



Agenda de Salud para las Américas

2008-2017



Presentada por los Ministros de Salud de las
Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007

Agenda de Salud para las Américas

2008-2017



Presentada por los Ministros de Salud de las
Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007

Contenido

Declaración de los Ministros y Secretarios de Salud	i
---	---

Agenda de Salud para las Américas

Enunciado de la Intención	1
---------------------------------	---

Principios y Valores	3
----------------------------	---

Análisis de la Situación y Tendencias de Salud en las Américas

a) Tendencias en el Panorama Socioeconómico de la Región	5
---	---

b) Tendencias de la Situación de Salud en la Región	7
---	---

c) Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de Salud	9
---	---

Áreas de acción: Una Agenda de Salud para las Américas

a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional	13
---	----

b) Abordar los Determinantes de Salud	14
---	----

c) Aumentar la Protección Social y el Acceso a los Servicios de Salud de Calidad	15
--	----

d) Disminuir las Desigualdades en Salud entre los Países y las Inequidades al Interior de los mismos	17
--	----

e) Reducir los Riesgos y la Carga de Enfermedad	18
---	----

f) Fortalecer la Gestión y Desarrollo de los Trabajadores de la Salud	19
---	----

g) Aprovechar los Conocimientos, la Ciencia y la Tecnología ...	20
---	----

h) Fortalecer la Seguridad Sanitaria	21
--	----

Notas y Referencias	23
---------------------------	----



Lanzamiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017

Declaración de los Ministros y Secretarios de Salud

Nosotros, los firmantes Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, habiéndonos reunido en la Ciudad de Panamá, el día 3 de junio de 2007, con el fin de presentar a la comunidad internacional la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, la cual refleja el interés de cada uno de los países por trabajar en conjunto y solidariamente en favor de la salud y el desarrollo de nuestros pueblos,

Declaramos:

Nuestro renovado compromiso con el principio establecido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que reconoce que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Nuestro compromiso con la acción intersectorial, reconociendo el rol de los determinantes sociales de la salud en la formulación de las políticas públicas y que la exclusión en salud resulta

de factores que se generan dentro y fuera del mandato de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Nuestro compromiso con el diálogo y la acción conjunta entre todos los actores de la sociedad a nivel local, nacional, subregional y regional para promover y avanzar en el logro de los objetivos regionales de salud a través de las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas;

e

Instamos a todos los Gobiernos, a la sociedad civil y a la comunidad internacional que contribuye con la cooperación técnica y el financiamiento para el desarrollo, a considerar esta Agenda como una guía e inspiración para la formulación de políticas públicas y la ejecución de acciones para la salud, en pro del bienestar de la población de las Américas.

*Ciudad de Panamá,
el día 3 de junio del año 2007*





Agenda de Salud para las Américas

Enunciado de la Intención

1. Los Gobiernos de la Región de las Américas establecen conjuntamente esta Agenda de Salud para orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta Región, a lo largo de la próxima década.
2. Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individuales y colectivos. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial.
3. La Agenda de Salud para las Américas es una respuesta a las necesidades de salud de nuestras poblaciones y refleja el compromiso de cada uno de los países para trabajar en conjunto, con una perspectiva regional y con solidaridad en favor del desarrollo de la salud en la Región.
4. La Agenda incorpora y complementa la agenda global incluida en el Undécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por los Estados Miembros en la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2006. Está concebida, además, en consonancia con los objetivos de la Declaración del Milenio.
5. En coherencia con los documentos citados en el párrafo 4, esta Agenda es un instrumento político de alto nivel en aspectos de salud. En ella se definen las grandes áreas de acción, con el propósito de retomar los compromisos asumidos por los Estados en los foros internacionales y fortalecer la respuesta para su efectivo cumplimiento.
6. La Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud,¹ según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas, incluyendo el de la Oficina Sanitaria Panamericana. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes.
7. Los Gobiernos de las Américas resaltan la importancia que los socios que trabajan por la salud y las instituciones se beneficien de una agenda de salud concisa, flexible, dinámica y de alto nivel que oriente sus acciones, facilite la movilización de recursos e influya en las políticas de salud en la Región.



Principios y Valores

8. Reconociendo que la Región es heterogénea y que nuestras naciones y sus poblaciones tienen necesidades distintas, y enfoques socioculturales diferentes para mejorar la salud, esta Agenda se enmarca en el respeto y la adhesión a los siguientes principios y valores:
9. *Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad.* La Constitución de la OMS señala que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social...”. Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades. Los sistemas de salud deben rendir cuentas ante la ciudadanía respecto al grado en que cumplen estas condiciones.
10. *Solidaridad panamericana.* La solidaridad, definida como la colaboración entre los países de las Américas, para el
- impulso de intereses y el avance de responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes, es una condición indispensable para superar las inequidades observadas en materia de salud y fortalecer la seguridad sanitaria panamericana durante crisis, emergencias y desastres.
11. *Equidad en salud.* La búsqueda de la equidad en salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos. Esta búsqueda debe enfatizar la necesidad ineludible de fomentar la equidad de género en salud².
12. *Participación social.* La oportunidad de toda la sociedad de participar en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud y en la evaluación de sus resultados, es un factor esencial para la implementación y éxito de la Agenda de Salud.





