

Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: *Evaluación y Fortalecimiento*



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento.

Washington, D.C.: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 12847 3

I. Título

1. GESTIÓN EN SALUD
2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD
3. ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA
4. AMÉRICA LATINA
5. REGIÓN DEL CARIBE

NLM WA 525

**Washington DC,
Agosto, 2007**

Esta publicación fue elaborada por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS/HP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La publicación de este documento fue posible gracias al apoyo recibido de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Buró para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según los términos del convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las ideas expresadas en esta publicación son las del autor (es) y no necesariamente reflejan la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe:
Evaluación y Fortalecimiento

Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS)
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP)
Oficina de la Subdirectora
OPS/OMS

Agradecimientos

Este documento fue preparado por Laura Krech y Caroline Ramagem, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP), Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS), de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Se basó en un documento de antecedentes elaborado por Candelaria Araoz, Andrew Griffin y Priscilla Rivas-Loría, todos de HSS/HP. Agradecemos especialmente las contribuciones de distintas personas de HSS que proporcionaron comentarios detallados sobre una versión anterior de este documento, incluidos: Pedro Brito, Eduardo Levcovitz, Charles Godue, José Ruales, Manuel Vázquez, Félix Rigoli, Cristina Puentes-Markides, Rafael Flores, Rigoberto Centeno y Luis Eliseo Velásquez. Marlo Libel, Ramón Martínez, Ciro Ugarte, Amparo Gordillo, Alison Foster y Antonio Hernández nos brindaron importante bibliografía para la elaboración de este artículo. Lars Peters, HSS/HP, apoyó en la edición y revisión de este documento. Los puntos de vista aquí expresados no representan necesariamente las opiniones de estas personas ni de la institución.

Índice

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 6 |
| PREFACIO | 10 |
| I. INTRODUCCIÓN | 11 |
| II. MÉTODOS..... | 14 |
| III. ALGUNAS DEFINICIONES Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES | 15 |
| IV. LOS ELEMENTOS DE LA CAPACIDAD DE SALUD PÚBLICA | 27 |
| V. DE LA CONCEPTUALIZACIÓN A LA OPERACIONALIZACIÓN: EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE | 49 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 60 |
| VII. ANEXO I – FORTALECIENDO LA CAPACIDAD EN SALUD PÚBLICA: EXPERIENCIAS DE PAÍS .. | 63 |
| VIII. ANEXO II – CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA: REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL... | 78 |
| IX. BIBLIOGRAFIA..... | 82 |

Resumen

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) varían enormemente en cuanto a su nivel de desarrollo y sus perfiles epidemiológicos; sin embargo, enfrentan una serie de retos comunes en torno a la salud pública en el siglo XXI. La persistencia de enfermedades como el dengue, la tuberculosis y la malaria, y la aparición de nuevas enfermedades como la infección por el VIH/sida, el SARS y la gripe aviar, así como el aumento de los casos de resistencia a los antimicrobianos, recalcan la necesidad de contar con sistemas de salud pública flexibles y receptivos. Además, el perfil epidemiológico cambiante de la población, que registra un aumento de la morbilidad de la diabetes, la insuficiencia cardíaca y el cáncer, plantea retos significativos para los sistemas de salud pública.

A lo largo de los años noventa, los países de América Latina y el Caribe pusieron en marcha una serie de reformas del sector de la salud cuya meta consistía en aumentar la equidad, la eficacia, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social. Aunque estas reformas han tenido algunos resultados positivos en cuanto a la reducción de las desigualdades en el acceso y la mejora de la asignación de los recursos, en términos generales no han logrado alcanzar las metas propuestas. Una de las razones de este fracaso podría atribuirse al hecho de que la salud pública estaba ausente en gran parte del programa de reforma.

Con el fin de colocar a la salud pública a la vanguardia del programa de acción sanitaria, y en un intento de abordar la crisis en la práctica de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó la iniciativa "La salud pública en las Américas" en 2002. En el marco de esta iniciativa se creó una herramienta metodológica con el fin de medir el desempeño de 11 *funciones esenciales de la salud pública (FESP)*. Estas funciones esenciales se definieron como "el conjunto de condiciones que permiten mejorar la práctica de la salud pública". La aplicación de la herramienta y la medición del desempeño de las FESP en 41 países de la Región proporcionaron un punto de partida para el análisis de los puntos fuertes y débiles existentes en el sector de la salud pública en la Región de ALC. En concreto, los resultados ayudaron a señalar algunas de las brechas que deben reducirse para mejorar el desempeño de la salud pública.

