículos de la Convención son:

- No discriminación o universalidad de los derechos del niño (Artículo 2)
- El interés superior del niño como prioridad (Artículo 3)
- El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (Artículo 6)
- El respeto por las opiniones del niño y su derecho a participar (Artículo 12)

El Artículo 6 declara que todo niño tiene un derecho intrínseco a la vida y que los Estados deben garantizar su supervivencia y desarrollo. Este derecho está íntimamente relacionado con el acceso a servicios de salud, a una nutrición adecuada, a condiciones de vida dignas y a la atención integral desde la primera infancia.

Entre las medidas impulsadas por las agencias de Naciones Unidas, en línea con estos derechos, destacan: el monitoreo del crecimiento infantil, la terapia de rehidratación oral (para prevenir muertes por diarrea), la inmunización, el fomento de la lactancia materna, la prevención de enfermedades prevalentes en la infancia, la alfabetización de las madres y el acceso a servicios de salud de calidad.

Este enfoque se basa en una atención primaria integral, que evidencia la interrelación entre salud, nutrición, acceso al agua potable, saneamiento e higiene, fortalecimiento del sistema de salud y alianzas comunitarias.

De igual modo, la educación en la primera infancia se ha consolidado como piedra angular del desarrollo, aportando beneficios duraderos a niños, familias y sociedades (21).

LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO EN EL PERÚ

El Perú suscribió la Convención de los Derechos del Niño el 26 de enero de 1990. El Congreso de la República la aprobó el 3 de agosto del mismo año y el Presidente de la República la ratificó el 14 de agosto, convirtiéndose así en ley del Estado y de cumplimiento obligatorio. Como consecuencia, el 9 de septiembre, el Ministerio de Justicia aprobó la resolución que constituyó la comisión encargada de elaborar el *Código del Niño y del Adolescente*.

El 24 de diciembre de 1992, mediante Decreto Ley N.º 26102, se promulgó el Código del Niño y del Adolescente, publicado el 29 de diciembre y en vigencia desde el 28 de junio de 1993. Posteriormente, el 2 de agosto del 2000 se promulgó una nueva versión del Código, incorporando reformas legislativas y modificaciones acumuladas entre 1993 y 2000.

Este Código, con rango de ley nacional, recoge todos los derechos y deberes de los niños, niñas y adolescentes, en consonancia con la Convención. Además, establece el Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente, regula instituciones de apoyo familiar a cargo del Estado y propone una administración de justicia especializada.

El Código define como *niño o niña* a toda persona desde la concepción hasta los 12 años, y como *adolescente*, a quienes tienen entre 12 y 18 años. El Código nacional, cuenta con un título preliminar, cuatro títulos con contenidos específicos relacionados a: Derechos y libertades de los niños y adolescentes; la implementación de un Sistema de Atención Integral al Niño y Adolescentes y la Administración de justicia especializada para el niño y el adolescente. Finalmente cuenta con un título relacionado a disposiciones transitorias. (22)

Incluye un total de 252 artículos. Entre los más relevantes para el desarrollo humano infantil y la atención integral en salud se encuentran:

- Artículo 1: Derecho a la vida e integridad del niño
- Artículo 2: Obligación del Estado de proteger desde la concepción
- Artículo 3: Derecho a vivir en un ambiente sano
- Artículo 4: Protección de la integridad personal
- Artículo 8: Derecho a vivir en familia
- Artículo 21: Derecho a la atención integral en salud

POLÍTICAS PÚBLICAS EN FAVOR DE LA INFANCIA EN EL PERÚ

En el marco de la implementación de la Convención y del Código Nacional del Niño y del Adolescente, así como de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (ONU, 1990), el Perú elaboró el Plan Nacional de Acción por la Infancia 1996–2000, denominado “*La Niñez Primero*”.

Este plan fue sucedido por el Plan Nacional por la Infancia y Adolescencia 2002–2010, llamado “*Por un país de oportunidades para las niñas, niños y adolescentes*”. Ambos fueron elaborados por comisiones multisectoriales lideradas por el Ministerio de la Mujer y Promoción del Desarrollo Humano (PROMUDEH) e incluyeron la participación de la sociedad civil. El plan 1996–2000 incluyó metas sobre:

- Supervivencia infantil y materna
- Reducción de la desnutrición crónica
- Universalización de la educación inicial

El plan 2002–2010 planteó metas más amplias, incluyendo cuatro objetivos estratégicos. El primero fue: “*Asegurar una vida sana para los niños y niñas de 0 a 5 años*”, cuyos resultados esperados incluían:

- Condiciones para maternidad y nacimientos saludables
- Derecho al nombre
- Acceso a lactancia materna y alimentación complementaria óptima
- Prevención e intervención oportuna ante necesidades especiales
- Garantía del derecho a la vida y mejora del estado nutricional
- Desarrollo integral desde la primera infancia

LA INFANCIA Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO GLOBAL

En el año 2000, la *Sesión Especial de Naciones Unidas* denominada “Cumbre del Milenio” estableció los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con metas globales a ser alcanzadas al año 2015, tomando como base el estado de situación en 1990. Entre ellos, tres de estos objetivos estuvieron relacionados con la salud: el objetivo cuatro planteó reducir la mortalidad en menores de cinco años en dos tercios; el objetivo cinco propuso reducir la mortalidad materna en tres cuartos y el objetivo 6, planteó combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (23).

El Perú adoptó estos objetivos como parte de su política pública mediante el Acuerdo Nacional (2001) y el establecimiento, por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), de Programas Presupuestales Estratégicos que garantizaron el financiamiento de intervenciones clave.

Se lograron importantes avances:

- Cumplimiento del objetivo de reducir la mortalidad infantil
- Reducción significativa de la desnutrición crónica
- Avances sustantivos en la lucha contra el VIH/SIDA
- Proximidad a la meta de reducción de la mortalidad materna

AGENDA 2030 Y LA INFANCIA

El 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó por unanimidad la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción en favor de las personas, el planeta, la prosperidad y la paz universal (24) que contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas, a ser alcanzadas para el año 2030. Entre los más directamente vinculados al desarrollo humano figuran:

- ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición
- ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades

Los demás ODS están estrechamente relacionados con las determinantes sociales del desarrollo humano, incluyendo:

- Reducción de la pobreza
- Educación de calidad
- Igualdad de género
- Preservación del medio ambiente
- Paz y justicia
- Reducción de las desigualdades

Sin embargo, a pocos años del plazo previsto para su cumplimiento, los objetivos enfrentan desafíos significativos debido a múltiples factores: la crisis económica global, crisis humanitarias, migraciones forzadas, conflictos armados, deterioro ambiental y amenazas a la gobernabilidad y la democracia (25).

III. LA EXPERIENCIA PERUANA EN LA REALIZACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y EL DESARROLLO HUMANO: LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

En septiembre de 1978, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Almatý, capital de la entonces república soviética de Kazajistán. Esta conferencia fue la cumbre de salud más importante hasta ese momento, con la participación de representantes de 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales y de las Naciones Unidas.

La Declaración de Alma-Ata introdujo conceptos y paradigmas revolucionarios en materia de salud y desarrollo, los cuales, hasta hoy, son considerados referentes fundamentales para garantizar el acceso equitativo a la salud en todo el mundo. Uno de sus aportes más destacados fue la incorporación del concepto de *“uso de tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, al alcance de individuos, familias y comunidades”*, lo que tuvo un impacto decisivo en el diseño de programas e intervenciones sanitarias en las décadas siguientes (26).

La Declaración propuso incluir, como mínimo en la Atención Primaria de Salud, las siguientes intervenciones:

- Educación en salud, alimentación y nutrición
- Acceso a agua segura y saneamiento básico
- Atención materno-infantil
- Vacunación contra enfermedades comunes de la infancia
- Tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones frecuentes
- Prevención y control de enfermedades endémicas
- Suministro de medicamentos esenciales

A pesar de los ambiciosos objetivos que esta estrategia pretendía alcanzar con un enfoque inclusivo y participativo, el balance a más de 45 años de su adopción muestra grandes brechas. La propia OMS reconoció que no se logró el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”. Sin embargo, dentro de un contexto de logros limitados, se destacan avances significativos en salud materno-infantil. Este apartado busca identificar y describir los procesos que, tanto a nivel global como en el Perú, contribuyeron al diseño de intervenciones y programas que explican la notable reducción de la mortalidad materna e infantil (27).

Al comenzar la década de 1980, la salud infantil seguía siendo una “emergencia silenciosa”: cada año, más de 15 millones de niños menores de cinco años morían en el mundo.

En respuesta a esta crisis, y en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud, **UNICEF**, bajo el liderazgo de James Grant, impulsó acciones concretas para reducir la alarmante mortalidad infantil. Se basó en la propuesta de Julia Walsh y Kenneth Warren, quienes publicaron el estudio *Atención Primaria Selectiva de la Salud: una estrategia para el control de enfermedades en países en desarrollo* (28).

Este documento identificó las principales causas de muerte infantil y propuso un conjunto de intervenciones sencillas, de bajo costo y alto impacto, que podrían ser implementadas por las propias comunidades. Las más destacadas fueron:

- Inmunización contra sarampión, difteria, tétanos y poliomielitis
- Terapia de Rehidratación Oral para prevenir muertes por enfermedades diarreicas
- Tratamiento simplificado de neumonías causadas por infecciones respiratorias agudas
- Prevención de la malaria en zonas endémicas

La estrategia fue denominada “Atención Primaria Selectiva”. Aunque inicialmente concebida como paso preliminar a una atención primaria más amplia, su éxito inmediato, y la falta de iniciativas más integrales, la consolidaron como modelo predominante.