Análisis de la Situación y Tendencias de Salud en las Américas

a) Tendencias en el Panorama Socioeconómico de la Región

13. La Agenda tiene como base las tendencias de salud observadas en la Región. Habiéndose demostrado la importancia de los determinantes sociales de salud como variables que ayudan a explicar el gradiente de la situación de salud de una región o un país³, se torna indispensable revisar la situación de los principales indicadores socioeconómicos en la Región y las tendencias de la situación de salud que han informado esta Agenda. En el periodo 2001–2005 el Producto Interno Bruto por Habitante de la Región de América Latina y el Caribe creció 4,2%⁴. Las últimas estimaciones realizadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que en 2005, el 39,8% de la población de América Latina y el Caribe vivía en condiciones de pobreza (209 millones de personas) y un 15,4% de la población (81 millones de personas) vivía en la pobreza extrema o la indigencia. Las proyecciones de CEPAL para el año 2006 indicaban que el número de pobres y de personas en situación de extrema pobreza disminuiría a 205 y 79 millones, respectivamente. A pesar que *en los últimos años ha habido algún avance hacia una mejor distribución del ingreso*, la Región sigue siendo la más desigual en el mundo⁵.
14. Las desigualdades en salud también guardan estrecha relación con diversos determinantes socioeconómicos. En términos generales, en los países de mejor nivel económico la esperanza de vida suele ser más larga que en los países más pobres. Sin embargo, las diferencias en la esperanza de vida se reducen cuando se considera la distribución del ingreso: los países que tienen una distribución de ingreso más igualitaria alcanzan niveles de esperanza de vida que son comparables, y algunas veces mejores, a las de aquellos que siendo más ricos tienen una distribución del ingreso más desigual⁶.
15. El crecimiento de la población se ha desacelerado en todos los países de las Américas⁷, al mismo tiempo que la proporción de personas mayores de 60 años aumenta progresivamente⁸. Esto impone la necesidad de tomar medidas para responder a los cambios en el perfil epidemiológico, asociados a una población que envejece.
16. Las zonas urbanas se han extendido en todos los países, en muchos de ellos en forma no planificada. Este fenómeno de urbanización creciente, pese a facilitar la cercanía física de las personas a los servicios, podría asociarse a la adopción de patrones de consumo y estilos de vida no saludables —dieta inadecuada, obesidad, sedentarismo, abuso de drogas— al deterioro de las redes sociales de apoyo y a un incremento en los traumatismos y la violencia.
17. El alfabetismo en la Región aumentó de 88% de la población en 1980 a 93,7% en 2005, con diferentes incrementos en la asistencia escolar en la mayoría de los países. No obstante, el acceso a la educación sigue siendo mayor para hombres que para mujeres, particularmente en zonas rurales, y la calidad de

la educación está diferenciada por el ingreso familiar. Como resultado de estas disparidades, algunas personas tienen menos oportunidades para desarrollar conductas saludables y acceder a empleos de calidad y a mejores condiciones de vida.

18. El medio ambiente de la Región ha experimentado un deterioro creciente, como resultado de la contaminación del aire, del agua y los suelos. La contaminación afecta especialmente a la población infantil, por hallarse en desarrollo orgánico y neuropsicológico. En lo que respecta a coberturas de agua y saneamiento, el 94% de la población de las Américas tiene acceso a agua suministrada en el domicilio⁹ y en saneamiento (manejo de excretas y aguas residuales) la cobertura es de 86%. Estas cifras bajan al 91% y 77%, respectivamente, cuando se considera solamente a la población de América Latina y el Caribe, en donde el déficit es aún más alto en las áreas rurales¹⁰. Paralelamente, los países enfrentan la necesidad de controlar los riesgos derivados de la industrialización y el crecimiento no planificado de las grandes ciudades.

19. Los desastres naturales y los provocados por el hombre afectan el medio ambiente y el estado de salud de la población de la Región y constituyen una limitante para el cumplimiento de las metas del sector salud, así como para el funcionamiento normal de los servicios de salud. Por ejemplo, solamente en el año 2005, los huracanes dejaron un saldo de 4.598 muertos, 7 millones de personas afectadas y ocasionaron pérdidas valoradas en más de US\$ 205 miles de millones¹¹. Los daños en las economías de América Central y del Caribe se esti-

maron en más de US\$ 2.2 miles de millones, poniendo así de manifiesto su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación.

20. La exclusión en salud en la Región aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género), y la estigmatización que sufren los enfermos mentales y las personas con necesidades especiales. El idioma, el empleo en el sector informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, el bajo nivel de escolaridad y la reducida información sobre los sistemas de salud por parte de los potenciales usuarios, son factores importantes para la exclusión en salud. En resumen, 218 millones de personas carecen de protección contra el riesgo de enfermedad por falta de cobertura de algún tipo de seguro de salud y 100 millones de personas no pueden acceder a los servicios de salud a causa de barreras geográficas o de tipo económico o por la falta de establecimientos de salud cerca de sus hogares o sitios de trabajo¹².

21. América Latina y el Caribe recibieron US\$ 6,340 millones en ayuda oficial para el desarrollo en el año 2004, lo que representa apenas un 8% del total mundial de la misma. A finales de los años noventa, esta proporción era de aproximadamente 10%. La disminución es la consecuencia de la reorientación del financiamiento hacia otras regiones. Además, algunos socios bilaterales han decidido suspender el apoyo a la salud en nuestra Región en los próximos años, o bien centrar su cooperación a un número limitado de países de América Latina y el Caribe¹³.



b) Tendencias de la Situación de Salud en la Región

- 22.** El panorama de salud en la Región se caracteriza por la coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles, con enfermedades de tipo crónico-degenerativo, violencia, trauma, enfermedades laborales y enfermedades mentales¹⁴. Las últimas han reemplazado a las transmisibles como causas principales de muerte y enfermedad en la totalidad de los países¹⁵. Entre las enfermedades transmisibles persisten las amenazas tradicionales, como la malaria, han aparecido nuevas amenazas (como el VIH/SIDA), han reemergido otras (como la tuberculosis) y se han producido cambios en las características de algunos agentes, tales como los virus de la influenza, cuyas variantes podrían provocar una pandemia de graves consecuencias. Junto a esto, subsiste un grupo de enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo y que son consecuencia de la pobreza y, en general, están cargadas de estigma¹⁶. Aunque estas enfermedades son prevenibles y curables con medicamentos de fácil administración, su control sigue siendo un reto.
- 23.** Pese a que en los últimos años es posible apreciar mejoras en la mayoría de los indicadores de salud tradicionales¹⁷, especialmente cuando se trata de promedios nacionales, la característica principal de la Región es la gran diferencia que muestran los mismos tanto entre los países como al interior de ellos. Las desigualdades en salud están relacionadas a importantes diferencias geográficas, de edad, de género, de etnia, de educación y de distribución del ingreso¹⁸.
- 24.** Las condiciones de salud de los pueblos indígenas son consistentemente peores que las de la población no-indígena¹⁹. En la Región, más de 45 millones de habitantes pertenecen a las etnias originarias, pero los sistemas de información no destacan suficientemente las variables raciales y culturales, lo que dificulta el desarrollo de estrategias apropiadas para intervenir sobre los daños a la salud de esta importante población.
- 25.** Los logros en reducción de la mortalidad precoz y evitable han sido obtenidos en gran medida por acciones específicas del sector salud, especialmente de atención primaria, como el aumento de la cobertura de inmunizaciones, la planificación familiar y la rehidratación oral. Aún cuando la mortalidad materna ha disminuido, en el año 2005 la Región tenía una tasa de 71,9 por 100.000 nacidos vivos. Esta tasa sube a 94,5 cuando se considera sólo América Latina y el Caribe y alcanza el valor máximo de 523 en Haití y el mínimo de 13,4 en Chile²⁰. Los embarazos de adolescentes, en su mayoría no deseados, llegan al 20% del total de embarazos en muchos países y son un desafío evidente para las futuras madres, los padres y sus hijos. La mortalidad por cáncer del cuello uterino, cáncer de mama, septicemias, desnutrición e infecciones respiratorias agudas –todas causas evitables de muerte– pueden ser reducidas con mayor efectividad y cobertura de la atención primaria de salud.
- 26.** En muchos casos, el avance que se puede lograr con acciones específicas del sistema de salud parece estar llegando a sus límites. Se reconoce cada vez más que los factores de riesgo de las principales causas de enfermedad y muerte, sobre los que hay que