Los resultados de esta medición proporcionan una visión general e integral del estado de las FESP en la región. Sin embargo, la herramienta no se centra en la evaluación de las capacidades de salud pública o en aquellos elementos que constituyen las bases de la salud pública. Para fortalecer dicha capacidad se necesitan herramientas que permitan a los países autoevaluar sus capacidades de salud pública a nivel

local y nacional en mayor detalle que la herramienta de evaluación de las FESP. Existen distintos mecanismos que permiten evaluar y realizar intervenciones de acuerdo con las necesidades del país, por lo que este documento describirá algunas de las herramientas que existen actualmente y algunas que se encuentran en elaboración. La idea es que los países examinen estas herramientas de evaluación y decidan cómo quieren proceder con respecto al fortalecimiento de su capacidad de salud pública.

El presente documento se elaboró sobre la base de una revisión bibliográfica exhaustiva. Las fuentes incluyeron evaluaciones de países, artículos de diversas publicaciones, datos de encuestas, otras publicaciones, documentos de cooperación internacional y documentos de política nacional en inglés, en español y en portugués. A pesar de que el examen bibliográfico fue integral, este documento podría haberse beneficiado de la literatura gris adicional de los países de la Región debido al hecho de que literatura gris puede ser difícil de ubicar y obtener, ya que no cuenta con una amplia difusión. Una de las metas de hacer circular este documento es poder encontrar ejemplos adicionales de estrategias e intervenciones para vigilar, evaluar y fortalecer las capacidades de salud pública por parte de los países en el nivel nacional y subnacional.

En la *primera parte* del documento se analizan los conceptos y definiciones de salud pública y la relación entre los sistemas de salud pública y los sistemas de salud. Además, se aborda la justificación del uso del término “capacidad de salud pública” en lugar de “infraestructura de salud pública”. La *segunda parte* describe cada uno de los elementos de la capacidad de salud pública en detalle, esboza los puntos débiles existentes y señala algunos ejemplos de distintos países en relación con el fortalecimiento y la organización de las capacidades de salud pública en la Región de ALC. Por último, la *tercera parte* analiza la aplicación de varias herramientas de evaluación creadas por la OPS, la OMS y otras instituciones, que los autores proponen como aportaciones para evaluar el estado actual de las capacidades de salud pública.

Las capacidades de la salud pública como las reflejan la bibliografía y seleccionadas para este documento son:

La fuerza de trabajo en salud pública: incluye a todos los trabajadores cuya responsabilidad primaria es la provisión de servicios de salud colectivos. Esta fuerza laboral puede dividirse en dos categorías: la fuerza de trabajo primaria, incluidos los trabajadores que están específicamente a cargo de las actividades de salud pública o que tienen algún cargo en la salud pública, y la fuerza de trabajo secundaria, o aquellos trabajadores externos al sector de la salud, generalmente de otros ministerios como el de agricultura, transporte y educación, y las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales que también llevan a cabo actividades de salud pública.

Los sistemas de información en salud pública: se definen como las fuentes de datos basadas en la población y las fuentes de datos basadas en los establecimientos de salud pública. Las principales fuentes de información sanitaria basadas en la población son los censos, las encuestas de los hogares y los sistemas de registros vitales. Las principales fuentes de datos relacionadas con los establecimientos de salud pública son la vigilancia de la salud pública y los datos de los servicios y del sistema de salud pública, incluidos los sistemas para hacer un seguimiento de la fuerza de trabajo en la salud pública, la asignación de los recursos financieros y las tecnologías de la salud pública.

Las tecnologías de la salud pública: incluyen todos los recursos físicos y las tecnologías que se utilizan en el sistema de salud pública, además de los medicamentos y las vacunas. Estos elementos constituyen los cimientos materiales del sector de la salud pública y pueden incluir el equipo de vacunación, los dispositivos médicos, y los sistemas de apoyo que permiten que el sistema de salud pública funcione, como los laboratorios de salud pública, los bancos de sangre, etc.

