



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



45.º CONSEJO DIRECTIVO

56.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de septiembre-1 de octubre de 2004

Punto 7.1 del orden del día provisional

CD45/INF/4 (Esp.)
24 septiembre 2004
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA OPS EN EL SIGLO XXI

Para información del 45º Consejo Directivo, se presentan en este documento los análisis preliminares mencionados en el documento CD45/18.

Lista de los documentos:

1. La naturaleza evolutiva de las asociaciones y alianzas en materia de desarrollo sanitario internacional pertinentes para la función de la OPS
2. Bienes de salud pública regionales y mundiales en el siglo XXI y su relación con el mandato de la OPS
3. Modalidades de la cooperación técnica en materia de salud
4. Gobernanza de la OPS
5. Recursos humanos de la OPS
6. Los retos de la salud pública en el siglo XXI

GRUPO DE TRABAJO OPS EN EL SIGLO XXI

**LA NATURALEZA EVOLUTIVA DE LAS ASOCIACIONES Y ALIANZAS
EN MATERIA DE DESARROLLO SANITARIO INTERNACIONAL
PERTINENTES PARA LA FUNCION DE LA OPS¹**

Introducción

Las Alianzas y Asociaciones hacen parte de una larga tradición en la historia política, social y económica de los países, con importantes realizaciones en la rica trayectoria de la salud pública internacional. La constitución de la Oficina Sanitaria Panamericana hace más de un siglo es la expresión inequívoca de la percepción de las ventajas del trabajo coordinado en salud entre los países de la región de las Américas y corresponde al momento histórico en que los actores fundamentales eran casi exclusivamente los Estados.

Previsiblemente, las Alianzas afectando profundamente las políticas de salud, van a continuar expandiéndose en este siglo. El desafío está en identificar cuales son los riesgos y oportunidades así como las fortalezas y debilidades de la Organización, para efectuar los cambios que permitan la mayor relevancia posible en este importante, complejo e interdisciplinario asunto.

Desde la histórica Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud de Alma Ata, promovida conjuntamente por la OMS y el UNICEF en 1978, cuando se lanzó oficialmente la meta de *Salud para Todos en el año 2000*, se han multiplicado los acuerdos internacionales promoviendo objetivos y metas en salud. En todas ellas se ha hecho un llamado expreso a la participación de actores multisectoriales, incluyendo el sector privado y las ONGs, por el convencimiento que sin esta participación su alcance no será posible.

La "Declaración del Milenio" aprobada en la Cumbre del Milenio, celebrada del 6 al 8 de septiembre de 2000 en Nueva York, con la participación de 191 países, incluyendo a 147 jefes de Estado y de gobierno, representa una notable convergencia de opiniones de los líderes mundiales con relación a los retos que el mundo enfrenta. En la Declaración del Milenio, los países reafirman su confianza en la ONU y su Carta para lograr un mundo más pacífico, más próspero y más justo. Asimismo, reconocen ciertos valores fundamentales que son esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI: La libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto de la naturaleza, y la responsabilidad común. Además, se propone fortalecer a la ONU para que tenga un mejor desempeño en este nuevo siglo

En esta Cumbre los líderes participantes establecieron ocho objetivos concretos, los "*Objetivos de Desarrollo del Milenio*" (ODM) para el año 2015 que incluyen: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2) Lograr la enseñanza primaria universal; 3) Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer; 4) Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; 5) Mejorar la salud materna; 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. El Objetivo 8: Fomentar Una Asociación Mundial para el Desarrollo, reafirmado en las Reuniones de Monterrey y Johannesburgo, insta a los países ricos

¹ El presente trabajo fue encomendado al Perú en la Segunda Reunión del Grupo de Trabajo OPS en el Siglo XXI, celebrada en Washington en 23 de Abril de 2004. El documento contó con la valiosa opinión crítica de funcionarios del Ministerio de Salud del Perú, entre los cuales están el Dr. Juan de Dios Altamirano, Jefe del Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial, el Dr. Cesar Náquira, Director del Instituto Nacional de Salud, Dr. José Castro, y Dr. Julio Pedroza, Directores Ejecutivos de Cooperación Internacional, Lic. Maritza Acosta y Carlos Alcazar, asesores en descentralización del proyecto POLICY, y Drs. Marcial Ferro y José Orrego, internos del Programa de Pasantías de la Dirección General de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud.

a adoptar medidas para aliviar la deuda, incrementar la asistencia económica y permitir a los países más pobres el acceso a los mercados y a la tecnología. Estos objetivos proporcionan un marco para que el sistema de la ONU trabaje más articuladamente hacia un fin común. Esta Declaración y Objetivos legitiman aun más el tema de alianzas y asociaciones como una estrategia absolutamente fundamental para el desarrollo.

CARACTERIZACIÓN

Aunque la literatura muestra caracterizaciones diferentes para Alianzas y Asociaciones, para los efectos del presente documento se consideran como conceptos intercambiables.

Asociaciones y Alianzas responden a los intereses particulares de actores de diversa naturaleza y están fundamentalmente orientados para responder de manera más organizada, completa y efectiva en asuntos de interés de los asociados. Lo que prima es el tema y finalidad, y no la naturaleza de las organizaciones participantes. De esta manera, entidades con intereses diversos y hasta antagónicos pueden y han confluído en un momento histórico determinado para formar alianzas estratégicas. La creciente emergencia de retos sociales, políticos, económicos y tecnológicos en este siglo, de naturaleza cada vez más compleja e imprevisible, exige la convergencia de nuevos actores en todas las profesiones y disciplinas, para enfrentarlos con éxito.

Uno de los riesgos, es que en la armonización de intereses entre actores diversos se pierda algo del sentido de los objetivos, pero esto es generalmente considerado aceptable si el objetivo principal es alcanzado. Indudablemente esto también levanta la atención sobre el análisis de aspectos éticos en las asociaciones.

La globalización esta haciendo cada vez más importante y visible el tema de las asociaciones, en particular relacionadas con las grandes corporaciones privadas y los complejos intereses que representan, por la rapidez con que cambian los factores que las afectan. Las casi cotidianas fusiones o Joint Ventures envolviendo billones de dólares de empresas tradicionalmente competidoras, para responder colectivamente a nuevas oportunidades del mercado, son un ejemplo de estos cambios.

Por otro lado, la persistencia de las inequidades sociales y la pobreza, exigen que sus determinantes sean abordados con mucho mayor énfasis y profundidad, con expertos de múltiples disciplinas. Asuntos como la defensa del derecho ciudadano a la salud requieren de un nuevo tipo de actores, que por su naturaleza de acción y tácticas conllevan incluso riesgos de enfrentamiento con los gobiernos, lo que no puede efectuarse por organismos como la OMS/OPS, altamente dependiente de sus miembros.

Las asociaciones de lo público y de lo privado se han convertido en un tema de creciente importancia especialmente en los países industrializados, y se están extendiendo a los más diversos asuntos. Países en todas las regiones del mundo están experimentando alguna modalidad de asociación publico-privada. Este es un tema complejo que requiere ser mejor estudiado en sus efectos sobre bienes públicos, prioridades, exclusión y equidad.

Para evitar que el papel rector de la OMS/OPS se debilite por la emergencia de nuevos y poderosos actores y cambiantes escenarios, es fundamental entender la racionalidad de las dinámicas e intereses envueltos, y poder así elaborar una estrategia proactiva y propositiva sobre este tema.

Análisis FODA

El análisis realizado, focalizado en los aspectos relevantes con las alianzas y asociaciones, muestra la siguiente caracterización:

Oportunidades

- Mejorar cualitativamente y cuantitativamente la visión y participación intersectorial.
- Influenciar en el gran volumen de recursos financieros en AOD.
- Beneficiarse de ideas nuevas de actores nuevos.
- Influenciar en actores poco familiarizados con los aspectos sociales de las políticas económicas.
- Participar en asuntos que teniendo de gran influencia en la salud, como los efectos de patentes intelectuales de medicamentos en los tratados económicos de comercio, no son áreas del mandato decisorio de la OPS.

Amenazas

- La dispersión y multiplicidad de actores, agendas, objetivos e intereses.
- Otros actores con capacidad de decisión ágil sobre recursos financieros muy superior a los de la Organización.
- Minimización del papel de la OPS como el principal actor de regulación técnica en salud.

Fortalezas

- Prestigio como organismo técnico especializado en salud.
- Legitimidad (mandato) como organismo normativo sectorial de salud entre los gobiernos.
- Presencia con estructura organizativa en todos los países.
- Larga experiencia internacional en diversos aspectos de la salud, particularmente en asuntos normativos y en Alianzas y Asociaciones.
- Organismo con doble representatividad: interamericana e internacional.

Debilidades

- Excesiva aproximación sectorial en los enfoques.
- Priorización en la visión recuperativa de la salud.
- Dependencia política de los gobiernos.
- Limitados recursos financieros.
- Lentitud y burocratización de las respuestas.
- Relativa poca experiencia en la gestión local de servicios.
- Poca presencia con actores fuera del sector de la salud.

LOS ACTORES

Otros sectores

Sectores como educación, agricultura, transporte, comunicaciones, comercio, industria, justicia, turismo, energía, tienen roles crecientes en salud, por lo que su inclusión en las asociaciones y alianzas es fundamental. El sector educación en particular no puede estar ausente de cualquier estrategia de intervención en asuntos relacionados con la promoción de la salud. Los diversos foros de Ministros de Economía, Relaciones Exteriores, Agricultura, Educación, entre otros, representan un gran potencial para la introducción de los temas de salud colectiva.

Agencias del sistema multilateral

Las agencias especializadas como el PNUD, UNICEF, UNFPA, FAO, PMA, OIT, PNUMA tienen en su mandato acciones que al final tienen una gran confluencia con los objetivos de la OMS/OPS. Por otro lado estas agencias tienen ventajas comparativas que complementan las fortalezas de la OPS. Esta realidad ha motivado la creación de varios mecanismos de coordinación en asuntos como la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, en Iniciativas como la Atención Integrada a las Enfermedades Infantiles, la erradicación de la poliomielitis, entre muchas otras. Los llamados a la mayor coordinación entre las agencias de las Naciones Unidas hacen parte de la agenda de la Reforma de la ONU y están impulsando la creación de mecanismos de coordinación entre sus agencias, como la Evaluación Común de Países (CCA) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).

Organismos regionales

La Región de las Américas tiene una importante presencia de organismos regionales y subregionales de gran prestigio y experiencia en asuntos que de una u otra forma influyen en la salud. Tenemos entre ellos a la OEA, el BID, el SELA, la CEPAL, el ORAS-COHU, la CAF para mencionar algunos de ellos.

Agencias bilaterales

Las más significativas están enmarcadas dentro de la Asistencia Oficial para el Desarrollo ofrecida por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos -OCDE que es una fuente de financiamiento clave en la lucha mundial contra la pobreza. Incluye asistencia bilateral de los países donantes, así como suministro de recursos a las organizaciones multilaterales en beneficio de los países en desarrollo. El Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE monitorea los esfuerzos de AOD de sus países miembros. Sin embargo, hay que considerar que muchos de estos países donantes tienen sus propios intereses políticos o incluso comerciales. El volumen de la AOD en salud para todos los países alcanzó US\$ 3.5 millones anuales al final de los 90s, que representa un quinto del total de la AOD disponibilizada para todos los sectores. América Latina y el Caribe reciben alrededor del 10% de este total.

Otra modalidad de participación de los países industrializados es impulsar estrategias como el Enfoque Sectorial Integrado en Salud (SWAPS), que promueve la formación de alianzas estratégicas entre diversos sectores de los gobiernos, sociedad civil y ONGs para conseguir racionalización en las reformas de salud. La Unión Europea está emergiendo como un nuevo actor de gran influencia política, técnica y financiera en aspectos de salud internacional.

Organismos financieros

La década de los 80 representa el crecimiento en importancia en materia de salud de las instituciones de Bretton Woods en los países pobres y de medianos ingresos. La presencia de estos actores introdujo junto con los copiosos recursos financieros nuevas prioridades como la promoción de políticas de ajuste financiero.

El Grupo del Banco Mundial se convirtió en los 90 en una organización de la mayor influencia en salud internacional por el peso creciente de los recursos invertidos, especialmente en proyectos de gran envergadura. Con la publicación del Informe "Invertir en Salud", en 1993, el Banco Mundial asume además un papel propositivo en políticas de salud, consolidando su influencia. El Banco Mundial ha creado el Marco Integral de Desarrollo (CDF) y es la principal agencia en la promoción de la estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) y tiene el mayor volumen de recursos para proyectos en salud en el mundo. Solamente el Programa Multianual contra el SIDA tiene \$500 millones para tres años.

Las políticas monetarias y de ajuste económico del Fondo Monetario Internacional tienen una gran influencia en la calidad de vida y salud. La asociación con este organismo puede permitir influir en las agendas en curso, para dar relevancia al fin último de las políticas económicas, que deben estar centradas en el bienestar humano y no exclusivamente en los balances de las cuentas fiscales de los países.

Fundaciones privadas

Al final del siglo XX se estimaba la existencia de más de 45,000 fundaciones privadas en los Estados Unidos, motivadas por una amalgama de incentivos tributarios y fines altruísticos. El peso económico de estas entidades está ejemplificado en la dotación de la fundación Bill y Melinda Gates que alcanzó US\$ 23.5 billones en 2001. Si bien Ted Turner comprometió en 1996 la donación de un billón de dólares en diez años al sistema de las Naciones Unidas, en gran parte destinados a programas de salud pública mediante la Fundación de las Naciones Unidas, la mayoría de los recursos de estas fundaciones van al sector privado o a las ONGs. Las fundaciones Lilly, Ford, y Packard distribuyeron subvenciones por valor de US\$ 1,463 millones en 1999, más de 3 veces el presupuesto de la OPS, canalizadas fundamentalmente a sectores privados. Según el Foundation Center, las donaciones de las fundaciones estadounidenses para

programas de salud internacional y de población, aumentaron de US\$ 158 millones a US\$ 240 millones entre 1998 a 1999.

El Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ya ha obtenido \$2 billones para proyectos en países, de los 10 billones fijados como meta. Constituido con recursos de contribuciones privadas, ha creado mecanismos ad hoc para la gestión de estos fondos, que considera más eficientes, en lugar de entregar su administración a los gobiernos o las Naciones Unidas/OMS/OPS. Si bien la OMS tiene una participación técnica importante, el uso de los recursos está fundamentalmente en manos de otros actores.

Uno de los desafíos causados por la emergencia de estos mega fondos es el mantenimiento de la racionalidad en las prioridades, debido a que muchos tienen intereses similares. Una dificultad adicional puede estar constituida por las barreras causadas en los países con menor desarrollo relativo para cumplir con los nuevos requisitos técnicos o administrativos para el acceso a estos recursos. Entre los retos que la creciente importancia de estos fondos plantea para las alianzas y asociaciones está la necesidad de estudiar cómo armonizar las necesidades de los países con las facilidades para el acceso a estos recursos, y las ventajas y desventajas en aspectos como sostenibilidad y equidad, en comparación con la canalización de estos recursos vía la AOD.

Empresas privadas

Constituyen una gran variedad, incluyendo a las empresas de seguros de salud, fabricantes y comercializadores transnacionales de equipos e insumos y empresas en general. El interés económico de los capitales internacionales en promover temas de su beneficio en agendas en marcha como la reforma de la salud, promoviendo la privatización de los servicios de salud por grupos privados interesados en vender tecnología, servicios o productos tiene que ser tomado en cuenta. Esto es un elemento a considerar en la constitución de alianzas con estos organismos por la posible emergencia de conflictos de interés.

Empresas farmacéuticas

Constituyen un grupo aparte dentro del sector privado por su rol estratégico, sus conexiones con los gremios médicos, y su tamaño financiero. La mayoría de estas empresas tienen respaldo político de sus gobiernos nacionales. Muchas de estas corporaciones movilizan recursos por varios billones de dólares, superiores a los presupuestos de los Ministerios de Salud de los países pobres o de medianos ingresos. La promoción de enfoques de carácter excesivamente recuperativo puede ser un área de conflictos de intereses. Negociaciones exitosas en el mundo, incluyendo la región de las Américas, para el acceso a medicamentos contra el HIV/SIDA a precios más razonables, ha sido recientemente un área que está mostrando las ventajas del trabajo asociado entre países y agencias.

Sociedad civil

La importancia de la inclusión de la sociedad civil, el Tercer Sector, se destacó en la Cumbre de las Américas de 2001 en Quebec, donde Canadá dio a este tema un carácter político fundamental. La Cumbre de Quebec hizo un llamamiento para que la sociedad civil se involucre más firmemente en la implementación de las iniciativas regionales de salud. Entidades de la sociedad civil se han organizado en diversos foros y están promoviendo eventos de carácter regional como el Foro Hemisférico de la Sociedad Civil, realizado en Quito, Ecuador el 26 y 27 de abril del 2003, donde fueron definidas propuestas y recomendaciones para la OEA y sus estados miembros, especialmente en el taller "Participación en los Procesos Hemisféricos" donde fueron propuestas recomendaciones para mejorar, fortalecer y perfeccionar los mecanismos de participación ciudadana en las cumbres de las Américas y la OEA.

Grupos religiosos

De diversa capacidad de influencia, constituyen una base importante para la promoción de temas clave, en particular vinculados a la salud sexual y reproductiva, desarrollo comunitario y participación. Muchas de las asociaciones religiosas tienen además una notable capacidad en

movilizar a la población de base y cuentan con medios de comunicación masiva, especialmente radios.

ONGs

Con un muy variado espectro de intereses, capacidades, y recursos son crecientemente importantes con un rol que es extremadamente variado y difícil de caracterizar. La OPS promueve la participación de las ONGs ante los gobiernos en el análisis de políticas de salud, en el diálogo sobre la reforma sectorial, así como su participación como grupos de trabajo para la planificación y ejecución de programas. Desde 1995 la OPS tiene un mecanismo para facilitar las relaciones oficiales con determinadas ONG nacionales e interamericanas, permitiéndoles compartir sus competencias técnicas y asistir a las reuniones de sus Cuerpos Directivos.

Asociaciones Profesionales

Las diversas asociaciones de profesionales, especialmente pero no exclusivamente los de la salud, representan un conjunto de varios millones de asociados en las Américas, con organismos regionales con los que puede concertarse alianzas en asuntos especializados. Entre ellas pueden mencionarse a las Asociaciones de Facultades de Medicina, Sociedades Científicas, Sociedades Gremiales.

Medios de comunicación masiva

Las grandes cadenas de radio y TV son actores potenciales y reales de gran influencia en la opinión pública y en los tomadores de decisión sobre políticas y prioridades de salud, por lo que deben ser socios preferentes en las asociaciones y alianzas.

Escuelas de Medicina y centros universitarios

Existen más de mil facultades de Medicina y de otras profesiones en las Américas, con las que pueden explorarse nuevas formas de alianzas para influenciar en la orientación de los estudiantes y profesores, así como en recibir el beneficio de sus diversas capacidades en investigación y docencia entre otras.

ROLES Y ESTRATEGIAS PARA LA OPS EN LAS ALIANZAS Y ASOCIACIONES

Es posible que el principal rol para la OPS en el tema de Alianzas y Asociaciones sea la coordinación y promoción del dialogo entre actores diversos en defensa de los bienes públicos de salud. Esta es una tarea que está en el límite entre la abogacía y la participación directa. Exige la concertación con actores de diversa cultura organizacional, valores y objetivos y el reconocimiento de las debilidades como de las fortalezas institucionales.

Una de las áreas en las que la importancia de alianzas se hace más necesaria, es en dar mayor énfasis a los determinantes de la salud, lo que exige la inclusión de actores extrasectoriales. La Carta de Ottawa de Promoción de la Salud define con bastante precisión cuales son estos sectores y actores. Otro tema muy importante es la necesidad de mayor vinculación con la sociedad civil, para la promoción de agendas complejas como el derecho a la salud y la participación ciudadana en el control social de los servicios. Las crecientes evidencias que los esfuerzos por extender las coberturas y acceso de servicios a los más pobres, no están siendo suficientemente inclusivos, es otro tema que exige la participación de actores con un perfil complementario al de la Organización.

Estrategias

Paradójicamente, algunas de las principales fortalezas de la OPS pueden considerarse a su vez vulnerabilidades en el desarrollo de alianzas y asociaciones. Por ejemplo, su profunda inserción en los Ministerios de Salud causa desconfianza en algunas instituciones que ven en esto limitaciones en la independencia de decisiones. Por esto es importante la ampliación del abanico de participantes de otros sectores y de entidades con mayor presencia en el ámbito de la sociedad civil, cuando se trate de asuntos en los que se requiere tener una posición mas critica sobre determinadas políticas de salud.

Una estrategia es la de constituir alianzas específicas para lograr propósitos de alcance limitado. El punto de partida lo constituye la identificación de un tema u objetivo en los que la Organización reconoce que no tiene suficientes capacidades institucionales. Esto da lugar a la identificación de los actores clave de acuerdo al valor agregado que puedan aportar en esta alianza en particular. Luego será necesario ajustar los objetivos, fijar metas, identificar las modalidades de trabajo y definir las responsabilidades o roles de acción, en común acuerdo con los pares involucrados. Se han establecido diversas categorías de alianzas de acuerdo a sus características o partes involucradas.

Otra modalidad de alianzas es la de apoyo de foros multipropósito, como los Comités de Coordinación Interagencial, que tienen participación de los gobiernos, ONGs, entidades de la sociedad civil, en los que diversos temas pueden promoverse. Existen varias experiencias muy relevantes en el Brasil, como el Grupo de Defensa del Niño, constituido por un gran abanico de participantes incluyendo al Ministerio de Salud, sociedades científicas, asociaciones de publicistas, iglesia católica, empresarios privados, que tuvo una formidable influencia en las políticas de salud de la infancia en la década de los 90s.

La demanda para constituir Alianzas o Asociaciones también puede tener orígenes externos y ser una demanda de un antiguo o nuevo potencial asociado en búsqueda de las fortalezas de la Organización.

Finalmente es necesario precisar que mantener alianzas y asociaciones exige recursos de diversa naturaleza como tiempo, financiamiento y recursos humanos. En todo caso es necesario planificar y proporcionar los medios necesarios para mantener las alianzas operativas.

Puede concluirse afirmando que el tema de las asociaciones y alianzas es altamente relevante, posiblemente vital, para lograr que la OPS se mantenga como una Organización clave en el cambiante panorama de salud de nuestra región.

Bibliografía

1. Globalization and Its Discontents. Joseph Stiglitz, 2003. W.W. Norton Company
2. Public Private Policy Partnership. Pauline Vaillancourt Rosenau. 2000. MIT.
3. In Defense of Globalization. Jagdish Bhagwati. 2004. Oxford University Press.
4. Health, Economics, and Development: Working Together for Change. WFPHA. 1994
5. Globalization and Development. A Latin American and Caribbean Perspective. José Antonio Ocampo & Juan Martín. ECLAC. 2003
6. Assessing AID. What Works, What Doesn't, and Why. World Bank Policy Research Report.1998.
7. El Papel de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la Implementación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000). Federación Mundial de Asociaciones de las Naciones Unidas (FMANU).
8. Alianzas en Pro de la Salud. OMS. 2003
9. Alliances, Joint Ventures, Network: A Comparison, Koleva, G., Thrane, S & Mouritsen, J, Copenhagen Business School.
10. Comparison Between Alliances, Network, and Joint Ventures: What Management Techniques Are in Place? A Research Note. Gergana Koleva, Copenhagen Business School
11. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(5), Centre and UNRISD.
12. Why Cooperate? A Multi-Disciplinary Study of Collective Action, Working Paper 234. Sarah Gillinson, Overseas Development Institute, UK, 2004.
13. Recent Trends in Official Development Assistance to Health. OECD, 2000.
14. Philanthropy and Alliances for Global Health, Sally K. Stansfield.
15. Global Public-Private Partnerships: part 11 - What Are The Health Issues For Global Governance? K. Buse & G. Walt.

16. Alianzas Publico Privadas En Pro De La Salud: Una Estrategia Para La OMS. Kent Buse y Amalia Waxman,
17. Public-Private Partnerships in Global Governance: How Are They Legitimized? Stephanie van Hayek.
18. Public-Private Partnerships for Public Health, Michael R. Reich.
19. Development at Risk: Rethinking UN-Business Partnerships. South
20. Growth Of Civil Society In Developing Countries: Implications For Health, Pal Jareg, Dan C O Kaseje. The Lancet, Vol. 531, 1998,
21. Finding the Money to Eliminate World Poverty, Fifth Report of Session 2001. House of Commons,
22. La Filantropía y Las Alianzas Para La Salud Global. International Development Committee, Financing for Development: Rally K. Stansfield.
23. Las Sinergias Entre la Asistencia y el Financiamiento de los Bienes Públicos Globales, Geoffrey Lamb.
24. Cooperación Internacional, El Financiamiento Internacional En Salud. Carolina Báscones. XV Reunión de Directores de Cooperación Internacional de América Latina y el Caribe. OPS. 2002
25. Alianzas En Pro De La Salud, documento del Retiro para los Miembros del Consejo Directivo, EB/Retreat/03/Discussion Paper 2, noviembre de 2003. Ginebra.

Bienes de Salud Pública Regionales y Mundiales en el Siglo XXI y su relación con el mandato de OPS

(Preparado por Argentina. Segunda revisión)

Introducción

La salud pública se encuentra ante una encrucijada por la confluencia de dos megatendencias: la descentralización y la globalización. Es posible conjeturar que ambas pueden estar generando respuestas contrapuestas. Si bien se ha difundido la consigna de “pensar global y actuar local”, algunos nuevos desafíos sanitarios probablemente requieran un poco del esfuerzo contrario, es decir de “pensar local y actuar global”¹.

Los procesos descentralizadores que involucraron a la gran mayoría de los sistemas de salud, en especial de la región latinoamericana, incentivan lecturas de la situación de salud como problemas locales. Además, desde la teoría fiscal se ha justificado la descentralización sosteniendo que la provisión de bienes sociales, como los servicios salud, debe plantearse desde la mínima unidad territorial y gubernamental capaz de sustentarlos financieramente² y gestionarlos eficientemente. Los problemas de salud comienzan a ser fragmentados de forma regional y local. Ello en muchos casos facilita la obtención de respuestas adecuadas a las necesidades particulares de cada lugar pero otras veces genera ineficiencias sistémicas como la duplicación de algunos esfuerzos y la ausencia de otros. En algunos casos, como Argentina al finalizar el siglo XX, se llegó a dudar de la necesidad de mantener un ministerio de salud nacional³.

En un sentido opuesto, **la globalización sino introduce al menos acentúa desafíos como la necesidad de mancomunar esfuerzos internacionales para reducir riesgos y aprovechar oportunidades sanitarias.** La noción de bienes públicos globales involucra que habría pérdidas de economías de escala a nivel nacional (y más aún local) para enfrentar ciertos desafíos sanitarios, como por ejemplo el combate a ciertas epidemias. Los imperativos impuestos por el capital encuentran a la salud funcional como medio para establecer un temario político de aliento regional y subregional. Así surge en las agendas la necesidad de garantizar ciertos bienes públicos en forma regional o global. Por otra parte, la globalización plantea cambios trascendentales no solamente a los países sino también a los organismos que cooperan con ellos.

La introducción del tema tiene como objetivos el fortalecimiento de la salud pública regional y global y proponer la definición de Bienes y Servicios Públicos Globales como instrumento de gestión que permita discutir, con las entidades financieras internacionales, con un nuevo enfoque la asignación de recursos y el financiamiento de algunas actividades estratégicas.

¹ En relación al uso de metáforas como la mencionada, se puede señalar que la imagen de un pensar global no tiene otro valor que el de una metáfora equivocada e irreal: presupone un actor que piensa desde un “no lugar” situado no sabemos donde y de seguro en ninguna parte.