intervenir, escapan al control directo del sector salud. Por ejemplo, la mortalidad por causas externas y por algunas enfermedades (como las cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el VIH/SIDA) dependen mucho de las condiciones y estilos de vida, y del comportamiento de las personas. Así entonces, para avanzar más en términos de disminuir la carga de enfermedad evitable, es necesario revisar y actuar sobre los grandes determinantes y factores de riesgo de los principales problemas de salud. Para esto, se requiere del análisis de la evidencia, sobre la base de la experiencia internacional, que provea información útil para la toma de decisiones políticas, así como de alianzas estratégicas intersectoriales e inter-institucionales, a fin de asegurar la efectividad de las intervenciones.

27. En términos de la contribución de la salud al logro de equidad en la distri-

bución de la riqueza, la experiencia muestra que aquellas intervenciones dirigidas a posibilitar el máximo desarrollo de las potencialidades de la infancia mejoran su acceso a empleo productivo, y pueden dar por resultado generaciones con mayor posibilidad de movilidad social, la cual sigue estando seriamente limitada en la mayor parte de los países de la Región^{21, 22}. La falta de oportunidades se manifiesta temprano en la infancia. Por ejemplo, aproximadamente un 40% de los municipios de Latinoamérica y el Caribe no alcanzan la meta de vacunar al 95% de los niños menores de un año contra la polio, la difteria, el tétanos y la tos ferina, lo que significa que por lo menos 800.000 niños no han sido adecuadamente protegidos contra estas enfermedades al cumplir un año de edad²³.



c) Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de Salud

28. Con relación a los sistemas de salud, no se ha logrado superar su segmentación²⁴ y persisten severas deficiencias en el desempeño de las políticas de financiamiento de salud. Se percibe una situación de alta vulnerabilidad reflejada en que algunos países presentan un nivel de gasto insuficiente en salud, otros tienen alta dependencia de recursos externos y el gasto de bolsillo sube en la mayoría de los países. Todo esto afecta con mayor fuerza a las poblaciones más empobrecidas. La modalidad de asignación de recursos sigue, en general, desvinculada de los resultados y del desempeño de los servicios. A menudo las decisiones no se sustentan en el análisis sistemático del conocimiento y de las lecciones aprendidas, y no considera la diversidad cultural existente. La gestión clínica es aún insuficiente y no se ha privilegiado las acciones de salud pública. La prestación de servicios de salud se caracteriza por el predominio del modelo curativo, centrado en los hospitales y en los cuidados individuales, relegando a un segundo plano la atención primaria y los servicios de salud pública. Este modelo carece de mecanismos de coordinación de servicios en red y no incorpora adecuadamente la promoción de la salud.

29. Los procesos de reforma del sector salud impulsados en la década de los noventa en América Latina y el Caribe centraron su atención en aspectos financieros y organizacionales, marginando aspectos esenciales de la salud pública. Esos procesos debilitaron el papel del Estado en áreas claves, y se registró un deterioro sostenido de la capacidad de los ministerios de salud para el ejercicio de su función rectora

y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública.

30. Alrededor del año 2005 el gasto nacional en salud del conjunto de países de la Región de América Latina y el Caribe representó aproximadamente 6,8% del Producto Interno Bruto de la Región; lo que equivale a un gasto anual de US\$ 500 dólares per capita²⁵. Aproximadamente la mitad de esa cantidad correspondió a gasto público, el cual comprende el gasto en servicios de atención de salud de las instituciones de salud del gobierno central, gobiernos locales, municipales y los gastos en servicios de salud a través de contribuciones obligatorias a fondos de salud de administración privada, o a instituciones de seguridad social. La mitad restante corresponde a gasto privado, el que incluye el gasto directo de bolsillo en la compra de bienes y servicios de salud, y los servicios de salud consumidos a través de esquemas de seguros privados de salud o de esquemas de medicina prepagada²⁶.

31. La escasez, mala distribución y falta de adecuación del personal de salud a las necesidades de salud está acentuada por la migración de profesionales dentro del territorio nacional y la emigración a países más ricos. La mayoría de los países de las Américas están siendo afectados por este fenómeno que debe ser enfrentado a nivel nacional y también en el marco interamericano y mundial, ya que un número importante de países de la Región no cuenta con los requerimientos de personal necesarios para tener una cobertura mínima (25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes²⁷), mientras otro grupo de países tiene cinco veces dicha disponibilidad. La distribución de trabajadores de salud es muy desigual, ya que las áreas urbanas tienen de 8 a 10 veces más médicos que las rurales. Algunos países

tienen importantes desequilibrios en su oferta de capacidades, con muy pocas enfermeras por médico y ausencia de otras profesiones imprescindibles. Las mujeres, que ocupan casi el 70% de la fuerza laboral en salud, son minoritarias en los cargos de dirección, tienden a recibir remuneraciones más bajas, y son las primeras afectadas por el desempleo. La formación de los recursos humanos sigue usando modalidades tradicionales que incentivan escasamente el desarrollo de condiciones de liderazgo y creatividad. La planificación de los requerimientos de recursos humanos en cantidad y calidad adecuadas sigue siendo una carencia notoria en la Región²⁸.