En 1982, UNICEF publicó *El Estado Mundial de la Infancia*, que promovió una “Revolución por la Supervivencia Infantil” basada en cuatro intervenciones costo-efectivas y de alto impacto:

1. Terapia de Rehidratación Oral
2. Vacunación contra seis enfermedades
3. Promoción de la lactancia materna
4. Control del crecimiento infantil mediante el uso del carné de crecimiento y desarrollo

Esta estrategia fue conocida como **GObi**, acrónimo derivado de las iniciales en inglés de las cuatro intervenciones mencionadas (29).

Más adelante se añadieron tres acciones complementarias:

- Asistencia alimentaria y mejor alimentación complementaria
- Espaciamiento entre embarazos
- Alfabetización de la mujer

Sin embargo, estas últimas no alcanzaron el mismo nivel de cobertura ni efectividad que las intervenciones iniciales. A pesar de estas limitaciones, la estrategia tuvo impacto global y regional significativo, especialmente en América Latina y en el Perú. Entre 1980 y 1990, la tasa de mortalidad infantil mundial pasó de 115 a 93 por cada mil nacidos vivos, lo que representa una reducción del 19% en diez años (30).

El éxito obtenido llevó a que muchos sistemas de salud se organizaran en torno a estas intervenciones a través de programas verticales, como los de inmunización, control de diarrea, infecciones respiratorias y planificación familiar.

En 1990, bajo el liderazgo del entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Javier Pérez de Cuéllar, y con el respaldo de varios presidentes, se celebró la Cumbre Mundial por la Infancia, que adoptó la *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de la Infancia*. Esta declaración comprometió a los Estados a reducir significativamente la mortalidad infantil mediante las estrategias de la Revolución por la Supervivencia Infantil, e incluyó por primera vez metas relacionadas con la reducción de la mortalidad materna, la desnutrición infantil, y el acceso al agua potable y saneamiento básico (31).

La Cumbre fue precursora de la Cumbre del Milenio celebrada en septiembre del año 2000 en la sede de las Naciones Unidas, en la que 189 países se comprometieron con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre ellos dos relacionados directamente con la salud materno-infantil:

- **ODM 4:** Reducir en dos tercios la mortalidad infantil respecto a los niveles de 1990
- **ODM 5:** Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna (32)

Sin embargo, con el tiempo, la Atención Primaria Selectiva mostró limitaciones importantes. Su enfoque vertical y fragmentado llevó a duplicidades, omisiones y una atención desarticulada, sin una visión integral del sistema de salud.

En respuesta, desde mediados de los años noventa, la OMS y UNICEF impulsaron una nueva estrategia conocida como Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que buscaba superar esas deficiencias mediante un enfoque más holístico e integral, centrado en el niño y no solo en la enfermedad.

La magnitud y las causas de la mortalidad infantil en el mundo

A inicios de la década de 1980, el número de defunciones en menores de cinco años se estimaba en 15 millones anuales a nivel global. Cerca de dos tercios de estas muertes eran atribuibles a cuatro causas principales: enfermedades diarreicas, sarampión, tétanos neonatal e infecciones respiratorias agudas. Lo más preocupante era que la mayoría de estas muertes podían prevenirse mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, como la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), el diagnóstico y tratamiento precoz de infecciones respiratorias agudas, y las inmunizaciones (33).

Las enfermedades diarreicas representaban alrededor del 28% de estas defunciones, lo que equivalía a aproximadamente cuatro millones de muertes anuales. A principios de los años 80, muchos niños que padecían diarrea aguda fallecían como consecuencia de la deshidratación severa, producto de la pérdida de líquidos y electrolitos. La atención hospitalaria era limitada, y la terapia endovenosa era compleja, costosa e ineficaz en muchos casos.

La introducción de la Terapia de Rehidratación Oral, basada en la administración de sales de rehidratación, el reconocimiento temprano de signos de alarma, y la alimentación continua del niño durante la enfermedad, significó una verdadera revolución. Estas medidas fueron diseñadas para ser aplicadas en el primer nivel de atención de salud y, lo más importante, involucrando activamente a los (padres, madres y) cuidadores. Para 1988, se estimaba que el 38% de los casos de diarrea en niños menores de cinco años recibían TRO, lo que permitió evitar la muerte de aproximadamente un millón de niños al año.

En cuanto a las enfermedades prevenibles por vacunación, el sarampión representaba el 11% de las muertes infantiles, con 1.5 millones de defunciones anuales estimadas. La tos ferina causaba el 4% de las muertes, es decir, alrededor de 500 mil al año, y el tétanos neonatal provocaba un 6%, con cerca de 800 mil fallecimientos anuales. A inicios de los 80, solo el 10% de los niños en países en desarrollo estaban inmunizados contra estas enfermedades. Gracias al impulso global hacia la vacunación universal para el año 1990, se logró que el 70% de los niños del mundo completaran su esquema de vacunación, lo que facilitó el posterior control del sarampión, poliomielitis, rubéola y tétanos neonatal.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) —excluyendo las asociadas al sarampión y la tos ferina— representaban el 15% de las muertes infantiles, es decir, alrededor de 2.2 millones de defunciones. En ese entonces, el tratamiento se limitaba a terapias hospitalarias de difícil acceso. La introducción de protocolos simplificados para el diagnóstico precoz y tratamiento ambulatorio con antibióticos orales de bajo costo permitió una reducción significativa de las muertes por neumonía.

La lactancia materna también había sufrido un fuerte descenso: solo el 20% de los niños de cuatro meses recibían lactancia materna exclusiva a inicios de los 80. En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, en respuesta a la promoción indebida de fórmulas infantiles. Esta medida, junto con la implementación en los años 90 de la iniciativa “Hospitales Amigos de la Madre y el Niño” —basada en los 10 pasos para promover la lactancia—, permitió recuperar esta práctica esencial para la salud y el desarrollo infantil.

Gracias a estas y otras intervenciones impulsadas en el marco de la Atención Primaria de la Salud, se logró reducir la mortalidad en menores de cinco años de 15 millones en 1980 a 5 millones en 2015, lo que representa una disminución del 65% en 35 años.

Asimismo, la tasa global de mortalidad infantil (muertes por cada mil nacidos vivos) pasó de 117 en 1980 a 43 en 2015, una reducción del 60% en ese mismo período.

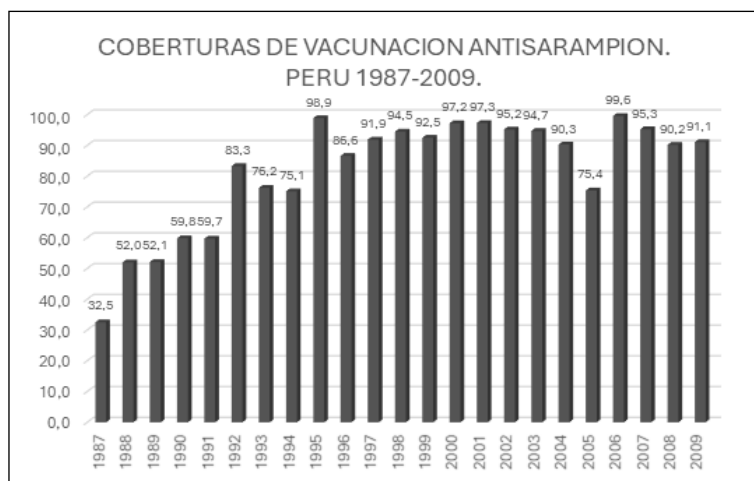
La Atención Primaria Selectiva en el Perú

En el Perú, la aplicación de la Atención Primaria Selectiva comenzó a desarrollarse desde inicios de los años 80, integrando progresivamente las intervenciones claves promovidas por la OMS y UNICEF.

En 1978, se creó el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que permitió un aumento significativo en las coberturas vacunales. A partir del impulso dado por la Atención Primaria, la vacunación contra el sarampión pasó de un 32.5% en 1987 a un 98% en 1995. Gracias a este esfuerzo sostenido, a inicios de los años 2000 se declaró el control del sarampión en el país.

Similares logros se registraron en otras vacunas del esquema regular. La poliomielitis fue declarada eliminada en 1991, el último caso de tétanos neonatal se reportó en 1997, y en 2006 se logró eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

Estos avances no solo reflejan el compromiso institucional y político del Estado peruano, sino también la eficacia de una estrategia que priorizó intervenciones costo-efectivas, con participación comunitaria, y enfocadas en los determinantes sociales de la salud.