² Ver por ejemplo, MUSGROVE, Richard & MUSGROVE, Peggy (1983). *Hacienda Pública: Teórica y Aplicada*. Madrid. McGraw-Hill. Madrid. Quinta edición.

³ Para un análisis detallado de esta situación ver: Rodrigáñez Riccheri, Pilar & Tobar, Federico. *Hacia un federalismo sanitario efectivo. El caso del Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.)*, análisis y propuestas. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2004.

Este documento pretende avanzar en ese análisis. Para ello se examina la noción de bienes y servicios públicos de salud globales y se revisan los requisitos para su provisión. Posteriormente, son identificadas algunas premisas que podrían orientar el accionar de la Organización Panamericana de la Salud respecto a sus funciones en la gestión y producción de dichos bienes.

La globalización y su impacto sobre la salud

En el 2003 la epidemia del SARS cobraba miles de víctimas en China y ocasionaba pérdidas económicas estimadas en billones de dólares. Aunque fueron ínfimos los casos registrados en occidente, el despliegue de esfuerzos de salud pública involucró países ricos y pobres de los cuatro continentes⁴. No sólo hubo movilizaciones y estado de alerta en la mayoría de los aeropuertos internacionales, sino también en pequeños puestos de frontera como el de la Quiaca que vincula el sur de Bolivia con el Norte de Argentina. Algo similar ocurrió con la amenaza de ataques terroristas con Ántrax, generando despliegues semejantes que llegaron a poner en jaque varias estructuras sanitarias y a evidenciar sus debilidades ante la prensa y la opinión pública.

El proceso de globalización, acelerado durante las últimas décadas, está produciendo impactos sobre la salud de la población⁵. **La globalización está modificando la naturaleza de las necesidades en salud, así como también el tipo de intervenciones adecuadas para satisfacerlas. Además de los problemas locales, las comunidades en general y los sistemas de salud, en particular, deben afrontar ahora de manera creciente la transferencia internacional de riesgos para la salud⁶.** Esta transferencia se asocia, entre otros procesos, a los cambios ambientales globales, los movimientos poblacionales, el comercio regular y el comercio de productos dañinos legales (tabaco, alcohol) e ilegales (drogas), como también a la diseminación de nuevas tecnologías médicas.

Nuevas amenazas sanitarias vinculadas o potenciadas por la globalización se manifiestan, no solo a través de enfermedades infectocontagiosas sino, incluso en la propagación de estilos de vida poco saludables o que involucran conductas de riesgo. En algunos países africanos aumentan las mujeres que, renegando de su padrón étnico, se someten a riesgosas intervenciones para blanquear su piel y afinar sus rasgos para asemejarlos a una estética caucásica. Ello incrementa los riesgos de incidencia de melanoma (que al día de hoy es la única enfermedad que aún registra mayor prevalencia en ricos que en pobres) y de otras lesiones ya que una gran cantidad de esas intervenciones no es realizada por profesionales capacitados. Otro ejemplo, más de la mitad de la producción cinematográfica mundial aborda temáticas violentas y estimula un culto armamentista. En los Estados Unidos de Norteamérica 80 millones de personas poseen armas y se registran alrededor de 1.500 muertes anuales por accidentes domésticos con ellas, sin considerar homicidios o crímenes intencionales. En la mayoría

⁴ No existe evidencias medianamente serias que se haya tratado de un problema que estuviese a la altura de la prensa que movilizó.

⁵ Si bien esta afirmación es correcta, es necesario destacar que ocurrió lo mismo toda vez que se produjeron contactos civilizatorios intensos y nada ha superado la estrategia seguida por Gran Bretaña en África en lo relacionado a la Malaria, asumida la misma como una cuestión de Seguridad Nacional

⁶ El control de la transferencia internacional de riesgo y de los daños que se asocian a ella con frecuencia rebasa la capacidad de los gobiernos nacionales para proteger a sus poblaciones. En un informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos afirma que "las Distinciones entre los problemas de salud domésticos e internacionales están perdiendo utilidad y con frecuencia generan confusión. Institute of Medicine. America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy and advancing our interests. Washington: National Academy Press, 1997.

de las escuelas públicas se detectan alumnos que concurren armados. ¿Qué sucederá cuando este modelo se propague a nivel mundial?

Hasta hace poco sosteníamos que la globalización no afectaba a la salud en cuanto los enfermos continuaban siendo nacionales y por lo tanto, siendo responsabilidad de un determinado país⁷. Sin embargo, hoy es a todas luces innegable que algunos de los nuevos desafíos sanitarios requieren de respuestas internacionales⁸.

La noción de bienes públicos globales

En el marco de las oportunidades y efectos positivos que puede brindar la globalización, es posible identificar Bienes y Servicios Públicos Globales, cuyos beneficios vayan más allá de las fronteras nacionales. Se trata de bienes públicos cuyos beneficios deberían estar disponibles para todos los grupos poblacionales, independientemente de su condición social, económica, étnica, cultural y de género y a través de varias generaciones⁹.

Dado el hecho que desde el punto de vista estrictamente económico hay pocos bienes en salud que puedan considerarse públicos puros se propone una definición y una taxonomía específica, diferente de la definición utilizada en el área económica.

Bienes Públicos Puros¹⁰: Según son los que tienen dos cualidades fundamentales: sus beneficios no presentan rivalidad en el consumo y son no excluibles. Por ejemplo: la paz, cuando existe todos los ciudadanos de un país pueden gozar de ella, y su disfrute, por parte de un grupo dentro de un país no perturba del beneficio para otros grupos.

Bienes Públicos Impuros: En virtud que los bienes exclusivamente públicos son pocos y la mayor parte de ellos posee beneficios mixtos, los bienes que satisfacen parcialmente cualquiera de los dos criterios de definición, o ambos, se denominan bienes públicos impuros

KAUL, I; GRUNBERG, I; y STERN, M (2001:4) definen a los **Bienes Públicos Mundiales** como resultados (o productos intermedios) que tienden hacia la universalidad en el sentido de que benefician a todos los países, grupos de población y generaciones. Como mínimo un bien público mundial satisfaría los criterios siguientes: sus beneficios se extienden a más de un grupo de países y no hacen distinciones contra ningún grupo de población o ningún conjunto de generaciones presentes o futuras.

Estos bienes deben, en principio, estar disponibles a todos los grupos poblacionales, sean ellos ricos o pobres, inclusive a través de generaciones. Varios autores resaltan el papel instrumental de la equidad y la justicia, en cuanto contribuyen a proporcionar conjuntamente otros bienes públicos, y en la definición de demanda de bienes públicos y

⁷ Ver por ejemplo: González García, G & Tobar, F. *Salud para los Argentinos*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD. 2004. Página 27.

⁸ Es de destacar, que según la teoría de las relaciones internacionales, los Estados responden al principio de *self-help* y que la cooperación surge luego del mismo, considerada *second best*.

⁹ Una crítica que es plausible de señalar a este concepto, es que independientemente de estos atributos desaparece el grupo poblacional. Se evapora en la nebulosa de la Humanidad. En este sentido, los problemas de todos son problemas de nadie y ningún Estado aporta a "nadie, sino a sí mismo o ante perspectivas de beneficiarse a corto o largo plazo.

¹⁰ KAUL, I; GRUNBERG, I; y STERN, M. señalan que el concepto de Bienes Públicos tiene sus raíces en la erudición del siglo XVIII, David Hume debatió las dificultades inherentes en tomar las medidas preventivas para el "bien común" en su *Tratado de la Naturaleza Humana*, publicado en 1739. Unos 30 años después, Adam Smith analizó cuestiones similares en su obra titulada *Investigaciones sobre la Naturaleza y Causas de la Riqueza de las Naciones*.

la asignación de prioridades, es decir la determinación de cuáles bienes públicos deben proporcionarse en primer lugar. En consecuencia, puede afirmarse que el logro de la paz, la equidad y la justicia acarrearán resultados y beneficios compartidos ampliamente que merecen intervenciones y esfuerzos globales. Otro caso es **el combate a la pobreza, que aunque no es en sí un bien público global, puede contribuir a otros bienes públicos mundiales; puesto que su alivio beneficia no sólo a los pobres, sino al resto de la sociedad, fortaleciendo la paz y la estabilidad, mejorando la salud, la eficiencia de los mecanismos del mercado y reduciendo la degradación ambiental**¹¹.

La provisión y gestión adecuadas de bienes públicos ha sido abogada como crucial para responder a los cambios en las relaciones sociales y económicas provocadas por la globalización.

Muchos bienes públicos se hicieron globales, lo que quiere decir que no pueden ser provistos adecuadamente por políticas y esfuerzos nacionales, requiriendo algún tipo de cooperación internacional para que sean accesibles localmente¹². Una definición precisa de los mismos es fundamental para políticas públicas eficaces en las condiciones crecientes de apertura económica e interdependencia entre los países.

Bienes y Servicios Públicos en salud

Un bien público es aquel que presenta dos características: no hay rivalidad en su consumo ni tampoco hay posibilidad de excluir a nadie de sus beneficios. La higiene alimentaria, la protección de riesgos ambientales, la fluoración de las aguas de abasto y la Salud Pública en general son, desde el punto de vista económico, bienes públicos. También lo es la investigación sanitaria. Es posible formular críticas en cuanto a la inexistencia de los bienes públicos puros. Si se trata de bienes que deberían ser, se trata de bienes kantianos que “deben ser” como deseables y justificables en sí mismos.

En salud hay pocos casos de bienes públicos puros, pero muchos de bienes meritorios. Esto significa, bienes cuyo consumo por unos beneficia o perjudica a otros¹³. O en términos más estrictos, aquellos que aún no cumpliendo perfectamente con los principios de no exclusión y no rivalidad, generan importantes externalidades. En salud hay varios ejemplos, tanto de externalidades negativas (o en costos) como es el caso de la contaminación, cuanto de externalidades positivas (o en beneficios), por ejemplo las vacunas (una persona inmunizada no solo genera utilidad para sí misma sino que elimina riesgos de contagio a otros generando un efecto externo beneficioso).

Está demostrado que el mercado no es eficiente al proveer bienes y servicios públicos y meritorios¹⁴. La respuesta institucional en este caso es la provisión pública o bien los subsidios o la asistencia benéfica (dependiendo del tipo de sistema sanitario del país). Puede afirmarse que tanto los bienes públicos puros como los meritorios no

¹¹ No obstante, es oportuno destacar, que desde que Mac Namara lanzara desde el Banco Mundial su estrategia mundial de combate a la pobreza, la misma se ha multiplicado por el mundo.

¹² Kaul, I., Conceição, P., LeGoulven, K., Mendoza, R. “Why do global public goods matter today?”; “How to Improve the Provision of Global Public Goods?”, in : *Providing Global Public Goods- Managing Globalization*, Oxford University Press, Oxford: 2003

¹³ Para un abordaje en profundidad de esta noción se recomienda ver Página: 4 : Collier, Paul. *The initiative on defining, monitoring and measuring social capital* Washington D.C. World Bank Social Development - Family Environmentally and Socially Sustainable Development Network. Disponible en <http://www.worldbank.org/poverty/scapital/wkrppr/sciwp4.pdf>

¹⁴ En 1963 el premio Nobel de Economía, Kenneth Arrow, sobre las fallas del mercado, demostrando que en salud la sola aplicación de las leyes de mercado hace a los enfermos y a los grupos más desfavorecidos, aún más enfermos y vulnerables.

atienden a la regla de eficiencia de Pareto, resultando que mayor consumo de ellos puede adicionar utilidad o beneficios sin cargos o pagos adicionales.

Los Bienes Públicos más conocidos están asociados a la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria, a la promoción de la salud y a las medidas ambientales contra factores de riesgo. Todos se benefician de acciones como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, el uso de insecticidas para el combate de vectores asociados a enfermedades transmisibles y a las medidas de saneamiento urbano y ambiental.

Bienes y Servicios Públicos Globales en Salud a Nivel Regional

Las condiciones más propicias para generar y distribuir Bienes y Servicios Públicos en Salud se consiguen a escala regional y subregional. En esta dirección, están consolidándose procesos de integración general y de integración en salud en toda la Región: Caribe, Región Andina y Cono Sur. Existen en la Región de las Américas alrededor de unos treinta acuerdos de integración económica y políticas bilaterales y multilaterales con niveles variados de desarrollo. **La producción de Bienes Públicos Regionales de Salud adquiere entonces mayor relevancia si se piensa desde el ámbito regional y subregional.** Esa misma producción implica una responsabilidad que trasciende la responsabilidad exclusiva de los Estados.

Clasificación de los Bienes y Servicios Globales en Salud

Bienes y Servicios Públicos Globales propiamente dichos o puros	Además de la paz, equidad y justicia que, como dijimos, tienen demostrado impacto en la salud de la población; el combate a la pobreza; la vigilancia epidemiológica y sanitaria; las medidas ambientales contra factores de riesgo; la prevención de enfermedades transmisibles; la fluoración de las aguas; el control de los alimentos;...
Bienes y Servicios Meritorios Globales	Las vacunas; los medicamentos esenciales para tratamiento de enfermedades transmisibles; la investigación en salud; las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento. En general, estos bienes meritorios son bienes altamente subsidiados por el Estado y en virtud que sus externalidades trascienden las fronteras y podrían ser subsidiados por bloques regionales, fondos globales, ONG's internacionales.
Otros Bienes y Servicios Globales	La cooperación técnica en salud pública; los acuerdos internacionales como bienes intermedios productores de bienes finales, el control del comercio de productos legales e ilegales dañinos para la salud...

Desde una perspectiva amplia, se podría considerar a los Bienes Globales de Salud, a los bienes y servicios públicos puros, en el sentido económico, y los bienes y servicios meritorios y de otro tipo cuyos beneficios vayan más allá de las fronteras nacionales y que deberían estar disponibles para todos los grupos poblacionales, independientemente de su condición social, económica, étnica, cultural y de género, a través de generaciones.

La identificación conjunta de Bienes Públicos Globales y Regionales de Salud abre un espacio donde puede ser posible un mayor beneficio para todos, mayor eficacia y economías de escala a través del diseño e implementación de intervenciones conjuntas (producción, difusión, intercambio de esos bienes y servicios) entre varios

países, las organizaciones de la sociedad civil y las agencias de cooperación internacional.

De esta forma, la globalización podría ser aprovechada como una oportunidad para el logro de mayor equidad en el campo sanitario¹⁵.

Del debate actual sobre el impacto en salud de la globalización se desprende la necesidad de encontrar respuestas prácticas sobre cómo gestionar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales de Salud. La formulación e implementación de políticas relativas a la provisión y gestión de bienes públicos implica un proceso en el que participan actores públicos, estatales, privados, nacionales, no gubernamentales, transnacionales.

La salud Internacional

La salud pública internacional es un ámbito donde es posible obtener mayores beneficios para todos, alcanzando economías de escala y mayor efectividad en la promoción de la salud y el combate a la enfermedad, por medio de acciones conjuntas entre varios países. De esta manera la globalización puede ser vista como una oportunidad para el campo sanitario. Sin embargo, también puede representar un riesgo ya que este fenómeno implica también un aumento de las desigualdades entre aquellas naciones que se integran en forma competitiva al mercado y aquellas que quedan a la sombra del mismo.

Acciones globales de salud pueden, asimismo, generar externalidades a los inversores que buscan ventajas en las nuevas economías subregionales, como, entre otras, las del MERCOSUR, países Andinos y CARICOM. Estas nuevas externalidades se logran cuando se articulan redes entre estados, entre ámbitos de una misma nación, universidades, asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales y se aumenta la voluntad de cooperar¹⁶.

De este modo, en la actualidad **los problemas de salud plantean desafíos, preocupaciones y acciones que trascienden las fronteras nacionales, que pueden ser influidas por circunstancias de distintos países y que son mejor atendidas por procesos cooperativos.** Implica una influencia recíproca entre los asuntos sanitarios y las relaciones internacionales y un abordaje desde una perspectiva más amplia y completa, en la que no sólo deben intervenir distintas disciplinas sino también el análisis de los determinantes nacionales e internacionales de la salud. La salud global requiere el esfuerzo de los gobiernos y otras organizaciones para producirla y garantizarla como un bien público global.

En este sentido, la promoción y coordinación de esfuerzos de diferentes carteras dentro de un gobierno, de diferentes gobiernos, de instituciones académicas y de actores de la sociedad civil pueden ser eficaces para combatir la enfermedad, prolongar la vida y estimular el acceso a ciertos bienes y servicios sociales ahora globales.

En la actualidad las fronteras no son barreras reales que detengan el avance de muchas de las enfermedades que sufre el hombre. Esto lleva a reflexionar si la salud es un derecho del ciudadano o del hombre, lo que genera un compromiso diferente de los gobiernos y organismos.

¹⁵ Parece ser necesario destacar, que en la práctica la globalización ha acentuado las inequidades entre países pobres y ricos y generado desigualdades al interior de los países.

¹⁶ Contrapuesta a esta hipótesis, es posible señalar que la proliferación de más poblaciones enfermas es un modo de procurarle ventajas comparativas a los laboratorios y una globalización de sus mercados.

Theodore W. Schultz, premio Nobel de Economía en 1979, incorporó la idea de desarrollo del capital humano como un activo para la sociedad, un componente fundamental en su habilidad de crecer y competir. Dentro de esta teoría del capital humano la salud constituye, conjuntamente con otros sectores, la noción de seguridad humana.

La salud internacional, o salud global, es una función que adquiere trascendencia día a día dentro de los diseños institucionales del Estado, tanto del sector Salud como de los Ministerios de Relaciones Exteriores. En tal sentido, la misma podría ser incluida dentro de las Funciones Esenciales de Salud Pública postuladas por la Organización Panamericana de la Salud y, paralelamente, desarrollar una visión sobre la salud en el campo de las relaciones internacionales.

Aunque las condiciones de salud de las poblaciones de cada país son en gran parte resultado de procesos bio-psico-sociales y políticas de carácter nacional, la salud y su producción, en cuanto bien público, sobretodo en circunstancias de globalización, requiere un conjunto de condiciones que superan las fronteras del sector salud y de los países. Es por tanto posible considerarla como un bien público global.

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, existen pocos bienes y servicios en salud que atienden a las dos reglas básicas para ser considerados bienes públicos. La mayoría de los bienes y servicios de salud, o son privados o son bienes públicos impuros.

Los bienes públicos de salud más conocidos están asociados a vigilancia epidemiológica y sanitaria, a la promoción de salud y a las medidas ambientales contra factores de riesgo. En este sentido, todos se benefician con acciones como la promoción y prevención, el uso de insecticidas para el combate de vectores asociados a enfermedades transmisibles y a las medidas de saneamiento urbano y ambiental.

El caso de las vacunas es especial, ya que pueden considerarse bienes privados que atienden, primeramente, necesidades individuales, no obstante, la cobertura en inmunizaciones tiene efectos colectivos positivos mayores a la suma de los beneficios individuales¹⁷. Igual razonamiento, puede ser aplicado a los medicamentos esenciales que, especialmente cuando usados en el tratamiento de enfermedades transmisibles, pueden tener efectos preventivos colectivos. No obstante, cuando son escasos, pueden ser considerados bienes públicos impuros.

Desde que la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana VIH fue detectada en el comienzo de la década de 1980, se han identificado nuevas bacterias y virus, muchos de ellos con capacidad de propagación mundial. Para otros agentes bien conocidos la pobreza, el hacinamiento y la degradación ambiental crearon condiciones, en varios países de la Región, para epidemias, como en el caso del dengue y un brote de peste en la India en 1997. La aceleración del comercio internacional precipitó nuevas epidemias como la de cólera en América Latina y la encefalitis espongiforme bovina en Europa.

Al mismo tiempo los medicamentos pueden perder su efectividad por causa del desarrollo de resistencias como ocurre en el tratamiento de la tuberculosis y de la malaria.

Del mismo modo que el control de las enfermedades transmisibles, el control de las amenazas ambientales puede considerarse un bien público global, pues no hay dudas sobre los efectos negativos sobre la salud que tienen la reducción de la capa de ozono, el

¹⁷ Cuando la cantidad disponible es suficiente para atender la demanda nacional o regional, la vacunación puede ser considerada como un proceso de provisión de bienes públicos, pero en condiciones de escasez, las vacunas son bienes públicos impuros.

calentamiento mundial y la eliminación de desechos tóxicos, todos ellos males de alcance planetario.

Por otra parte, con la mundialización, el control de algunas enfermedades no transmisibles, consideradas tradicionalmente como bien privado, está desarrollando características públicas notorias, por ejemplo, el control del tabaco y de las drogas ilícitas. De hecho muchos riesgos para la salud debidos a la conducta no son estrictamente privados debido a la poderosa influencia de la publicidad comercial, como ocurre con el tabaco, cuyo humo provoca problemas en los llamados “fumadores pasivos”. Algo semejante podemos decir del control de las sustancias adictivas ilícitas, las redes internacionales de producción y distribución son claramente un “mal público” que es necesario combatir.

En resumen, debido en parte a la mundialización, la salud está llegando a ser cada vez más un bien público mundial debido a que las intensas vinculaciones internacionales en comercio, migración y flujos de información han acelerado la transmisión internacional de enfermedades y la transferencias de riesgos para la salud conductuales y ambientales. Además la intensificación de presiones sobre recursos mundiales mancomunados como el aire y agua han generado amenazas ambientales compartidas.

Según Lincoln Chen y colaboradores la mundialización no está simplemente acelerando tendencias de largo plazo, sino que está introduciendo cambios contextuales que son diferentes cualitativa y cuantitativamente en cuanto a riesgos de enfermedades, vulnerabilidad para la salud y respuesta de políticas. Asimismo Jamison, Frenk y Knaul en 1998 manifestaron que **“Aunque la responsabilidad por la salud continúa siendo principalmente nacional, los factores determinantes de la salud y los medios para cumplir esa responsabilidad son cada vez más mundiales”**.

Sin embargo, la importancia económica y social de las actividades desarrolladas por el “complejo productivo de la salud”¹⁸ hace del sector y de las políticas de salud un lugar privilegiado para articular procesos de cooperación entre los países de la región. Más allá de los tipos ya tradicionales de cooperación, políticas públicas comunes entre países pueden constituir un medio de promover de forma integrada el desarrollo regional del complejo productivo de la salud, creando intersectorialmente condiciones para el crecimiento económico y el bienestar social de los países envueltos.

Más allá de la provisión de bienes públicos, el debate actual sobre la globalización realza la necesidad de encontrar respuestas prácticas sobre cómo gerenciar esa provisión en el mundo actual, que incluye diferentes tipos de actores. El “público” global incluye poblaciones nacionales y actores transnacionales no-estatales, lucrativos, no-lucrativos, y estados, que se encuentran en la arena internacional para influenciar los mercados, la sociedad civil y los gobiernos.

Si bien la formulación e implementación de políticas relativas a la provisión y gestión de bienes públicos es un proceso conformado por todos los actores mencionados, habría una incompatibilidad entre la naturaleza inclusiva, multifacetada de muchos desafíos globales y el modo exclusivo y fracturado por el cual las políticas públicas son generalmente formuladas e implementadas. La falta de consenso sobre el proceso frecuentemente obstruiría el consenso y la acción política.¹⁹

¹⁸ Gadelha, Carlos Augusto G. “Complexo da Saúde - Estrutura, Dinâmica e Articulação da Política Industrial e Tecnológica com a Política de Saúde”. UNICAMP, 2002, mimeo.-

¹⁹ Kaul, I. et alii, idem

Financiamiento de bienes públicos globales

En la actualidad muchos de los desafíos son más de naturaleza intersectorial que sectorial, mientras que la ayuda internacional está más dirigida a países que a problemas. Esta situación tiene implicaciones para la cooperación dirigida a la provisión de bienes públicos globales que exigen investigación y debate, nuevos instrumentos, respuestas políticas innovadoras, y fuentes y métodos adicionales de financiación.

Varios autores sugieren que una adecuada financiación de bienes públicos mundiales requiere de medios especiales, por ejemplo, la creación de Fondos con énfasis en dichos bienes. Cook y Sachs proponen asignar financiamiento sobre una base más regional en las áreas principales de problemas.

Por otra parte en la medida que el financiamiento de bienes públicos globales significa aumento de gastos, podrían liberarse recursos al reducir incentivos fiscales perversos o que estimulen “males públicos” (PNUD, Human Development Report, 1998). Algunos ejemplos puede ser un impuesto mundial sobre las emisiones de carbono, o sobre los viajes aéreos internacionales (Chen, Evans y Cash), o de los inventores que solicitan patentes para pagar por el Fondo de conocimientos mundiales (Stiglitz)

Hacia una nueva conformación del Estado

La situación descrita en los párrafos anteriores, en cuanto a las ventajas comparativas para el capital y preservación de la salud global plantean la necesidad de fortalecer ciertas funciones dentro del diseño institucional del Estado. “Un Estado eficaz es imprescindible para poder contar con los bienes y servicios -y las normas e instituciones- que hacen posible que los mercados prosperen y que las personas tengan una vida más saludable y feliz. En su ausencia, no puede alcanzarse un desarrollo sostenible ni en el plano económico ni en el social” (World Bank, 1997).

En este nuevo enfoque, el desarrollo de la salud de la población no es sólo una responsabilidad exclusiva del Estado, sino de una red de actores tanto del territorio nacional: políticos, burócratas de carrera, ONG’s, como supranacionales (intergubernamentales?): organismos internacionales, organizaciones solidarias transnacionales, como así también de agentes del mercado.

La construcción de este nuevo Estado con capacidad de articular intereses, regular y modelar conductas es lo que se ha denominado como poder de rectoría.

Los Ministerios de Salud deben fortalecer su capacidad institucional para garantizar ciertos bienes públicos determinantes de la salud regional. De esta manera, las funciones de salud internacional deberían ser optimizadas, identificando competencias necesarias para su mejora. Esto implicaría fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud para la provisión de ciertos bienes públicos intermedios, como los regímenes internacionales, que contribuyan a la provisión de bienes públicos de salud a nivel global o regional.

Asimismo, los procesos de integración regional, permiten una excelente oportunidad para que los países intercambien lecciones aprendidas, normativas, armonicen normas vinculadas a bienes específicos de salud y que se desarrollen consecuentes procesos de capacitación destinados al fortalecimiento institucional de los Ministerios de Salud.

Papel de OPS/OMS en la gestión de Bienes y Servicios Públicos Globales de Salud

En las actuales condiciones de aceleración de acontecimientos, reducción de las distancias y rápida transformación social un desafío importante es el de resolver las tensiones existentes entre la equidad en salud y la exclusión social, para ello la cooperación internacional puede desarrollar mecanismos eficaces para una protección global de la salud. En el caso específico de OPS/OMS la Organización debe promover y participar en el debate sobre métodos de financiamiento, y promover el consenso y la negociación conjunta en la adquisición de dichos bienes y servicios, por ejemplo, medicamentos e insumos estratégicos para la salud.

a) El análisis del papel de la OPS en la gestión regional de Bienes y Servicios Públicos Globales de Salud: Identificación y caracterización conjunta (Estados Miembros–Secretariado) de cuales son los Bienes Públicos Determinantes de la Salud Regional más requeridos por los países de la Región y efectuar un diagnóstico acerca de las tendencias, situación actual de su producción y provisión de esos bienes y su posible contribución al logro de los Objetivos y Metas del Milenio (ODM)

b) El conocimiento como un bien público mundial:

“La producción eficiente y el uso equitativo del conocimiento global exigen una acción colectiva. El reto que enfrenta la comunidad internacional es si podemos hacer que nuestro sistema actual de gobierno, de cooperación, funcione en pro de los intereses colectivos de todos” Joseph Stiglitz.