32 En América Latina y el Caribe, la inversión en ciencia y tecnología aplicada a la salud se caracteriza por la ausencia de agendas explícitas de investigación orientadas por las necesidades que guíe el diseño de políticas basadas en la evidencia, así como por el escaso desarrollo de mecanismos de financiamiento para satisfacer estas necesidades²⁹.

33 El panorama de la situación y tendencias de la salud y sus determinantes en la Región de las Américas pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias para reducir las desigualdades existentes entre los países y las inequidades al interior de ellos. Estas estrategias deben permitir seguir avanzando en la protección social de la población, mediante sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria de salud y políticas públicas saludables construidas con la participación de la comunidad y conducidas por autoridades sanitarias sólidas y respetadas. Con esta perspectiva, esta Agenda identifica ocho áreas de acción. Éstas son –por definición– amplias y plantean principios y orientaciones para los países y la comunidad internacional sin intentar fijar prioridades, ya que éstas serán determinadas por cada país en función de su propia problemática y disponibilidad de recursos.







Áreas de acción:

Una Agenda de Salud para las Américas

a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional³⁰

- 34.** Para lograr mejoras en la situación de salud, la Autoridad Sanitaria Nacional debe fortalecer su capacidad institucional para cumplir su rol rector en salud y ejercer un liderazgo intersectorial, con capacidad de convocatoria y orientación a los socios, en la tarea de impulsar el desarrollo humano. Debe propiciar la plena participación social y comunitaria y el fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como la de todos los agentes de transformación, incluyendo aquellos en el sector privado, para alcanzar las metas nacionales de salud. Simultáneamente, la Autoridad Sanitaria Nacional debe contar con los marcos legales que respalden y permitan auditar su gestión.
- 35.** El ejercicio de la gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas son elementos claves para que la Autoridad Sanitaria Nacional logre, al más alto nivel, el compromiso y la voluntad política para fortalecer el desarrollo de la salud. Los ministerios de salud deben cumplir plenamente las funciones esenciales de salud pública³¹ y desempeñar eficientemente su papel en la conducción, regulación y gestión de los sistemas de salud. Una tarea sustancial es la clarificación de las responsabilidades que incumben al gobierno, la sociedad y las personas, respectivamente. La toma de decisiones basada en evidencias fortalece a la Autoridad Sanitaria Nacional. Los procesos de asignación de recursos y diseño de políticas, se beneficiarían de la institucionalización de sistemas

de información sobre gasto y financiamiento del sistema de salud.

- 36.** La Autoridad Sanitaria Nacional debe participar activamente en la definición de políticas dirigidas al abordaje de los determinantes sociales. El diálogo, coordinación y colaboración entre los ministerios de salud y los de finanzas y planificación, debe centrarse en previsión, estabilidad y continuidad de la asignación de recursos financieros para la consecución de las metas nacionales de desarrollo humano.
- 37.** Una parte esencial del papel rector de la Autoridad Sanitaria Nacional es asegurar que los temas de salud que han sido adoptados como mandatos regionales y subregionales, se incorporen en la agenda hemisférica de desarrollo. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con el sector de relaciones exteriores y otros pertinentes, aseguraría así, que la salud ocupe un lugar preponderante en las estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza que, dentro del marco de salud global, se discuten en foros como las reuniones cumbres de las Américas e Iberoamericana, entre otras.
- 38.** A la vez que se propicia una mayor inversión en salud se debe consolidar un sistema de rendición de cuentas efectivo, eficiente y transparente, que apoye a la movilización de recursos y resguarde su adecuado manejo. En esta misma línea, se identifica el requerimiento que la Autoridad Sanitaria Nacional fortalezca su capacidad para planificar, gestionar y coordinar el uso de recursos tanto de origen nacional como de la cooperación externa en salud.

b) *Abordar los Determinantes de Salud*

39. La Autoridad Sanitaria Nacional debe abogar por una posición más alta de salud en la agenda para el desarrollo humano sustentable. El reconocimiento del rol de los determinantes de salud y la incorporación de líneas de trabajo y recursos en los planes nacionales de desarrollo, serán indicadores de éxito de este mandato.
40. Para proteger efectivamente a la población más pobre, marginada y vulnerable es imperativo abordar los factores determinantes de salud. Esto se refiere a variables que están relacionadas con a) la exclusión social, b) la exposición a riesgos, c) la urbanización no planificada, y d) el cambio climático. Este abordaje necesariamente pasa por la revisión de los marcos legislativos que, en la actualidad, proveen incentivos adversos a una mejora de estos elementos³².
41. Las medidas necesarias para abordar la mayor parte de estos determinantes están fuera del mandato de los ministerios de salud y requieren de la participación de otros entes gubernamentales. Por consiguiente, la Autoridad Sanitaria Nacional tiene que ampliar el ámbito en que se desarrollan las actividades de salud pública, promoviendo políticas públicas saludables a través de la concertación interinstitucional y el trabajo intersectorial.
42. Es necesario que los países inviertan más en la promoción de salud y que cuenten con marcos políticos, que permitan su desarrollo y el logro de objetivos medibles³³. Los sistemas de provisión de servicios de salud deben tener un enfoque intercultural y de género, en que la participación social activa sea el factor determinante. Esto debe ser apoyado por un fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica a través de la inclusión de variables sociales, de conducta y de estilos de vida que permitan evaluar las intervenciones de la promoción de salud. Con una perspectiva amplia de seguridad humana, se deben fomentar intervenciones intersectoriales concretas para reducir la violencia social e interpersonal y la inseguridad personal y comunitaria.
43. La inversión en la protección social de la infancia y el fortalecimiento de la familia deben ser una prioridad entre las estrategias dirigidas a abordar los determinantes de salud. Los países deben esforzarse por garantizar a todos los niños y niñas una protección efectiva desde la atención prenatal en adelante, utilizando tecnologías de probada efectividad³⁴. El manejo social del riesgo, por todos los sectores responsables de las políticas públicas, es esencial para el logro de estos resultados. En concordancia con la búsqueda de equidad, la Autoridad Sanitaria deberá priorizar y enfatizar las acciones específicas para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil en todos los grupos de la sociedad. Se debe promover la lactancia materna y prevenir las infecciones, la deshidratación, las enfermedades respiratorias y en los problemas de la nutrición infantil, tanto la desnutrición como la obesidad en la infancia. Las coberturas de vacunación deben mantenerse o expandirse, junto con la introducción gradual de nuevas vacunas y tecnología cuando sea pertinente.