La capacidad institucional y organizacional de la salud pública: la capacidad institucional se refiere al conjunto de reglas y normas que rigen el funcionamiento y operación de un sistema de salud pública; es decir, determina la capacidad del sistema para responder a los retos de salud pública. La capacidad organizacional se refiere a la capacidad de una organización de llevar a cabo sus funciones de manera eficaz, eficiente y sostenible a fin de contribuir a la misión y visión institucionales, y a las políticas y objetivos estratégicos de la organización. La capacidad organizacional es un componente del desarrollo institucional y se refiere a la configuración/estructura de las organizaciones con un foco de salud pública dentro de un marco institucional dado.

Los recursos financieros de la salud pública: se refieren a la "adquisición, la utilización y la gestión de los recursos para la prestación de las funciones de salud pública y la repercusión de estos recursos sobre la salud de la población y el sistema de salud pública".

La finalidad de este documento no es proponer una nueva herramienta de evaluación de la capacidad de salud pública. La mayor parte de los países de la región han realizado varias evaluaciones y aplicado numerosas herramientas que han generado información importante acerca de los elementos que comprenden su capacidad de salud pública. Sin embargo, esta información es del sistema de salud en su totalidad, incluida la salud pública pero sin centrarse exclusivamente en ella. Lo que se necesita es desglosar los datos y poder recopilar información específica acerca del sistema de salud pública, para poder de ese modo determinar cuáles son los elementos de la capacidad de la salud pública que requieren fortalecimiento.

Algunas de las herramientas de evaluación específicas para la salud pública que fueron seleccionadas para este documento y que han sido creadas por la OPS incluyen el *instrumento de evaluación de capacidades de respuesta y vigilancia*, el *marco para caracterizar la fuerza laboral de la salud pública* y el *marco para armonizar las funciones esenciales de la salud pública con la clasificación funcional de gastos*. Las herramientas seleccionadas que fueron elaboradas por otras organizaciones incluyen la *evaluación del desempeño del sistema de salud pública del Estado*, la *evaluación del desempeño del sistema de salud pública local* y la *evaluación de la gobernanza de la salud pública local* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Estas herramientas se actualizaron recientemente en el año 2007 y los del CDC han declarado que, si hay considerable interés, estas herramientas pueden traducirse al español y adaptarse a los niveles locales o comunitarios para su aplicación en los países de ALC.

Sin información más detallada, los países no son capaces de establecer las áreas de intervención. En este contexto, se necesita más investigación en torno a la fuerza de trabajo, los sistemas de información, la capacidad institucional y organizacional, las tecnologías y los recursos financieros para la salud pública. Y aunque se está intentando cubrir estas necesidades, es importante que los esfuerzos se institucionalicen para permitir la aplicación de estrategias basadas en datos probatorios.

Prefacio

A lo largo de los años noventa, los países de América Latina y el Caribe pusieron en marcha una serie de reformas del sector de la salud cuya meta consistía en aumentar la equidad, la eficacia, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social. Aunque estas reformas han tenido algunos resultados positivos en cuanto a la reducción de las desigualdades en el acceso y la mejora de la asignación de los recursos, en términos generales no han logrado alcanzar las metas propuestas.¹ Una de las razones de este fracaso podría atribuirse al hecho de que la salud pública estaba ausente en gran parte del programa de reforma.

Con el fin de colocar a la salud pública a la vanguardia del programa de acción sanitaria, y en un intento de abordar la crisis en la práctica de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó la iniciativa "La salud pública en las Américas". En el marco de esta iniciativa se creó una herramienta metodológica a fin de medir el desempeño de 11 *funciones esenciales de la salud pública*.² Estas funciones esenciales se definieron como el conjunto de condiciones que permiten mejorar la práctica de la salud pública.³ La aplicación de la herramienta y la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en 41 países de la Región proporcionaron un punto de partida dinámico para el análisis de los puntos fuertes y los puntos débiles existentes en el sector de la salud pública en la Región de América Latina y el Caribe. En concreto, los resultados ayudaron a señalar algunas de las brechas que deben abordarse para mejorar el desempeño de la salud pública.