Una de las funciones principales de OPS/OMS es la de administración del conocimiento en salud, en este campo la Organización facilita el logro de objetivos cooperativos mediante la provisión de información de calidad y confiable sobre situación de salud, vigilancia sanitaria, armonización de normas y estándares, “mejores prácticas “ basadas en evidencias, etc.

La revolución mundial en la información y las ciencias de la vida pueden ofrecer importantes nuevas intervenciones a favor de la salud. OPS/OMS podría negociar, en conjunto con los Estados Miembros, **la compra y/o generación de información y bases de datos en salud** y garantizar un acceso más equitativo a todos los Estados Miembros.

El apoyo a la producción, transformación y difusión de información de forma igualitaria y suficiente para los países, los bloques regionales y subregionales puede contribuir a garantizar los bienes públicos que han fijado como prioridades.

Las estrategias de difusión y mejora al acceso de la información deberían plantearse a partir de los problemas comunes identificados por los países.

El apoyo a la Investigación en salud pública y acerca de la inversión en salud en la Región y su relación con el desarrollo económico, social y humano. puede contribuir a la formulación e implementación de políticas públicas de salud

c) Apoyo a la Construcción de consensos y a la Negociación y gestión de acuerdos internacionales en salud basados en los principios de equidad y solidaridad, ubicando a la salud como derecho ciudadano fundamental. En este sentido, es estratégico el apoyo de iniciativas de los Bloques de los Países del MERCOSUR, Países Andinos y del Caribe, y a las Reuniones de Ministros de las Américas.

d) Negociación conjunta para la adquisición de medicamentos y otros insumos estratégicos y tecnologías para la salud. OPS/OMS debería generalizar el apoyo de estas negociaciones a nivel de toda la región. La negociación Regional por el Precio de

Antirretrovirales muestra como a partir de una estrategia de mejora del acceso a la información se consolida un banco de datos que permitió economías de escalas para garantizar un bien como los antirretrovirales y reactivos para diagnósticos.

e) Apoyo a la realización de estudios regionales y subregionales de evaluación económica (estimaciones actualizables- monitoreo) del costo social y costo de intervención regional y subregional de enfermedades tales como VIH/SIDA, malaria, dengue, chagas, tuberculosis, entre otras. (Es necesario estimar las brechas regionales, país por país, así como los costos para controlar este tipo de enfermedades). Efectuar cálculos de proporción de PIB perdido por año por problema de salud pública seleccionado. Estimar requerimientos de conocimiento, servicios de salud (tecnologías, RRHH, financiamiento), apoyo internacional.

f) Caracterización de las estrategias utilizadas hasta ahora para la prevención y control de enfermedades (caracterizar y difundir las mejores prácticas y también desarrollar de forma más extendida el mecanismo de Evaluación Externa de las respuestas nacionales), **intensificar el intercambio regional y subregional de información y de expertos, planificación de acciones conjuntas con los países.** Para esto es necesario dimensionar mejor en cada país el problema de salud pública seleccionado.

g) Definición de “países prioritarios” por tipos de problema de salud pública regional: Del mismo modo en que fueron seleccionados 5 países prioritarios por su Estado de Salud y desarrollo económico, podrían seleccionarse países prioritarios en malaria, tuberculosis, chagas, etc, los que, con el apoyo de OPS/OMS, interactuarían más estrechamente entre sí en la revisión conjunta de la situación actual, estrategias utilizadas, nuevas intervenciones, etc.

h) Fortalecimiento de las capacidades de los equipos técnicos de los Ministerios de Salud de los países para negociar y gestionar acuerdos internacionales en salud y para identificar cuando se requiere optimizar los recursos disponibles en el país y cuando son requeridos recursos adicionales para garantizar el suministro oportuno y adecuado de los Bienes Públicos Determinantes de la Salud Regional.

i) Fortalecimiento de la contribución desde Salud a la generación de paz y seguridad Regional y Subregional: Al respecto debe intensificarse el intercambio regional acerca de intervenciones intersectoriales de prevención de violencias (con énfasis en modificación de los principales determinantes de salud: nutrición, educación, vivienda, empleo, ambiente), modelos de atención a la salud mental (atención primaria en salud mental)

j) Cooperar en la definición de necesidades regionales y subregionales en salud: Identificar necesidades de salud y diferencias de equidad entre subregiones o países; promoviendo el uso más adecuado y ventajas asociadas a la producción y uso de bienes públicos regionales costo efectivos, coordinando con otros sectores; promoviendo la reducción de las barreras comerciales, creando incentivos y mecanismos de créditos y financiamiento; Monitorear y evaluar los procesos.

k) Coordinación de las Necesidades Regionales y Subregionales en Salud: Este proceso se puede concretar: 1) propiciando que los Bancos financien la atención de demandas regionales de salud, 2) o apoyando el desarrollo de redes o regulaciones comunes para atender las necesidades, 3) apoyando los esfuerzos intergubernamentales para producir en conjunto de bienes públicos regionales, 4) Propiciando la reciprocidad garantizando a los visitantes extranjeros o turistas los mismos derechos de salud que los residentes relacionados al acceso a bienes y servicios de salud.

Conclusiones

En un mundo en rápida globalización el bienestar de las personas depende de que se logre un equilibrio no solo entre bienes públicos y privados, sino también entre bienes y servicios públicos nacionales, regionales y mundiales. Por lo tanto es fundamental tener clara comprensión de su significado, como dijimos, dichos bienes son definimos como resultados que tienden hacia la universalidad en el sentido de que benefician a más de un grupo de países y no hacen distinción contra ningún grupo de población o generaciones presentes o futuras.

Con relación a los mismos, dado que no existe ningún equivalente internacional a instituciones nacionales de gobierno, se plantean cuestiones, por ejemplo, de ¿cómo garantizar su provisión?, ¿quién define las prioridades para la asignación de recursos?, y ¿quién determina si los bienes públicos mundiales son de hecho accesibles a todos los grupos de población?, aspectos que requieren de investigación y debate sobre los caminos a seguir, discusiones a las que este documento pretende contribuir.

Con el objeto de hallar una respuesta al rol que le cabe a OPS/OMS en esta búsqueda, nos parece de utilidad considerar otro criterio de clasificación de los bienes públicos mundiales, esto es según el lugar que ocupan en la cadena de producción, tendremos así bienes públicos globales finales e intermedios.

Los **bienes públicos globales finales** son resultados antes que bienes propiamente dichos y pueden ser tangibles (como el medio ambiente o el patrimonio común de la humanidad), o intangibles (como la paz o la estabilidad financiera).

Los **bienes públicos globales intermedios**, como regímenes internacionales, contribuyen a la provisión de bienes públicos mundiales finales. El propósito de identificar dichos bienes es el de destacar los campos donde puede requerirse una intervención pública internacional a fin de proporcionar determinado bien público mundial, por ejemplo los acuerdos del Protocolo de Montreal, constituirían un bien público mundial intermedio para el logro de la reducción de los clorofluorocarbonos para obtención de un bien final como es la integridad del escudo protector de ozono.

Podemos considerar entonces los regímenes y acuerdos internacionales como importantes bienes públicos mundiales intermedios, pues constituyen la base para muchos otros productos intermedios con beneficios públicos globales, por ejemplo, en el caso que nos ocupa, los sistemas de vigilancia sanitaria y ambiental, los acuerdos de Alma Ata y la Carta de Ottawa, los programas de cooperación internacional en salud, los mandatos de las Conferencias Globales y Cumbres Presidenciales relacionadas con la salud, como también los acuerdos para compras conjuntas de insumos estratégicos.

BIBLIOGRAFIA

- MUSGROVE, Richard & MUSGROVE, Peggy (1983). *Hacienda Pública: Teórica y Aplicada*. Madrid. McGraw-Hill. Madrid. Quinta edición.-
- KAUL, I. , CONCEIÇÃO, P., LEGOULVEN, K., MENDOZA,R. “Why do global public goods matter today?”; “How to Improve the Provision of Global Public Goods?”, in : *Providing Global Public Goods- Managing Globalization*, Oxford University Press, Oxford: 2003
- RODRIGÁÑEZ RICCHERI, Pilar & TOBAR, Federico. Hacia un federalismo sanitario efectivo. El caso del Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.), análisis y propuestas. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2004.-
- GONZÁLES GARCÍA, G & TOBAR, F. Salud para los Argentinos. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2004. Página 27.
- COLLIER, Paul. *The initiative on defining, monitoring and measuring social capital*.Washington D.C. World Bank Social Development - Family Environmentally and Socially Sustainable Development Network. Disponible en <http://www.worldbank.org/poverty/scapital/wkrppr/sciwp4.pdf>
- GADELHA, Carlos Augusto G. “Complexo da Saúde - Estrutura, Dinâmica e Articulação da Política Industrial e Tecnológica com a Política de Saúde”. UNICAMP, 2002, mimeo.-
- DRAGER N., BEALGEHOLE R. Globalization: changing the public health landscape. Bulletin of the World Health Organization. 2001;79:803.
- KAUL I, CONCEICAO P., LE GOULVEN K., MENDOZA RV. Editors. *Providing global public goods: managing globalization*. New York. Oxford University Press.2003.
- KAUL I., FAUST M.. Global public goods and health: taking the agenda forward. Bulletin of the World Health Organization.2001;79:869-74.
- KAUL I., GRUNBERG I., STERN M.A. Editors. *Bienes Públicos Mundiales. La cooperación Internacional en el Siglo XXI*. Oxford University Press. México. S. A. de C. V.. 2000.
- OMS. 2001.*Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission Macroeconomic and Health.Ginebra.2001
- Smith R.D, Bealgehole R, Woodward D, Drager N, Editors. *Global Public Goods for Health: a health economic and public health perspective*. Oxford. Oxford University Press,2003.
- SACHS, Jeffrey D. *Financiando los Bienes Públicos Globales: El caso de la Salud*. Página Web:<http://cmhealth.org/>
- SMITH Richard D. *Global Public Goods and Health*. Bulletin of the World Health Organization. 2003,81.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *AMERICA’S vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy and advancing our interests*. Washington: National Academy Press, 1997.

- - -

MODALIDADES DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN MATERIA DE SALUD

Introducción

Durante las últimas décadas, la globalización ha representado retos para las diversas sociedades, principalmente a raíz del acercamiento de los países y las regiones. Este mundo globalizado que vivimos en la actualidad, con sus altos niveles de interdependencia e interrelación entre los países y regiones del mundo, no sólo genera repercusiones o transformaciones políticas, económico-comerciales, tecnológicos o ambientales, sino también sociales, provocados entre otros factores, por la creciente movilización humana a través de las fronteras motivada por diversas causas.

En el orden social, estos hechos han, y seguirán produciendo, serios retos a la salud ya no sólo a nivel local o nacional, -en los que en ciertas ocasiones, la capacidad de los Estados para hacerles frente y brindar protección a la población no es suficiente-, sino regional o hasta mundial. Ejemplo de esto es la preocupación causada por el aumento de algunas enfermedades, así como el surgimiento y resurgimiento de otras enfermedades transmisibles.

Dentro de este contexto es necesario consolidar los esfuerzos que se realizan en los ámbitos nacional, regional, hemisférico y mundial para hacer frente o resolver situaciones surgidas a raíz de estas nuevas tendencias, pero que tienen serias repercusiones en el ámbito de la salud, a fin de seguir mejorando los índices de desarrollo humano sostenible.

La Organización Panamericana de la Salud-OPS, como la agencia especializada de salud pública, que a lo largo de sus más de 100 años ha estado íntimamente vinculada en el tema a nivel hemisférico mediante *“la promoción y coordinación de esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes”*¹, debe continuar con este rol que ha desempeñado en materia de cooperación técnica.

Debe continuar acompañando y apoyando a los países del continente en su vigilancia y mejora de la salud mediante el establecimiento y fortalecimiento de una cultura dirigida a valorar la vida y salud de las personas, el apoyo para la creación de entornos o condiciones de vida óptimas con mayores oportunidades para las personas, la vigilancia del entorno para controlar los riesgos y amenazas para la salud pública o apoyando o fortaleciendo los mecanismos de respuesta óptimos, eficaces y oportunos a las necesidades o exigencias.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Constitución de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.. OPS, 2001, Capítulo I, Artículo 1.

Ante esto, la OPS ha iniciado un proceso de reflexión para la renovación de la organización a fin de que sirva de una manera más efectiva y eficiente a los intereses de sus Estados Miembros, con capacidad de adaptación a los cambios.

Para que esta renovación sea la idónea, es necesario involucrar a una serie de factores y actores que han hecho una fuerte y trascendental aparición en este escenario tan complejo e interdependiente, en el que el Estado, como el diseñador, implementador y evaluador de las políticas, -internas o las promovidas en los diversos foros internacionales en materia de salud-, aunque sigue siendo un actor fundamental, ya no es el único. El entorno actual nos obliga a tomar en cuenta a los múltiples actores públicos y privados que se abren campo en el área de la salud internacional.

Es por todo lo anterior que, a fin de mejorar la estructura y los procedimientos de la organización, con miras a adaptarse a los cambios y los retos que a raíz de esos cambios se producen, es necesario realizar un análisis a futuro del desempeño de la cooperación técnica en materia de salud, vista desde diferentes aristas:

- Innovación y nuevas modalidades de cooperación hemisférica,
- Estrategia de cooperación con los países,
- Abordaje de las brechas entre las realidades deseadas actuales y futuras, y
- La contratación, asignación y adecuación de la fuerza laboral en las oficinas centrales de la OPS y las oficinas de país.

1. Innovación y nuevas modalidades de cooperación hemisférica

- A fin de generar acciones efectivas y oportunas, la OPS tiene que flexibilizarse para ir siempre acompañando los cambios nacionales, así como del entorno internacional. El escenario o entorno socio-económico, ambiental o político mundial ha variado sustancialmente.
- En los últimos años, muchos países han adquirido mayor capacidad de resolver sus propios problemas, por lo que cada vez son más exigentes en los que se refiere a la calidad, cantidad y duración de la cooperación. No obstante, muchos países en vez de mejorar, han empeorado sus condiciones en materia social y de salud.

- Uno de los principales desafíos de la OPS en este nuevo contexto internacional y regional deberá ser fortalecer su participación como un socio activo en el proceso de cooperación técnica con los países y de fomentar la cooperación entre ellos mismos.
- Es necesario promover el concepto de **colaboración o cooperación entre todos**: todos tenemos algo que dar u ofrecer, pero también todos necesitamos de algo.
- A fin de aprovechar la inmensa gama de actores públicos y privados que a nivel mundial se han abierto campo en materia de salud internacional a lo largo de los últimos años (académicas, agencias internacionales, fundaciones, entre otras), y para mejorar el impacto y la calidad de los beneficios a obtener por nuestros países, la OPS podría **buscar apoyo, o servir de apoyo para nuestros países en la búsqueda de alianzas estratégicas** con estos otros entes o instituciones de importancia, no necesariamente gubernamentales o intra-regionales. Lo anterior vendría a complementar o hasta fortalecer de una manera satisfactoria la cooperación en provecho de los países del continente.
- Igualmente, la OPS podría llegar a ser un ente que **apoye y ayude a los países a identificar, construir y explotar sus propias capacidades y fortalezas**, denominadas “mejores prácticas” y ser un mecanismo que fomente y apoye la colaboración entre los países, para así dejar de ser un ente que coopera de manera unilateral y pasar a ser uno que apoye la promoción de estas “mejores prácticas” entre los mismos países.
- De esta manera, y con apoyo de la OPS, los países podrán llegar a ser no sólo receptores o beneficiarios de la cooperación, sino también cooperantes o países a imitar en las áreas de mayor fortaleza o éxito identificadas previamente.
- **Clasificar a los países** de acuerdo a su Producto Interno Bruto-PIB, debe dejar de ser uno de los mecanismos de clasificación o medición de los niveles de bienestar de los países pues carece de objetividad. De la misma manera, debe evitarse utilizar una sola categoría de clasificación (en función de los índices de alfabetización, del nivel de vida, de los índices de mortalidad materna o mortalidad infantil).
- Así mismo, el tradicional esquema de **agrupamiento de los países**, como el geográfico, no representa o refleja uniformidad en las realidades o necesidades de los países por cuanto a pesar de pertenecer a una sola región o sub-región, pueden mantener distintos o hasta abismales niveles de bienestar, por lo que sus necesidades también distan mucho.

- Esta heterogeneidad, hace necesario clasificar a los países en función de sus distintas variables, competencias y necesidades y evitar utilizar una sola variable, pues cada país posee diversos niveles de adelanto o atraso en distintos temas y posee distintas necesidades o retos a los que hacer frente, indistintamente de la región o sub-región a que pertenecen.
- Algunas maneras mediante las que podrían clasificarse los países y cuyos indicadores podrían servir de base a la hora de identificar el grado o nivel de avance de los países en materia de salud podrían ser de acuerdo a:
 - Los adelantos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, principalmente los relacionados con el sector salud
 - Las Funciones Esenciales de Salud Pública-FESP
 - Grupos más vulnerables (mujeres jefas de hogar, niños y adolescentes en riesgo social, adultos mayores, poblaciones indígenas o afrocaribeñas, etc.)
 - Afinidad étnico-cultural
 - Grupos de países con una institucionalidad muy débil en el área de la salud
 - Grupos de países de acuerdo a sus presupuestos nacionales hacia el sector salud
 - En función de la calificación de los recursos humanos de país
 - De acuerdo a la capacidad de investigación de los países
- A nivel regional, se podría recomendar incluir otros elementos o temas de clasificación **en temas que unen a los países y las capacidades técnicas de cada uno**, de manera que las experiencias exitosas y las mejores capacidades se unan en “redes” (por temáticas o por problemas), para que vengan a fortalecer el trabajo en equipos, con enfoques más regionales y sostenibles y que superen los períodos políticos.
- La OPS podría servir de gran apoyo y orientación para los países en la conformación de estas “redes”, así como para el desarrollo de las capacidades para hacer propuestas técnicas muy específicas para la región o el país y que permitan el buen abordaje de problemas puntuales.
- Con “redes” técnicas avaladas por la OPS, que den recomendaciones puntuales a los países, se podrá facilitar y apoyar en gran medida el trabajo y las decisiones de los gobiernos, que son las instancias que finalmente toman las decisiones y con las que por ende es necesario mantener fuertes lazos. Quizá en un futuro, estas “redes” podrán convertirse en autoridades en diversas materias y que lleguen a ser reconocidas por los países y la región?

2. Estrategia de cooperación con los países (CCS)

- La estrategia de cooperación con el país (CCS) es un mecanismo que podría **ayudar a definir y planificar satisfactoriamente la cooperación que brinda la OPS** y que reciben los países mediante la evaluación de la situación de los países en materia de salud.
- La estrategia vendría a **ayudar a los países a realizar un análisis interno** de los retos, las debilidades, las necesidades, las tendencias, los eventos críticos, las nuevas oportunidades de los países en materia de salud, así como las fortalezas y las capacidades en sus respuestas o aportes nacionales.
- Así mismo, esta experiencia, además de permitir conocer la realidad de los países, permitirá en función de esa realidad definida una mejor asignación o canalización de recursos, no solo los provenientes de la OPS, sino de otros actores o entes de cooperación técnica o financiera, sean estos hemisféricos o no.
- La CCS deberá ser definida tomando en cuenta, y a partir de, las políticas y planes definidos por cada gobierno en materia de salud, por lo que en ningún momento su definición estará desligada de las mismas, sino deberá definirse de la mano de las mismas.
- Realizar este ejercicio puede permitir un **examen interno amplio y profundo**. Este deberá efectuarse mediante la activa participación o estímulo de alianzas entre los diversos y sólidos grupos técnicos a nivel de los países que intervienen en el tema salud: el sector gubernamental, las academias, la sociedad civil, los organismos de desarrollo, etc.
- Lo anterior, generará a la OPS una mejor comprensión de las realidades de cada país en particular.
- Vendría a ser de gran utilidad **para definir y dirigir la cooperación** hacia áreas en las que más debilidades y necesidades se identifican y construir soluciones pertinentes a los contextos en que cada país se desarrolla, evitando enfocar los esfuerzos hacia áreas ya adelantadas.
- La estrategia, además de identificar las debilidades internas de los países hacia las cuales encauzar la cooperación, a su vez podrá servir como un instrumento **para definir o identificar las áreas en que los países se encuentran más fortalecidos** o en las que podrían potencializar su propia cooperación, es decir, ayudar a identificar las “mejores prácticas” de los países.

3. Situaciones para abordar las brechas entre las realidades deseadas actuales y las futuras

- Para atender los nuevos retos o realidades es sumamente importante y necesario visualizar:
 - hacia **dónde** se desea llegar,
 - **con qué** herramientas se cuenta,
 - **qué** se requiere desarrollar,
 - **quiénes** participarán, y
 - **cuáles** podrían ser los mecanismos viables para alcanzar lo esperado.
- Hay temas que tradicionalmente no han sido asumidos por la OPS con la suficiente profundidad o constancia a nivel de cada país. Un ejemplo de lo anterior podrían ser los análisis económicos de las estrategias en materia de salud pública (que dadas las tendencias actuales urge incorporar en la política de la organización), o el tema de los sistemas de información integrales, que vengán a orientar la definición de políticas públicas y que valoren la efectividad y eficacia de los programas y actividades.
- Ante lo anterior, y con la finalidad de **dar un mayor impulso e integralidad al sector salud** de los países, es quizás importante no excluir, sino más bien ir involucrando paulatinamente, - además de instituciones académicas o de investigación, la sociedad civil organizada, o los medios de comunicación (que coadyuvan sustancialmente a la promoción y prevención de la salud mediante la generación de conductas y actitudes en las personas)-, a los Ministerios de Economía, Ambiente, Planificación, Educación o hasta Cultura en los procesos de discusión y definición en temas relacionados a la salud, a fin de provocar en ellos una mayor sensibilización con el tema.
- Tomando en cuenta estas otras determinantes o disciplinas se podrá alcanzar una visión de la salud más integrada que podrá fomentar un mayor y verdadero desarrollo sostenible.
- Ante esto, es importante **que los países definan el rol** de los Ministerios de Salud, de las instituciones del Sector Salud, así como de otras involucradas con el tema, para el monitoreo y seguimiento de políticas y de evaluación del desempeño de los sistemas de salud en el contexto de una serie de temas de relevancia como los procesos de reforma del Estado o de las transformaciones tecnológicas.

- Es necesario dotar a las autoridades que intervienen directa o indirectamente en el tema salud con los marcos conceptuales, metodológicos, instrumentales y tecnológicos para realizar este seguimiento de las políticas y acciones emprendidas o a emprender.
- Para todo lo anterior, es fundamental, a fin de ir acompañando efectivamente estas transformaciones actuales y con miras hacia el futuro, el desarrollo de los recursos humanos del sector.

4. Contratación, asignación y adecuación de la fuerza laboral en las oficinas centrales de la OPS y las oficinas de país

- El **personal de las oficinas centrales de la OPS** debe ser distribuido de manera tal que responda mejor a la diversidad geográfica y epidemiológica que la OPS representa a nivel regional. Es necesario buscar un balance.
- Algunas veces se percibe que en el proceso de contratación de los funcionarios de nivel central no se valora el grado de conocimiento de la realidad de los países y al estar en las oficinas centrales no tienen, o pierden la dimensión de las necesidades y particularidades que los mismos tienen. Lo anterior puede producir que algunas acciones se concentren desde perspectivas erradas o equivocadas.
- El **perfil de las personas asignadas para las representaciones** de los países, así como su adiestramiento y experiencia deberá ir estrictamente acorde con las necesidades y retos identificados por los países en función a los problemas de salud identificados y priorizados a su interior. En otras palabras, el personal de las oficinas de país se ajustará a las necesidades e intereses de los países sede previamente identificadas en coordinación con la representación de la OPS .
- Además de las necesidades e intereses de los países sede previamente identificadas, para asignar el personal especializado en las oficinas de país definitivamente hay que tomar muy en cuenta las capacidades técnicas locales existentes con que cuentan los países, ya que estas pueden variar sustancialmente.

- Por lo anterior, el personal requerido dentro de cada representación de país de ninguna manera puede ser uniforme o estandarizado para todos, sino mas bien adecuado al nivel de cada país en particular.
- Es importante buscar la calidad y la eventual efectividad del personal requerido por los países. Es necesario evitar equipos conformados por un pequeño grupo de países, que se rodea de otro pequeño grupo de consultores, dados a la diversidad y la complejidad de temas a cubrir y cuyos aportes con frecuencia son generales y con diagnósticos superficiales.
- Es fundamental que el personal de las oficinas centrales o los consultores que llegan a los países, indistintamente de la duración de su período de labores, tenga bien claro que va trabajar en conjunto y coordinación con el recurso humano local. Deben evitar a toda costa imponer su trabajo, punto de vista o subestimar la capacidad técnica local que podrían aportar los países, pues es un **factor que lesiona la cooperación** y el trabajo conjunto.
- Para que esto no suceda, es de suma importancia contar con una contraparte claramente identificada y preparada. No obstante, cuando estas condiciones no existen, a nivel de estos países o instituciones en particular es fundamental fomentar la creación de estas contrapartes y la OPS podrá ejercer una función muy importante para esto.
- La **manera en que se asigna el personal de las oficinas de país** debe ser un proceso más democrático e incluyente. Un ejemplo podría ser mediante la solicitud de ternas a grupos e instituciones técnicas consolidadas a partir de las cuales nombrar el personal. Durante el proceso, es sumamente importante no olvidar o debilitar la competencia y experiencia técnica existente en función de elementos o intereses políticos.
- La **identificación de las “competencias” del recurso humano** (entendidas como la combinación de las habilidades, los atributos y el comportamiento que está estrechamente relacionado con un desempeño exitoso en el trabajo del personal asignado, tanto nacional como internacional), así como la constante valoración de dichas competencias, podrá ser un mecanismo que ayude en el proceso de contratación, asignación y adecuación de la fuerza laboral, tanto en las oficinas centrales, así como de las representaciones de país y los centros especializados de la OPS.
- Como una manera mediante la cual se podría **supervisar o responsabilizar al personal contratado**, en particular a los consultores a corto y mediano plazo, podría establecerse un sistema de evaluación permanente que incluya una encuesta a todas las personas e

instancias involucradas con el quehacer de la oficina (y no solo las gubernamentales), para que valoren el trabajo de los funcionarios que desempeñan las labores encomendadas.

- Los sistemas de evaluación del desempeño y supervisión del personal contratado, en particular de los consultores a corto y mediano plazo, es un factor fundamental para el alcance de las metas u objetivos propuestos. En tanto los resultados esperados o deseados sean claramente definidos para las personas contratadas, en esa medida se hará una apropiada supervisión y responsabilización del funcionario.
- No obstante, más que la evaluación y supervisión del personal contratado, también es de fundamental importancia establecer mecanismos eficientes de **evaluación, supervisión y seguimiento de las actividades apoyadas o ejecutadas** por el recurso humano, tanto interno, como externo.

Nuestros países están expuestos cada vez más a los cambios del entorno, por lo que deben procurar conciliar los intereses de la globalización y las consecuencias que una interdependencia compleja como esta genera, en conjunto con el desarrollo sostenible.

Como conclusión, la OPS debe mantener su liderazgo a nivel hemisférico para colaborar con los países y apoyarlos a hacer frente a los retos a la salud generados no solo al interior de los países, sino también a los generados a nivel mundial a raíz de la globalización.

GOBERNANZA DE LA OPS

DOCUMENTO

PREPARADO PARA

**EL GRUPO DE TRABAJO DEL
COMITÉ EJECUTIVO**

SOBRE LA

OPS EN EL SIGLO XXI

POR EL

GOBIERNO DE BARBADOS

AGOSTO DE 2004

I. INTRODUCCIÓN

Conforme a lo dispuesto en la resolución CD44.R14, aprobada en el 44º Consejo Directivo, se creó un grupo de trabajo del Comité Ejecutivo sobre la OPS en el siglo XXI.