c) Aumentar la Protección Social y el Acceso a los Servicios de Salud de Calidad

44. La universalización y mejora de la protección social es un tema que cobra importancia en el diálogo político y académico sobre el desarrollo humano sostenible en América Latina y el Caribe³⁵. Se intenta responder a la incertidumbre que genera el mercado laboral y su impacto en los ingresos familiares, la cobertura de la seguridad social y la atención de salud. En este contexto, las políticas públicas deben ampliar progresivamente el acceso, el financiamiento y la solidaridad de los sistemas de protección social.
45. Si bien la mayoría de los países de la Región tienen legislaciones que establecen el derecho a la salud universal de su población, la realidad es que en muchos de ellos la cobertura efectiva queda determinada por la disponibilidad de financiamiento, con criterios de prioridad no explícitos en la mayoría de los casos.
46. Esta realidad resalta la necesidad de desarrollar sistemas de aseguramiento que reduzcan la carga financiera en las familias, protegiéndolas del riesgo de pobreza debido a gastos catastróficos de bolsillo, y que busquen garantizar a la población un conjunto de prestaciones de salud. Reconociendo el dilema que se plantea frente a la prioridad de una prestación por sobre otra, será necesario que cada país lleve a cabo un proceso de diálogo nacional —con los actores relevantes— que permita tomar decisiones de manera informada, teniendo presente criterios epidemiológicos, económicos, de equidad y de factibilidad financiera y social.
47. Los países deben fortalecer las siguientes acciones, para que la extensión de la protección social sea efectiva: a) acceso a los servicios, b) seguridad financiera, c) solidaridad en el financiamiento y d) dignidad y respeto a los derechos de los pacientes en la atención de salud de acuerdo a la legislación nacional³⁶.
48. El acceso a medicamentos y tecnologías de salud es un requerimiento para tener intervenciones de salud efectivas. Para promover el acceso a los medicamentos los países debieron considerar: a) usar al máximo las provisiones en los acuerdos de comercio, incluyendo sus flexibilidades; b) fortalecer el sistema de provisión; c) fortalecer los mecanismos de compras subregionales y regionales; d) promover el uso racional de los medicamentos; y e) reducir las barreras tarifarias a los medicamentos y tecnologías de salud.
49. Será crucial enfatizar la estrategia de la atención primaria de salud para progresar hacia el acceso universal y equitativo de la atención de salud en las áreas rurales y periurbanas marginadas, donde los servicios son prácticamente inexistentes. Estos servicios deben ser culturalmente aceptables e incorporar adecuadamente las prácticas tradicionales locales de probada inocuidad y en lo posible efectivas. Se propone favorecer el desarrollo de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas, en paralelo a su inclusión al sistema nacional de salud. El fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y local, facilitarán la provisión de servicios de una forma integral y oportuna.

50. Con el fin de mejorar la cobertura efectiva de la población será necesario aumentar la prestación de servicios eficaces y eficientes. Esto requiere incorporar la evidencia en la definición de las prácticas y mejorar la capacidad de gestión de los servicios; al mismo tiempo que se dé seguimiento a los compromisos de reorientar los servicios de salud hacia modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de la enferme-

dad y que tengan una orientación familiar y comunitaria. El control de calidad es una demanda transversal a todo el sistema y servicios de salud.

51. En lo relativo a la prestación de servicios se reconoce que el sector privado –con y sin fines de lucro– tiene un rol importante, el cual debe ser regulado por la Autoridad Sanitaria Nacional para que contribuya a alcanzar las metas nacionales de salud.



d) Disminuir las Desigualdades en Salud entre los Países y las Inequidades al Interior de los mismos

- 52.** En búsqueda de la equidad, las intervenciones para mejorar la salud tienen que priorizar a los más pobres, a los marginados y a los vulnerables. Los pueblos indígenas y las comunidades tribales deben ser priorizados, así como otros grupos³⁷. Los países deben velar por la inclusión, el acceso a servicios de salud culturalmente aceptables, la recolección y uso de datos específicos para la adecuada toma de decisiones y el ejercicio de la ciudadanía total de estos grupos. Las intervenciones de salud deben responder a las características particulares de cada grupo.
- 53.** La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en esta Región. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención del recién nacido. A las gestantes infectadas con VIH se les debe proveer un parto de acuerdo a los protocolos establecidos, que minimizan la probabilidad de transmisión del virus al recién nacido al cual, además, se le debe garantizar un sustituto de la leche materna durante los primeros seis meses de vida. El acceso a los anticonceptivos es imprescindible para reducir los embarazos no deseados y la morbi-mortalidad materna; algunos de ellos, además, previenen las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Debe reforzarse el rol de los hombres en la promoción de salud sexual y reproductiva, evitando sobrecargar a las mujeres con la asignación de responsabilidades exclusivas en esta importante esfera del desarrollo humano.
- 54.** Con respecto a la población de adolescentes y jóvenes, se debe generalizar la atención integral de salud, incluyendo la promoción del desarrollo juvenil, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, la prevención de conductas de riesgo y el control de problemas tales como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, suicidio, embarazo no deseado, violencia e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA.
- 55.** La manutención de la funcionalidad de los adultos mayores debe ser materia de programas de salud especialmente dirigidos a este grupo. La combinación de subsidios económicos y alimentarios con estas intervenciones sanitarias resulta fundamental para el logro de la adherencia de los adultos mayores a los programas de salud. La formación de las personas que trabajan en salud en tecnologías propias de atención de la vejez, debe priorizarse y ser motivo de programas especiales de entrenamiento focalizados en la atención primaria de salud.
- 56.** La Autoridad Sanitaria Nacional debe promover la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas de salud. En las actividades de seguimiento y evaluación debe utilizarse sistemáticamente datos desglosados por sexo.
- 57.** La comunidad que financia el desarrollo debe considerar alinear su ayuda con las áreas de acción determinadas en la presente Agenda y las prioridades de los países de la Región. El objetivo es aumentar la capacidad del sector salud para alcanzar las metas y objetivos acordados internacionalmente, así como la reducción de las inequidades que suelen estar escondidas en las cifras promedio nacionales.