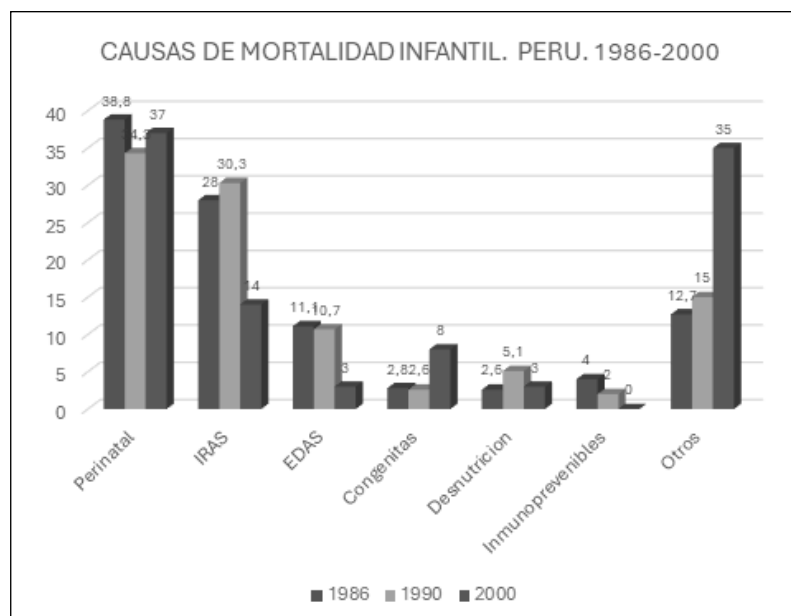
Fuente: Ministerio de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

En 1980, bajo el liderazgo del entonces ministro de Salud, Dr. Uriel García Cáceres, se implementó en el país el Programa de Rehidratación Oral para el control de las enfermedades diarreicas. Este programa tuvo un notable éxito en la promoción y uso de las denominadas “bolsitas salvadoras”, que contenían sales de rehidratación oral de fácil preparación y administración.

En 1985, durante la gestión del Dr. Hipólito Cruz, se creó el Programa de Control de Diarreas, que permitió un importante incremento en el uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) en los establecimientos de salud, logrando así una reducción significativa de la mortalidad por esta causa. Esta intervención fue clave para enfrentar con eficacia la epidemia del cólera que afectó al Perú en 1991, lo que se reflejó en una muy baja letalidad, a pesar de que, solo en el primer año de la epidemia, se estima que se produjeron 500,000 casos del cólera.

En 1986, se puso en marcha el Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), con el objetivo de reducir las muertes por neumonía, sobre todo en zonas rurales y con escaso acceso a servicios de salud para la atención infantil. Según datos basados en registros de

defunción, en el Perú, la proporción de muertes infantiles causadas por infecciones respiratorias agudas se redujo de 28% en 1986 a 14% en el año 2000. En el caso de las enfermedades diarreicas, la proporción descendió de 11.1% a 3% en el mismo periodo.



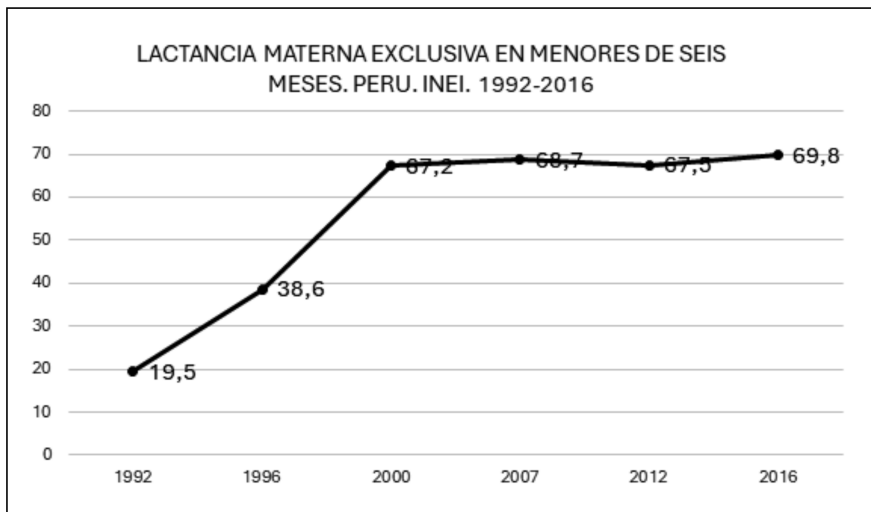
Fuente: Dirección de Estadística e Informática del Ministerio de Salud. Reporte de certificados de defunción.

Otra de las intervenciones que tuvo un notable éxito en el Perú fue la promoción y protección de la lactancia materna. En 1981, el país promulgó el Reglamento de Alimentación Infantil, convirtiéndose en el primer país de las Américas en poner en vigencia el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud el año anterior. Durante la década de los noventa, el Ministerio de Salud logró certificar a 99 establecimientos públicos de salud como “Amigos de la Madre y el Niño”. (34)

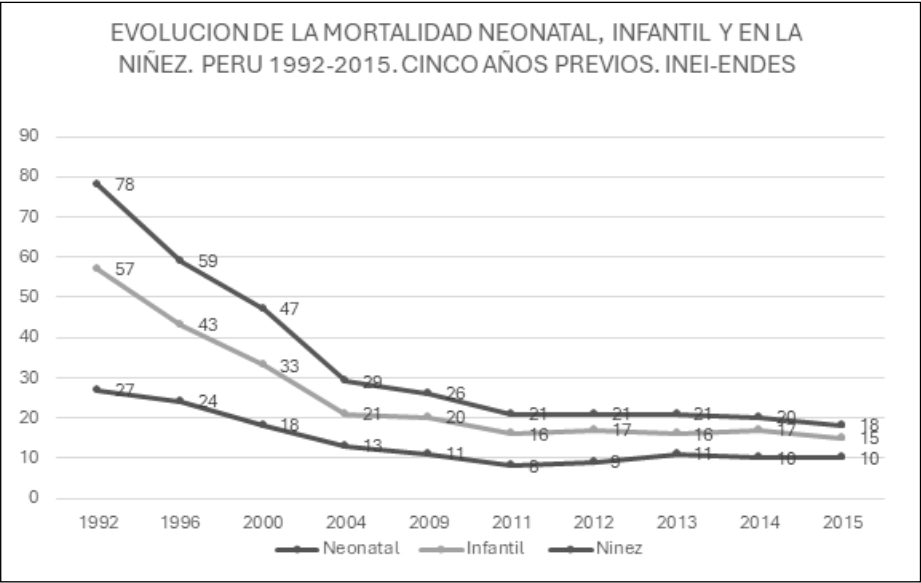
Gracias a estas acciones, se consiguió un incremento significativo en la práctica de la lactancia materna exclusiva, especialmente en niños y niñas menores de seis meses de edad.

Como resultado del éxito en la implementación de las intervenciones mencionadas, el Perú logró avances notables en la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez. Entre 1992 y 2015, la mortalidad infantil (menores de un año) se redujo de una tasa de 57 defunciones por cada mil nacidos vivos a 15 por mil. El país alcanzó el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (ODM4), que planteaba reducir en dos tercios la mortalidad infantil para el año 2015, ya en 2011. En cuanto a la mortalidad en la niñez (menores de cinco años), la tasa registrada en 1992 era de 78 por mil, y se redujo a 18 por mil en 2015. (35)

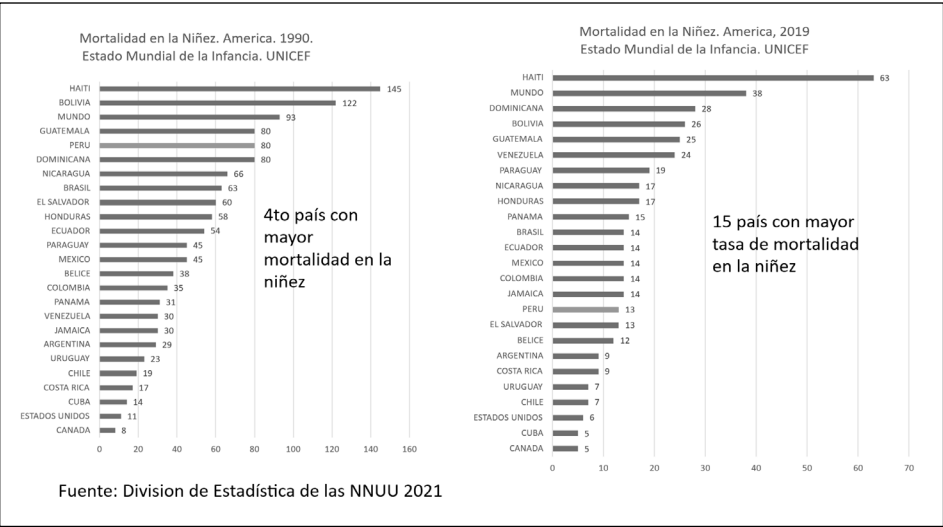
A partir de estas tasas, se estima que, a inicios de los años 90, el Perú registraba unas 34,200 defunciones infantiles anuales. En comparación, las estimaciones para el año 2020 indican 5,000 defunciones, lo que implica que se evitaron aproximadamente 29,200 muertes ese año en relación con los niveles de 1990.



Fuente: INEI. Encuestas Demográficas de Salud Familiar; y Encuesta Nacional de Hogares



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuestas Demográfica de Salud Familiar (ENDES).



Fuente: UNICEF Nueva York. Publicación: Una Promesa Renovada. 2022

IV. EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA NIÑEZ: SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO HUMANO

En diversas oportunidades hemos escuchado afirmaciones como: “lo que hoy son tus niños, será el país en el futuro” o “la niñez no representa solo el futuro, sino el presente de una sociedad”.

Estas afirmaciones tienen sustento en el hecho de que, en el contexto del desarrollo humano, particularmente en sus diversas dimensiones — cognitiva, social, emocional, física, entre otras—, lo que ocurra durante la niñez marcará las potencialidades de la persona, tanto en lo individual como en lo colectivo, a lo largo de toda su vida.