Las iniciativas de reforma de este grupo de trabajo debían abarcar todos los aspectos de las operaciones de la OPS, haciendo hincapié en los siguientes:

- Los retos que pueden plantearse en la esfera de la salud pública en las Américas durante los próximos años;
- Los cambios operados en el carácter de las asociaciones y las alianzas para el desarrollo sanitario internacional inherentes a la función de la OPS;
- Los productos regionales y mundiales de salud pública en el siglo XXI y su relación con el mandato de la OPS;
- Las modalidades de la cooperación técnica en materia de salud;
- La gobernanza de la OPS;
- Los recursos destinados a la salud;

El presente documento hace hincapié en “La Gobernanza de la OPS”, tema que debía abordar Barbados en el Grupo de Trabajo del Comité Ejecutivo sobre la OPS en el siglo XXI y se centrará en tres categorías importantes para la gobernanza de la OPS:

1. La estructura y los Cuerpos Directivos
2. La función
3. Los procesos relativos a la relación con los interesados directos

II. PANORAMA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública que funciona como la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas, y como el organismo especializado en salud del sistema interamericano. Presta apoyo técnico a los países miembros y fomentando la cooperación entre ellos en las esferas de la investigación, la gestión de la información, el equipamiento y los suministros de salud, la movilización de los recursos, la formulación de las políticas, el desarrollo de los servicios de salud y el adiestramiento.

Desde sus comienzos, las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) concedieron una atención prioritaria a la cooperación. En el artículo 59 del Código Sanitario se establece que:

A solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los Gobiernos Signatarios, la Oficina Sanitaria Panamericana está autorizada para tomar las medidas preparatorias necesarias a fin de efectuar un canje de profesores, funcionarios de medicina y de sanidad, peritos o consejeros sobre sanidad pública o de cualquiera

de las ciencias sanitarias, para los fines de ayuda y adelanto mutuos en la protección de la sanidad pública de los Gobiernos Signatarios.

La meta más importante de la OPS en materia de cooperación técnica es promover la autosuficiencia de sus Estados Miembros en materia de desarrollo mediante el fortalecimiento de sus capacidades nacionales. Esto abarca la colaboración de los países entre sí con apoyo multilateral y bilateral, o bien, con apoyo directo de la comunidad internacional como asociados iguales para definir y alcanzar sus metas de salud por medio de actividades determinadas por las necesidades y prioridades de los países. La misión de la OPS en las Américas es conducir las actividades estratégicas de colaboración entre los Estados Miembros y otros socios a fin de promover la equidad en la salud, luchar contra las enfermedades y prolongar la vida de las personas y mejorar su calidad. A esos efectos, la OPS actúa en forma coordinada con las autoridades sanitarias de sus Estados Miembros, otros organismos internacionales, otros gobiernos y la sociedad civil.

III. LA GOBERNANZA DE LA OPS

La gobernanza en materia de organización puede examinarse en dos dimensiones. La primera se refiere a los medios mediante los cuales se ejerce la autoridad en el manejo de los recursos de la organización, en los cuales los temas de la participación, la legitimidad, la responsabilización y la transparencia son esenciales. La segunda tiene que ver con la capacidad de cumplir las funciones con eficacia, eficiencia y equidad, mediante el diseño, la formulación y la ejecución de las políticas, que es un acto de la protección y perfeccionamiento de la Organización. En general, la gobernanza puede comprenderse como la estructura y los procesos de formulación de políticas y adopción de decisiones, que incluyen a los actores e interesados directos internos y externos.

En lo que se refiere a la OPS, la primera de las dimensiones mencionadas se refiere a la Constitución de la OPS (el marco jurídico y los reglamentos) en cuanto a su capacidad para promover y orientar las políticas que interesan a los Estados Miembros. La gobernanza de la Organización se ejerce a través de sus Cuerpos Directivos: la Conferencia Sanitaria Panamericana (integrada por los 35 Gobiernos Miembros), el Consejo Directivo (integrado por todos los Gobiernos Miembros) y el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo (integrado únicamente por nueve Gobiernos Miembros).

Si bien la segunda dimensión tiene aspectos comunes con la primera, guarda una relación más directa con la Oficina Sanitaria Panamericana, que es el nombre oficial de la secretaría de la OPS. Esta dimensión de la gobernanza de la OPS se refiere a la protección y el perfeccionamiento de la Organización en nombre de los Estados Miembros. Lo anterior se expresa a través del proceso de gestión (planificación, programación, aprobación del presupuesto y ejecución), haciendo hincapié al mismo tiempo en la responsabilización, el desempeño y la eficiencia en los procesos y en el desarrollo y la evaluación del personal. En la medida en

que se centra en la capacidad de cumplir las funciones con eficacia, eficiencia y equidad, mediante el diseño, la formulación y la ejecución de las políticas, en este caso se vincula el desarrollo institucional de la OPS con la gobernanza.

Funciones de los Cuerpos Directivos

Las sesiones de los Cuerpos Directivos de la OPS pueden considerarse un servicio internacional para los Gobiernos Miembros. Las sesiones proporcionan un escenario en donde los Estados Miembros se pueden reunir, intercambiar experiencias y negociar convenios internacionales que requieren medidas operativas ulteriores. También sirven como foro para el intercambio de información e ideas, así como medio de comunicación para que los Estados Miembros coordinen las actividades que requieren cooperación para el progreso de la salud y el desarrollo en el continente americano.

Los Estados Miembros, por medio de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo, se encargan de examinar los informes anuales del Comité Ejecutivo, evaluar las cuotas de los países y examinar y aprobar el programa bienal y el presupuesto de la Organización.

El Director de la Oficina es elegido por la Conferencia y, si es necesario, el Consejo puede elegir a un Director Interino. La Conferencia se reúne cada cinco años en la sede de la Organización en una fecha determinada por el Director de la Oficina en consulta con el Comité Ejecutivo. El Consejo se reúne una vez al año durante los años en que la Conferencia no se reúne.

El Comité Ejecutivo aprueba el orden del día provisional de la Conferencia y de las sesiones del Consejo, considera y presenta el programa propuesto y el presupuesto preparado por el Director de la Oficina con las recomendaciones que considere necesarias a la Conferencia y al Consejo. Además, el Comité aconseja a la Conferencia y al Consejo sobre los asuntos que le hayan sido referidos por esos órganos, o bien, por iniciativa propia sobre otros asuntos relacionados con las actividades de la Conferencia, del Consejo o de la Oficina. Cada año se celebran dos sesiones ordinarias del Comité Ejecutivo; una de ellas inmediatamente después de que tiene lugar el Consejo o la Conferencia. Las sesiones especiales se celebran cuando las convoca el Director de la Oficina, ya sea por iniciativa propia o a petición de por lo menos tres Gobiernos Miembros.

A diferencia de la Conferencia y el Consejo, que están integrados por los representantes de todos los Estados Miembros, el Comité Ejecutivo solo está compuesto por nueve representantes elegidos por los Estados Miembros y cuya misión consiste en cumplir las funciones que le asignan la Conferencia o el Consejo y adoptar ciertas decisiones sobre asuntos relacionados con las actividades de los demás Cuerpos Directivos y la Oficina. Los gobiernos que no están representados en el Comité pueden enviar observadores por su propia cuenta para que participen en las

sesiones sin derecho de voto. Este mecanismo implica que el Comité Ejecutivo puede adoptar decisiones sin el aporte de todos los Estados Miembros.

En cuanto a la Oficina, el Director puede reestructurar y organizar las oficinas, divisiones y secciones de la Sede, las representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos según lo considere necesario para ejecutar el programa de actividades de salud autorizado por la Organización. El Director también establece las reglas financiero, incluidas las normas y los límites para su ejecución, a fin de lograr una administración financiera eficaz. Asimismo, elabora el plan estratégico y otros documentos y políticas de orientación para la Oficina con el objeto de cumplir sus funciones. Las actividades mencionadas pueden ser realizadas y ejecutadas con o sin la participación o intervención de los Estados Miembros, o bien, en algunos casos, con la participación de un número determinado de Estados Miembros. En consecuencia, a veces también puede haber problemas de comunicación entre la administración de la Oficina y los Estados Miembros, en particular cuando los gobiernos no participan.

El orden del día provisional y todos los documentos de trabajo relacionados con la Conferencia o el Consejo son preparados por el Director y enviados a los Estados Miembros, Miembros Asociados y Observadores al menos 30 días antes de la apertura de una sesión. También se envían copias al Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Del mismo modo, el Director de la OSP elabora el orden del día provisional del Comité Ejecutivo. El orden del día provisional y todos los documentos de trabajo relacionados con el Comité son enviados a los Estados Miembros, los Miembros Asociados y los Observadores al menos 21 días antes de la apertura de una sesión.

Para garantizar la buena gobernanza de la OPS, los Estados Miembros se encargan de velar por que su voluntad colectiva de mejorar la salud en las Américas sea manifestada por la Organización. Para lograrlo, los Gobiernos Miembros asignan recursos a la Organización y establecen prioridades sanitarias en los ámbitos nacional y regional que se reflejan en el presupuesto y los programas de la OPS para la cooperación técnica. Además, los Estados Miembros ayudan en la gestión de la labor de la OPS en los países y le prestan un apoyo y un compromiso firmes para que pueda cumplir con su misión, su mandato y sus metas.

Por su parte, la Organización debe ayudar a los Estados Miembros a manifestar su voluntad colectiva al ejecutar las responsabilidades y funciones concretas estipuladas en el Código Sanitario Panamericano, y aquellas que la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo le asignen en el futuro. Con esta finalidad, la OPS debe trabajar estrechamente con los países y gobiernos para fortalecer las capacidades nacionales y formular y poner en práctica los programas. Para alcanzar este objetivo, las representaciones de la OPS/OMS tienen una función

decisiva que desempeñar y, por consiguiente, son fundamentales para que la OPS cumpla su misión.

Las representaciones de la OPS/OMS deben convertirse en el centro de coordinación del apoyo que la OPS presta a los gobiernos. En esta calidad, deben ayudar a los países a definir y alcanzar sus metas de salud, y para adoptar y adherirse a las normas de salud internacionales, lo cual abarca apoyar a las autoridades sanitarias para que cumplan su responsabilidad de formular políticas sanitarias nacionales que fomenten y mantengan los procesos nacionales.

Además de lo anterior, las representaciones de la OPS/OMS deben ayudar a los Estados Miembros a planificar y administrar las actividades de cooperación en los países; a coordinar los asuntos relacionados con la salud en los países y con los asociados externos; y a movilizar los recursos y hacer un uso racional de ellos.

Gobernanza transitoria de la OPS

Evolución de la gobernanza en los primeros 40 a 50 años

Durante la primera parte del siglo XX, el estado de la salud pública se definía en relación con la presencia o la ausencia de enfermedades, por lo cual el mayor énfasis y el foco principal del programa de la OPS de cooperación técnica con los países de la región eran la prevención, el control, y en algunos casos, la erradicación de las enfermedades. El objetivo más importante de la Organización era recibir informes sobre las condiciones de salud en los puertos y los territorios de los países del continente americano. Lo que impulsaba a la Organización a adoptar este nuevo enfoque sobre la salud era el intercambio y el comercio, ya que las enfermedades se transmitían a medida que los países intercambiaban bienes y servicios, y las personas viajaban de un país a otro.

Al principio, los recursos de que disponía la Oficina Sanitaria Panamericana eran exiguos. El presupuesto de la Organización era reducido y el personal era poco numeroso y a veces se compartía, pues no existía ningún puesto permanente. Durante los años veinte los representantes hacían la mayor parte del trabajo de la Oficina viajando permanentemente. En el Código Sanitario Panamericano, redactado en La Habana en 1924, se definió inequívocamente la función por excelencia de la Oficina, que era convertirse en el centro de distribución de información de la información sanitaria regional.

Evolución de la gobernanza en los 30 a 40 años siguientes

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se ampliaron los objetivos iniciales del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, haciendo hincapié no sólo en las enfermedades infecciosas sino también en las enfermedades no transmisibles crónicas y el desarrollo de servicios sanitarios para promover la salud y el desarrollo social de los países miembros. Este nuevo enfoque de la salud fue impulsado por el comercio

y los criterios humanitarios y el trabajo de la OPS se centró en primer lugar en la asistencia técnica a los países. Sin embargo, este enfoque se modificó rápidamente y las actividades de la Organización se centraron en la facilitación de la cooperación técnica con y entre los Estados Miembros.

En su primera reunión de 1947, el Consejo Directivo aprobó la Constitución de la OPS, dando así carácter oficial a las actividades y el funcionamiento de la Organización. Se había instituido la estructura orgánica, permitiendo una formulación de políticas y planificación eficaces y la elaboración de programas de salud, la asignación de recursos y la inversión de los fondos con criterios racionales. Se logró una mayor participación política en la Organización, poniendo el debido cuidado en el nombramiento de los representantes ante los Cuerpos Directivos y la asignación de los fondos por parte de los Gobiernos Miembros. Asimismo, aumentó la participación de los ministros de salud en la Organización, y éstos establecieron las prioridades en materia de salud, participaron en los Cuerpos Directivos y en otras acciones y dieron su apoyo a la labor de la OPS en los países.

A medida que aumentaba la presencia del organismo en los Estados Miembros también se establecieron servicios técnicos especiales para estudiar los problemas de la salud pública, organizar las actividades sanitarias nacionales y crear unidades de salud urbanas y rurales, cuyo personal estuviera integrado por trabajadores de salud de tiempo completo, debidamente adiestrado.

Aproximadamente en la misma época, se aprobó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nueva York, en 1946, la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948. A partir de ello, surgió una visión sanitaria moderna y el concepto de salud se modificó de manera de abordar adecuadamente los nuevos retos en esta materia. Posteriormente, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) redefinió el concepto salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El 30 junio de 1949 la Segunda Asamblea Mundial de la Salud aprobó un acuerdo entre la OMS y la OPS, que se incluyó en el capítulo XI de la Constitución de la OMS. En el artículo 2 de ese acuerdo se establecía que "la Conferencia Sanitaria Panamericana, por intermedio del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, y la Oficina Sanitaria Panamericana, servirán, respectivamente, como el Comité Regional y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental".

De conformidad con este acuerdo, la OPS mantuvo su constitución original pero también adoptó la Constitución de la OMS. La Conferencia Sanitaria Panamericana, en calidad de Cuerpo Directivo supremo de la OPS, todavía podía adoptar y promover la salud y los acuerdos y programas sanitarios en el continente americano, siempre y cuando fueran compatibles con la política y los programas de la OMS y se financiaran por separado.

Conforme a las disposiciones de la Constitución de la OMS y al acuerdo, el Director General de la OMS debía recibir del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana toda la información relativa a la administración y las operaciones de la Oficina.

También se espera que el Director de la OSP someta a la consideración del Director General de la OMS el presupuesto anual de la Oficina para que lo tome en cuenta al elaborar el presupuesto anual de la OMS y asigne una proporción de este a la OSP; los fondos asignados tendrían que administrarse de conformidad con las normas y los procedimientos financieros de la OMS.

La gobernanza en los últimos 20 años y en el futuro

La globalización se ha convertido en uno de los motores fundamentales del desarrollo, pero puede tener consecuencias positivas o negativas para los países y para las relaciones entre éstos. Este fenómeno puede perjudicar la salud en todo el mundo y poner en peligro las mejoras y los avances logrados con tanto esfuerzo en las esferas de la salud, la esperanza de vida y el nivel de vida, al tiempo que constituye una de las amenazas más grandes para la seguridad mundial.

Las mayores preocupaciones en materia de salud en los planos nacional, regional y mundial, se originan en la propagación de enfermedades infecciosas nuevas y emergentes, la circulación de las enfermedades de un lugar a otro del planeta, el transporte y la diseminación de vectores, y el movimiento de alimentos contaminados, sustancias tóxicas permitidas y prohibidas, contaminantes y otras sustancias peligrosas para la salud. Ha aumentado la prevalencia de las enfermedades no transmisibles crónicas, y se han agravado la violencia y la guerra. Cada vez hay más accidentes y han surgido nuevas amenazas, como el bioterrorismo y otros riesgos ocasionados por la acción del hombre, así como los desastres naturales. La migración de personas y trabajadores de salud también está complicando aún más la situación sanitaria.

En este sentido, como consecuencia de la globalización los gobiernos ya no son los únicos agentes que inciden en el acontecer sanitario mundial. Hay un consenso cada vez mayor de que la salud es un bien público mundial. Actualmente se tiene un sentido más holístico del carácter social de la salud, y ahora que se ve como un producto social ya no existe una única entidad exclusivamente responsable de asegurar la salud. Además de los programas nacionales, la esfera de la salud mundial ahora incluye las nuevas asociaciones de cooperación técnica, integradas por el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones multilaterales, los bancos de desarrollo regional, las instituciones regionales de integración y políticas, y diversos actores bilaterales.

De todos los nuevos enfoques empleados para promover la salud en la era de la globalización, los que han concitado mayor atención son la creación de asociaciones de la sociedad civil, ya sea que operen con fines de lucro o con fines humanitarios. Los efectos de la globalización sobre la salud

han impulsado a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) a emprender nuevas actividades, como la prestación de servicios de salud, y a renovar su estrategia de promoción de los derechos sanitarios básicos y de acceso a los recursos de salud. Las actividades de las organizaciones de la sociedad civil han aumentado en respuesta a lo que perciben como un debilitamiento de las autoridades nacionales en el marco de la globalización y el aumento del poder de las empresas transnacionales. Las redes de OSC ahora incluyen a las organizaciones no gubernamentales, los grupos comunitarios, las fundaciones privadas y las organizaciones humanitarias creados en un país determinado o en varios países, con el objeto de promover un apoyo más amplio y transnacional a los intereses del público en las cuestiones de políticas mundiales, como los derechos humanos, los problemas ambientales, el alivio de la deuda, el desarrollo socioeconómico y la salud.

Debido a que el público en general ha desarrollado mayor conciencia e interés sobre los derechos de los ciudadanos de participar en las políticas y los procesos que inciden sobre la salud mundial, la labor de la sociedad civil se ha vuelto más relevante. A ello hay que sumar hoy día una exigencia cada vez mayor de los ciudadanos de que los gobiernos demuestren ante la opinión pública un grado mayor de sensibilización y responsabilización. El papel cada vez más importante de la sociedad civil en los procesos de desarrollo no es sólo una respuesta a los grupos de presión políticos o consecuencia de un nivel más elevado de organización, sino que se produce porque tiene cada vez más claro que los procesos de desarrollo y el logro del desarrollo humano dependen de los esfuerzos concertados del Estado, los ciudadanos y sus organizaciones para enfrentar los retos de la globalización.

En América Latina y el Caribe, los grupos de integración regional que se fortalecieron como respuesta de los países a la globalización, han planteado nuevas exigencias de cooperación técnica por parte de la OPS y otros organismos multilaterales y bilaterales. Algunas de ellas son el resultado de nuevos retos, que pueden abordarse aplicando procedimientos convencionales de cooperación entre los países. En cambio, la satisfacción de otras requiere el apoyo colectivo de los países comprometidos con la creación de consensos y la formulación de políticas e instrumentos supranacionales.

La incorporación de nuevos socios a los procesos de cooperación técnica para la salud ha repercutido sobre todas las partes involucradas y ampliado el enfoque predominantemente económico y tecnológico de la cooperación técnica en materia de salud, para incluir aspectos como la gobernanza, la salud y los derechos humanos.

IV. VIGENCIA DE LA OPS EN EL SIGLO XXI

La OPS solía ser el socio multilateral más importante con el que los países de las Américas establecían alianzas de cooperación técnica en materia de salud. Sin embargo, en fecha reciente, debido a la naturaleza intersectorial de la salud, al impulso que se le ha dado a la salud y a su relación con el desarrollo socioeconómico de los países en todos los

ámbitos, ha habido un repunte en el número de los interesados directos nacionales, regionales y mundiales en la salud en la Región.

A pesar de esta afluencia elevada de nuevos asociados en materia de salud, las organizaciones internacionales como la OPS que prestan apoyo técnico a los países todavía pueden desempeñar un papel importante, pues los Gobiernos Miembros no son los únicos que necesitan una orientación técnica sólida. Ésta también es necesaria para los socios que ayudan a los países.

La OPS, en su condición de organismo que presta apoyo técnico a los países, hoy día tiene que desempeñar una función en transición y actuar como intermediaria en el nuevo contexto de cooperación internacional. Dicha función ya se ha puesto de manifiesto cuando las organizaciones de la sociedad civil, para definir sus programas, recurren a los conocimientos y la experiencia de la OPS y los Gobiernos Miembros en materia de definición de proyectos y programas de financiamiento prioritarios.

En consecuencia, la OPS tiene que concentrar los recursos donde se puedan aprovechar mejor y evitar que se dupliquen los esfuerzos mediante el establecimiento de criterios para su participación en problemas de salud concretos, dado el gran número de actores en el campo de la salud. Debe seguir dando muestras de su liderazgo y capacidad para coordinar, lo que ayudará a racionalizar la distribución del trabajo entre los diversos asociados para forjar una alianza de cooperación técnica más armoniosa. En el marco de estos nuevos tipos de asociaciones, la movilización de recursos, el intercambio de conocimientos, la tecnología y la capacidad técnica, la formación de redes, la planificación, la ejecución de pruebas y la evaluación deben seguir siendo funciones importantes de la OPS y de la labor de sus Estados Miembros.

Retos que afronta la OPS/OMS

La realización de un esfuerzo concertado a favor de la salud y el desarrollo, administrado por la OPS, será un mecanismo adecuado para que los interesados directos de las Américas puedan hacer frente a los retos y aprovechar los beneficios a los que da lugar la globalización. El proceso de globalización y los problemas que plantea la salud pública generarán un aumento progresivo de la cooperación de la comunidad internacional a medida que se haga cada vez más evidente que es imposible manejar las distintas esferas de políticas en forma independiente.

La OPS y los Gobiernos Miembros deben esforzarse por mejorar y fortalecer la colaboración y la cooperación dirigidas a fomentar la creación de un entorno favorable para las asociaciones cuyo objetivo sea ejecutar los mandatos mundiales, regionales y nacionales, los programas de desarrollo y los proyectos de salud.

Tanto la OPS como los Gobiernos Miembros deben desarrollar sistemas que perfeccionen los mecanismos de transparencia a fin de mejorar la

responsabilización. Para lograr una coordinación eficaz de las iniciativas de salud será necesario, entre otras cosas, fortalecer las alianzas mundiales y los sistemas nacionales de salud y asegurar la coherencia entre todas las estrategias y los esfuerzos de cooperación nacionales, regionales y mundiales. Para que los países puedan operar eficaz y eficientemente, será esencial lograr una cooperación técnica bien coordinada, administrada por la OPS, pues la fragmentación de la perspectiva regional de salud provocará una superposición de esfuerzos, un mayor despilfarro y una ineficiencia creciente, a lo que se sumará el fracaso regional en el cumplimiento de las metas mundiales y la incapacidad para superar los retos mencionados precedentemente que puede plantear la globalización a la salud en el continente americano.

En consecuencia, para que los organismos multilaterales como la OPS puedan cumplir el mandato y el papel constitucional que le han asignado sus Gobiernos Miembros y responder eficazmente a los retos de la globalización y a las necesidades y expectativas cambiantes de los Estados Miembros, es preciso proceder a una reforma organizativa que incluya cambios en la gobernanza, la preparación de los presupuestos, la asignación de los recursos y los procesos de negociación en la Organización.

También debe mejorarse el papel de coordinación de las organizaciones de la sociedad civil y definir con mayor claridad cuál es la función más apropiada del sector privado compatible con la búsqueda de alianzas no tradicionales y la creación de asociaciones basadas en el establecimiento de relaciones recíprocas que entrañen valores, prioridades, y criterios de responsabilización y transparencia compartidos. Por lo tanto la gobernanza de la OPS debe evaluarse críticamente para brindarle la capacidad de organización y liderazgo adecuada para el siglo XXI.

V. TEMAS POR RESOLVER

En relación con los aspectos concretos que es necesario abordar en los atributos relativos a la Gobernanza de la OPS, se formularon las siguientes recomendaciones para cada uno de los temas.

A. Estructura y Cuerpos Directivos

Tema 1: Mejorar la comunicación en los Cuerpos Directivos y entre los Estados Miembros.

Cuerpos Directivos

En relación con la comunicación en los Cuerpos Directivos y entre los Estados Miembros, se hacen las siguientes sugerencias:

1. Debe haber un intercambio oportuno de información antes y después de las sesiones entre los miembros elegidos del Comité Ejecutivo y los otros Gobiernos Miembros, así como mecanismos de retroalimentación y de previsión para pedir a los otros Estados Miembros observaciones, recomendaciones y sugerencias sobre las

actividades que se presentan al Comité. De este modo, habrá más aportes y mayor participación de todos los Estados Miembros en las actividades y funciones del Comité Ejecutivo.

2. Se deben instaurar mecanismos de retroalimentación y previsión para mejorar la comunicación entre la Oficina, las representaciones de la OPS/OMS y los Gobiernos Miembros. Esto podría realizarse siguiendo el modelo de la Oficina, de las representaciones de la OPS/OMS o de los Gobiernos Miembros al facilitar reuniones periódicas subregionales para examinar, vigilar y evaluar el programa de actividades y las decisiones de gestión. Para llevar a cabo esto, las representaciones de la OPS/OMS deben procurar que las delegaciones de los países estén plenamente informadas sobre los temas con mucha antelación.
3. Quizá también sea necesario instaurar un sistema de reuniones de los Estados Miembros que permita que se reúnan antes del comienzo de las sesiones de la Conferencia, del Consejo o de la Oficina. De este modo, habría tiempo para que se prepararan los puntos nuevos que se tratarían en la Conferencia, el Consejo o la Oficina y que no pueden formar parte del orden del día de las sesiones de los Cuerpos Directivos.
4. Los enfoques y mecanismos anteriores también podrían facilitar los aportes de los Estados Miembros en los distintos grupos de trabajo del Comité Ejecutivo y a los diversos grupos especiales creados ocasionalmente por la Oficina Sanitaria Panamericana para abordar temas relacionados con la Oficina y la gobernanza de toda la Organización.
5. La OPS debe proporcionar oportunamente y por la internet todos los documentos de políticas, junto con las actas de las decisiones sobre la gestión y las resoluciones aprobadas en las sesiones de los Cuerpos Directivos, para que los usuarios puedan consultarlos de manera rápida y sencilla dentro y fuera de la Organización.
6. Las organizaciones regionales de integración política de las distintas subregiones (como CARICOM, la Comunidad Andina, el Sistema de Integración Centroamericana, entre otras) también podrían estar representadas en las sesiones del Comité Ejecutivo para transmitir y difundir la información y la correspondencia de las sesiones del Comité Ejecutivo a los gobiernos del bloque político respectivo que no estén representados o no hayan sido elegidos. Por lo tanto, dichas organizaciones podrían funcionar como centro de intercambio de información del Comité Ejecutivo y de sus diversos grupos especiales y grupos de trabajo.
7. Los Estados Miembros deben participar más en el programa de la Oficina, con un planteamiento en materia de política, planificación y adopción de decisiones que haya sido consultado con los beneficiarios. En los casos en que este método no fuera practicable, deberá fomentarse la participación de los Estados Miembros en las etapas de diseño y ejecución de las políticas, los planes y los programas que estén en vías de elaboración y ejecución por parte de la Oficina. El Director de la Oficina debe hacer partícipes a todos

los Estados Miembros en las actividades de la Oficina, ya sea mediante el diálogo o su participación activa, de manera análoga a lo que se está haciendo actualmente en relación con el examen de la OPS en el siglo XXI. Más aún, sería conveniente que la Oficina consultara a los Estados Miembros respecto a los documentos de los Cuerpos Directivos para que estos puedan expresar los intereses, las inquietudes y las sugerencias de los países.