Además, en respuesta a la necesidad de mejorar aún más las capacidades de la salud pública en la Región de las Américas, la OPS/OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional han estado trabajando en el fortalecimiento de la salud pública, en particular en el mejoramiento de la fuerza de trabajo de salud pública y la capacidad institucional de las autoridades sanitarias para poner en marcha las funciones esenciales de la salud pública. En este contexto, una de las actividades principales de esta

¹ Equity and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and Limitations - Report Commissioned by the International Society for Equity in Health— Chapter of the Americas. Abril de 2006.

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción* (Washington, DC: OPS/OMS; 2002). Las funciones esenciales de salud pública que se midieron son las siguientes: 1) seguimiento, evaluación y análisis de la situación sanitaria; 2) vigilancia de la salud pública, investigación y control de los riesgos y las amenazas en torno a la salud pública; 3) promoción de la salud; 4) participación social en la salud; 5) elaboración de políticas y fomento de la capacidad institucional en la planificación y la gestión en salud pública; 6) fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y cumplimiento en la salud pública; 7) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios sanitarios necesarios; 8) desarrollo de los recursos humanos y su capacitación con respecto a la salud pública; 9) garantía de la calidad, servicios sanitarios personales y basados en la población; 10) investigación sobre salud pública; y 11) reducción del impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud.

³ Fernando Muñoz y cols, "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud," *Boletín Panamericano de la Salud Pública*, 8 (1/2) (2000).

asociación incluyó la caracterización y el fomento de las capacidades de salud pública como el principal mecanismo a fin de fortalecer la práctica de la salud pública en la región.

El fortalecimiento de las capacidades de la salud pública llega en un momento importante debido a que se está instando a los países miembros de la OPS/OMS a que pongan en marcha el Reglamento Sanitario Internacional para junio del 2007. Este reglamento, un acuerdo internacional jurídicamente vinculante que tiene por objeto prevenir la propagación de las enfermedades a escala mundial, fue originalmente adoptado en 1969, pero sufrió un proceso de revisión en 2005 para adaptarlo a los retos actuales planteados por la globalización y la mayor movilidad de los productos y las personas. En preparación para la ejecución del Reglamento Sanitario Internacional, la OPS/OMS ha brindado a los Estados Miembros la cooperación técnica necesaria para evaluar las capacidades de salud pública existentes y para llevar a cabo los planes de fortalecimiento.

En vista de los retos y las oportunidades anteriormente descritas, la salud pública ha adquirido un impulso importante en la Región. Es en este contexto que se elaboró el presente documento, como un mecanismo que permita ayudar a los países a que mejoren su capacidad de reinsertar a la salud pública como un tema esencial dentro del programa de acción sanitaria y a que hagan de la práctica de la salud pública el mecanismo que permita alcanzar la meta de los sistemas de salud: mejorar la salud de la población.

I. Introducción

Los países de América Latina y el Caribe varían enormemente en cuanto a su nivel de desarrollo y sus perfiles epidemiológicos; sin embargo, enfrentan una serie de retos en común en torno a la salud pública en el siglo XXI. La persistencia de distintas enfermedades como el dengue, la tuberculosis y la malaria, y la aparición de nuevas enfermedades como la infección por el VIH/sida, el SARS y la gripe aviar, así como el aumento de los casos de resistencia a los antimicrobianos, recalcan la necesidad de contar con sistemas de salud pública flexibles y receptivos. Además, el perfil epidemiológico cambiante de la población, que registra un aumento de la morbilidad de la diabetes, la insuficiencia cardíaca y el cáncer, plantea retos significativos para los sistemas de salud pública.⁴

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre las enfermedades infecciosas: Eliminar obstáculos al desarrollo saludable* (Ginebra:OMS, 1999).