Como se mencionó anteriormente, la niñez se define como la etapa del desarrollo humano que va desde la gestación hasta la adolescencia. En este periodo de la vida se producen los mayores y más acelerados cambios en su constitución, desde el punto de vista biológico, cognitivo, sensorial y social.

Durante las últimas décadas, el desarrollo de disciplinas como la psicología, pedagogía, economía del desarrollo, medicina y, en particular, la neurociencia, ha aportado evidencias claras sobre el complejo proceso de transformaciones que ocurren durante la niñez.

Estas están mediadas tanto por factores genéticos como por las condiciones del entorno en que transcurre la vida del niño. Esto ha motivado la implementación de programas sociales que buscan garantizar condiciones básicas de vida: acceso a recursos materiales, servicios de salud, cuidado y estimulación en contextos institucionales, comunitarios y familiares. Todo ello impacta directamente en la preservación y fortalecimiento de las competencias que el ser humano trae potencialmente desde su nacimiento, con efectos sobre su educación, salud, empleabilidad y comportamiento social, reflejándose en el desarrollo de la sociedad.

Durante la niñez se reconocen diversas etapas, cada una con características particulares en términos de crecimiento y desarrollo. Esta subdivisión permite un mejor estudio y facilita la definición de las intervenciones necesarias en cada etapa. En los últimos años se ha incorporado el periodo prenatal como etapa clave, debido a la evidencia de su importancia crítica en el crecimiento y desarrollo posterior. En general, se identifican las siguientes etapas:

- **Prenatal** (de la concepción al nacimiento)
- **Lactancia e infancia inicial** (del nacimiento a los 3 años)
- **Niñez temprana** (de los 3 a los 6 años)
- **Niñez media** (de los 6 a los 11 años)
- **Adolescencia** (de los 11 a los 18 años)

Cada una tiene una importancia particular, y en todas es fundamental proteger y promover el crecimiento y desarrollo del individuo. Sin embargo, algunas son consideradas críticas, pues sientan las bases para las etapas posteriores.

A nivel global, se viene promoviendo la protección y el cuidado de los niños durante los “1000 primeros días de vida”, que comprenden el embarazo y los dos primeros años de vida. Este enfoque se fundamenta en que, durante ese período, se registran los niveles más altos de crecimiento y maduración del sistema nervioso central, a través de procesos como el rápido aumento de células neuronales, el desarrollo de redes sinápticas, la migración neuronal, la lateralización cerebral y la mielinización de axones y dendritas.

Las etapas del crecimiento y desarrollo infantil, si bien tienen un fundamento biológico, también han sido moldeadas culturalmente a lo largo de la historia. Un ejemplo es el enfoque preilustrado, que consideraba al niño como un “adulto pequeño”, debido al desconocimiento de las profundas transformaciones que ocurren en su organismo. Por otro lado,

la adolescencia surge como una construcción social con la modernidad. En las sociedades tradicionales, se adquiría la condición de adulto al desarrollarse los caracteres sexuales, como la menarquia en las niñas o la maduración genital en los varones.

Otro aspecto crítico es la interacción entre determinantes biológicos (como la herencia) y ambientales (como los cuidados de salud, nutrición, estimulación y protección), en contextos familiares, económicos, sociales, culturales y étnicos específicos. Los estudios demuestran que ambos tipos de determinantes influyen en el desarrollo infantil, dependiendo del momento en que afectan al niño, así como de la oportunidad e intensidad de las intervenciones dirigidas a prevenir o revertir posibles retrasos.

El crecimiento y desarrollo infantil no es un proceso lineal. Existen periodos críticos tanto para avanzar a una etapa superior como para evitar impactos negativos de factores biológicos o sociales. Por ejemplo, la embriogénesis puede verse afectada por el cuidado inadecuado del embarazo, uso de medicamentos, drogas o infecciones. Asimismo, la violencia física o psicológica en la niñez temprana, ejercida por padres o cuidadores, puede tener efectos nocivos sobre la salud mental del futuro adulto.

Aun así, es importante destacar la plasticidad cerebral en la infancia. Se ha demostrado que, frente a afectaciones no extremas, el niño puede recuperar su potencial de desarrollo si recibe intervenciones adecuadas. Sin embargo, las mayores afectaciones ocurren en contextos de pobreza, con limitado acceso a servicios de calidad. Por tanto, lo fundamental es prevenir los factores biológicos o sociales que afectan el desarrollo, especialmente en los periodos críticos. De no hacerlo, la familia o el Estado deberá invertir en intervenciones prolongadas y costosas, con resultados a veces limitados.

Se han formulado diversas teorías sobre el crecimiento y desarrollo infantil. Una de las más reconocidas es la de Paul Baltes (36), que propone:

- El desarrollo ocurre durante toda la vida, incluyendo la vejez.
- Es multidimensional: las distintas áreas de desarrollo se interrelacionan.
- Es multidireccional: puede avanzar en diferentes direcciones, no siempre compatibles.
- Las influencias biológicas y culturales varían según la etapa de vida.
- Es un proceso plástico, con capacidad de adaptarse o recuperarse.
- Está condicionado por el contexto histórico y cultural.

A continuación, se abordarán las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo en la niñez, con énfasis en el desarrollo del sistema nervioso central, las principales determinantes que pueden afectarlo y las intervenciones clave para prevenir o revertir problemas durante este proceso, especialmente durante el embarazo y la niñez temprana.

Etapas Prenatal

Se inicia con el proceso de la fecundación y concluye con el nacimiento. Se ha subdividido en tres periodos:

Periodo germinal: Corresponde a las dos primeras semanas de vida intrauterina, durante las cuales se forman las tres capas germinativas: el ectodermo (origen de la piel y del sistema nervioso central y periférico), el mesodermo (origen de vísceras, músculos y huesos) y el endodermo (origen de las glándulas endocrinas).

Periodo embrionario: Se desarrolla entre la segunda y la décima semana de vida intrauterina. En este periodo se forman los aproximadamente 200 tipos de tejidos a partir de los cuales se constituyen

los órganos y sistemas corporales. Es una etapa crítica para la formación del sistema nervioso central, el aparato respiratorio y el cardiovascular.

La mayor parte de los abortos espontáneos ocurre durante este periodo, generalmente asociados a malformaciones incompatibles con la vida. El embrión es altamente sensible a los efectos de medicamentos, drogas e infecciones maternas.

Periodo fetal: Se extiende desde la décima semana hasta la semana 40 de gestación. Es una etapa de intenso proceso de formación y maduración de los órganos y sistemas del organismo humano. La maduración se desarrolla intensamente hasta la vigésima semana (hiperplasia celular), seguida por una fase de crecimiento celular (hipertrofia), que da lugar a un acelerado aumento del peso fetal, particularmente durante el tercer trimestre del embarazo. (37)

Los estudios de neurociencia han demostrado que, hasta la semana 20 de gestación, se han producido casi todas las neuronas que el ser humano tendrá a lo largo de su vida, aproximadamente 100 mil millones (a una tasa de 250,000 neuronas por minuto). A partir de allí, comienza el proceso de conexión neuronal o sinaptogénesis. Al momento del nacimiento, el recién nacido ha conectado solo el 5% de sus neuronas, lo que le permite desarrollar las funciones básicas para la supervivencia, como la respiración, el funcionamiento autónomo del sistema cardiovascular, los reflejos de succión y la regulación de la temperatura corporal, todo ello bajo la protección que proporciona la placenta materna.

Durante esta etapa, el feto se prepara para iniciar una vida independiente, lo cual se manifiesta en los movimientos que realiza dentro del útero, la deglución de líquido amniótico, la succión del dedo en preparación para la lactancia, y la micción, que forma parte del proceso de maduración renal y contribuye a la producción del líquido amniótico.

Los principales determinantes que pueden afectar el crecimiento y desarrollo fetal están relacionados con las condiciones de salud de la madre, especialmente su nutrición. Tanto el déficit como el exceso en la ingesta calórica, así como la calidad de la alimentación materna, influyen directamente en el crecimiento fetal. Asimismo, enfermedades como la hipertensión arterial (toxemia del embarazo), la diabetes gestacional y diversas infecciones maternas (como infecciones urinarias, toxoplasmosis, sífilis, VIH/SIDA, entre otras) pueden provocar nacimientos prematuros o infecciones transmitidas al feto durante el embarazo o el parto.

La intervención más importante en esta etapa es garantizar el acceso de las madres a un cuidado prenatal de calidad. Este debe permitir la identificación oportuna de factores de riesgo maternos, el diagnóstico y tratamiento de infecciones, el monitoreo del peso materno y fetal, una adecuada consejería nutricional, así como la provisión de suplementos esenciales como el hierro y el ácido fólico. Estas acciones previenen la anemia materna y fetal, así como defectos congénitos como la espina bífida.

Lactancia e infancia precoz

Esta etapa se inicia con el parto, uno de los momentos más críticos del desarrollo humano. Si bien la mayoría de los partos se producen de manera natural —gracias a que el cuerpo de la madre, especialmente la pelvis, está adaptado para permitir el paso del bebé por el canal del parto—, se estima que aproximadamente el 15 % de los nacimientos pueden presentar complicaciones, generando riesgos de mortalidad o morbilidad con secuelas tanto para la madre como para el recién nacido (38).