Una de las prioridades principales de los organismos internacionales en el siglo XXI es fortalecer las asociaciones sanitarias que reúnan a los actores de los sectores público y privado junto con otros interesados directos que tienen un interés en la salud, a fin de trabajar al unísono para alcanzar el objetivo común de mejorar la salud de las poblaciones de la manera más económica. Al forjar alianzas mundiales con la sociedad civil y reconocer lo que aportan a la cooperación técnica y el desarrollo sanitario de los países, a algunas organizaciones no gubernamentales se les confirió la calidad de observadores en las organizaciones internacionales, además del privilegio de participar en las reuniones técnicas y los foros. Sin embargo, considerando las dificultades futuras, se debe implantar un proceso de renovación en nombre de la sociedad civil para promover su plena participación en la concepción, ejecución y evaluación de las políticas y los programas de los organismos internacionales.

8. Quizá sea necesario modificar la Constitución de la OPS y prever la incorporación y participación activa de asociados de la sociedad civil en los Cuerpos Directivos de la OPS. Se les podría otorgar la categoría de miembros asociados y los derechos y obligaciones correspondientes. También será necesario que se instaure un sistema de rotación análogo al del Comité Ejecutivo para que los numerosos y diversos actores de la sociedad civil (donantes, prestadores de ayuda humanitaria, proveedores de servicios, etc.) estén representados de manera equitativa y transparente, y tengan cabida en las sesiones de los Cuerpos Directivos. Sin embargo, periódicamente tendrán que llevarse a cabo los procesos de acreditación, seguimiento y evaluación de las organizaciones de la sociedad civil y de sus actividades, con base en criterios establecidos por la OPS, los Estados Miembros y posiblemente alguna asociación o junta acreditativa de la sociedad civil que se crearan con este objetivo concreto.
9. Del mismo modo, y en razón de la naturaleza holística de la salud y de las relaciones establecidas recientemente entre la salud y otras esferas como "la salud y la macroeconomía", "la salud y el turismo", "la salud y la inmigración" y "la salud y el comercio", no sólo las autoridades sanitarias nacionales tienen una ingerencia directa en el tema de la salud sino que éste interesa también a otros ministerios u organismos del Estado. Por consiguiente, a medida que la salud se vaya convirtiendo progresivamente en un aspecto adicional de las relaciones internacionales, los gobiernos deberán decidir cómo reestructurar su delegación ante los Cuerpos Directivos de la OPS y cómo nombran a sus representantes. Quizás

sea necesario modificar la Constitución y disponer que las delegaciones de los países ante los Cuerpos Directivos estén integradas no solo por un profesional de la salud de la autoridad sanitaria nacional sino también por otros profesionales de otras ramas del gobierno. Sin embargo, los especialistas de la salud deben conservar su función directiva en cualquier delegación designada a la OPS.

Tema 2

Estructura orgánica y presupuestaria para cumplir la misión de los Cuerpos Directivos y satisfacer las necesidades de los países

Sugerencias

1. Con respecto a la estructura orgánica, la elección o selección del personal superior (Director, Director Adjunto y Subdirector) parece ser un proceso principalmente político. El Director es elegido por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización, y el Director, con la aprobación del Comité Ejecutivo, nombra al Director Adjunto, quien suele ser un ciudadano de los Estados Unidos de América, y al Subdirector. Es posible que sea necesario implantar un proceso más transparente y formal para seleccionar al personal principal, el cual debiera considerar otros factores además de los políticos; por ejemplo, un proceso técnico que consistiera en que los países identifiquen a candidatos con un caudal considerable de conocimientos, aptitudes y experiencia en el campo de la salud pública, aunado a la realización de una labor suficiente y de calidad en materia de salud pública, o bien, un proceso de elección análogo al que se utiliza para seleccionar a los miembros del Comité Ejecutivo. De este modo, se lograría una mayor representación regional y diversidad cultural en el proceso de selección de los funcionarios superiores, y se daría la misma oportunidad a todos los Estados Miembros para que sus candidatos sean considerados para los tres puestos superiores mencionados.
2. La OPS debe difundir los resultados y poner en práctica las recomendaciones del estudio realizado sobre la distribución de las asignaciones presupuestarias y otras estrategias de la OPS para aumentar la tasa de recaudación de las cuotas. Además, es preciso establecer criterios inequívocos para la distribución de las asignaciones presupuestarias a los países y transparencia al escoger los índices para determinar las necesidades y prioridades de los países, incluidos los criterios e índices empleados para los países clave (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua).
3. Las contribuciones financieras de los gobiernos se calculan con base en sus ingresos y, por lo tanto, algunas cuotas son mayores que otras. Esto ha dado lugar a que muchos gobiernos cuestionen sus derechos y privilegios dentro de la Organización, así como la manera en que sus contribuciones se asignan y administran. Actualmente, el derecho de voto de los Gobiernos Miembros

depende de si estos cumplen con sus obligaciones financieras y cada Gobierno Miembro tiene derecho a un voto. Sin embargo, si a juicio de la Conferencia o del Consejo, el Gobierno no ha podido pagar debido a causas que escapan a su voluntad, puede permitirle que vote. En este sentido, hay una necesidad de reexaminar los derechos de voto con base en las cuotas presupuestarias.

4. Se deben delegar más las atribuciones programáticas y financieras a las representaciones de la OPS/OMS, con criterios claros y procesos de responsabilización, a fin de que funcionen eficazmente y respondan rápidamente a las necesidades de los países. Actualmente, solo se permite a las representaciones de la OPS/OMS gastar hasta US\$ 15.000 en un programa determinado; y el Director debe aprobar los montos mayores.
5. En consonancia con el principio de integridad de la Oficina Sanitaria Panamericana —velar por un desempeño transparente, ético y responsable—, los Estados Miembros deben participar más en la auditoría, la vigilancia y la evaluación de las funciones de la OPS para que haya mayor responsabilización y transparencia en sus prácticas operativas, de gestión y financieras, y para velar por una mayor eficiencia administrativa y operativa. Durante la auditoría y la evaluación, además de examinarse los gastos, se deberá examinar el desempeño para que se evalúe la eficacia, las repercusiones y los resultados de los procesos, así como para medir el éxito de los programas. Deberá formarse un comité permanente de auditoría y evaluación integrado por representantes de los Estados Miembros, Estados Participantes, Miembros Asociados, la Oficina y alguna organización independiente. Esta medida dará pie a que se utilice un método participativo para realizar el examen y la evaluación, y garantizar la difusión de los resultados de estos procesos a todos los interesados directos, con lo cual se hará un uso óptimo tanto de los procesos como de sus resultados.
6. Estructurar los vínculos entre los informes financieros y la evaluación eficaz mediante la elaboración simultánea de un informe de evaluación sobre la ejecución del presupuesto por programas y el informe financiero correspondiente al mismo período del presupuesto por programas para demostrar a los Estados Miembros y demás interesados directos que los fondos de la Organización han sido bien invertidos.
7. La OPS también debe adoptar medidas para reducir los costos y reducir al mínimo el desperdicio en la Organización, a fin de compensar la disminución del financiamiento de diversas fuentes y reorientar los fondos a los programas técnicos prioritarios.

Tema 3

Evaluación de los centros panamericanos

Las evaluaciones de los centros panamericanos de la OPS se han realizado específicamente para determinar si se justificaba su existencia. En el pasado, dichos estudios llevaron al cierre o la reorganización de alguno de estos centros.

Actualmente, se está llevando a cabo el examen de un centro panamericano en el Caribe y de otros organismos que colaboran con él, y en el pasado también se realizaron estudios sobre algunos de ellos. Estos centros son el Centro de Epidemiología del Caribe y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. Asimismo, se han realizado o se están realizando estudios análogos en otros centros panamericanos. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) son dos de ellos.

Sugerencias

1. Los programas de los centros panamericanos deben ser diseñados y ejecutados en consonancia con los programas nacionales y los de las representaciones de la OPS/OMS. A fin de evitar la superposición de esfuerzos y lograr una mancomunación de todos los recursos, con el objeto de abordar las necesidades de los países y las prioridades regionales, así como para lograr los objetivos mundiales, es preciso que los centros panamericanos y las representaciones de la OPS/OMS apliquen un enfoque integrado y un programa compartido. Cuando sea posible, los centros panamericanos y las representaciones de la OPS/OMS deberán diseñar el presupuesto por programas en forma conjunta aplicando un enfoque de agenda compartida. Las representaciones de la OPS/OMS deberán ser la principal entidad coordinadora y de ejecución de los programas de país, pero en el marco de este nuevo enfoque integrado, los centros panamericanos desempeñarán una función de apoyo en materia de investigación, gestión de la información y adiestramiento especializado en los países para aumentar la adopción de decisiones basada en pruebas científicas en el ámbito regional para realizar proyectos y programas, y poner en práctica ciertas partes de los programas.
2. Además de evaluar los centros panamericanos, también es necesario examinar las representaciones de la OPS/OMS. Es preciso determinar la viabilidad, la eficacia y la eficiencia de la Oficina de Campo de El Paso, Texas, en el marco operativo actual de la OPS. Asimismo, debe evaluarse la eficiencia de la Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe y su capacidad de respuesta a los problemas de todos los pequeños Estados en desarrollo a los que presta servicio, teniendo en cuenta especialmente que la labor de la Organización se centra cada vez más en los países, que se ha puesto en marcha la

Estrategia OMS de Cooperación con los Países y que se han descentralizado las actividades de la Sede, derivándolas al trabajo de campo. Cabe preguntarse si los recursos disponibles serán suficientes para satisfacer adecuadamente las necesidades de todos estos territorios.

B. Función

Tema 1

Mejorar la eficiencia de la OPS mediante las representaciones de la OPS/OMS para crear asociaciones y fortalecer la capacidad y las instituciones, en especial en los estados en desarrollo.

En el marco de la reorganización de la OPS, la iniciativa de atención centrada en los países y la estrategia OMS de cooperación en los países establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tendrán repercusiones extraordinarias en la gobernanza de la OPS.

La estrategia OMS de cooperación en los países permitirá sumar los esfuerzos de la sociedad civil y del sector privado a los de la OPS y sus Estados Miembros. Mediante el enfoque de la estrategia OMS, el Estado no sólo estará representado por el Gobierno Miembro sino que incluirá a los diversos sectores sociales. Este nuevo Estado conceptualizado cumplirá una función rectora fundamental y servirá de sostén a las alianzas mutuamente fortalecedoras en relación con las metas nacionales, regionales e internacionales. Mediante este enfoque se podrá obtener datos sobre la evolución de la salud de los pueblos y el desempeño de los sistemas de salud.

El hecho de centrarse en las necesidades y prioridades nacionales, sumado a una mayor presencia en el país, debería contribuir a mejorar la coordinación y colaboración con las otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y la comunidad internacional. Por lo tanto, la labor de la OPS/OMS debe complementar y mejorar los esfuerzos de los demás interesados directos y los socios en la esfera de la salud mediante la planificación conjunta en los planos nacional, regional y mundial, en apoyo de los países.

Sugerencias

1. Al objeto de que las representaciones de la OPS/OMS satisfagan las necesidades tanto de los Estados Miembros como de la Organización de una manera eficaz, la Oficina y los Cuerpos Directivos de la OPS deben:
 - Formular pautas para el funcionamiento de las relaciones entre las representaciones de la OPS/OMS y los ministerios de salud, así como otras instituciones de salud para promover un enfoque multisectorial para el desarrollo sanitario.

- Elaborar un programa integrado para los países en colaboración con los centros panamericanos de la OPS, en el que se definan las necesidades, las políticas y las prioridades de cada país, de modo que la ejecución y la planificación de los programas sea más eficiente y esté orientada a la obtención de resultados.
- Evaluar las necesidades de salud prioritarias y elaborar el plan del país en consulta con sus dirigentes y otros asociados de la comunidad internacional.
- Garantizar la participación de los países en el proceso de selección de los representantes de la OPS/OMS, así como la implantación de mecanismos para que el país beneficiario emita la aprobación formal antes de que la persona designada asuma su cargo; el país en cuestión debe adoptar la decisión final al respecto.

Tema 2

Centrar la atención en los aspectos operativos de las actividades de la OPS.

Sugerencias

1. La Constitución de la OPS define a la Organización como una institución de la cooperación técnica. Ahora que presta apoyo técnico a los países la Organización debe movilizar la capacidad técnica ya lograda por éstos, a fin de apoyar no sólo el desarrollo de la salud en cada uno de esos países sino también el de otros. Para ello, la Organización debe perfeccionar los mecanismos de conectividad, cooperación y comunicación entre las representaciones de la OPS/OMS, los centros panamericanos y las instituciones de salud nacionales y explotar las ventajas de la tecnología de la información para lograr una gestión óptima de los conocimientos.
2. Se deben crear y emplear nuevos mecanismos de cooperación técnica para promover una mayor participación de los distintos socios en la formulación y ejecución de las prioridades nacionales, regionales y mundiales, y también para promover, apoyar y vigilar la formulación y puesta en práctica de los programas de cooperación entre los socios, especialmente aquellos cuyo objeto es la reducción de la pobreza y el logro de la equidad en la esfera de la salud. Las herramientas y los sistemas necesarios para estos procesos deben ser diseñados colectivamente por la OPS y los Estados Miembros.
3. Es preciso elaborar planes específicos para el país en desarrollo, en los que se combinen las actividades de distintos programas y se asegure un apoyo técnico coherente, basado en las necesidades nacionales.

4. De acuerdo con los valores básicos de la Oficina Sanitaria Panamericana —equidad, excelencia, solidaridad e integridad—, debe darse un nuevo énfasis a la gestión de los programas:
 - I. Es preciso fijar las prioridades aplicando conceptos utilitarios. También se deberán esbozar los criterios con que habrán de establecerse las prioridades.
 - II. Asimismo, deberán emplearse métodos de programación por objetivos, teniendo en cuenta la orientación del Programa General de Trabajo; fijar prioridades de conformidad con los objetivos nacionales y las metas mundiales; y definir metas para los resultados (productos). Para ello el proceso de trabajo de la OPS debe trasladarse del proceso (medición) de la producción al proceso (medición) del resultado, y significa una revaloración de las metas y una reevaluación de las necesidades.
 - III. Es necesario integrar las metas mundiales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a las prioridades y la programación de los países, a fin de asegurar que se cumplan los objetivos nacionales y mundiales con los que se comprometan los países. Esto permitirá que los directores de los programas ejecuten las políticas formuladas en el Programa General de Trabajo, que refleja las necesidades de los Estados Miembros, incorporando al mismo tiempo una visión mundial.
 - IV. Se deberá recurrir a la presupuestación y la planificación estratégicas (3 a 5 años), especificando los productos o resultados que se obtendrán mediante el trabajo realizado durante el bienio, que sean compatibles con las prioridades y permitan hacer asignaciones presupuestarias para los programas más importantes. Los resultados puede medirse utilizando este enfoque.
 - V. Habrá que mejorar la responsabilización mediante el monitoreo sistemático de la ejecución, los progresos alcanzados y el gasto, y la evaluación de la relevancia, la eficiencia, la eficacia y, cuando corresponda, evaluar los resultados (medición y evaluación del éxito alcanzado).
 - VI. Será preciso establecer buenos sistemas de gestión de los conocimientos y la información a través de la OPS y sus Estados Miembros y realizar inversiones en tecnología de la información y sistemas de comunicación para asegurar un acceso rápido a la información y a su procesamiento. Esto será fundamental para lograr el objetivo de descentralización de la Organización.

Tema 3

Evaluación de la ejecución del mandato de la OPS

Sugerencias

1. Es preciso realizar estudios para examinar el proceso de evaluación de la OPS y los tipos de evaluaciones que la Organización realiza o debería realizar en el futuro. Esto permitirá obtener información pertinente para extraer conclusiones, elaborar enfoques alternativos para las políticas y los programas y contribuir a difundir la información. Los interesados directos de la OPS, particularmente los Gobiernos Miembros, deben realizar estos estudios. Los tipos de evaluaciones que la OPS emprenderá y los actores que participarán en ellas se examinan en las sugerencias 5 y 6 del tema 2 (Estructura orgánica y Cuerpos Directivos).

Tema 4

Evaluación de las estrategias y asignación de recursos para cumplir el mandato

Observaciones

1. Véanse las sugerencias del tema 3 (Evaluación de la ejecución del mandato de la OPS).

C. Procesos relativos a la relación con los interesados directos

Tema 1

Relación entre la OPS y la OMS

Sugerencias

1. Se tiene una organización internacional de salud pero dos constituciones (una para la Oficina Regional de las Américas y otra para la Sede). La OPS puede establecer sus propias prioridades y programas. La asignación de fondos de la OMS a la OPS es reducida. Aunque las dos Constituciones son similares, es posible que actualmente sea necesario que la OPS y la OMS tengan una constitución única.
2. Debe haber mayor participación de la OPS en los comités de la OMS, etc.
3. Si corresponde, debe crearse un Programa de Trabajo como el que se está ejecutando actualmente en el marco de la Estrategia de de la OMS de Cooperación en los Países. Dicha Estrategia es un mecanismo que tiene por objeto mejorar las relaciones entre las dos organizaciones.

Tema 2

Reafirmar el compromiso como Estados Miembros de la Organización.

Sugerencias

Para reafirmar el compromiso como Estados Miembros de la Organización, se debe:

1. Ministerios de finanzas: deben asignar fondos a la Organización y efectuar el pago de las cuotas en el momento adecuado.
2. Autoridades sanitarias nacionales: deben seguir participando activamente en las sesiones de los Cuerpos Directivos, ayudar a la Oficina en la negociación y realización de su labor en los países y prestar apoyo político cuando sea necesario.
3. Ministerios de relaciones exteriores: deben ocuparse de las relaciones internacionales para negociar las cuestiones relativas a la salud a nivel internacional, establecer vínculos y crear redes con las instituciones nacionales, regionales y mundiales interesadas en la labor de la OPS, y participar en las reuniones técnicas de la Organización.
4. Congresos o parlamentos: deben aportar la legislación y las normas sanitarias al objeto de promover mejor la salud, subrayar la importancia de la salud y el desarrollo como parte de su agenda política y ejercer la presión necesaria en favor del financiamiento de la salud en los planos regional e internacional.

Tema 3

¿Cuál es el punto de vista de los otros interesados directos de la OPS?

Sugerencias

1. Se debe realizar un examen de la estrategia de cooperación técnica entre Barbados y los Estados Miembros de la Organización del Caribe Oriental, al objeto de que los resultados, las recomendaciones, mejores prácticas y enseñanzas aprendidas sean compartidas e implantadas en otras subregiones y Estados Miembros. Los interesados directos que participaron en este estrategia representaban a la Unión Europea, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (ADI), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco de Desarrollo del Caribe (CDB), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA).

2. Debería realizarse una gran encuesta para toda la región con determinados interesados directos de los Gobiernos Miembros, los organismos bilaterales, los organismos multilaterales, la comunidad científica, las instituciones de integración política y regional, las organizaciones de la sociedad civil y funcionarios, centros y representaciones de la OPS/OMS.

Tema 4

Descentralización de los recursos y del personal de la Sede a las representaciones de la OPS/OMS.

Sugerencias

Se debe proceder como sigue:

1. Descentralizar los recursos y los funcionarios técnicos del plano regional a los planos nacionales y ubicar al personal técnico que cumple funciones en varios países en el plano subregional, con la obligación de prestar apoyo a varios países de una subregión.
2. Crear un sistema de gestión financiera más eficiente que integre los recursos ordinarios y los extrapresupuestarios.
3. Delegar a las representaciones de la OPS/OMS la autoridad necesaria en materia financiera y programática y adjudicarles una mayor responsabilización, y examinar el nivel de la responsabilización conferida a los Representantes de la OPS/OMS y a los directores de los centros para asegurar que las operaciones en los países sean compatibles con el Plan de Trabajo desarrollado sobre la base de las necesidades y las prioridades identificadas por los Estados Miembros y las representaciones de la OPS/OMS.
4. En la sección B del artículo 21 del capítulo V de la Constitución de la OPS se establece lo siguiente: "Se tendrá presente, siempre que sea posible, la más amplia distribución geográfica en lo que se refiera a la contratación [del] personal". Se requiere realizar un estudio y una evaluación de la política de la OPS en materia de contratación, a fin de abordar las desigualdades de distribución geográfica cuando se contrata personal de la Región. El estudio deberá diseñarse de manera tal que permita determinar los factores que obstaculizan una mayor contratación de ciudadanos de esta subregión, y deberá formular las recomendaciones necesarias para corregir las desigualdades geográficas en materia de contratación de personal. De este modo, la contratación estaría en armonía con la Constitución de la OPS y sus valores básicos, y habría mayor diversidad lingüística y cultural en la Organización, además de una distribución equitativa del personal de América Latina y el Caribe, y América del Norte.
5. Es preciso establecer sistemas y mecanismos transparentes de transferencia, intercambio o contratación de técnicos nacionales para las actividades de cooperación. Esto entrañará la necesidad de

modificar las normas y procedimientos de la OPS y de los gobiernos a fin de facilitar el intercambio de competencias técnicas. Estos nuevos sistemas deben abarcar el compromiso de los gobiernos de ceder sin restricciones a sus empleados para que participen en las actividades mencionadas, así como la creación por parte de la OPS y de los gobiernos de un sistema de compensaciones e incentivos — por ejemplo, posibilidades de adiestramiento y desarrollo para el personal, premios de reconocimiento al desempeño, condiciones de trabajo adecuadas, ambiente de trabajo que brinde apoyo, etc.— para los técnicos nacionales asignados a estas tareas. Además, será necesario que la Organización establezca contratos laborales más flexibles para procurar que se disponga de las tecnologías y los conocimientos más recientes para desempeñar la labor de la Organización.

6. Debe haber un proceso formal y transparente que permita al personal cambiarse de un puesto o país a otro, o bien, de una subregión a otra. No solo se deben evaluar las competencias técnicas de los candidatos, sino también su capacidad para trabajar en entornos culturales distintos. Se deben alentar los traslados y, hasta cierto punto, los cambios a otras esferas del programa, ya que esto puede ampliar la comprensión y las capacidades de los funcionarios de la OPS, así como fomentar una perspectiva internacional y aumentar la flexibilidad de la Organización.

- - -

Los recursos humanos de la OPS (Preparado por los Estados Unidos de América)

Introducción

El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI identificó los recursos para la salud como un tema que merece consideración. El tema se dividió posteriormente en recursos de la OPS y recursos en los países a disposición de los Estados Miembros, subdivididos a su vez en recursos económicos y recursos humanos. El Grupo de Trabajo encargó a la Oficina Sanitaria Panamericana que preparara la sección sobre los recursos humanos y económicos en los países. La sección sobre los recursos económicos de la OPS sería preparada por el Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional, bajo la dirección de la Dra. Karen Sealy, con aportaciones de los miembros del Grupo de Trabajo de la OPS en el Siglo XXI. Esto no ocurrió. Después de la reunión en Costa Rica, se acordó que esa parte la prepararía Brasil, pues la Oficina no había elaborado el documento que se esperaba. La elaboración de la parte sobre los recursos humanos de la OPS se encargó a los Estados Unidos. En la primera versión, este texto se traslapaba con los puntos examinados bajo el tema de modalidades de cooperación técnica en materia de salud. En la presente versión se incorporan los puntos descritos en el documento sobre las modalidades mencionadas, así como otras observaciones formuladas por los Estados Miembros por conducto de la web y en la reunión de Costa Rica.

Adiestramiento de los funcionarios de la OPS

El Grupo de Trabajo delineó claramente la necesidad de reforzar el aumento de la capacidad en los países y las subregiones. Si bien puede parecer que esto se refiere sólo al tema de los recursos humanos en los países, el personal de la OPS puede desempeñar una función crucial. Específicamente, el aumento eficaz de la capacidad en los países requerirá que el personal asignado de la OPS esté debidamente adiestrado y tenga una pericia considerable en el tema del aumento sostenible de la capacidad. El presupuesto bienal por programas (BPB) de la OPS para 2004-2005 propone 1,85 millones de dólares para el desarrollo de personal. Sin embargo, la descripción no contiene una categoría para el adiestramiento específico del personal en áreas prioritarias particulares. El desglose de la asignación de estos fondos sería útil para el examen de los países. Además, sería útil si las áreas prioritarias señaladas para el adiestramiento del personal dentro del BPB estuviesen directamente de acuerdo con las prioridades determinadas por los Estados Miembros. Aunque quizá fuese menos eficaz y económicamente difícil que cada representación de la OPS/OMS tuviese un experto en el aumento de la capacidad, la sede de la OPS podría reunir un equipo pequeño de expertos en este campo que podría enviarse a los países o subregiones, según fuese necesario, para ayudar en los esfuerzos de aumento de la capacidad.

El tema del adiestramiento y la competencia profesional adecuada del personal de la OPS va más allá del aumento de la capacidad. Los países han expresado inquietud de que a veces el personal de la OPS asignado a la representación de la OPS/OMS no está calificado o carece de la capacitación necesaria para manejar los problemas que surgen en

ese país en particular. En algunos casos, esas personas tienen adiestramiento o conocimientos básicos en el área, pero les faltan aptitudes especializadas. En esta situación, bastarían cursillos o adiestramiento en el trabajo para ayudar a esas personas a desempeñarse como es debido.

Están surgiendo en la Región problemas que no encajan en la composición del personal de la OPS a lo largo de la historia, pero que están emanando de la nueva visión de la directora. Esto incluiría a expertos en comunicación social, especialistas en gestión de la información y gerentes de programas, entre otros. La OPS debería trazar una estrategia para determinar quién puede llenar estos vacíos de personal. Otros expertos técnicos de la OPS también pueden necesitar adiestramiento en algunas de estas áreas.

Asignación de la fuerza laboral de la OPS en la Sede y en la Región

Tanto en la Sede como en las representaciones de la OPS/OMS, la composición del personal profesional debe planificarse de modo tal que refleje la diversidad geográfica, cultural y epidemiológica de la Región. A veces, el personal temporal o profesional de la Sede que se asigna para trabajar con un país determinado no posee conocimientos suficientes sobre la situación con la que se enfrenta, y es posible que tenga una visión aislada que le impida percibir las distintas necesidades de los países, de sus habitantes y de la manera en que funcionan las cosas sobre el terreno. Del mismo modo, el perfil de las personas asignadas a las representaciones de la OPS/OMS, así como su adiestramiento y experiencia, deben coincidir rigurosamente con las necesidades sanitarias, los problemas y los retos determinados y priorizados por los países mismos.

Reconocer al personal homólogo del país anfitrión y establecer comunicación con él es imprescindible para emprender tareas en un país. Asimismo, es de importancia fundamental que el personal de las oficinas fuera de la Sede, el personal de la Sede y los consultores (independientemente de su período de asignación) tengan claro que trabajarán y se coordinarán con recursos humanos locales. Como extranjeros, deben tener presentes las ideas, las inquietudes y los problemas locales, y evitar imponer su punto de vista o subestimar la capacidad del personal del país anfitrión.

En algunos casos, se han asignado puestos a personas que no tienen las aptitudes necesarias para desempeñarlos. Quizás esto podría solucionarse si a los países miembros se les permitiera participar más en el establecimiento de los requisitos para un puesto determinado en la representación de la OPS/OMS correspondiente. También podría examinarse el procedimiento de selección y asignación para hacerlo más democrático y abarcador. Otra opción sería que la OPS elaborara una lista de los grupos técnicos o las instituciones preseleccionados y permitiera al país en cuestión examinarla y participar en la selección. Esto contribuiría a que las necesidades y los recursos coincidieran mejor; además, podría ayudar a reducir la influencia de los factores políticos en la selección de los recursos humanos.