Aunque la Región de América Latina y el Caribe ha logrado avances sobresalientes en el mejoramiento de algunos indicadores de salud básicos en los últimos decenios;⁵ la situación general de la salud pública sigue siendo deficiente en la mayoría de los países. La mortalidad prevenible, por ejemplo, todavía supera un millón de muertes por año.⁶ Los datos promedio por país o a escala regional, que muestran mejoras graduales en relación con la mortalidad materna, la mortalidad infantil y en la niñez, ocultan el hecho de que dentro de ciertos grupos, como los más pobres, las poblaciones indígenas y los afrodescendientes, los indicadores sanitarios no están mejorando. Por consiguiente, a pesar del hecho de que la situación sanitaria general está mejorando, al mismo tiempo aumentan las desigualdades en salud, lo que contribuye a que subsistan grandes diferencias en el estado de salud entre los grupos y al deterioro progresivo de los indicadores de salud.^{7,8}

El avance lento y desigual en la lucha por superar los retos ya mencionados puede explicarse en parte por los desbalances de recursos tanto dentro de los países de América Latina y el Caribe como entre ellos. Estos desajustes -que se ponen de manifiesto en la escasez de *recursos humanos* así como en la existencia de *sistemas débiles de información*, bajos niveles de *capacidad institucional y organizacional*, *tecnologías de salud* inadecuadas y *recursos financieros* insuficientes- tienen una repercusión negativa sobre el desempeño de los sistemas de salud pública. Revertir esta tendencia requiere intervenciones proyectadas hacia estos cinco elementos a los que se denominarán en este documento como *capacidades de salud pública*.

A pesar del hecho de que las inversiones en las *capacidades de salud pública* han aumentado en muchos países en los últimos dos decenios, el fortalecimiento de estos elementos no fue el foco primario de los procesos de reforma del sector sanitario que tuvieron lugar en los años ochenta y los años noventa.⁹ En especial, estos procesos de reforma del sector sanitario se centraron principalmente en efectuar cambios fundamentalmente de tipo estructural, financiero e institucional, al igual que en la prestación de los servicios. Las intervenciones diseñadas para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias y para mejorar la práctica de la salud pública han recibido mucha menos atención. Los aspectos relacionados con la salud pública se han descuidado en gran medida, como si no fueran una responsabilidad social e institucional, justamente donde el apoyo gubernamental hace falta más para modernizar las capacidades necesarias para un sistema de salud pública en funcionamiento.

⁵ UNICEF, *Progress for Children: A Child Survival Report Card* (New York: UNICEF, 2004), <http://www.unicef.org/progressforchildren/2004v1/latinCaribbean.php>. El informe observa, por ejemplo, que el índice de mortalidad en menores de 5 años en América Latina y el Caribe disminuyó de 153 cada 1.000 nacimientos vivos en 1950 a 34 cada 1.000 nacimientos vivos en el año 2002.

⁶ Carlyle Guerra de Macedo, "La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano," *Reforma y Democracia* 19 (2001), <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0039301.pdf>.

⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Programa Salud de los Grupos Indígenas de las Américas- Propuesta, Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005-2015*, (Washington, DC: OPS/OMS, 2004).

⁸ OPS/OMS, *Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean*, (OPS/OMS: Washington, D.C., 2004).

⁹ Muñoz y cols., "Funciones esenciales de la salud pública."

Uno de los intentos más importantes de abordar las capacidades de salud pública actuales de la Región fue la Iniciativa “La salud pública en las Américas”, que empezó como un mandato de la OPS en 1999 y fue posteriormente adoptada como una resolución del Consejo Directivo en el año 2000.¹⁰ La meta de la Iniciativa era triple: fomentar el consenso regional en torno al concepto de la salud pública y sus funciones esenciales, elaborar un método que permita evaluar el estado de estas funciones esenciales en la región, y, sobre la base de los resultados de la evaluación, determinar las estrategias fortalecedoras.¹¹ La iniciativa definió 11 funciones esenciales de la salud pública como el conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública: “mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva”.¹²

A pesar de ser un método sumamente valioso, la herramienta de evaluación de las funciones esenciales de la salud pública carece de especificidad en cuanto a los pasos siguientes que deben ejecutarse una vez que los países determinen cuáles son las funciones esenciales de la salud pública que necesitan fortalecerse. Como se verá más adelante, los resultados de esta medición proporcionan una visión general del estado de las funciones esenciales de la salud pública en la región. Sin embargo, para fortalecer la capacidad de salud pública se necesita un mecanismo más enfocado que permita determinar las áreas específicas en las que los países necesitan contar con asistencia y cooperación técnica.