e) Reducir los Riesgos y la Carga de Enfermedad

58. Mientras continúan sus esfuerzos para controlar la transmisión de enfermedades infecciosas, los países de las Américas deben enfatizar las acciones de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, que se han convertido en la principal causa de muerte y morbilidad en la Región. Debe iniciarse o fortalecerse acciones específicas para controlar la diabetes, las enfermedades cerebro y cardiovasculares y los tipos de cáncer de mayor incidencia, al igual que la hipertensión arterial, las dislipidemias, la obesidad y la falta de actividad física. A fin de cubrir la creciente brecha de atención en salud mental, será necesario formular o actualizar políticas que incluyan la extensión de los programas y servicios. Cada país tendrá que focalizar estas acciones de reducción de riesgos y carga de enfermedad siguiendo criterios de edad y geográficos, de acuerdo a sus necesidades.

59. La Autoridad Sanitaria debe ser muy activa en la promoción de estilos de

vida y ambientes saludables. Los cambios de conducta serán sostenidos sólo si se acompañan de cambios ambientales, institucionales y de políticas conducentes a que las personas puedan realmente optar por una vida con alimentación saludable, actividad física y libre de tabaquismo. Se requiere un trabajo en colaboración con la industria, los medios de comunicación y otros actores estratégicos para la producción y mercadeo de alimentos más saludables; y con el sector educación para que las escuelas sean un ejemplo de buena alimentación y promuevan la formación de hábitos saludables.

60. Es necesario mantener las acciones, crear ambientes favorables e innovar en el combate de las enfermedades transmisibles, que siguen afectando a la población de las Américas. Debe hacerse un esfuerzo más intensivo en el control de aquellas enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo, son propias de la población pobre y se pueden eliminar³⁸.



f) Fortalecer la Gestión y Desarrollo de los Trabajadores de la Salud

61. Los Gobiernos deben enfrentar, en colaboración con otros socios, estos cinco desafíos críticos³⁹: a) La definición e implementación de políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, basados en evidencia; b) encontrar soluciones para resolver las inequidades en la distribución del personal de salud, asignando más personal a las poblaciones con más necesidad; c) promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo retengan a sus trabajadores de la salud y eviten la escasez de personal; d) mejorar la capacidad de gestión de personal y las condiciones de trabajo para aumentar el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional; y e) acercar a las instituciones de formación y las de servicios de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro.

62. Las condiciones de trabajo y la propia salud del trabajador son factores relevantes para retener a las personas capacitadas y garantizar la calidad de los servicios a la población. Se debe enfatizar la formación de personal en

el área de la salud pública con una perspectiva multidisciplinaria, buscando que los perfiles profesionales del equipo de salud respondan a la realidad de cada país.

63. En aspectos de conocimiento y aprendizaje, se debe desarrollar marcos técnicos comunes, evaluar el desempeño con sistemas de medición comparables entre países, financiar investigaciones y compartir las prácticas adecuadas basadas en la evidencia. En aspectos de políticas, es necesario promover métodos éticos de contratación y protección a los trabajadores migrantes, monitorear los mayores flujos migratorios para velar por la equidad y la justicia, y apoyar la sostenibilidad fiscal.

64. La proliferación y diversificación de oferentes de servicios como de oferentes de recursos humanos calificados, obligan a enfatizar el desarrollo de sistemas de acreditación e instrumentos regulatorios orientados a garantizar la calidad. El trabajo coordinado entre la Autoridad Sanitaria Nacional, las entidades formadoras, las entidades prestadoras de servicios y las asociaciones gremiales debe reforzarse con el fin de adecuar los perfiles profesionales de pre y posgrado a las necesidades de los sistemas de salud.



g) *Aprovechar los Conocimientos, la Ciencia y la Tecnología*

65. Los países deben sintetizar, evaluar sistemáticamente y usar el conocimiento en la toma de decisiones para seleccionar intervenciones que sean pertinentes y efectivas. En América Latina y el Caribe se necesita fortalecer en forma permanente el desarrollo de las capacidades requeridas para llevar a cabo esta función. Asimismo, resulta necesario fomentar la capacidad de investigación y utilización del conocimiento a nivel local.
66. Es necesario fortalecer la investigación para entender mejor la relación entre los determinantes de salud y sus consecuencias, seleccionar intervenciones e identificar los actores con los cuales buscar alianzas o influir a través de la política pública.
67. Se debe fortalecer la investigación sobre las medicinas complementarias y tradicionales para identificar aquellas que sean pertinentes y efectivas y, por lo tanto, contribuyan al bienestar de la población.
68. La bioética tiene que difundirse y aplicarse más en los países de las Américas, para resguardar la calidad de la investigación y el respeto a la dignidad de las personas, salvaguardar la diversidad cultural y la aplicación de los conocimientos en salud, así como su aplicación en la toma de decisiones en salud pública.
69. Todas las personas deben beneficiarse del progreso y tener acceso a la información y educación en salud. Los países necesitan fortalecer la capacidad y el nivel de la diseminación científica, la confianza del público en la investigación y la calidad del conocimiento que respalda las acciones en salud. La Autoridad Sanitaria Nacional tiene que fortalecer su capacidad de gestión de información y de conocimiento, y sus alianzas con los generadores del conocimiento; promoviendo, según sea pertinente, mecanismos de financiamiento específicamente dirigidos a la investigación orientada por las necesidades de evidencia para el diseño de políticas.
70. La Autoridad Sanitaria Nacional, en su rol regulador, debe garantizar que los medicamentos, tecnologías e insumos de uso médico cuenten con la debida calidad, seguridad y eficacia. Al mismo tiempo, debe promover el uso racional de estos productos.
71. La vigilancia en salud debe ser fortalecida a nivel local, nacional, regional y global. Se debe fortalecer la capacidad de los equipos de salud locales para ejecutar procesos analíticos epidemiológicos que generen datos científicos para la planificación sanitaria y la vigilancia y evaluación de intervenciones. Es necesaria la estandarización de la información en salud para permitir la comparación entre los países y al interior de los mismos, y para monitorear y evaluar los avances en el cumplimiento de las metas de salud.