Evaluación de los funcionarios de la OPS

Como parte del esfuerzo constante por generar una colaboración y asistencia de calidad, es necesario llevar a cabo una evaluación continua de los recursos humanos. Dado que muchos Estados Miembros no están familiarizados con la manera en que se examina y evalúa al personal de la OPS, se les debería dar a conocer el procedimiento que actualmente está en práctica. La evaluación es fundamental para mantener una fuerza laboral bien adiestrada y cuyo desempeño sea elevado. Los sistemas para evaluar el desempeño del personal, incluidos los consultores de corto y mediano plazo, son necesarios para alcanzar este objetivo. Parte del procedimiento de evaluación consiste en determinar las “competencias” de los recursos humanos —es decir, las aptitudes, atributos y conductas estrechamente relacionados con el desempeño fructífero del trabajo del personal nacional e internacional— y evaluarlas continuamente, lo cual puede apoyar los procedimientos de asignación, contratación y adaptación de la fuerza laboral en todos los establecimientos de la OPS.

Contratación de los funcionarios de la OPS

Dada la necesidad de contar con personal competente, otra sugerencia sería confeccionar una lista de las competencias centrales que son necesarias en cada una de las representaciones de la OPS/OMS. Luego, se necesitaría el análisis adicional para determinar las otras competencias centrales y conjuntos de aptitudes que necesita el personal en un país determinado. El hecho de que las capacidades locales sean radicalmente distintas en cada país debe considerarse cuando se realice este análisis. Un elemento central de este concepto, sin embargo, es asegurar que la sede de la OPS está preparada para proporcionar ese conjunto de aptitudes de trabajo al personal asignado al campo. Esto abordaría mejor la inquietud del Grupo de Trabajo en el sentido de que el criterio de que “el mismo modelo le sirve a todos” no está funcionando eficazmente en las representaciones de la OPS/OMS.

El Grupo de Trabajo también expresó inquietud acerca del proceso para contratar y retener a los consultores tanto en los países como en la Sede. El Grupo observó que parece haber poca supervisión para determinar si los consultores contratados hacen falta frente a las áreas estratégicas generales de trabajo identificadas por los Estados Miembros. Además, el Grupo indicó que parece ser que las normas para determinar las calificaciones de los consultores son laxas. Una solución podría consistir en elaborar normas más estrictas para la contratación y evaluación de los consultores a corto y mediano plazo. Sin embargo, la participación directa de los Estados Miembros en esta práctica probablemente sería demasiado onerosa tanto para estos como para la OPS.

La OPS actualmente alienta a las mujeres a que soliciten puestos; sin embargo, es poco lo que se hace activamente para contratar y retener a mujeres en cargos superiores. Ascender en la OPS suele implicar traslados de un país a otro o de una subregión a la Sede. Para las mujeres, esto entraña dificultades considerables debido a las obligaciones familiares.

El envejecimiento de la fuerza laboral de la OPS también planteará un problema significativo en los próximos años. Como la edad de jubilación son los 62 años, hay varios funcionarios expertos que se jubilarán pronto, de manera que se producirán varios huecos que tendrán que llenarse. No es raro que una persona se jubile de la OPS un día y que al día siguiente sea recontratada como consultora. Y el puesto queda vacante o se modifica.

Promoción profesional

El personal joven no siempre tiene oportunidades de ascender o de crecer dentro de la Organización. Estas personas constituyen un acervo de pericia institucional y técnica que podría capitalizarse si mediante el adiestramiento se crearan vías para su promoción profesional. Esto ayudaría a mejorar la moral entre el personal.

La permanencia en el cargo alguna vez fue una modalidad generalizada en el sistema de las Naciones Unidas, pero hoy día pertenece al pasado. Aunque dicha modalidad abre la posibilidad de que se abuse del sistema (por ejemplo, empleados que se vuelven menos productivos una vez que adquieren la seguridad en el cargo, empleadores que tienen dificultades para despedir al personal incompetente o improductivo, etc.), también proporciona incentivos, genera estabilidad dentro de la Organización y da seguridad a los empleados. Quizá valga la pena comenzar un debate sobre cómo se podría implantar un sistema de permanencia en el cargo que proporcionara los beneficios mencionados y, al mismo tiempo, impidiera que se cometieran posibles abusos.

Descentralización de los recursos y del personal de la Sede a las representaciones

Se debe facultar a las representaciones de la OPS/OMS para que cuenten con la delegación de poderes financieros y programáticos correspondientes, además de una mayor responsabilización. Más aún, debe examinarse la responsabilidad otorgada a las representaciones de la OPS/OMS y a los directores de los centros panamericanos para que las actividades que se realicen a nivel de país sean coherentes con el plan de trabajo elaborado con base en las necesidades y prioridades determinadas por los Estados Miembros y las representaciones.

LOS RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XXI

ANÁLISIS PRELIMINAR: BORRADOR PARA EL DEBATE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
PENSAR EN TIEMPO FUTURO	4
LA FUNCIÓN DE LOS FUTUROS Y DE LOS ESCENARIOS	4
FACTORES IMPULSORES Y TENDENCIAS CLAVE	5
GLOBALIZACIÓN	5
CAMBIOS AMBIENTALES Y CALIDAD DE LOS RECURSOS NATURALES.....	6
CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....	7
LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD: TENDENCIAS QUE INFLUYEN EN LAS CONDICIONES SANITARIAS	8
<i>DEMOGRAFÍA Y TENDENCIAS SOCIALES</i>	9
<i>FACTORES POLÍTICOS</i>	10
<i>FACTORES ECONÓMICOS</i>	11
<i>EL SECTOR DE LA SALUD Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS SANITARIOS</i>	14
TENDENCIAS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	16
EL CONTEXTO DE LA SALUD	18
LA POLARIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	19
EL CICLO DE VIDA.....	20
GRUPOS ESPECIALES	21
PROBLEMAS DE SALUD ESPECÍFICOS	22
LA AGENDA INCONCLUSA.....	23
LA NUEVA AGENDA.....	26

Introducción

El análisis preliminar de los retos de la salud pública se realizó a petición de los miembros del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI¹, que se reunió el 26 y 27 de febrero en Roseau, Dominica. El presente documento incluye las modificaciones que los miembros del Grupo de Trabajo sugirieron en su segunda reunión, celebrada el 23 de marzo en Washington, D.C.

Los retos de la salud pública en los próximos años pueden agruparse en tres acciones principales:

- Terminar la agenda inconclusa que muchos países tienen incorporado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas.
- Mantener los logros de los dos últimos decenios (enfermedades prevenibles por vacunación, esperanza de vida, mejorar la calidad de vida en los años ganados): proteger a los países vulnerables y a las poblaciones con mayores desigualdades, impulsar los preparativos para situaciones de emergencia a fin de enfrentar los desastres naturales y los brotes epidémicos.
- Acometer la nueva agenda con un enfoque basado en la población, en una mejor capacidad de previsión y en estrategias de colaboración, centrando la atención en fomentar las aptitudes y competencias adecuadas.

Aunque generalmente un reto es concebido como un obstáculo o dificultad específica, también puede ser un llamado para participar en actividades determinadas por medio de las cuales sea posible transformar las dificultades en oportunidades y logros. En el caso particular de la salud pública, las dificultades se concentran principalmente en la población, sobre todo en la prevención de enfermedades en toda la comunidad, en la ética del servicio público y en un conjunto de medidas dirigidas al ambiente, al comportamiento humano, al modo de vida y a la atención médica.

El presente documento tiene como objetivo abordar los retos de la salud pública en la Región de las Américas con una perspectiva de futuros en el contexto de los factores impulsores clave del cambio y las tendencias que configuran la salud y la asistencia sanitaria. Se destaca el contexto de la salud en la Región considerando las principales tendencias y situaciones que afectan a los grupos de población. En las últimas secciones del documento se aborda la agenda inconclusa, ejemplificada principalmente con los ODM de las Naciones Unidas y, más adelante, se presenta la nueva agenda con sugerencias breves para elaborar un programa emergente de acción. La última sección incluye un cuadro que resume los retos de la salud pública que surgieron a partir del análisis y entre los que se encuentran los mencionados por los miembros del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

¹ La resolución CD44.R14, adoptada en el 44.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, establece por mandato la formación de este grupo de trabajo con la finalidad de examinar la situación de la OPS en el Siglo XXI.

PENSAR EN TIEMPO FUTURO

Los cambios en algunos sectores y temas son tan profundos que quizá no sea posible, ni eficaz, resolver algunos problemas actuales con el mismo tipo de enfoque teórico que se empleó cuando se generaron. La incertidumbre, la complejidad y la interdependencia caracterizan los actuales marcos de referencia regionales y mundiales. Este contexto confiere mayor susceptibilidad a las naciones, gobiernos y organizaciones públicas y privadas frente a los efectos de los factores externos y, de no estar preparados, su vulnerabilidad a los sucesos no deseados o inesperados aumentará. Es más, la comprensión correcta de la naturaleza cambiante de los problemas o la identificación de nuevos problemas pertinentes puede verse obstaculizada, lo cual afectará a su capacidad para responder de manera oportuna y adecuada. Por consiguiente, navegar con éxito en el futuro para evitar los riesgos y aprovechar las oportunidades existentes bajo las nuevas reglas depende de la posibilidad de actuar con anticipación, cambiar y adaptarse, lo cual requiere una mayor capacidad de previsión.

Pensar en tiempo futuro con una conciencia clara del pasado y del presente reviste importancia para la salud pública y la medicina, al considerarse la naturaleza de las tendencias y la importancia de abordar adecuadamente los retos de la salud pública en la Región. Una mayor previsión permite aprovechar los beneficios del cambio y de la innovación. Mirar hacia adelante puede dar lugar a apreciaciones útiles para idear respuestas oportunas a los problemas, ya que permite una mayor concientización, reduce las incertidumbres, ayuda a identificar las señales de advertencia y genera posibilidades para actuar.

La función de los futuros y de los escenarios

El campo de los estudios sobre los futuros está estrechamente relacionado con las disciplinas de la previsión, como la planificación a largo plazo, el análisis de políticas y la gestión estratégica.² A medida que la incertidumbre y la complejidad aumentan, los gobiernos, los organismos y diversas organizaciones utilizan más los métodos y las herramientas de previsión para explorar los múltiples futuros alternativos, examinar de nuevo las metas y las prioridades, apoyar la renovación de las estrategias e impulsar la acción mediante la participación, con lo cual se reúne a las personas para crear futuros y metas compartidos.

La mayoría de los trabajos sobre los futuros contemplan algún tipo de escenario. Los escenarios son representaciones de los futuros posibles, verosímiles, deseables o

² Las raíces de los estudios sobre los futuros (prospectiva) y la previsión se encuentran en Europa y los Estados Unidos; su evolución conceptual y metodológica en la Región de las Américas se vincula con la historia de la planificación económica y social y de la gestión. Muchos países se han dedicado a la construcción visionaria de los futuros en diversos sectores, y algunos han sido partícipes de los procedimientos de previsión tecnológica vinculada a la formulación de políticas públicas mediante iniciativas respaldadas por la Organización para el Desarrollo Industrial (ONUDI). Véase Costa Filho, A. *Planificación y construcción del futuro*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago de Chile: ILPES; 1988 y Yero, L. Los estudios del futuro en América Latina. En: Medina Vásquez, J. y Ortega, E. Eds. *Prospectiva: construcción social del futuro*. Universidad del Valle, Cali, 1997.

indeseables, pero no son predicciones, sino herramientas de aprendizaje que permiten cambiar los modelos mentales y aumentar la capacidad de previsión. El análisis creativo y estratégico que se realiza con ayuda de los escenarios confiere flexibilidad institucional y respalda la formulación de políticas. El proceso permite aplicar un enfoque colectivo a los problemas desde perspectivas multidimensionales e interdisciplinarias.

Factores impulsores y tendencias clave

Los factores impulsores y las tendencias clave no son buenos o malos en sí mismos, pero pueden ejercer efectos distintos —positivos (oportunidades), negativos (amenazas) o inocuos (ningún efecto) — sobre el tema en cuestión. La propia situación, las creencias y posiciones determinan la interpretación de sus efectos, así como las respuestas.

Los principales factores impulsores (o fuerzas impulsoras) clave del cambio se definen como fuerzas imperiosas que influyen de manera fundamental en todas las esferas de la actividad humana y configuran las interacciones humanas (producción, comercio, consumo de trabajo, comunicaciones, prácticas, creencias, actitudes, relaciones sociales y políticas, normas éticas y modalidades cognoscitivas). En general, la globalización, los cambios en el ambiente natural, la ciencia y la tecnología se consideran fuerzas impulsoras del cambio. Por el contrario, las tendencias son sucesos continuos y estructurados que configuran el futuro de los problemas u objetos de interés; pueden estar más adaptadas y es posible que el alcance de sus efectos no sea tan amplio ni las transformaciones tan profundas como las de los factores impulsores clave. Para los fines del presente documento, las tendencias se agruparon según los factores determinantes de la salud, debido a la naturaleza de los efectos que ejercen sobre los resultados de salud y los procesos de asistencia sanitaria.

Globalización

La globalización se ha definido y descrito de muchas maneras y resulta difícil no coincidir en que es un factor impulsor fundamental, complejo e incierto de las transformaciones económicas, políticas, ambientales, sociales, culturales, tecnológicas y cognoscitivas, con consecuencias a largo plazo. La globalización ha impulsado un mayor flujo e intercambio de bienes y servicios entre las naciones, y un flujo de capital, trabajo e información por conducto de las empresas o los individuos.³

A pesar de ser asimétricas e incompletas, las transformaciones han contribuido a intensificar la integración de las economías nacionales y subregionales mediante el comercio, las finanzas y la producción en un mercado mundial que funciona mediante la comunicación interactiva y las redes de productores, proveedores y clientes. La aceleración de la interconectividad ha creado "espacios virtuales comunes" por medio de la expansión exponencial de internet, mientras que el comercio por internet está convirtiéndose rápidamente en una nueva manera de comerciar, comprar y realizar

³ Romanow, Roy J., Q.C. Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report. November 2002. Commissioner. Commission on the Future of Health Care in Canada, pp. 233. <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>

operaciones bancarias. Al mismo tiempo, la globalización también ha intensificado la transmisión internacional de los riesgos para la salud por conducto de los seres humanos, los animales y los productos alimenticios, además de haber generado mayores inquietudes en cuanto a la seguridad nacional.

La mayor permeabilidad de las fronteras nacionales atenúa la distinción entre salud nacional, regional y mundial, pero representa una oportunidad para la sinergia de la cooperación mediante las asociaciones.⁴

Posibles consecuencias de la globalización para la salud pública

- Transnacionalización y modificación de los modelos de distribución de las enfermedades, los riesgos para la salud, el trabajo, los modos de vida, los comportamientos, las creencias, las actitudes y los símbolos.
- Mayor interés en abordar las brechas que existen entre los individuos o grupos que tienen acceso a los beneficios del desarrollo y aquellos que carecen de él.
- Mayor atención a los temas relacionados con el comercio y la reglamentación de los dispositivos médicos, los fármacos y los derechos de propiedad intelectual.
- Mayor conciencia de las oportunidades que surgen del aumento del flujo de información y conocimiento, a fin de crear sinergias en materia de cooperación mediante asociaciones.
- Mayor inquietud por la gobernanza de salud y los temas de equidad conforme la toma de decisiones a nivel nacional se vuelve más interdependiente y a menudo se configura con base en los intereses y las decisiones en las esferas regional y mundial.

Cambios ambientales y calidad de los recursos naturales

Los desplazamientos de población, los cambios tecnológicos, y las tecnologías y transformaciones socioeconómicas que perturban el ambiente contribuyen a configurar el ambiente, así como la calidad y la cantidad de los recursos naturales. Aunque muchos de los efectos son difíciles de cuantificar o predecir correctamente, el deterioro progresivo del ambiente, la pérdida de la diversidad biológica y la contaminación de los recursos vitales perjudican a la salud y al bienestar, además, pueden generar costos sociales y económicos a largo plazo e incluso daños irreparables al ecosistema.

La incidencia y la prevalencia de las enfermedades transmisibles (por ejemplo, el dengue y la malaria), las lesiones laborales y las enfermedades crónicas asociadas con agentes químicos y físicos reflejan los efectos de la mala calidad del ambiente sobre la salud. Además, los cambios climáticos contribuyen a la contaminación del aire; a la concentración de alérgenos; al aspecto y distribución de los alimentos, del agua y de las enfermedades transmitidas por vectores; al riesgo de desnutrición, sequías y hambrunas; a la escasez de agua; y al aumento de la frecuencia o gravedad de los desastres naturales. Estos últimos causan devastación física y humana, desplazamientos de las poblaciones,

⁴ Institute of Medicine. *America's Vital Interest in Global Health*, Washington, D.C., Institute of Medicine, 1997.

accidentes, muertes y pérdidas sociales y económicas; a veces ocasionan un retroceso de varios años en el desarrollo nacional⁵

Posibles consecuencias de los cambios ambientales para la salud pública

- Un mejor conocimiento de los efectos de la contaminación de los recursos esenciales sobre las enfermedades diarreicas, respiratorias y de transmisión vectorial; y los efectos de la exposición ambiental y laboral a contaminantes biológicos y químicos sobre las enfermedades respiratorias, cánceres, malformaciones congénitas y afecciones neurales.
- Efectos de la perturbación de los ecosistemas y de la pérdida de la diversidad biológica sobre la salud humana, la sanidad animal, la producción agropecuaria, la productividad económica y la sostenibilidad de las fuentes de alimentos.
- La disminución de las fuentes de agua dulce constituye una amenaza grave para la salud humana y también puede generar conflictos políticos y armados que atenten contra la paz y la democracia.
- Mayor demanda de una mejor reglamentación y acatamiento de esta, y de tecnologías inocuas para el ambiente.

Ciencia y tecnología

La ciencia y la tecnología, incluidos los adelantos que se aplican en los campos de la comunicación y de la tecnología de la información, influyen en nuestra vida de manera extraordinaria y constituyen un desafío cada vez mayor para la práctica médica y la salud pública. Estas transformaciones han contribuido a la ampliación de las economías de velocidad, que reemplazan a las economías de escala, así como a la adaptación de los productos y servicios, a la maximización de los procesos de tiempo real y a la obsolescencia rápida de los ciclos de vida de los productos

Los nuevos descubrimientos de la biotecnología, la nanotecnología⁶ y la farmacogenética⁷ revolucionarán la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Las telecomunicaciones adaptadas a la salud, la imagenología médica, la tecnología vía satélite y otros sistemas de

⁵ OMS. *Cambio climático y salud humana: riesgos y respuestas*. Resumen. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. 2003. <http://www.who.int/globalchange/publications/en/Spanishsummary.pdf>

⁶ La nanotecnología comprende investigaciones y tecnologías a los niveles atómico, molecular o macromolecular (a una escala de aproximadamente 1 a 100 nanómetros) mediante la creación y el uso de estructuras, dispositivos y sistemas con propiedades y funciones novedosas debidas a su tamaño pequeño o intermedio, y a la capacidad de controlar o manipular en la escala atómica. National Nanotechnology Initiative. *What is Nanotechnology*. <http://www.nano.gov/html/facts/whatIsNano.html>

⁷ La farmacogenética estudia la manera en que los genes influyen en la respuesta de los individuos a los medicamentos, incluidos los antidepresivos, la quimioterapia, los medicamentos para el asma y las cardiopatías, entre muchos otros. Los resultados mejorarán la adaptación de los medicamentos a la constitución genética de las personas y de este modo mejorarán la inocuidad y eficacia. <http://www.nigms.nih.gov/pharmacogenetics/>

información transformarán radicalmente la asistencia sanitaria mediante la telerradiología, la telemedicina y la telesalud.⁸

El incremento desenfrenado de las innovaciones científicas y tecnológicas da lugar a inquietudes y medidas sobre cuestiones de ética, seguridad y confidencialidad que ocupan el primer plano de la agenda mundial. Algunos de los temas abordados se relacionan con los aspectos éticos de la utilización social de la información genética individual, el acceso fácil a los beneficios de las innovaciones, las repercusiones bioéticas de la clonación, el trasplante y el uso de la genética en la asistencia sanitaria. Entre los nuevos temas que se están abordando se encuentran las amenazas por internet, la interrupción de las funciones básicas por daños físicos ocasionados por el terrorismo y las catástrofes naturales, la invasión de los sistemas, la extorsión, el espionaje industrial y el robo de datos.⁹

Posibles consecuencias de la ciencia y la tecnología para la salud pública

- Mayor conciencia de los aspectos éticos de la salud y la asistencia sanitaria, como la equidad en salud, el acceso a la atención, el financiamiento y la reglamentación, los trasplantes, la confidencialidad de la información médica, así como los temas relacionados con la vida y la muerte.
- Valoración de las oportunidades para aplicar las innovaciones científicas y tecnológicas a fin de mejorar la salud y la medicina, incluida la búsqueda de tecnologías equitativas para proyectar y administrar la salud, la vigilancia epidemiológica en "tiempo real", y la telesalud en las zonas rurales, entre otras.
- Aplicaciones al desarrollo social: redes para fortalecer la gobernanza y la responsabilización; conductos y lugares para recuperar y compartir datos; y generar conocimientos como un recurso renovable que se pueda compartir a través de las fronteras.

Los factores determinantes de la salud: tendencias que influyen en las condiciones sanitarias

Los cambios en el estado de salud (los que denotan, ya sea una reducción de los resultados adversos o su mejora, o bien, mayores beneficios para la salud y mejoras en la función) son producto de interacciones complejas entre los factores determinantes estructurales (dotación genética, entorno social y físico) y los factores determinantes del proceso (respuesta individual basada en las características biológicas, el comportamiento y la asistencia sanitaria). Aunque influir en los factores determinantes estructurales puede estar más allá de la esfera de acción del sector de la salud, hay oportunidades reales de modificar los resultados en materia de salud por medio de los factores determinantes del proceso.

⁸ Daar, A.S. et al. Top ten biotechnologies for improving health in developing countries. *Nat Genet.* 2002 Oct; 32(2):229-32. Oct 2002. <http://www.utoronto.ca/jcb/pdf/toptennng.pdf>. Pang, T. The impact of genomics on global health. *Am J Public Health.* 2002; 92: 1077-1079. <http://www.ajph.org/cgi/content/full/92/7/1077>

⁹ New York Academy of Sciences. *The Goals of Medicine.* 1997 Nueva York: The Hastings Center.

Demografía y tendencias sociales

A mediados de 2003, la población de América Latina y el Caribe alcanzó 540 millones de personas. Las proyecciones indican que esta cifra aumentará a 690 millones en 2025 y a 789 millones en 2050, y se calcula que entre 2003 y 2050 el cambio demográfico será de 46%.¹⁰

Cerca de 77,4% de los habitantes de esta región viven en las zonas urbanas, un porcentaje inferior únicamente al de Norteamérica.¹¹ La rápida urbanización (interna y también debida a la migración externa) puede someter a los espacios urbanos a una presión todavía mayor y perjudicar particularmente a los residentes pobres y de bajos ingresos. A medida que los servicios se amplían para adaptarse a las nuevas poblaciones, la calidad y cantidad de los servicios mismos y de la vivienda disminuyen aún más. La pobreza, el deterioro del medio ambiente y el acceso restringido a los servicios sanitarios básicos y a las zonas recreativas de calidad, a menudo aunadas a aptitudes limitadas, perjudican el bienestar social y psicológico de los individuos. A menos que las comunidades demuestren resistencia y cohesión social, los riesgos de lesión y muerte aumentan.

La migración sigue siendo una tendencia importante: 20 millones de personas han emigrado de los países de la región (tres cuartas partes de ellas a Estados Unidos) y el número de mujeres sobrepasa al de los hombres en los flujos migratorios intrarregionales y extrarregionales. Dada la importancia de estas tendencias, las iniciativas recientes se han enfocado a los aspectos sanitarios de la migración en el marco de los derechos humanos, con miras a aumentar el conocimiento de las dificultades con que se enfrentan los distintos tipos de emigrantes, los factores determinantes de su desplazamiento y la manera en que los gobiernos y la comunidad internacional pueden abordar mejor los problemas inherentes.¹²

En lo que se refiere a la educación, el sector ha estado relativamente protegido de los efectos nocivos de los cambios económicos desfavorables desde finales de los años ochenta. Por mucho tiempo, los gobiernos han reconocido el valor de la educación para mantener y alcanzar las metas en otros sectores, y además, han puesto en práctica las medidas correspondientes para mejorar su calidad. La educación primaria es prácticamente universal en la región; sin embargo, las brechas son más notorias en la educación secundaria y en las personas de ingresos bajos, cuya tasa de asistencia no alcanza un promedio nacional de 35% en ningún país de América Latina.

Un problema regional importante es el abandono escolar; cerca de 40% de los niños no terminan la educación primaria, y 72% a 96% de los jefes de familia pobres tienen nueve años de escolaridad o menos. Estos hechos tienen consecuencias para la salud y la reducción de la pobreza, ya que para salir de la pobreza o no caer en ella se requieren

¹⁰ Oficina de Referencias Demográficas. www.prb.org

¹¹ Naciones Unidas. *Urbanización en todo el mundo*. 2002. (Revisión de 2001).

¹² OMS. *International Migration, Health and Human Rights*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. 2002. http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf

entre 11 y 12 años de enseñanza escolar, que capacitan para conseguir un trabajo que proporcione un ingreso suficiente.¹³

La situación de las mujeres reviste gran importancia para el tema que nos ocupa. A pesar de las mejoras en la posición social de las mujeres y de sus mayores logros educativos y mayor autonomía, la distribución desigual del poder entre los sexos sigue limitando su participación plena en la toma de decisiones en el hogar, en la comunidad y en la sociedad. Para muchas mujeres, la carga de trabajo y las responsabilidades familiares contribuyen a perpetuar diversas formas de discriminación y violencia, que a su vez aumentan su vulnerabilidad y obstaculizan el ejercicio total de sus derechos.

Otra tendencia social de importancia para la salud pública es el aumento de los movimientos sociales y de las organizaciones vinculadas a la equidad, la salud y los derechos humanos, muchos de los cuales están en el meollo de la promoción de la causa internacional. Esta tendencia ha sido respaldada por otras tendencias del pensamiento y la acción en materia de desarrollo social, y por el reconocimiento del valor que tiene mejorar las variables endógenas que influyen en el desarrollo social.

Un tema fundamental de lo mencionado anteriormente es la mayor importancia adjudicada al capital social para el desarrollo. Se han realizado numerosos esfuerzos para construir el capital social de los grupos excluidos y para crear los mecanismos comunitarios para la organización cooperativa. Estos se basan en la premisa de que conforme se adopten normas de reciprocidad social y se establezcan redes de interacción, apoyo y participación, los indicadores sociales positivos (desempeño escolar, condiciones de salud generales, condiciones sociales y económicas, igualdad y tolerancia entre los sexos, tolerancia racial y libertades sociales) aumentarán y los negativos disminuirán.

Factores políticos

La democracia se ha fortalecido en la región y los ciudadanos le conceden mayor valor tanto a ella como al respeto a los derechos humanos. La participación política ha aumentado en las instancias de gobernanza nacional y local, y los aspectos sociales del desarrollo han sido reconocidos por los niveles más altos del gobierno y las instancias mundiales.