Las complicaciones más importantes son las hemorragias maternas, la toxemia del embarazo y el parto obstruido. Para prevenirlas, es esencial que la gestante acceda a servicios de salud de calidad (maternidades) que garanticen un parto seguro. Actualmente, se registran en el mundo alrededor de 350,000 muertes maternas, la mayoría de ellas ocurridas durante el parto. Asimismo, se presentan complicaciones en el recién nacido, siendo la más frecuente la asfixia intraparto, que puede provocar daño neurológico (parálisis cerebral), una secuela invalidante que afecta sus capacidades motoras y cognitivas de por vida.

El recién nacido llega al mundo con algunas funciones básicas ya establecidas, producto de la maduración de ciertos órganos durante la gestación, que le permiten un funcionamiento autónomo del aparato cardiocirculatorio. Para ello, debe iniciar su vida con una respiración intensa que expanda los pulmones, hasta entonces colapsados, y active el proceso respiratorio autónomo. Este proceso debe completarse en los primeros tres minutos de vida; de lo contrario, pueden producirse las secuelas mencionadas anteriormente.

Para evitar dichas complicaciones, es crucial brindar atención inmediata al recién nacido, especialmente si presenta signos de depresión respiratoria, lo que podría llevarlo a una asfixia con consecuencias letales o discapacitantes. En los últimos años, se ha reforzado el concepto de “ayudar a respirar al bebé”, en contraste con el antiguo enfoque de “reanimación cardiopulmonar”.

La mayoría de los recién nacidos deprimidos solo requieren estimulación táctil para iniciar la respiración autónoma; únicamente el 10 % necesita intervención cardíaca. Se han desarrollado técnicas específicas que simplifican la atención inmediata, contribuyendo así a prevenir las secuelas mencionadas.

La atención inmediata del recién nacido incluye el secado y abrigo, para evitar la hipotermia, especialmente en ambientes fríos. También se recomienda el contacto precoz con la madre (piel con piel), con el fin de promover el apego materno y facilitar la colonización del recién nacido con bacterias beneficiosas de la madre, evitando así la colonización por gérmenes hospitalarios.

Este enfoque está relacionado con la teoría del bioma humano. Asimismo, se debe realizar el corte tardío del cordón umbilical, lo que permite la transfusión de aproximadamente 100 cc de sangre fetal desde la placenta, contribuyendo a prevenir la anemia y algunos trastornos respiratorios en los primeros meses de vida. Además, se debe fomentar la lactancia materna precoz, evitando que el recién nacido reciba cualquier otro alimento o líquido antes de ser colocado al pecho, lo cual ocurre de forma espontánea mediante el mecanismo del arrastre durante el contacto piel a piel.

Aunque la leche materna se produce en pequeñas cantidades al inicio, esta primera leche —denominada calostro— contiene inmunoglobulinas y células defensivas que proporcionan al recién nacido una memoria inmunológica frente a los patógenos a los que ha estado expuesta la madre, convirtiéndose en la “primera vacuna” del niño.

Si bien la cesárea es un procedimiento médico que, en el último siglo, ha representado un gran avance para prevenir la muerte materna y neonatal, en las últimas décadas su frecuencia ha aumentado de manera desproporcionada, realizándose muchas veces sin justificación médica. En Perú, por ejemplo, el 37.8 % de los partos se produce por cesárea (Informe Principal. Encuesta Demográfica y de Salud, ENDES 2023. INEI-Perú).

Según las recomendaciones de la OMS, esta proporción no debería superar el 15 % del total de nacimientos. El exceso de cesáreas tiene efectos negativos tanto en la madre como en el recién nacido, afectando especialmente la precocidad y continuidad de la lactancia materna, y aumentando la incidencia de nacimientos prematuros.

En las últimas décadas, se ha observado un aumento en la frecuencia de recién nacidos prematuros, con bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional. Estos casos se agrupan bajo la categoría de Recién Nacidos Vulnerables. Actualmente, la mayor proporción de muertes infantiles (dos tercios) corresponde al período neonatal, particularmente entre los recién nacidos vulnerables. En los casos de prematuridad severa y extrema (definidos como aquellos nacidos con menos de 32 semanas de gestación), el riesgo de alteraciones en el neurodesarrollo y otras complicaciones —como afecciones respiratorias o malformaciones congénitas— se incrementa considerablemente. En respuesta a esta problemática, se vienen promoviendo diversas intervenciones de salud pública para reducir la creciente prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacer y bajo peso para la edad gestacional.

En el proceso de crecimiento y desarrollo, es importante considerar que incluso el recién nacido a término nace con varios órganos y sistemas aún inmaduros. Durante los primeros meses de vida, estos deben atravesar un acelerado proceso de adaptación. A esta condición se le denomina “prematurez ontogénica”.

Esta situación responde a la complejidad del desarrollo humano: el embarazo, que dura en promedio nueve meses, no alcanza para completar la maduración total, principalmente debido al gran volumen cerebral del recién nacido (aproximadamente 350 cc) en relación con la estrechez de la pelvis materna. La maduración de la mayoría de los órganos y sistemas se completa entre los 9 y 12 meses de vida extrauterina. Para entonces, el niño cuenta con un sistema inmunológico competente, un sistema nervioso central más desarrollado, y un aparato locomotor que le permite una mayor interacción con el entorno. A los seis meses de edad, el sistema digestivo ha alcanzado una madurez suficiente, especialmente en lo que respecta al peristaltismo intestinal y la producción enzimática, lo que permite el inicio de la alimentación complementaria.

Durante este periodo, la madre cumple un rol fundamental a través de la lactancia materna, que actúa como una “placenta externa”, completando el proceso de maduración. Por ello, se recomienda que el niño reciba lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que esta se continúe junto con la alimentación complementaria hasta, al menos, después del primer año de vida. La leche materna no solo proporciona beneficios nutricionales, sino que también protege al niño mediante factores inmunológicos y fortalece el vínculo afectivo madre-hijo a través del apego. Este apego es esencial para el desarrollo de la seguridad emocional y la autoconfianza psicosocial del niño, influyendo en su comportamiento futuro.

El crecimiento durante los primeros tres años de vida es acelerado, especialmente durante el primer año, cuando el niño aumenta aproximadamente 25 centímetros en talla (de 50 cm al nacer a 75 cm) y triplica su peso, pasando de un promedio de 3.3 kg a cerca de 10 kg.

El retraso en el crecimiento suele estar relacionado con una alimentación insuficiente en cantidad o calidad, así como con la presencia de enfermedades infecciosas frecuentes, como diarreas, infecciones respiratorias o enfermedades inmunoprevenibles. Por ello, es clave completar oportunamente el esquema de vacunación ofrecido por el Estado. El insuficiente crecimiento puede conducir a distintos grados de desnutrición, que comprometen el desarrollo integral del niño y afectan sus capacidades cognitivas, sensoriales e inmunológicas. El control periódico del crecimiento mediante la cartilla infantil, que contiene curvas estandarizadas de peso y talla por edad, es una herramienta esencial para identificar problemas de desarrollo a tiempo.

La calidad de la alimentación también es clave para prevenir deficiencias de micronutrientes, compuestos esenciales como vitaminas y minerales que, aunque requeridos en pequeñas cantidades, son fundamentales para el correcto funcionamiento de los órganos y sistemas. Entre las principales consecuencias de estas deficiencias se

encuentran: la anemia por falta de hierro; el bocio e hipotiroidismo, causados por el déficit de yodo (especialmente grave si ocurre durante la gestación, ya que puede afectar la maduración cerebral); la deficiencia de zinc, que compromete el crecimiento; y la de vitamina A, que debilita la inmunidad del niño.

Durante el segundo y tercer año de vida, el crecimiento continúa, aunque a menor velocidad. Entre el primer y segundo año, el niño incrementa su talla en un promedio de 12 centímetros, y entre el segundo y tercer año, hasta 7 centímetros. Aunque esta etapa sigue siendo vulnerable, el riesgo disminuye en comparación con el primer año. En general, puede afirmarse que el niño que supera el primer año de vida, salvo circunstancias excepcionales, tiene altas probabilidades de sobrevivir esta primera etapa de desarrollo.

Uno de los procesos más significativos en esta etapa es la maduración cerebral. Como se mencionó anteriormente, el niño nace con todas las neuronas que tendrá a lo largo de su vida, pero con solo el 5 % de ellas conectadas mediante sinapsis. Durante el primer año, ocurre la mayor cantidad de formación sináptica, con entre 300 mil y 500 mil millones de conexiones neuronales creadas entre los 6 y 12 meses de edad, principalmente como resultado de múltiples estímulos sensoriales, afectivos y motores.

La maduración del encéfalo implica varios procesos:

- Migración neuronal, hacia áreas especializadas del cerebro encargadas de funciones específicas.
- Crecimiento de los axones, que establecen conexiones sinápticas y permiten la integración funcional entre diferentes áreas cerebrales.
- Muerte neuronal o poda sináptica, que elimina las neuronas no estimuladas, estimándose que solo la mitad de las neuronas iniciales sobreviven.

- **Mielinización de los axones**, proceso mediante el cual se recubren de mielina (compuesta por fosfolípidos), lo que mejora la velocidad de transmisión neuronal. Este proceso comienza en esta etapa y se prolonga hasta la juventud.