h) Fortalecer la Seguridad Sanitaria

72. Los países de las Américas deben prepararse y tomar medidas intersectoriales para enfrentar desastres, pandemias y enfermedades que afectan la seguridad sanitaria nacional, regional y global. El nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) ofrece a los países nuevas oportunidades para fortalecer las capacidades de salud pública y colaborar entre sí. Los países de las Américas deben asumir las nuevas obligaciones que establece el RSI para prevenir y controlar la propagación de las enfermedades dentro y fuera de sus fronteras⁴⁰.

73. La seguridad sanitaria exige estrategias de preparación ante contingencias que van más allá del ámbito nacional, demandando procesos efectivos y sustentables de integración subregional, regional y global. Debe fortalecerse el trabajo conjunto con los sectores de

agricultura y ganadería para la prevención y control de enfermedades zoonóticas. Es esencial que los países continúen con la modernización y armonización de la legislación para el fortalecimiento de la producción y comercialización de alimentos inocuos.

74. Ante situaciones que amenazan la seguridad sanitaria, los países de las Américas y las organizaciones internacionales deben colaborar solidariamente con las autoridades nacionales para responder en forma rápida y efectiva en beneficio de la población.

75. Los países de las Américas debieran elaborar, como parte de una política de salud pública conjunta, un ejercicio de preparación para confrontar la potencial pandemia de influenza. Este ejercicio debe incluir todos los aspectos relacionados con los preparativos requeridos para enfrentar estas enfermedades a nivel nacional, regional y global.





Notas y Referencias

- ¹ En los países que tienen un sistema de gobierno federal, la Agenda orientará la elaboración de los planes subnacionales de salud.
- ² Equidad de género se entiende como la provisión de respuestas pertinentes a las necesidades de salud particulares de hombres y mujeres.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Acción sobre los determinantes sociales de la salud: el aprendizaje de las experiencias anteriores*. OMS, Ginebra, 2005.
- ⁴ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. CEPAL, Santiago, 2005.
- ⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina 2006*. LC/G.2326-P/E. Diciembre 2006.
- ⁶ A fines de 1990, la esperanza de vida al nacer mostraba una diferencia de 9,8 años entre los grupos poblacionales más ricos y los más pobres (75,6 y 65,8, respectivamente). En el 2000, se calculó que la esperanza de vida al nacer en distintos países de la Región oscilaba entre un mínimo de 54,1 y un máximo de 79,2. Entre los periodos 1950–1955 y 1995–2000, la diferencia en la esperanza de vida de los hombres y de las mujeres aumentó de 3,3 a 5,7 años en América Latina, de 2,7 a 5,2 años en el Caribe, y de 5,7 a 6,6 años en América del Norte.
- ⁷ El crecimiento varía entre 0,4% en el Caribe No-Latino y 2,1% en Centroamérica.
- ⁸ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de las Naciones Unidas. *El envejecimiento mundial de la población 1950–2050*. Nueva York, 2002.
- ⁹ Esta disponibilidad, no obstante, no garantiza seguridad de potabilidad ya que el monitoreo de la calidad es variable en los países de América Latina y el Caribe.
- ¹⁰ Programa de Monitoreo Conjunto, JMP (OPS/UNICEF). Información actualizada al 2004 para el monitoreo de la Meta del Milenio #10: “Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua de bebida segura y saneamiento.”
- ¹¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe. LC/G.2292-P/E. Diciembre 2005. Las cifras incluyen a los Estados Unidos.
- ¹² Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud. *Panorama de la exclusión de la protección social en Salud en América Latina y El Caribe*. Informe presentado a la Reunión Regional Tripartita sobre “Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe” (México, 29 noviembre – 1 diciembre 1999).
- ¹³ La Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) y el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional (NORAD) ya han indicado que suspenderán su apoyo a la salud en la Región en los próximos años, o bien, que su cooperación se centrará en un número menor de países de América Latina y el Caribe. La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) se focalizará en cinco países. Otros organismos, como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), enfrentan cada vez más dificultades para obtener financiamiento para los programas de salud de la Región.
- ¹⁴ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):229–40. Indica que “la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora y se estima que el número de personas con estos trastornos en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010.”
- ¹⁵ Algunos autores han acuñado el término “Polarización Epidemiológica”, para referirse a este perfil de morbimortalidad.