Aunque en general las personas valoran las instituciones democráticas, su confianza en la manera en que ejercen la autoridad y el poder, y su satisfacción por el desempeño de los gobiernos, han sido socavadas. El desasosiego social, la inestabilidad socioeconómica y la inseguridad pueden constituir una amenaza para la democracia y la gobernanza eficaz. Las incongruencias (o por lo menos la impresión de que las hay) entre las promesas electorales y el desempeño real son algunos de los factores que contribuyen a ello. Este último puede verse afectado por la posibilidad de que disminuya la capacidad de las instituciones públicas para formular y hacer cumplir las políticas sociales y sanitarias, particularmente las políticas distributivas o reglamentarias que tienen como finalidad mejorar la equidad y proteger a la población. No obstante, los gobiernos de la región están

¹³ Hopenhayn, Martín. Educación, comunicación y cultura en la sociedad de la información: una perspectiva latinoamericana. *Revista de la CEPAL*, No. 81, diciembre 2003, pp. 175-194.
<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/6/LCG2216PE/lcg2216e-Hopenhayn.pdf>

comprometidos a realizar tentativas que den lugar a un mejor desempeño, una mayor transparencia y responsabilidad social.

Entre los temas pendientes está la búsqueda de la autodeterminación, el conceder de nuevo poder de decisión a la población y a las comunidades y el fomentar la participación eficaz de los ciudadanos. En muchos casos, la transferencia de la toma de decisiones del ciudadano a los niveles infranacionales ha sido incompleta o no ha logrado aprovechar adecuadamente las capacidades de las instituciones locales. De manera análoga, los procesos que fomentan la autonomía en la administración pública no siempre han dado resultados eficaces y mejores servicios de buena calidad, y el control por parte de los ciudadanos sigue siendo mínimo o inexistente.

El contexto actual ha redefinido una nueva era para la política pública, en la cual la salud se superpone cada vez más con la política nacional y exterior, la seguridad nacional y mundial, la soberanía, la gobernanza, las estrategias multilaterales y bilaterales, y los intereses nacionales e internacionales.¹⁴ La seguridad humana se ha colocado en el primer plano del programa mundial, y se concibe como un complemento de la seguridad estatal que promueve el desarrollo humano y los derechos humanos. Este enfoque integrado se centra en varios temas para la acción encaminada a proteger las libertades fundamentales del pueblo y a fomentar la concesión del poder de decisión.¹⁵

Factores económicos

La persistencia y la gravedad de la pobreza, así como la desigualdad de los ingresos son impedimentos generalizados que agravan la vulnerabilidad a los riesgos y a la exclusión social, obstaculizando de esta manera el crecimiento económico saludable y las sociedades civiles prósperas. En términos generales, los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por un crecimiento lento e inestable, modelos estructurales adversos, distribución desigual de los ingresos, deterioro del empleo y de las oportunidades diferenciales para el comercio. La región tiene el ingreso nacional bruto (INB) más elevado per cápita de todas las regiones, pero presenta las mayores desigualdades y la pobreza es cuatro veces la de otras regiones con un producto interno bruto similar (PIB).¹⁶

Por otro lado, la reducción de la pobreza y a las tasas de indigencia se mantienen estacionarias desde 1997. Entre 1999 y 2002, la tasa de pobreza subió de 43,8% a

¹⁴ Lee, Kelly. *Health, Foreign Policy and Security: A Review of the Literature*. Documento de análisis para la Fundación Nuffield. Programa de Trabajo sobre la salud y la política exterior. Fundación Nuffield, Enero 2002. http://www.nuffieldtrust.org.uk/policy_themes/docs/hfps.pdf

¹⁵ Véase Naciones Unidas. *La seguridad humana, ahora*. Informe de la Comisión de Seguridad Humana. Naciones Unidas; Nueva York, 2003. http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/outline_spanish.pdf

¹⁶ Según una publicación reciente, las desigualdades en la Región son tan terribles que incluso los países con la mejor distribución del ingreso (Uruguay y Costa Rica) tienen un coeficiente Gini peor que el del país más desigual de Europa oriental. De Ferranti, David et al. *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?* Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Banco Mundial, octubre 2003. <http://wbIn0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid2ndLanguage/4112F1114F594B4B85256DB3005DB262?OpenDocument>

44,0%, mientras que la pobreza extrema alcanzó 19,4% de la población de la región. Actualmente, cerca de 225 millones de personas son consideradas pobres, y alrededor de 100 millones, indigentes.

	Número (en millones) y porcentaje de pobres e indigentes ¹⁷							
	2000		2001		2002		2003	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Pobres, no indigentes	207	41.1	212	42.5	220	43.4	225	43.9
Indigentes	88	17.9	91	18.2	95	18.8	100	19.4

La concentración del ingreso presenta variaciones regionales, pero en su mayor parte y desde 1997, ha permanecido inalterado o incluso ha empeorado en casi todos los países, hecho que entorpece seriamente el logro de la meta de reducir la pobreza.¹⁸ Además, los datos indican que la esperanza de vida es mayor en los países con ingresos elevados y en los países con niveles de ingresos similares donde las brechas entre los ingresos son estrechas. La proporción promedio del ingreso para 40% de los hogares más pobres está alrededor del 13,6% (los extremos son Bolivia con 9,5% y Uruguay con 21,5%). Los grupos más ricos captan un promedio de 36,1% de los ingresos en América Latina (los valores extremos son 27,3%, en Uruguay, y 46,8% en Brasil).¹⁹

La pobreza extrema, el hambre y la malnutrición son fenómenos distintos con consecuencias sinérgicas e insidiosas para el bienestar físico y mental. Este es el caso particular de los niños menores de 5 años que sufren malnutrición crónica, debido a su alta prevalencia y a los efectos irreversibles sobre el desempeño escolar, el desarrollo psíquico y físico, que dificultan seriamente su capacidad para hacer aportaciones sociales y económicas a la sociedad. Aproximadamente, 54 millones de personas en la región padecen algún grado de desnutrición y cerca de 20% la han padecido en algunos países (Bolivia, República Dominicana, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua), mientras que en otros la cifra estuvo por debajo de 5% (Argentina, Chile y Uruguay). Aunque ya se han puesto en marcha iniciativas para solucionar esta situación, el progreso es lento. En años recientes, la mayor concientización ha impulsado acciones decisivas para frenar la

¹⁷ Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva Adjunta de la CEPAL. Presentación, Objetivos del Desarrollo. Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de Población y Desarrollo del Periodo de Sesiones de la CEPAL. Marzo 10, 2004, Santiago, Chile

¹⁸ Las mejoras alcanzaron 0,05 del índice Gini. CEPAL *Panorama social de América Latina, 2002-2003*. CEPAL, Santiago, Chile. LC/G.2218. Noviembre 2003. <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/12980/P12980.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xs>

¹⁹ Los países de América Latina con la mayor concentración de ingreso, medido con base en el coeficiente Gini, son al 2002: Brasil (0,64) y Bolivia (0,61), seguidos por Argentina (0,59), Honduras (0,59), Nicaragua (0,58) y Paraguay (0,57). Uruguay (0,46) y Costa Rica (0,49) tienen los coeficientes más bajos.

obesidad, un factor de riesgo para varias afecciones crónicas en los adultos y, últimamente, en los niños.

La situación actual y futura del número creciente de ancianos es igualmente preocupante. Dado que solo dos de cada cinco ancianos reciben prestaciones de seguridad social en las zonas urbanas, muchos de ellos prolongan su trabajo o lo reanudan, generalmente con un sueldo menor o en el sector informal. Este grupo de la población también tiende a estar constituido en su mayor parte por mujeres, con menos años de estudio y desigualdades de desfavorables por razón de género, que las colocan en mayor riesgo.

El desempleo y el subempleo son factores que contribuyen a la pobreza, en particular cuando la volatilidad y la incertidumbre caracterizan a la actividad económica. Las condiciones laborales se han deteriorado y el desempleo ha aumentado de 6% a 9% en la región. Además, el sector no estructurado se ha ampliado y siete de cada diez empleos creados en las zonas urbanas pertenecen a este sector. La naturaleza del trabajo invalida con frecuencia la seguridad social y la protección que brindan las prestaciones sanitarias, aumentando de este modo la vulnerabilidad y exposición a los riesgos. Existen brechas importantes entre los trabajadores no calificados y calificados, y entre los trabajadores formales e informales; estos últimos carecen de prestaciones sociales y sanitarias, así como de oportunidades para progresar.

Las tendencias en el estado y la función de las mujeres en la sociedad son pertinentes para comprender la dinámica de la salud, la pobreza y la igualdad entre los sexos. A pesar de las mejoras en la educación y en la posición social, las mujeres todavía tienen más probabilidad de estar desempleadas y sobrerrepresentadas en el sector no estructurado, de concentrarse en los trabajos de menores sueldos y de estar sujetas a discriminación salarial. Las mujeres que están a la cabeza de sus hogares suelen ser empujadas, junto con sus hijos, a ocupar puestos más desfavorecidos.

Los gastos sociales tienen efectos de redistribución que benefician a los grupos de menores ingresos y, aunque los modelos son desiguales, la mayoría de los países han procurado aumentar el porcentaje del PIB asignado a los sectores sociales. Esta es una tendencia positiva en la región si se considera que el promedio de los gastos sociales aumentó de 10,4% a 13,1% del PIB y que muy pocos países redujeron su gasto social. No obstante, los aumentos tuvieron poco efecto en la reducción de las desigualdades²⁰. Algunos países, como Argentina y Uruguay, protegieron el gasto social aun bajo la presión de las reducciones importantes que se hicieron al PIB entre 1999 y 2000. Sin embargo, en 2002 surgieron dificultades para mantener esta situación dado que las restricciones del PIB aumentaron debido a una reducción de 11% y el gasto social se redujo.

En el Caribe, medir la pobreza y las desigualdades resulta más difícil debido a la falta de encuestas de los hogares y de datos comparables. Sin embargo, algunos estudios revelan que la incidencia de la pobreza es más elevada en Haití (80% de indigencia). Las tasas de pobreza de Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas y Suriname son inferiores a

²⁰ El gasto público social en la Región se elevó hasta el 2001 (de US\$ 501 a US\$ 552 per cápita). Panamá, Uruguay, Argentina, Brasil, Costa Rica y Bolivia asignaron una gran proporción del PIB a los sectores sociales a mediados de los años noventa, y los niveles se elevaron entre 18% y 26% del PIB en el período 2000-2001. CEPAL *Panorama social de América Latina, 2002-2003*. Op. cit., p.178.

las de Haití, pero mayores que las del resto de los países. En cambio, la de Bahamas es muy baja y supera incluso la de los países que tienen una tasa elevada de desarrollo económico.

En los países del Caribe, la pobreza rural tiende a ser mayor en las zonas rurales, lo cual difiere de la situación que impera en América Latina. Las tasas de desempleo se consideran elevadas y, según la Comisión Económica para América Latina: "hay vínculos importantes entre la pobreza y la delincuencia, entre el tráfico de drogas, la violencia intrafamiliar y el maltrato de menores". Los temas de salud ambiental son de gran importancia en la subregión debido a que los desastres naturales, las erupciones y los huracanes afectan gravemente a la población más pobre de la subregión.²¹

El sector de la salud y los sistemas y servicios sanitarios

Aunque las reformas del sector de la salud promovidas durante los noventa fueron generalizadas y estaban dirigidas a efectuar cambios positivos financieros, estructurales e institucionales, algunos aspectos importantes de la salud pública fueron olvidados. Una consecuencia de esta situación, aunada a los efectos de diversas tendencias, afectó a la capacidad de los gobiernos para ejercer plenamente su función rectora y las funciones básicas de la salud pública. En algunas de las implicaciones de los procesos estatales y de modernización está incorporada una tendencia importante que redefinió un nuevo campo de acción para los interesados directos nuevos o sustitutos. Aunque estos han sido asimétricos, han fomentado la participación de diversos interesados directos, en particular del sector privado. Su participación ha generado una nueva dinámica y transformaciones.

Una evaluación preliminar de la repercusión de las reformas del sector de la salud en cuanto a sus principios orientadores indica lo siguiente:²²

- **Equidad:** Hay pocos ejemplos de que las reformas hayan contribuido a reducir las brechas en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, y en la mayoría de los países, no están influyendo en la reducción de las brechas en la distribución de los recursos.
- **Eficacia y calidad:** Se han logrado relativamente pocos adelantos para mejorar la eficacia global del sistema, la adherencia a los aspectos normativos de la calidad de atención o la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad.
- **Eficiencia:** Se obtienen más beneficios de la productividad y el desarrollo de las prácticas de adquisición que de reorientar la asignación de los recursos (por ejemplo, no hacer transferencias importantes de recursos para canalizarlos hacia

²¹ CEPAL. Panorama social de América Latina, 2002-2003. Op. cit., pp.60.

²² López Acuña, D. *Critical Issues in Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: An Agenda for the Future*. Presentation. The Next Generation of Reforms, Public Health, and the Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean. Marzo 15, 2004 National Press Club, Washington, D.C. <http://www.iadb.org/etica/sp4321-i/DocHit-i.cfm?DocIndex=1401>

problemas con muchos factores externos, o para aumentar el grado de protección social en materia de salud).

- **Sostenibilidad:** Hay tentativas para ajustar los gastos a los ingresos del sistema, pero muy pocos países están mejorando la generación de recursos a mediano o largo plazo para ampliar o mantener el nivel actual de la prestación de servicios. Un factor más grave parece ser el grado elevado de dependencia del financiamiento externo que muchos países presentan, y la falta de mecanismos para sustituir estos flujos de recursos una vez que estos cesan.
- **Participación social:** Los gobiernos parecen más receptivos como consecuencia de los planes de reforma del sector de la salud; sin embargo, queda por comprobar si una participación social mayor en realidad influye en la reorientación de las reformas del sector de la salud.

La segmentación del sistema de salud persiste; mientras algunos países tienen un gasto sanitario sumamente bajo, otros dependen en exceso de los recursos externos, lo cual les confiere una vulnerabilidad extrema. Aun cuando los países destinarán más recursos públicos a la salud y a la educación, este aumento representaría un porcentaje relativamente pequeño si se compara con el aumento de los gastos de menudeo necesarios para tener acceso a estos servicios. Estas tendencias han exacerbado la repercusión regresiva sobre las poblaciones más pobres y pocos países han podido desprenderse de su asignación histórica de los recursos.

Aunque por lo general el envejecimiento se considera una tendencia que pesará en gran medida en los gastos sanitarios, algunos expertos consideran que la repercusión de las tendencias demográficas y epidemiológicas se sobreestimaron. Afirman que, independientemente de la edad, los gastos sanitarios son mayores en los últimos meses de vida, y que bajo este supuesto, es posible que las poblaciones que están envejeciendo gocen de una vida más larga y saludable, que las tasas de mortalidad y morbilidad descendan y que los costos se distribuyan a lo largo de varios años.²³

Es probable que los sistemas de salud sigan evolucionando progresivamente con mayor participación del sector privado y tentativas claras para mejorar el desempeño, la calidad y la participación de los pacientes. Un elemento importante que debe considerarse en la evolución de los sistemas de salud son los costos elevados de la tecnología médica y de los productos farmacéuticos, que ya están ejerciendo más presión en algunos sistemas.

La teoría y la práctica de la salud pública siguen evolucionando para abarcar cada vez más un enfoque basado en la población, la prevención de enfermedades y las estrategias de promoción de la salud; un fuerte hincapié en la habilitación de los pacientes; la responsabilidad de la atención médica y el reconocimiento de sus aspectos bioéticos; y la inclusión de medidas sanitarias de prevención.²⁴ Se reconoce la función crucial de los

²³ Savedoff, William D. ¿Alguien está escuchando? Omisión de datos en los debates sobre la reforma de la salud en América Latina. (Una nota sobre salud). SDS/SOC: nota sobre salud No. 2. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC. Octubre, 2000.

²⁴ McEwon, T. Determinants of Health. En: *The Nation's Health*, ed. P.R. Lee, C.L. Estes y N.B. Ramsay. San Francisco: Boyd & Fraser Publishing Co., 1980. Evans RG and Stoddard G L. Producing Health, Consuming Healthcare. En: Evans R G, Barer

factores conductuales y socioculturales en el proceso continuo de la salud y de la enfermedad, y se entienden mejor los caminos para lograr la salud mediante factores determinantes no médicos. Más aún, el mayor reconocimiento de las prácticas médicas tradicionales y alternativas ejemplifica la aceptación de maneras diversas de percibir la salud, proteger y fomentar el bienestar, e identificar y controlar las enfermedades. A pesar de los cambios positivos, el modelo curativo todavía prevalece en los servicios de salud, y aún se puede aumentar la atención que se presta a las necesidades y la participación de los consumidores.

Aunque la salud pública y el ejercicio de la medicina están cambiando para adquirir una mayor integración y hacer más hincapié en la calidad, el desempeño y la especialización administrativa, los temas de los recursos humanos de la salud siguen siendo motivo de preocupación permanente. Considerando el compromiso financiero y el tiempo que se requiere para llevar a cabo cambios positivos en la educación y el ejercicio profesional, y en ciertos casos la continua "fuga de cerebros" de profesionales, los cambios pueden tardar más de lo esperado e incluir gestiones gubernamentales específicas.

El requisito para una intervención colectiva eficaz por parte de los gobiernos, los organismos, la sociedad civil y las empresas, a fin de manejar mejor estos riesgos y oportunidades, está llevando a evaluar de nuevo las normas e instituciones que rigen la política y la práctica sanitarias a los niveles infranacional, nacional, regional y mundial. La experiencia que los países han acumulado y el hecho de que reconozcan el valor de promover las prácticas sociales para desarrollar una cultura de la vida y la salud, crear y mantener entornos saludables, y sobre todo, la necesidad de aumentar el sentido de ciudadanía sobre la base de la conciencia que la gente tiene de su función y de la responsabilidad para generar la salud y conservarla, sin duda aportarán frutos.

Tendencias de la cooperación internacional en materia de promoción de la salud

La teoría sobre el desarrollo ha evolucionado rápidamente en el último decenio para entender y aplicar el concepto de desarrollo humano, reconocer que el desarrollo abarca metas más amplias y conceptualizar el "desarrollo como libertad".²⁵ La aportación mutua

M L y Marmor T R. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Berlin: Walter de Gruyter, 1994. Marmot, T. y RG Wilkinson, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

²⁵ Ocampo, José Antonio. *Retomar la agenda del desarrollo*.

http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/5/LCG2135PE/lcg2135e_Ocampo.pdf. Véase: Sen, Amartya, Desarrollo y libertad, Alfred A. Knopf, Nueva York. 1999. Stiglitz, Joseph A, *More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus*. WIDER Annual Lectures 2, Helsinki, Enero. 1998.

de la salud y el desarrollo socioeconómico al bienestar se conoce más a fondo, y se refleja en la complementariedad reconocida de las asociaciones. Más aún, poco a poco se está creando un concepto que concibe la salud como una inversión, en lugar de un mero gasto.

Los socios del desarrollo también están evaluando la eficacia de su propia cooperación, y enfrentándose con el problema de mejorar las formas actuales de hacer negocios y de concebir caminos nuevos que permitan optimizar el trabajo individual y colectivo. Las actividades de seguimiento y evaluación han adquirido importancia para los donantes, así como para los organismos internacionales y los países beneficiarios. Estos enfoques estuvieron encaminados a mejorar la formulación de políticas y programas, aumentar el conocimiento y la responsabilización, y fortalecer el desarrollo institucional mediante el uso de la responsabilización externa para promover el aprendizaje y el intercambio de las prácticas más adecuadas, mejorar los sistemas mediante la integración con sistemas de gestión del desempeño y usar los resultados para la creación de políticas y programas.

Los programas sectoriales están cambiando a criterios sectoriales, con mayor hincapié en los enfoques de colaboración y asociación, y en la responsabilización y evaluación del desempeño. Por otra parte, los proyectos están cambiando a un enfoque de programa, a exámenes basados en la cartera, mayor interés en la autoevaluación, énfasis claro en las metas, formación de redes, y mayor uso de las tecnologías de la comunicación y de la información. Sin embargo, siguen surgiendo obstáculos al buscar coherencia entre las metas y estrategias, los procesos de ejecución, la propiedad y el manejo de ambientes inciertos y complejos.

Otra tendencia importante es la mayor participación de las entidades del sector privado y de las organizaciones de la sociedad civil como socios del desarrollo. La presentación del Pacto Mundial, realizada por el Secretario General de las Naciones Unidas en 1999, abrió la puerta a las alianzas del sector privado en nombre de los programas de las Naciones Unidas. Se convocó a las empresas y a otras organizaciones a que se apegaran a los nueve principios destinados a mejorar su comportamiento institucional social y ambiental, lo cual ha dado lugar a muestras de "filantropía nueva" y a la concesión de subvenciones como asociados de la promoción internacional de la salud. Sin embargo, el seguimiento y la evaluación de las actividades del sector privado es todavía débil en algunos países, lo cual exige una ejecución mejor de las normas de desempeño mediante la reglamentación y las estrategias y políticas nacionales correspondientes.²⁶

Por último, hay tentativas importantes para ampliar las fuentes tradicionales de financiamiento conocidas como asistencia oficial para el desarrollo (AOD).²⁷ La AOD neta aumentó de \$51.400 millones en 2001 a \$58.000 millones en 2002, un aumento de casi 13% en valores absolutos (5%) que tiene en cuenta la inflación y las fluctuaciones de las tasas de cambio. Dos terceras partes de la AOD son de carácter bilateral y representan

²⁶ Zammit, Ann. *Development at Risk: Rethinking UN-Business Partnerships*. Libro publicado en colaboración con el South Centre y UNRISD (Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social). Diciembre 2003.

²⁷ La AOD se suministra por el sector oficial de un país donante a los países en desarrollo (excepto lo más desarrollados) a través de subvenciones y préstamos subsidiados para promover el desarrollo económico y prestaciones sociales del país receptor.

0,23% del INB, en comparación con 0,22% en 2001. Desde los años setenta, la AOD en materia de salud mostró una tendencia ascendente a largo plazo cuyo promedio alcanzó 3,3% de crecimiento anual. Basándose en los cálculos recientes, la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud solicita a los donantes que recauden AOD para la salud a partir del actual cálculo anual de \$6.000 millones a \$27.000 millones por año en 2007 y \$38.000 millones en 2015, instando a los países en desarrollo a destinar 1% adicional del PNB a la salud para 2007 y 2% para 2015.²⁸ Con base en los compromisos, la cantidad de AOD en materia de salud aumentó \$1.700 millones a partir de un promedio de \$6.400 millones entre 1997 y 1999 a \$8.100 millones en 2002. Se debe continuar con esta tendencia, siempre y cuando se materialicen los compromisos contraídos en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Financiación para el Desarrollo, celebrada en 2002 en Monterrey. Sin embargo, la dificultad sigue residiendo en procurar que estos recursos realmente apoyen el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.²⁹

EL CONTEXTO DE LA SALUD

La situación sanitaria actual de la región refleja los complejos macrofactores determinantes que influyen en ella; particularmente, muestra la repercusión de la transición demográfica, la polarización epidemiológica, la eficacia de la política sanitaria y el desempeño de los servicios de salud en los pueblos de las Américas durante los últimos decenios del siglo XX.

El comienzo del siglo XXI ha sido testigo de logros importantes en materia de salud en las Américas, que sin embargo se manifiestan como un mosaico regional heterogéneo. Los beneficios de estos logros se relacionan con mejoras en las condiciones generales de vida, es decir, mayor acceso a los servicios de educación, agua y saneamiento, atención primaria, tecnologías económicas, y cobertura de vacunación ampliada, que han contribuido a evitar las enfermedades transmisibles y no transmisibles que tienen repercusiones graves para la salud.

Sin embargo, las tendencias de la mortalidad también se acompañan de un aumento de los factores de riesgo, como la urbanización irregular, los modos de vida sedentarios, el tabaquismo entre los jóvenes y las mujeres, la violencia, el estrés, la depresión y otros problemas de salud mental, los modos de vida y las conductas perjudiciales para la salud. Además de la malnutrición, la cual afecta a millones de personas, los cambios en los hábitos alimentarios están generando una tendencia a la prevalencia de regímenes alimentarios asociados con un riesgo mayor de enfermedades y afecciones crónicas. Las lesiones y las defunciones por causas externas, especialmente los accidentes automovilísticos, la violencia y la drogadicción, se identifican cada vez más como causas de morbilidad y mortalidad.

La esperanza de vida al nacer aumentó casi seis años entre 1980 y 2000, debido en parte a la disminución del riesgo de morir de una enfermedad transmisible o perinatal, a

²⁸ El desglose comprende \$22.000 millones para los países desarrollados, \$3.000 millones para investigación y desarrollo en enfermedades de los pobres, \$1.500 millones para el Global Health Research Fund, \$1.500 millones para los programas existentes, por ejemplo, investigación de enfermedades tropicales y \$2.000 millones de la OMS, el Banco Mundial, entre otros.

²⁹ OMS. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. 2001. <http://www.cmhealth.org/>

la reducción de la mortalidad por diarreas, carencias nutricionales, infecciones respiratorias agudas y enfermedades prevenibles por vacunación. La viruela y la poliomielitis han sido erradicadas y el sarampión pronto será una enfermedad del pasado.

Las tasas de crecimiento de la población han disminuido en casi todos los países (la tasa actual de crecimiento anual de la población en la región es de 1,3%) y en los últimos 40 años la fecundidad ha disminuido 50%, lo cual ha contribuido a aumentar la longevidad. A su vez, esto ha coadyuvado al predominio de las enfermedades no transmisibles crónicas y al desarrollo de una mayor conciencia de los problemas relacionados con el envejecimiento, debido a las consecuencias económicas que tienen las mayores tasas de carga familiar sobre la sociedad.

Una aportación notable para lograr estos beneficios ha sido la reducción de las asimetrías de información entre los pacientes y los proveedores, mediante mejoras educativas en materia de salud y mayor intercambio de conocimientos, que permiten a quienes tienen acceso elegir opciones mejores para su salud y la de sus familias y comunidades.

Sin embargo, el modelo de la distribución de los beneficios de salud es dispar y el estado de la salud refleja las desigualdades socioeconómicas, es decir, las sociedades que presentan brechas más pequeñas entre los ingresos (no necesariamente las que tienen ingresos mayores) tienden a tener mejores indicadores del estado de salud, así como mejor acceso al agua y al saneamiento. Las mejoras en el nivel promedio de la salud que no vayan acompañadas de mejoras en la distribución de los beneficios de salud entre la población son insuficientes para generar capital humano y sostener el desarrollo humano.

Algunos logros en materia de salud en las Américas, 1980-2000			
Indicador	1980	2000	% de cambio
Esperanza de vida al nacer (años)	66,9	72,4	8
Población alfabetizada (%)	88	93	6
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	37,8	25,0	-34
Cobertura de vacunación (%): DPT3	45	91	100
Cobertura de vacunación (%): OPV3	51	91	78
Cobertura de vacunación (%): sarampión	48	94	96
Tasa total de fecundidad (niños por mujer)	3,0	2,5	-17
Acceso a agua potable (%)	76	90	18
Acceso a servicios de alcantarillado (%)	67	85	27
Enfermeras por cada 10.000 habitantes	23,1	40,2	74

La polarización epidemiológica

Los perfiles de mortalidad y morbilidad indican el predominio simultáneo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, que varían según las condiciones de vida de las poblaciones. Las condiciones de salud reflejan esos perfiles, mediante los cuales se estructuraron las respuestas sociales correspondientes por intermedio del sistema de

salud. Los datos indican que los cambios epidemiológicos en cuanto a la exposición a los riesgos de enfermedades, lesiones u oportunidades de disfrutar de una mejor salud, no siguen una progresión lineal e irreversible, aunque pueden coexistir, revertirse y determinarse de manera individual, histórica y social.

En cuanto a la dinámica demográfica y epidemiológica, la esperanza de vida para ambos sexos y para todas las edades presenta una tendencia ascendente. La proporción de las personas mayores de 65 años está aumentando a un ritmo más rápido (casi dos veces más rápido) que la población en su totalidad, lo cual tendrá consecuencias en los recursos. No obstante, esta tendencia se ha atenuado en algunos países principalmente debido al SIDA, a la diabetes y a causas externas, como la violencia y las lesiones accidentales.