Así como las experiencias positivas (estimulación) que rodean al niño contribuyen al proceso de maduración cerebral, también se han identificado situaciones tóxicas que pueden afectar dicho desarrollo. Entre las más significativas se encuentran la falta de apego, especialmente con la madre, el estrés materno y el maltrato que puede sufrir el niño.

Durante esta etapa del proceso de maduración cerebral, las principales áreas que se desarrollan son:

Área motriz: se produce una maduración muscular en sentido céfalo-caudal y próximo-distal, lo que posibilita el gateo y la locomoción del niño, permitiendo una mayor interacción con las personas y el entorno que lo rodea.

Desarrollo cognitivo: está relacionado con el área prefrontal del cerebro e involucra el desarrollo de la memoria y del lenguaje. Un desarrollo óptimo del lenguaje permitirá que, a los tres años, el niño alcance un buen nivel en la sintaxis y construcción gramatical.

El proceso de maduración cerebral también se manifiesta en el desarrollo psicosocial o de la personalidad, lo cual implica el desarrollo de las emociones y el temperamento, a partir de la maduración del sistema límbico y el crecimiento del hipocampo, estableciendo una interacción con el área frontal del cerebro.

Durante esta etapa, el rol de la madre es fundamental a través del apego, así como la participación del padre, que generalmente está más asociado a una construcción social en respuesta a los diversos entornos culturales. En diversos estudios se ha demostrado la importancia del apego en la generación de autoconfianza, factor determinante para el desarrollo de la personalidad en la adultez.

En esta etapa comienza a surgir el sentido del yo y el desarrollo de la autonomía y autodeterminación, procesos que deberían conducir al desarrollo de la autorregulación, origen de la conciencia y del sentido de obediencia.

En el mundo moderno, existe una marcada preocupación por el aumento en la proporción de madres y padres que trabajan fuera del hogar y dejan a sus hijos al cuidado de terceras personas, situación que en ciertas circunstancias puede ponerlos en condición de riesgo. A esto se suma el impacto trascendental del maltrato infantil sobre el desarrollo psicosocial de los niños.

Crecimiento y desarrollo en la infancia temprana

La infancia temprana corresponde a la etapa entre los 3 y 6 años. Durante este periodo, el niño crece a una velocidad menor que en los primeros tres años, con un promedio de cuatro centímetros y dos kilos anuales de incremento en peso. Es una etapa en la que el niño adquiere características morfológicas similares a las del adulto, gracias al crecimiento de sus extremidades, lo que favorece un mayor desarrollo de la motricidad gruesa. El niño camina con seguridad y corre, lo que facilita el desarrollo del juego en sus diversas formas (39).

Por otro lado, también se produce un proceso de maduración de la motricidad fina, lo que permite al niño desarrollar habilidades artísticas como dibujar y pintar, aunque con las limitaciones propias de su edad. Esto fortalece su desarrollo cognitivo y lo prepara para la pre-alfabetización.

Desde el punto de vista del desarrollo del sistema nervioso central, concluye el proceso de establecimiento de conexiones cerebrales, aunque continúa la mielinización, especialmente en áreas específicas del cerebro.

En esta etapa, el niño puede enfermar con menor frecuencia que en la etapa anterior, salvo que tenga alguna enfermedad preexistente. Son

comunes los episodios respiratorios, particularmente si el niño padece procesos alérgicos como el asma bronquial. En los últimos años, se ha observado un incremento del sobrepeso y la obesidad en esta etapa, debido al consumo de alimentos de baja calidad, ricos en azúcares y grasas saturadas. Este es un tema trascendental, pues la obesidad adquirida en esta etapa es más difícil de revertir en la adultez. Por ello, es importante desarrollar programas de promoción de hábitos saludables en el hogar y en centros de educación preescolar.

El proceso de maduración motora y la autoconfianza permiten que el niño controle esfínteres, logrando el control de la enuresis y el esfínter fecal, dejando atrás el uso de pañales.

En cuanto al desarrollo del sistema nervioso central, el cuerpo calloso incrementa su tamaño, facilitando una mayor integración de las funciones específicas de cada hemisferio cerebral. Asimismo, ocurre la lateralización cerebral, que define si el niño es zurdo o diestro. La maduración del área frontal posibilita el desarrollo preoperacional de las funciones simbólicas. El lenguaje se consolida y la sintaxis y la gramática se desarrollan, de modo que al final del periodo el niño domina entre 900 y 1000 palabras.

También desarrolla la comprensión de la permanencia de los objetos en el espacio y la causalidad de los hechos que afectan su vida cotidiana. Además, comienza a diferenciar entre fantasía y realidad, lo cual se manifiesta especialmente en el juego, y empieza a desarrollar la memoria, recordando experiencias previas.

En esta etapa es fundamental evaluar el desarrollo del lenguaje. Diversos estudios evidencian que los retrasos en esta área impactan de manera significativa el desarrollo cognitivo, emocional y social, colocando al niño en una situación de desventaja frente a sus pares. Por esta razón, resulta fundamental implementar programas que identifiquen oportunamente estas limitaciones y promuevan la estimulación temprana de esta área clave para el desarrollo integral.

Un factor que ha evidenciado efectos negativos sobre el desarrollo cerebral integral, especialmente en la capacidad simbólica de la corteza prefrontal, es la exposición excesiva de los niños a imágenes en pantallas de televisión y dispositivos electrónicos. El exceso de estímulos visuales afecta principalmente el área occipital, común con otras especies animales, y se asocia a un menor desarrollo del área prefrontal, responsable del pensamiento crítico, la racionalidad, la resiliencia y la curiosidad por aprender. Actualmente se promueven programas de orientación a padres para limitar la exposición de los niños a estas pantallas. En comunidades con bajo nivel educativo o con padres trabajadores, la exposición a pantallas suele ser mayor, afectando negativamente las capacidades de aprendizaje, especialmente en la etapa escolar.

Desde el punto de vista psicosocial, el niño comienza a desarrollar el concepto del yo y el autoconcepto, base para la autoestima, proceso en el cual la retroalimentación de los padres y el entorno familiar es fundamental. El niño también adquiere mayor comprensión y regulación emocional, manifestada en las “rabietas” que deben ser gestionadas conforme a esta creciente capacidad de autocontrol.

En esta etapa, el estilo de crianza de los padres es crucial, influido por sus propias experiencias y el entorno familiar. Diversos estudios han identificado distintos estilos de crianza, desde el permisivo hasta el autoritario, con variados resultados. Aunque no hay consenso sobre el “mejor” estilo, sí se reconoce que el estilo negligente o ausente es el más perjudicial para el desarrollo del niño. Se afirma que “nadie aprende a ser padre hasta que lo es”. Por ello, se han desarrollado intervenciones conocidas como “escuelas de padres”, que brindan pautas para una crianza positiva, que favorezca un desarrollo integral y armónico hacia la adultez.

Esta etapa coincide con el periodo preescolar, durante el cual se han establecido centros de educación inicial y “jardines de infancia”, fundamentales para reforzar buenas prácticas de crianza, especialmente

para niños provenientes de hogares disfuncionales que afectan su desarrollo psicoemocional y preparación escolar. Lamentablemente, en regiones con menor desarrollo socioeconómico, el acceso a estos espacios es limitado, por lo que es necesario promover su acceso universal.

En los centros de educación inicial y en el hogar, el juego es el principal medio para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y de regulación del comportamiento en esta etapa. Es vital que las políticas públicas, especialmente a nivel local o municipal, fomenten la creación de espacios educativos basados en el juego, incrementando áreas verdes y juegos infantiles en parques públicos. Lamentablemente, las zonas con mayores índices de pobreza suelen carecer de estos espacios, limitando las oportunidades lúdicas de los niños.

La infancia media

En esta etapa, el crecimiento somático de los niños se desacelera notablemente. Durante el periodo comprendido entre los 6 y 11 años, el niño crece en promedio entre 5 y 7 centímetros, mientras que su peso corporal puede duplicarse. Una tendencia importante en esta etapa es el aumento del sobrepeso y la obesidad, debido a malos hábitos alimentarios y al sedentarismo creciente, asociado al uso frecuente de redes sociales a través de diversos dispositivos y pantallas. Esto contrasta con la preocupación creciente que los niños tienen por su apariencia corporal (40).

Durante esta etapa, el crecimiento del tamaño cerebral se desacelera, alcanzando a los 6 años aproximadamente el 90 % del tamaño cerebral adulto. Sin embargo, desde el punto de vista del desarrollo cerebral, ocurren procesos de maduración en ciertas áreas, especialmente en la corteza prefrontal, que sustenta el desarrollo cognitivo. Estos cambios aumentan la velocidad y eficiencia de los procesos cerebrales, mejorando la capacidad para filtrar información irrelevante. La sustancia gris del

lóbulo frontal alcanza potencialmente su máximo desarrollo, generando condiciones para el desarrollo del pensamiento y la ideación. Por otro lado, se observa pérdida de sustancia gris en ciertas zonas, fenómeno asociado a la “poda dendrítica”, influida por factores ambientales, genéticos y epigenéticos.

Como se mencionó anteriormente, el uso excesivo de pantallas (ordenadores y televisión) es una de las principales causas por las que muchos niños no alcanzan su máximo potencial cognitivo. Se ha observado un aumento en el tamaño de la sustancia gris en los lóbulos parietales, lo que se refleja en una mayor comprensión espacial.