- ¹⁶ La comunidad internacional ha acuñado la expresión 'enfermedades desatendidas' para referirse a estas enfermedades. En las Américas, estas enfermedades se agrupan como sigue: a) en barrios pobres: elefantiasis, lepra y leptospirosis; b) en zonas rurales: fiebre de caracoles (esquistosomiasis), fascioliasis, kala-azar y leishmaniasis cutánea, enfermedad de Chagas, cisticercosis, triquinosis y peste; c) en algunas comunidades indígenas: ceguera de ríos (oncocercosis) y enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis, pulgas de arena y hongos) y d) en la mayoría de las poblaciones pobres: ascariasis, uncinariasis y tricurosis (helminthosis transmitidos por contacto con el suelo).
- ¹⁷ En América Latina y el Caribe, en el período de 1980 a 2005 la mortalidad infantil pasó de 56,6 a 24,8 por 1.000 nacidos vivos.
- ¹⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago, 2005.
- ¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. CE138/13. OPS, Washington, D.C., 12 de junio de 2006.
- ²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Género, Salud y Desarrollo en las Américas – Indicadores Básicos. OPS, Washington, D.C., 2005.
- ²¹ Banco Mundial. *Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina*. Documento de trabajo 01/06 de la Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Banco Mundial, Mayo de 2006.
- ²² Bedregal P., Margozzini P. y Molina H. Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2002.
- ²³ Informes anuales de los países a la Unidad de Inmunización de la Oficina Sanitaria Panamericana mediante las tablas PAI/ Formularios Conjunto para la Notificación de la OPS–OMS/UNICEF para las Américas (datos de 2005).
- ²⁴ Segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, "especializadas" de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población.
- ²⁵ Dólares ajustados por paridad del poder adquisitivo – ppa.
- ²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de gasto en salud, 2006.
- ²⁷ La OMS y la Joint Learning Initiative han propuesto utilizar una medida llamada "Densidad de Recursos Humanos en Salud" conformada por la suma de los indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10.000 habitantes. La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en cuenta todos los demás trabajadores de salud, pero es la única viable para comparaciones globales.
- ²⁸ *Salud Pública en las Américas*. (OPS/OMS, Washington, D.C., 2002). El análisis de la función esencial de salud pública No 8 (capacidad de formación de los recursos humanos en salud pública) en el ejercicio de medición desarrollado por OPS y el CDC en los años 2000 y 2001, revela carencias de coordinación entre los ministerios de salud y los centros formadores de recursos humanos para la planificación del número y los perfiles profesionales de las personas necesarias para desempeñarse en los distintos niveles y estructuras de los sistemas de salud de la Región. Junto a esto, las conclusiones de diversas reuniones regionales de los centros formadores, han destacado la necesidad de desarrollar condiciones de liderazgo y capacidades de enfrentar problemas nuevos y solucionar conflictos entre las personas que se desempeñarán en los servicios de salud. Las metodologías docentes para el logro de tales capacidades deben ser más del tipo de solución de problemas que las habituales basadas en la asistencia a clases teóricas que consideran al alumno como entes pasivos del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- ²⁹ De acuerdo a estudios auspiciados por el *Council for Health Research and Development* (COHRED), en la Región sólo tres países mostraban desarrollos de fondos de investigación apuntados al financiamiento de proyectos de investigación esencial en salud, definida como aquella dirigida a fundar en evidencia decisiones relevantes en materia de política de salud.
- ³⁰ En los países que tienen un sistema de gobierno federal, se incluye a las autoridades de salud de todos los niveles que tengan funciones y responsabilidades políticas y programáticas.

- ³¹ *Salud Pública en las Américas*. (OPS/OMS, Washington, D.C. 2002) identifica once funciones esenciales de salud pública: 1) seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; 2) vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública; 3) promoción de la salud; 4) participación de los ciudadanos en la salud; 5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; 6) fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 7) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9) garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10) investigación en salud pública y 11) reducción del impacto de las emergencias y desastres de la salud.
- ³² Entre las variables incluidas en esta agrupación se cuentan las siguientes: a) exclusión social: ingreso, género, educación, origen étnico y discapacidad; b) exposición a riesgos: malas condiciones de vida y trabajo, estilos de vida no saludables, desinformación, dificultad para disponer de alimentos y agua, y la contaminación del suelo, agua, aire y alimentos; c) la urbanización no planificada acentúa la inadecuada provisión de servicios de agua, saneamiento y vivienda y d) entre las consecuencias del cambio climático se incluyen inundaciones, sequías y enfermedades transmitidas por vectores, las cuales afectan con más intensidad a la población pobre.
- ³³ Declaración de Yakarta sobre liderazgo de la promoción de la salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era – Liderando la Promoción de la Salud en el siglo XXI (Yakarta, 21–25 de julio de 1997).
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- ³⁴ Diversas iniciativas realizadas en Canadá, Estados Unidos, México y otros países de la Región han mostrado la efectividad de programas basados en el acompañamiento de las familias en riesgo psicosocial por la vía de: visitas domiciliarias de personal de salud; estimulación temprana del desarrollo; humanización de la atención del parto y otras prestaciones; desarrollo de apego efectivo entre padres e hijos; resiliencia; en la prevención de la violencia doméstica y social la dependencia de sustancias y el fracaso escolar.
- ³⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. LC/G.2294(SES.31/3)/E. Febrero 2006.
- ³⁶ En esta Agenda se entiende estas condiciones como sigue: a) acceso a los servicios: que existan los servicios necesarios para prestar el cuidado de salud y que las personas tengan acceso físico y económico a ellos; b) seguridad financiera: que el financiamiento de la salud no amenace la estabilidad económica de los hogares o el desarrollo de sus miembros; c) solidaridad en el financiamiento: que existan subsidios cruzados intergeneracionales y entre grupos de diferente riesgo y grupos de distinto nivel de ingreso; y d) dignidad y respeto a los derechos de los pacientes en la atención de salud, se refiere a que éste sea de calidad y provisto en un ambiente que respete los derechos y las características culturales, raciales y de situación socioeconómica de las personas.
- ³⁷ Entre otros grupos que merecen una atención especial debe destacarse a los migrantes, los desplazados, los presidiarios, las minorías étnicas y las personas con discapacidad física y mental.
- ³⁸ Una enumeración de estas enfermedades se ofrece en la nota 16.
- ³⁹ Organización Panamericana de la Salud y Health Canada. Llamado a la Acción de Toronto:
<http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>
- ⁴⁰ En virtud de la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), los países miembros de la OMS asumen las siguientes obligaciones: 1) designar o establecer un centro nacional para el RSI; 2) fortalecer y mantener la capacidad para detectar, notificar y responder rápidamente a los eventos de salud pública; 3) responder a las solicitudes de verificación de información con respecto al riesgo para la salud pública; 4) evaluar los eventos de salud pública al usar el instrumento de decisión y notificar a la OMS dentro del plazo de 24 horas, todos los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional; 5) proporcionar inspección sistémica y actividades de control en los aeropuertos internacionales, puertos y pasos fronterizos terrestres designados, para prevenir la propagación internacional de las enfermedades; 6) hacer todo lo posible para implementar las medidas recomendadas por la OMS y 7) colaborar entre sí y con la OMS en cuanto a la implementación del RSI (2005).