Tipo de transición y sus características	Países
Transición incipiente: (tasa de natalidad elevada, mortalidad elevada, crecimiento natural moderado [2,5%])	Bolivia y Haití.
Transición moderada (tasa de natalidad elevada, mortalidad moderada y crecimiento natural moderado [3,0%])	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.
Transición completa (tasa de natalidad elevada, mortalidad moderada o decreciente, crecimiento natural moderado [2,0%])	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela.
Transición avanzada (tasa de natalidad moderada o decreciente, mortalidad moderada o decreciente, crecimiento natural menor que [1,0%])	Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

Dado que los distintos grupos de causas de muerte intervienen de manera específica en la determinación de la esperanza de vida, esta varía entre los grupos de población. En general, el control de las enfermedades transmisibles aporta más años de vida potencial ganados, mientras que el aumento de la mortalidad por causas externas de violencia, así como por enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas, da por resultado más años de vida potencial perdidos. La influencia de la

discapacidad en la esperanza de vida sana está acaparando más atención y su documentación adecuada requiere instrumentos fiables y prácticos.

El ciclo de vida

Niños y adolescentes: Las características de la mortalidad infantil varían mucho en función de la subregión y, aunque hay una tendencia general a que disminuya, existen

disparidades importantes en las tasas de mortalidad infantil en los países de la Región y entre ellos. Entre los períodos de 1980 a 1985 y de 1995 a 2000, el mayor suministro de los servicios básicos (por ejemplo, agua y saneamiento), la disponibilidad de tecnologías sencillas y económicas (por ejemplo, la terapia de rehidratación oral, las vacunaciones y los protocolos simplificados para controlar infecciones respiratorias agudas), las mejoras en la educación en materia de salud y la ejecución de las estrategias de promoción de la salud y la atención primaria de salud contribuyeron a lograr una disminución notable en la proporción de defunciones por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en este grupo de edad.

Adultos: La mortalidad por el SIDA en los adultos jóvenes (25 a 44 años) está afectando a la esperanza de vida. Las tendencias de la mortalidad en los grupos de 45 a 64 años en la Región indican perfiles con diferencias basadas en el sexo, por ejemplo, en los hombres, el riesgo de morir a causa de ciertas enfermedades es dos veces mayor que en las mujeres. Entre los hombres adultos, las enfermedades del aparato circulatorio siguen siendo la principal causa de muerte en la mayoría de los países, mientras que en algunos, las causas externas constituyen un factor importante que aumenta el riesgo de muerte en este grupo.

Ancianos: En este grupo se observa una clara tendencia ascendente en la esperanza de vida para ambos sexos, aunque las mujeres tienen una esperanza de vida mayor en todos los países de la Región. El envejecimiento de la población es una tendencia demográfica importante que conlleva una mayor necesidad y demanda de asistencia sanitaria y otros servicios vinculados con la calidad de vida y el entorno familiar en este grupo de edad.

Grupos especiales

Personas discapacitadas: El tema de la discapacidad está adquiriendo importancia debido al aumento de los años vividos con enfermedades crónicas o no transmisibles y a la influencia de las lesiones accidentales en los resultados de salud. Este grupo de personas requerirá más atención y se necesitarán instrumentos fiables y prácticos para documentar la prevalencia de las enfermedades que las afectan. La deficiencia de la seguridad social en varios países de la Región obliga a las familias a asumir la responsabilidad de costear gastos médicos cada vez mayores, que su vez aumentarán la carga en los servicios públicos y en las familias mismas.

Trabajadores: El tipo de trabajo realizado es un factor de riesgo que influye en la mortalidad, los años de vida potencial perdidos, los años de vida con discapacidad y los años de vida ajustados en función de la discapacidad. La mortalidad ocupacional fue igual en magnitud a la mortalidad por el consumo de tabaco. En América Latina y el Caribe, tan solo entre 1% y 5% de los casos de enfermedades ocupacionales se notifican, debido al subdiagnóstico, subregistro y subnotificación de la morbilidad y la mortalidad en el lugar de trabajo. Por lo tanto, los datos no reflejan los tradicionales problemas de salud ocupacionales o emergentes que provienen de la aplicación de las nuevas tecnologías, mucho menos los problemas relacionados con el trabajo. Tampoco reflejan los problemas de salud de los trabajadores sin cobertura de seguridad social.

Grupos raciales y étnicos

Los pueblos indígenas, que representan 400 idiomas distintos (concentrados principalmente en México, Perú, Bolivia, Ecuador y Guatemala), abarcan cerca de 6% de la población de las Américas y alrededor de 10% de la población de América Latina y el Caribe. Los afrodescendientes³⁰ comprenden entre 150 millones y 200 millones de personas. En conjunto, ambos grupos constituyen casi 25% de la población de la Región.

Los grupos raciales y étnicos tienden a ser sumamente vulnerables a las lesiones, las enfermedades y la muerte debido a sus posiciones sociales, generalmente desfavorecidas y caracterizadas por tasas mayores de analfabetismo, menos años de escolaridad, tendencia a tener sueldos menores, posibilidad de ser víctimas de la discriminación, migraciones frecuentes o residencia en zonas propensas a los desastres. Estas condiciones aumentan la repercusión de la pobreza en la salud, y los indicadores de salud de estos grupos (mortalidad infantil, esperanza de vida, así como prevalencia e incidencia de ciertas afecciones) son sustancialmente inferiores a los de otros grupos que requieren la atención urgente de los formuladores de las políticas.

Problemas de salud específicos

Enfermedades transmisibles: Aunque varias enfermedades infecciosas tradicionales han sido controladas completa o parcialmente, siguen siendo un problema importante en muchos territorios y poblaciones. La malaria, la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, el dengue y la tuberculosis, entre otras enfermedades, han resurgido a nivel mundial como causas importantes de morbilidad y mortalidad. La aparición de las epizootias, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), la infección por el virus del Nilo Occidental, la enfermedad de las vacas locas y las infecciones por el hantavirus, agrega complejidad a los problemas de salud, así como a la búsqueda de soluciones. Esta tendencia da lugar a una mayor exigencia para perfeccionar la capacidad local, nacional, regional y mundial de advertir sobre la existencia de las epidemias y de responder a ellas.

Enfermedades no transmisibles crónicas, causas externas y factores de riesgo para la salud: Las enfermedades crónicas, las lesiones y las discapacidades son la causa de dos tercios de las muertes notificadas. A medida que la esperanza de vida aumenta, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas se manifiestan con mayor frecuencia. El aumento en la incidencia de los trastornos neoplásicos y enfermedades endocrinas (como la diabetes mellitus tipo 2), y la influencia relativa y todavía importante, de las enfermedades cardiovasculares en el perfil de mortalidad, son una característica epidemiológica importante de las poblaciones de la Región.

El perfil epidemiológico que resulta de ello revela la vulnerabilidad de las poblaciones a las perturbaciones naturales, sociales y biológicas, y requiere el fortalecimiento de la información en materia de salud pública, así como de las redes de vigilancia a los niveles nacional e internacional.

³⁰ Casi 50% del Caribe de habla inglesa y porcentajes importantes de las poblaciones de Brasil, Colombia, República Dominicana, Haití, Venezuela y Estados Unidos.

Posibles consecuencias para la salud pública

Documentación sobre las desigualdades en materia de salud

- Medir y analizar las desigualdades en materia de salud para mejorar la toma de decisiones con base en criterios de equidad, y vigilar la capacidad de las sociedades para adaptarse a los entornos en transformación.
- Permitir una mejor comprensión de las relaciones entre los factores determinantes socioeconómicos y los resultados en materia de salud.

Advertencia temprana y capacidad de respuesta

- Fomentar la capacidad de los sistemas de alerta anticipada en los niveles local, nacional, regional y mundial para prever y responder oportunamente a las epidemias, generar información y sistemas integrados de vigilancia de la salud pública, y establecer salas para estudiar situaciones sanitarias y de este modo vigilar y evaluar los sistemas y las situaciones de salud.

Uso de la epidemiología en la política y planificación sanitarias

- Afirmar la institucionalización y profesionalización de la epidemiología en las estructuras gubernamentales de formulación de políticas y en el ámbito académico.
- Crear capital humano y fomentar la capacidad nacional en materia de salud pública, incluidos el uso preventivo de la epidemiología en la gestión sanitaria, la planificación y el análisis y la evaluación de las políticas.

Generación de información epidemiológica especial

- Estimular la producción y generar datos epidemiológicos y conocimientos pertinentes para apoyar la función rectora en materia de salud y el cumplimiento de las funciones de salud pública con herramientas y aptitudes nuevas.
- Generar análisis de calidad elevada de las situaciones, con miras a mejorar la capacidad de formulación de políticas, así como el ejercicio y la promoción de la causa pública.

LA AGENDA INCONCLUSA

La atención que las Naciones Unidas prestan a la salud como componente fundamental del desarrollo humano se ha puesto claramente de manifiesto en muchas de las cumbres mundiales celebradas durante los dos últimos decenios, y sobre todo, en la 8.^a sesión plenaria, que tuvo lugar el 8 de septiembre de 2000 y durante la cual la Organización adoptó la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (A/55/L.2) 5/2. Los Estados Miembros solicitaron a las Naciones Unidas que ideara una guía para la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y posteriormente, consultas entre los organismos internacionales (el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y los organismos especializados de las Naciones Unidas). La Asamblea General reconoció que los Objetivos de Desarrollo del Milenio forman parte de esta guía para poner en práctica la Declaración del Milenio.

Muchas de las metas representan una compilación de otras metas establecidas en conferencias y cumbres internacionales durante los noventa, las cuales llegaron a conocerse como metas de desarrollo internacionales. Los ODM comprometen a la comunidad internacional a adoptar una visión ampliada del desarrollo, que fomente enérgicamente el desarrollo humano como elemento fundamental para mantener el progreso social y económico en todos los países, y concentre la atención de la comunidad internacional en impulsar una "alianza mundial para el desarrollo", incluido el aumento de la asistencia oficial para el desarrollo a fin de alcanzar otras metas. Las metas han sido comúnmente aceptadas como una base para medir los avances en materia de desarrollo.

La Cumbre de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible mejoró los ODM al incluir una meta para reducir el número de personas sin acceso a servicios sanitarios a 50% para 2015, y un plan de acción para garantizar el desarrollo mundial sostenible. La Cumbre de Johannesburgo fue la última etapa del proceso, de Doha y Monterrey a Johannesburgo, que traza una estrategia general para llevar a cabo los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En esta cumbre, las naciones del mundo se comprometieron a respaldar las declaraciones con hechos concretos.

Tres de los ocho ODM están relacionados con la salud (reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil, reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna, detener y comenzar a reducir la propagación de la infección por el VIH/SIDA, de la malaria y de otras enfermedades), al igual que la meta 17 (en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo) contemplada en el objetivo que aborda la creación de asociaciones mundiales. La mayoría de los cinco objetivos restantes, metas e indicadores afines también están estrechamente vinculados con la salud (por ejemplo, la nutrición, la educación, el género y el acceso a agua potable). No obstante, el objetivo ocho parece ser necesario para lograr los otros siete.

El surgimiento de un gran número de poblaciones en riesgo, como los trabajadores migratorios y los refugiados, empeora las dificultades que suponen las enfermedades transmisibles.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir la infección por el VIH/SIDA, la

malaria y otras enfermedades

Objetivo 7: Velar por la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Las soluciones eficaces para el futuro requieren una capacidad nacional fortalecida para alcanzar las metas de erradicar y eliminar enfermedades como la poliomielitis causada por el poliovirus salvaje, el sarampión, el tétanos neonatal, la

sífilis congénita, la enfermedad de Chagas, el tracoma, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y las carencias de micronutrientes (vitamina A, yodo, hierro y ácido fólico) y controlar la intoxicación por plomo y la silicosis.

La distribución de los ingresos tiene efectos positivos sobre la reducción de la pobreza. Considerando la distribución actual y esperada en América Latina y el Caribe, la meta de reducción de la pobreza establecida en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas no se alcanzará, a menos que la concentración del ingreso mejore en la mayoría de los países.

El crecimiento aunado a la redistribución permitiría a países como México, Uruguay y Brasil alcanzar la meta en menos de tres años, mientras que sin mejoras en la distribución no podrían alcanzarla para 2005. De manera análoga, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Panamá y El Salvador alcanzarían la meta 2009, pero es poco probable que lo hagan si no efectúan cambios en la distribución.³¹ La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) también indica que, a pesar de las mejoras en la disponibilidad de alimentos, solo 13 países podrán alcanzar la meta de reducir el hambre para 2015. Sin embargo, cuatro países no lograrán la meta de reducir la malnutrición infantil, y es posible que 10 no puedan aumentar la disponibilidad de los alimentos y, por consiguiente, no logren reducir a la mitad el porcentaje de personas desnutridas.

La mayor perceptibilidad de la salud ha estado acompañada de la creación de fondos e iniciativas especiales que acometerán la agenda inconclusa y evitarán el deterioro adicional del estado de salud en muchos países. Algunas de estas iniciativas son el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), "Hacer Retroceder la Malaria" y "Detener la Tuberculosis". En realidad, el *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro* describe el programa de salud mundial para el próximo decenio, con la advertencia de que: "Si los países, tanto desarrollados como en desarrollo, no refuerzan notablemente sus compromisos, va a ser imposible asegurar el cumplimiento de los ODM en el plano mundial; además, los resultados obtenidos en algunos de los países más pobres serán muy inferiores a los logros esperados".³²

³¹ Las mejoras en la distribución del ingreso tienen efectos notables en la reducción de la pobreza; una reducción de 5% en el índice de Gini puede reducir de dos a cinco años el tiempo que se requiere para reducir la pobreza extrema a la mitad. CEPAL *Panorama social de América Latina, 2002-2003*. Op. cit.

³² Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, agosto de 2003. <http://www.who.int/whr/2003/es/index.html>

LA NUEVA AGENDA

Además de terminar la agenda inconclusa y de mantener los logros, la nueva agenda es igualmente exigente debido a su complejidad y a las peculiaridades que adquiere en cada contexto regional y nacional, así como para los grupos de población.

Las dificultades futuras destacan las desigualdades en materia de salud que aumentan la vulnerabilidad social, la naturaleza volátil del crecimiento económico y las amenazas contra la seguridad nacional. Los gobiernos y los sectores clave están muy conscientes de la necesidad de reducir las brechas en materia de salud y de acceso a la asistencia sanitaria. Asimismo, se está prestando mayor atención a las dimensiones internacionales de la salud pública y a su relación íntima con los contextos nacionales y locales.³³

Los países reconocen la necesidad de desplegar esfuerzos renovados para prevenir y combatir los riesgos y las enfermedades, y por lo tanto, una manera renovada de reflexionar acerca de la nueva generación de reformas. Estas requieren centrarse en la salud de la población, las mejoras en las intervenciones de salud pública y la mayor capacidad del gobierno para formular buenas políticas sanitarias y fortalecer su aptitud para desempeñar funciones esenciales de salud pública.³⁴ La salud para todos y la atención primaria de salud siguen siendo una visión y una estrategia que vale la pena continuar. Por consiguiente, la reorientación de los sistemas y servicios de salud reitera estos compromisos mediante esos principios, los cuales abarcan el acceso y la cobertura universales, la equidad como parte de la búsqueda de la justicia social, la promoción de la salud, el enfoque intersectorial y la asistencia sanitaria integral, con miras a construir sistemas de salud socialmente eficaces y con la capacidad de generar salud y satisfacción social sobre la base del respeto por la pluralidad y los principios de universalidad, participación social, financiamiento conjunto, eficiencia y descentralización.

Por el contrario, la nueva agenda de desarrollo requiere metas a largo plazo, coherencia política, propiedad, participación y colaboración que den lugar a resultados cuantificables. En consecuencia, los interesados directos en el desarrollo internacional se están centrando cada vez más en el establecimiento de prioridades y metas, y en el manejo del desempeño, que permitirá hacer más hincapié en las políticas basadas en datos fidedignos para comprender y abordar mejor los problemas que se pretende resolver mediante la cooperación, y concentrarse en los resultados con mayor responsabilización y compromiso.

³³ Roses, Mirta. *Presentación: Ética y políticas de salud*. Día de Ética y Desarrollo en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 16 enero 2004. <http://www.iadb.org/etica/sp4321-i/DocHit-i.cfm?DocIndex=1401>

³⁴ Institute of Medicine. *The Future of Public Health in the 21st Century*. Washington D.C., IOM, 1988 y 2002. <http://www.nap.edu/books/030908704X/html/>. OPS. *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington D.C.: OPS, 2002. http://publications.paho.org/english/moreinfo.cfm?Product_ID=666&CFID=6150152&CFTOKEN=52383841

Resumen de los retos de la salud pública³⁵

Tendencia o categoría	Retos
Globalización y salud pública internacional	<p>Prever los riesgos transfronterizos de enfermedades y contaminantes ambientales, incluidos el terrorismo biológico y químico, para proteger a las poblaciones de ellos.</p> <p>Abordar la salud a nivel nacional dentro de un marco de referencia de gobernanza regional y mundial y de las nuevas reglas.</p> <p>Fortalecer las formas existentes de gobernanza nacional y regional para acometer los efectos sociales y económicos de la globalización en la salud.</p> <p>Aprovechar los beneficios de una mayor interconexión para mejorar el intercambio de conocimientos, la colaboración en materia de salud y el manejo de las transferencias de tecnología.</p> <p>Mejorar y fomentar una mayor previsión en materia de política sanitaria, salud pública y epidemiología.</p> <p>Equilibrar los beneficios individuales y comunes.</p>
Ciencia y tecnología	<p>Lograr una distribución equitativa y ética de las innovaciones científicas y tecnológicas para mejorar las condiciones de vida de los seres humanos.³⁶</p> <p>Aprovechar y generar información y conocimientos para la toma de decisiones basada en pruebas científicas.</p> <p>Mejorar los flujos de información y la calidad de la información que se intercambia dentro de los países y entre estos.</p>
Recursos naturales y calidad del entorno físico	<p>Reducir las brechas en el suministro de agua potable y saneamiento, la contaminación del agua y las fuentes de aire, así como los riesgos de contaminación química.</p> <p>Mejorar el sistema normativo y los niveles del cumplimiento para evitar el deterioro del ambiente y la pérdida de la diversidad biológica.</p> <p>Reducir la repercusión del crecimiento de las grandes ciudades en la salud y el bienestar.</p>
Problemas de salud	
	Persistencia de tasas elevadas de mortalidad infantil y de fecundidad en algunos países o zonas de ciertos países

³⁵ Incluye deliberaciones de los temas de discusión de la primera reunión del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, febrero 26, 2003, Dominica.

³⁶ Una iniciativa reciente establecida por la Fundación Gates ha identificado "grandes desafíos". Estos se consideran un invento decisivo científico o técnico que se espera supere uno o varios obstáculos en el camino hacia la solución a uno, o de preferencia varios, problemas de salud importantes. Entre ellos se encuentran: mejorar las vacunas infantiles, elaborar vacunas nuevas, controlar los insectos que transmiten los agentes causantes de las enfermedades, mejorar la nutrición para promover la salud, mejorar el tratamiento de las enfermedades infecciosas, curar infecciones latentes y crónicas, y evaluar el estado de las enfermedades y de la salud de manera correcta y económica en los países pobres. Varmus, HR, et al. *Public Health: Enhanced: Grand Challenges in Global Health Science*, 302 (5644): 398-399, 17 October 2003.

	<p>Persistencia de tasas inadmisibles de mortalidad materna</p> <p>Enfermedades no transmisibles, aumento de las lesiones, de la obesidad y de las nuevas enfermedades emergentes</p> <p>Malnutrición</p> <p>Enfermedades transmisibles y problemas emergentes (por ejemplo, el SARS, la gripe aviar y las enfermedades farmacorresistentes, entre otras).</p> <p>Las situaciones y los factores sociales que influyen en la propagación de la drogadicción y la violencia, incluida la violencia intrafamiliar.</p> <p>Resistencia a los antibióticos: la incapacidad de la legislación internacional vigente para hacer frente a la responsabilidad colectiva de actuar eficazmente frente a las epidemias y pandemias mundiales.</p>
Investigación	<p>Medir las desigualdades e inequidades en materia de salud, considerando el sexo, la raza y las características del grupo étnico.</p> <p>Generar datos de buena calidad y fidedignos para la toma de decisiones basada en pruebas.</p> <p>Considerar las necesidades de la investigación aplicada en función de las prioridades y necesidades de salud.</p> <p>Necesidad de mejorar la definición de las características epidemiológicas.</p>
Bioética	<p>Mayor preocupación por abordar problemas éticos que plantean los trasplantes, la clonación y la genética.</p>
Recursos	<p>Humanos</p> <p>Velar por que las competencias y aptitudes sean adecuadas para responder a las dificultades que es necesario afrontar.</p> <p>Abordar a los niveles mundial, regional y nacional la fuga de cerebros, lo cual requiere estabilidad política y economías estables para retener a los profesionales competentes.</p> <p>Económicos (internos o externos)</p> <p>Mejorar los niveles de financiamiento interno y externo (el financiamiento total proveniente de las fuentes externas ha disminuido y el financiamiento también es un obstáculo).</p> <p>Mejorar la equidad en la distribución y la utilización de los recursos financieros.</p> <p>Intangibles</p> <p>Preservar y mejorar los recursos intangibles necesarios para alcanzar las metas, como el conocimiento, el prestigio, el capital intelectual, la credibilidad, el respeto, la reputación, la confianza, etc.</p>
Instituciones del sector público	<p>Abordar los temas relacionados con la eficacia y la equidad de la cooperación internacional en materia de salud.</p> <p>Comprender que las reformas del servicio público necesitan mejorar el rendimiento, y que "si el servicio es malo, el trabajo fracasará o se retrasará".</p>

	<p>Buscar las maneras de fortalecer la gobernanza, la calidad técnica y la gestión de los recursos financieros y humanos disponibles.</p> <p>Fomentar y mejorar la visión y el liderazgo.</p>
Los sistemas y servicios de salud	<p>Mejorar la cobertura de los servicios de salud y la remisión de los pacientes.</p> <p>Crear sistemas más productivos, eficaces y equitativos.</p> <p>Invertir para lograr el acceso universal a la asistencia sanitaria</p> <p>Comprender y abordar los cambios en los tipos de demandas, así como los temas relacionados con la calidad de la asistencia sanitaria y la satisfacción de los pacientes que resulta de las asimetrías reducidas entre el paciente y el proveedor.</p> <p>Se necesita un mayor rendimiento de los gastos sanitarios y una mejor asignación y gestión de los recursos, además de otros recursos financieros.</p> <p>Abordar y controlar la utilización excesiva de las intervenciones médicas.</p> <p>Fomentar los incentivos apropiados y reducir la inseguridad económica.</p> <p>Manejar el costo creciente de la tecnología médica y su distribución.</p>
Cooperación para el desarrollo	<p>Adaptar la ayuda que se necesita al logro de los ODM relacionados con la salud en la Región.</p> <p>Perfeccionar la capacidad nacional para planificar y gestionar la cooperación internacional, considerando las tendencias actuales hacia una mayor cooperación bilateral y el cambio sistémico para pasar de los proyectos a corto plazo al apoyo a los programas y a los enfoques sectoriales.</p> <p>Mejorar los enfoques multilaterales y la colaboración en materia de preparativos y mitigación como parte del programa nacional.</p> <p>Reforzar la promoción de la causa para mejorar el lugar que ocupa la salud en los programas internacionales de política y economía, crear conciencia de los vínculos entre la salud y el desarrollo, y establecer asociaciones eficaces.</p>

Al igual que la naturaleza cambiante y compleja de los temas pertinentes para el tema del presente documento, la naturaleza de los problemas cambiará en el futuro, quizás de manera inesperada o indeseable. Por consiguiente, para comprender y abordar estos problemas y los que se presenten en el futuro, será necesario vigilar las tendencias que influyen en la salud y la asistencia sanitaria, así como el comportamiento de los proveedores, de los pacientes y de las organizaciones y los organismos que participan en la cooperación.

El siguiente cuadro indica algunas de estas tendencias para que sean consideradas:

Factores determinantes	Tendencias que deben vigilarse
Demografía y tendencias sociales	<p>El crecimiento de la población y la estructura cambiante, en particular, sus efectos sobre el envejecimiento y las necesidades de la población (enfermedades no transmisibles crónicas, repercusión sobre los servicios de salud y la demanda de tecnología compleja).</p> <p>Migración (por ejemplo, la repercusión de los inmigrantes ilegales en los servicios de salud, los costos y la seguridad)</p> <p>Efectos de la migración y urbanización en la calidad de vida y la salud en las zonas urbanas.</p> <p>Incidencia y prevalencia de la violencia (social, ambiental, política e interpersonal)</p>
Políticos y relacionados con la política	<p>Ubicación y uso de los recursos disponibles de maneras más innovadoras.</p> <p>Administrar las presiones políticas que provienen del aumento del número de actores sociales que participan en la toma de decisiones.</p> <p>Concebir y ejecutar políticas públicas intersectoriales.</p> <p>Procurar abordar eficazmente la falta o el despilfarro de los recursos humanos y económicos.</p> <p>Reducir las posibles amenazas que surjan de las crisis económicas, los ambientes insalubres y los comportamientos peligrosos.</p> <p>Identificar y abordar las disparidades en materia de salud mediante la acción política y la formulación de políticas.</p>

Por último, hay indicios de problemas que podrían volverse más importantes en un futuro próximo, y que tienen algunos aspectos que claramente se traslapan con la salud pública, entre ellos los siguientes:

- Entender la interacción entre la geopolítica, la economía, la religión y la tecnología, así como sus efectos sobre la salud y el ambiente.
- Equilibrar las necesidades contrapuestas del crecimiento de la población y de los recursos.
- Incorporar consideraciones éticas en las decisiones mundiales.
- Reconocer y poner en práctica acciones adecuadas derivadas de la mayor complejidad de los puntos de intersección entre el grupo étnico, la raza, el sexo, la orientación sexual y la clase social, y sus consecuencias para la salud, la asistencia sanitaria y el respeto a los derechos humanos.
- Fomentar y mantener la capacidad de recuperación de la democracia para conservar la estabilidad socioeconómica y la paz.

- Procurar que la convergencia mundial de la información y las tecnologías de la comunicación funcionen para todos.³⁷
- Evitar los riesgos de actos terroristas más destructores y controlarlos.
- Impedir que la delincuencia organizada transnacional se transforme en empresas mundiales poderosas y complejas con capacidad para influir en la toma de decisiones y en la salud.
- Abordar los problemas que plantea el comercio ilícito de drogas, armas, propiedad intelectual, personas, órganos humanos y desechos tóxicos para reducir sus efectos sobre la salud y el bienestar.³⁸

Los retos actuales y futuros subrayan la importancia de reafirmar a la salud como un derecho social y humano, ampliar la protección social en materia de salud y organizar la infraestructura de la salud pública. Se necesita mejorar la gobernanza y la capacidad institucional, aumentar la capacidad de previsión, realizar una vigilancia certera y un seguimiento continuo para abordar los problemas acumulados y los actuales, así como para prever y responder a los que se presenten en el futuro. Aunque cada nación determinará sus propias prioridades y estrategias, el éxito dependerá en cierta medida de las metas regionales compartidas que se establezcan con base en los valores y logros nacionales.

³⁷ American Council for the United Nations University (AC/UNU). AC/UNU. The Project of Millenium. Global Challenges for Humanity. <http://www.acunu.org/millennium/challeng.html>

³⁸ Naim, Moises. Five Wars of Globalization: Other Fronts. *Foreign Policy*.
http://www.foreignpolicy.com/story/cms.php?story_id=2