La alta prevalencia de obesidad se asocia con retraso físico y social, lo que conlleva problemas emocionales y de conducta, frecuentemente relacionados con maltrato en los ambientes que frecuenta el niño, especialmente en la escuela. En los últimos años se han registrado casos de hipertensión arterial, trastornos metabólicos y diabetes tipo II en este grupo etario. La obesidad en esta etapa constituye un importante factor predictor de obesidad en la edad adulta.

La maduración cognitiva en esta etapa está ligada al desarrollo de las operaciones concretas, superando la fase preoperacional. Esto permite una mejor comprensión de conceptos espaciales, la causalidad de hechos y procesos, categorización, razonamiento inductivo y deductivo, así como la conservación de la memoria y el concepto de cantidades y números.

El desarrollo cognitivo también incluye una mejora en el procesamiento de la información, lo que abarca la atención, la planificación y la memoria, fortaleciendo la función ejecutiva. Esta función implica un control consciente de pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas y resolver problemas. A medida que aumenta su conocimiento, los niños desarrollan mayor conciencia sobre qué información es relevante para prestar atención y recordar.

El lenguaje alcanza un alto nivel de desarrollo durante esta etapa, consolidándose la comunicación oral y escrita, con énfasis en la gramática y la sintaxis. La adquisición de la lectoescritura en la escuela libera a los niños de la comunicación exclusivamente “cara a cara”. Una vez que pueden traducir símbolos escritos en patrones sonoros y significados, desarrollan estrategias cada vez más complejas para comprender lo que leen y para expresar ideas mediante la palabra escrita.

Un aspecto crítico es la educación de niños con necesidades especiales, como aquellos con dislexia o trastornos por déficit de atención e hiperactividad. La escuela puede ser un espacio para su integración, siempre que los trastornos no sean severos. Sin embargo, la oferta de escuelas especiales es casi inexistente en áreas con alta concentración de pobreza.

En términos psicosociales, los niños comienzan a desarrollar el concepto del yo o autoconcepto, base para la formación de la autoestima. Experimentan un crecimiento emocional al tomar conciencia de sus propios sentimientos y de los de quienes los rodean, lo que les permite regular mejor sus emociones y responder adecuadamente al malestar emocional ajeno.

Un problema crítico en la crianza es la transición del control parental hacia una corregulación entre padres e hijos. Se evidencia el impacto negativo del tiempo que los padres, en especial las madres, dedican al trabajo en detrimento de la crianza. La pobreza es un factor determinante en la calidad de la crianza, ya que en ese contexto se registran mayores niveles de problemas emocionales que afectan el potencial cognitivo y el rendimiento escolar.

Estudios recientes evidencian una creciente dependencia de los niños hacia las tecnologías de la información, en particular las redes sociales, así como una exposición cada vez más frecuente a contenidos inapropiados. Por ejemplo, se ha comprobado que muchos niños en esta

edad acceden a material pornográfico sin la orientación sexual adecuada por parte de padres, cuidadores o la escuela, lo que genera distorsiones en su formación en este ámbito.

Como es sabido, la estructura familiar ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas. Del modelo tradicional — padre, madre e hijos— ha aumentado significativamente la cantidad de hogares monoparentales, debido a divorcios o nuevas uniones, lo que influye notablemente en los patrones de crianza.

Finalmente, se ha observado un incremento de trastornos mentales en niños desde edades tempranas, que pueden evolucionar hacia trastornos psiquiátricos en la adultez. Estos incluyen episodios frecuentes de enojo y agresión, trastornos negativistas desafiante, fobia escolar y otros trastornos de ansiedad, incluida la depresión infantil.

La adolescencia, etapa final del desarrollo humano en la niñez.

La adolescencia es una construcción social correspondiente al último siglo, pues en épocas anteriores el niño se convertía en adulto una vez que se producían las transformaciones sexuales necesarias para iniciar la vida reproductiva. En el caso de las mujeres, la menarquía o primera menstruación era un signo objetivo de que la niña dejaba de serlo para transformarse en mujer. En los varones, el crecimiento físico y el desarrollo de los órganos genitales, acompañados de las primeras eyaculaciones, también señalaban que estaban en condiciones de iniciar una vida adulta, apta para trabajar y sostener una familia (41).

Esto ha cambiado en el último siglo, ya que, por un lado, se ha demostrado que el adolescente aún se encuentra en proceso de crecimiento corporal y maduración de sus órganos sexuales, pero, sobre todo, continúa una significativa transformación del sistema nervioso central.

Esta etapa transcurre entre los 11 años y concluye alrededor de los 18 años en las mujeres y un poco más tarde en los varones. Al final de esta etapa se alcanza el máximo crecimiento físico y la madurez de la función sexual. En ambos sexos, la etapa comienza con el “empujón puberal”, cuyo inicio se da cada vez más temprano: en las mujeres, alrededor de los 10 a 11 años, y en los varones, de forma más tardía, entre los 11 y 13 años. Durante este periodo, el varón puede incrementar su talla entre 40 y 45 centímetros, mientras que las mujeres lo hacen entre 35 y 40 centímetros. Este crecimiento ocurre en un periodo aproximado de 2 a 3 años, tras lo cual se produce la osificación de los cartílagos de los huesos largos de las extremidades, con la consiguiente detención del crecimiento longitudinal.

Por otro lado, ocurre una acelerada producción hormonal, primero dependiente de las glándulas suprarrenales y luego de los órganos gonadales: los testículos en los varones, que producen principalmente testosterona; y los ovarios en las mujeres, responsables de la producción de estrógenos y progesterona. Esto permite fenotípicamente la diferenciación de los caracteres sexuales primarios y secundarios entre hombres y mujeres. En los varones, se observa el crecimiento del vello facial, el incremento de la estructura ósea y la musculatura escapular; en las mujeres, la proliferación del tejido mamario y el aumento de la cintura pélvica. Además, en ambos sexos aparecen características sexuales secundarias como el vello axilar y púbico, mientras que en los varones se produce el engrosamiento del cartílago cricoides de la laringe.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez. Además de los cambios morfológicos y funcionales mencionados, se producen numerosas modificaciones en el sistema nervioso central, especialmente en el cerebro. El cerebro adolescente está aún en pleno proceso de maduración, particularmente en áreas relacionadas con las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol.

El adolescente posee dos redes neuronales en constante “pugna”: una red socioemocional, sustentada en el desarrollo de la amígdala cerebral, muy susceptible a la influencia de los pares; y una red de control cognitivo, asociada a la maduración del área prefrontal, que regula la respuesta a los impulsos emocionales originados en la amígdala.

Esta ambivalencia en la que se debate el adolescente —que no deja de ser niño, pero tampoco se convierte en un adulto pleno— puede derivar en frecuentes problemas de salud mental. Estos se manifiestan, entre otros, por la sensación de invulnerabilidad ante el peligro, trastornos alimentarios como bulimia y anorexia nerviosa, influenciados por el reconocimiento corporal y la presión social, tendencia al consumo de drogas, y un aumento de la depresión causada por la confusión e incertidumbre propias de esta etapa. En los últimos años se ha observado un aumento significativo de la mortalidad por accidentes violentos y un incremento en el suicidio adolescente, asociado a mayores casos de depresión.

El desarrollo cerebral, adecuadamente estimulado, conduce a la maduración cognitiva, fortaleciendo los procesos de razonamiento hipotético-deductivo, mejorando el procesamiento de la información y potenciando el desarrollo del lenguaje. En esta etapa, el adolescente maneja entre 800 y 1000 palabras, lo que enriquece significativamente su vocabulario. Esto contribuye al desarrollo del pensamiento formal, que les permite definir y discutir conceptos abstractos como el amor, la justicia y la libertad. Asimismo, favorece una conducta prosocial y el interés por el voluntariado como expresión de preocupación por el bienestar social.

El interés por la escuela, aunque no en todos los casos, facilita la preparación para la educación superior o las vocaciones laborales. Sin embargo, este proceso ha perdido credibilidad en función de la aspiración por obtener dinero fácil con el menor esfuerzo posible, lo que puede inducir al acceso a actividades ilícitas y criminales.

El logro escolar influye en que el adolescente se esfuerce por alcanzar una educación superior o una vocación laboral que le permita sostenerse mediante el trabajo y contribuir al desarrollo social.

Durante esta etapa, el adolescente busca su propia identidad, generalmente diferenciada del mundo adulto que lo rodea, lo que en ocasiones genera conflictos familiares. Se observan marcadas diferencias de género, moldeadas por la cultura social, y una búsqueda de identidad sexual que cada vez es más aceptada, dada la creciente visibilización de la diversidad sexual, que desafía los moldes tradicionales de ser solo hombre o mujer.

Actualmente, en el marco de las políticas públicas de varios países occidentales, se discute el derecho de los adolescentes a decidir sobre su sexualidad, incluyendo el uso de hormonas para adquirir caracteres secundarios del sexo opuesto y la posibilidad de intervenciones quirúrgicas para modificar su identidad sexual.

Es común que, en este contexto, el adolescente enfrente riesgos derivados de sus prácticas sexuales, consecuencia de una liberalidad sexual creciente, tales como el aumento de infecciones de transmisión sexual, el riesgo de embarazo adolescente con sus consecuencias negativas, y el desarrollo de conductas antisociales como la delincuencia y el consumo de drogas, influenciado decisivamente por la actitud familiar, los pares y el entorno comunitario.

Como se observa, la adolescencia es una de las etapas más complejas de la vida, en la que se definen comportamientos sociales que pueden contribuir al bienestar o al deterioro social. A pesar de ello, ha sido poco atendida por las políticas públicas. Lamentablemente, aumenta el número de adolescentes que egresan de la escuela sin estudiar ni trabajar, buscando insertarse en circuitos económicos que les permitan obtener dinero fácil mediante la delincuencia, el comercio de sustancias ilícitas o el comercio sexual.

V. TEMAS CRÍTICOS QUE SE DEBEN ABORDAR EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROTEGER LAS POTENCIALIDADES DEL DESARROLLO HUMANO DURANTE LA NIÑEZ

El presente capítulo intenta resumir los principales desafíos que deben enfrentar las políticas públicas para preservar el crecimiento y desarrollo durante la niñez, etapa fundamental en la que se sientan las bases del desarrollo humano. La principal causa de inequidades económicas, sociales y educativas se registra durante la niñez. Entre las más importantes, tenemos:

La pobreza, que afecta a amplios sectores de la población mundial y también en nuestro país, no permite que los niños accedan a los recursos materiales, económicos, alimenticios y sanitarios necesarios para garantizar la preservación de las potencialidades del crecimiento y desarrollo, condiciones básicas para el desarrollo humano. La mayor proporción de pobres corresponde a la niñez. El desarrollo de programas y políticas para la superación de la pobreza es fundamental para asegurar la adecuada preservación de estas potencialidades (42).

La creciente violencia que se registra en el mundo, a través de múltiples escenarios de guerra, la violencia asociada a hechos delincuenciales y la violencia que se ejerce en el hogar —generalmente sobre mujeres y niños— tiene efectos deletéreos sobre el desarrollo de las capacidades emocionales de los niños y niñas (43).

La creciente inseguridad alimentaria, que afecta a un número cada vez mayor de familias como consecuencia de la crisis económica que afecta a amplios sectores de la población. La inseguridad alimentaria afecta especialmente a la niñez debido a sus mayores necesidades nutricionales por su acelerado crecimiento. La desnutrición, en sus diversas formas, y la deficiencia en el consumo de micronutrientes son sus principales expresiones.

El sobrepeso y la obesidad, que afectan cada vez más a los niños, son producto del consumo de alimentos no saludables, con exceso de azúcares y grasas saturadas, así como del mayor sedentarismo asociado al consumo prolongado de televisión, ordenadores y teléfonos. Se observa una creciente incidencia de hipertensión arterial, diabetes secundaria y trastornos metabólicos en edades tempranas. El desarrollo de programas de prevención de la obesidad en el hogar y en la escuela ha mostrado eficacia, debiendo convertirse en programas extensivos y continuos para lograr un impacto significativo (44).

El exceso de consumo de pantallas de televisión y diversos dispositivos electrónicos se ha convertido en un riesgo para el desarrollo de la capacidad cognitiva durante el proceso de maduración del sistema nervioso central en la niñez, al estimular predominantemente el desarrollo del área occipital, dedicada principalmente a la percepción visual (como ocurre en los animales), lo que limita la posibilidad de desarrollar capacidades cognitivas y racionales.

El incremento de casos de trastornos de salud mental en la niñez se ha vuelto más frecuente, asociado a problemas de familias disfuncionales, el impacto de las redes sociales en el comportamiento y la violencia que, en ocasiones, se produce en el seno familiar, en la escuela y en las comunidades. Es necesario fortalecer programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales en niños y adolescentes, especialmente en la escuela, mediante la disponibilidad de servicios de psicología y programas de salud mental (45).

En los últimos años se ha identificado un creciente número de casos de niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad, dentro del espectro autista. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno puede generar trastornos emocionales, cognitivos y en el desarrollo del lenguaje, afectando las competencias que los niños deben desarrollar para preservar sus potencialidades de crecimiento y desarrollo.

El deterioro medioambiental, con su consecuente exposición a contaminantes ambientales y alimenticios, así como la aparición de nuevas enfermedades, afecta las condiciones del entorno donde los niños, futuros adultos, desarrollan su existencia. Como consecuencia, han aumentado los casos de enfermedades asociadas a contaminantes ambientales, como metales pesados, toxicidad por plaguicidas y enfermedades alérgicas.

Los intensos procesos migratorios que se vienen desarrollando en el mundo, producto de guerras, inestabilidad política y crisis económicas, tienen como principales víctimas a los niños, afectados por la limitación en el acceso a sus medios habituales de subsistencia y el deterioro de sus condiciones de vida (46).

REFERENCIAS

CAPITULO I:

1. PNUD 1990: Informe sobre Desarrollo Humano 1990. Concepto y medición del Desarrollo Humano. Disponible en <http://hdr.undp.org>
2. UNICEF: Informe Anual 2017: Los primeros momentos importan : Para cada niño una oportunidad.
3. Bronfenbrenner, Urie (1979). The Ecology of Human Development Experiments by Nature and Desing.
4. UNICEF 1989 Convención sobre los Derechos del Niño.
5. Banco Mundial (2018). The early years. Child Well-being and the Role of Public Policy
6. Roberts Alice: Evolution: the human story. Publicacion Dorling Dorling KIndersley Limited. September 2011.
7. Yuval Noah Harari: Sapiens de animales a dioses: Una breve historia de la humanidad. Editorial Planeta 2018.
8. Konner Melvin. The evolution of Childhood; Relationsships, emotion, mind. Mayo 2010. Harvard University Press.
9. Aries, Philippe (1960). El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Editorial Taurus.
10. James, Allison y Prout, Alan (1997). Constructing and reconstruncting childhood.: Contemporary issues in the sociological study of childhood
11. Jenks, Chris (1996). Chilhood. Segunda edición 2005. Londres.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Historia de la erradicación de la viruela. <https://www.who.int>
13. Woolhouse, Roger (2007). Locke a Biography. Cambridge University Press
14. Walters F. P. (1952). A history of the League of Nations. Oxford University. Press

CAPITULO II

15. Organización Internacional del Trabajo (1973): Convenio sobre la edad mínima para trabajar. [Https://www.ilo.org](https://www.ilo.org)
16. Save the Children (2023). Historia de Save the Children. <https://savethechildren.org>
17. UNICEF (2023). Protección de la Infancia Recursos y Publicaciones sobre la protección de los derechos del niño. <https://www.unicef.org>
18. Naciones Unidas (1959). Declaración de los Derechos del Niño. <https://un.org>
19. Naciones Unidas 1979. Informe sobre el “Año Internacional del Niño”. <https://undocs.org>

20. Naciones Unidas 1989. Convención sobre los derechos del niño. <https://www.ohchr.org>
21. UNICEF. 1998. Manual de Implementación de la Convención de los Derechos del Niño
22. Meza Torres, Yelena. Publicacion “Codigo de Niño y Adolescente Comentado” 2023. Juristas Editores.
23. UNICEF (2023). Historia de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. <https://www.unicef.org>.
24. Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio. <https://www.un.org>
25. Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro Mundo: la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org>

CAPITULO III

26. OMS/UNICEF (1978). Declaración de Alma Ata, sobre Atención Primaria de Salud. <https://www.who.int>
27. OMS 2008. Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de Salud mas necesaria que nunca. <https://www.who.int>
28. Walsh, Julia A y Warren, Kenneth S (1979) Selective Primay Healt Care: An interim strategy for Disease Control in Developing Countries
29. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 1982. Publicado en 1983. Supervivencia y Desarrollo Infantil Temprano.
30. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 1991.
31. UNICEF: Publicación. Cumbre Mundial en favor de la Infancia 1991.
32. Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio. <https://.un.org>
33. OPS: La Salud Materno infantil. Metas para 1995 e indicadores para el seguimiento.
34. Ministerio de Salud del Peru (MINSA) (2020). Informe de evaluación de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño en el Peru.
35. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Instituto Nacional de Estadística e informática. Perú

CAPITULO IV:

36. Baltes, P.B. (1987) Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*.
37. Papale Diane, Enddkos Sally, Duskin Ruth. *Desarrollo Humano*. Undecima Edición. Pag 52 – 93
38. Papale Diane, Enddkos Sally, Duskin Ruth. *Desarrollo Humano*. Undecima Edición. Pag 94 – 176
39. Papale Diane, Enddkos Sally, Duskin Ruth. *Desarrollo Humano*. Undecima Edición. Pag 214 – 250
40. Papale Diane, Enddkos Sally, Duskin Ruth. *Desarrollo Humano*. Undecima Edición. Pag 282 – 320
41. Papale Diane, Enddkos Sally, Duskin Ruth. *Desarrollo Humano*. Undecima Edición. Pag 352 – 358

CAPITULO V:

42. UNICEF (2023). Estado Mundial de la Infancia 2023.. <https://www.unicef.org>
43. OMS (2022). Informe sobre la salud infantil y el desarrollo. <https://www.who.int>.
44. Banco Mundial (2020). Invertir en la primera infancia: Una estrategia para romper el ciclo de la pobreza. <https://www.worldbank.org>
45. UNESCO (2015) Educación al 2030. Declaración de Incheon y Marco de Acción. <https://www.unesco.org>
46. Save the Children 2021. Informe sobre la protección infantil en contextos de crisis. <https://www.savethechildren.org>.



SALUD Y DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE

ISBN: 978-612-49216-7-4