Por consiguiente, a pesar de los logros de la Iniciativa “La salud pública en las Américas”, todavía se necesita una herramienta o un conjunto de herramientas que permita a los países autoevaluar sus capacidades de salud pública a nivel local y nacional en mayor detalle que el método utilizado por esta Iniciativa. La meta es ir más allá de los problemas macro y examinar más de cerca cada una de las necesidades del país individual a nivel subnacional. Existen distintos mecanismos que permiten evaluar y realizar intervenciones de acuerdo con las necesidades del país, por lo que este documento describirá algunas de las herramientas que existen actualmente y algunas que se encuentran en elaboración. La idea es que los países examinen estas herramientas de evaluación y decidan cómo quieren proceder con respecto al fortalecimiento de su capacidad de salud pública.

En la *primera parte* del documento se analizan los conceptos de la *salud pública* y las *capacidades de salud pública*. La *segunda parte* describe cada uno de los elementos de la capacidad de salud pública en

¹⁰ 42.º Consejo Directivo, septiembre de 2000. Adopción de la Resolución CD 42/18 que instó a los estados miembros a participar en el ejercicio regional de medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública y a emplear los resultados obtenidos para realizar intervenciones, mejorar las capacidades y la práctica de la salud pública.

¹¹ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

¹² *Ibid.*

detalle, esboza los puntos débiles existentes y señala algunos ejemplos de distintos países en relación con el fortalecimiento y la organización de las capacidades de salud pública en la Región de América Latina y el Caribe. Por último, la *tercera parte* analiza la aplicación de varias herramientas de evaluación creadas por la OPS y otras instituciones, que los autores proponen como aportaciones para evaluar el estado actual de las capacidades de salud pública

II. Métodos

El presente documento se elaboró sobre la base de una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Las fuentes incluyeron evaluaciones de países, artículos de diversas publicaciones, datos de encuestas, documentos de cooperación internacional y documentos de política nacional. Inicialmente, la búsqueda de información se centró en los documentos que contenían la frase "*infraestructura de salud pública*" o "*capacidades de salud pública*" en inglés, en español y en portugués. Posteriormente, la búsqueda se amplió para incluir información sobre la fuerza de trabajo de salud pública, la gestión y la organización de salud pública, los sistemas de información de salud pública, las tecnologías de salud pública y los recursos financieros, que generalmente se consideran como los elementos que constituyen la capacidad o la infraestructura de salud pública.

El propósito de la búsqueda bibliográfica consistió en buscar definiciones concretas para estos elementos y al mismo tiempo se recabó información sobre el seguimiento, la evaluación, el desempeño y las estrategias fortalecedoras para cada uno de estos componentes en América Latina, el Caribe, los Estados Unidos y Canadá. A pesar de que el examen bibliográfico fue integral, este documento podría haberse beneficiado de la literatura gris¹³ adicional de los países de la Región. Aunque es común en la Región, la literatura gris puede ser difícil de ubicar y obtener, ya que no cuenta con una amplia difusión. Una de las metas de hacer circular este documento es poder encontrar ejemplos adicionales de estrategias e intervenciones para vigilar, evaluar y fortalecer las capacidades de salud pública por parte de los países en el nivel nacional y subnacional.

¹³ La literatura gris consiste en trabajos de investigación, informes, notas técnicas o cualquier otro tipo de documento producido por organismos públicos, instituciones académicas u otros grupos, que no hayan sido distribuidos o indizados por publicaciones comerciales.

III. Algunas definiciones y conceptos fundamentales

¿Qué es la salud pública?¹⁴

No existe una definición única de la salud pública que se considere aceptable en todo el mundo. A continuación se presentan algunas de las principales definiciones sobre la salud pública que se compilaron:

- El esfuerzo (tanto organizado como sin organizar) de una sociedad que proviene de su compromiso de cumplir o lograr sus ideales de salud.¹⁵
- Un esfuerzo organizado por parte de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones públicas, de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva.¹⁶
- La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar vida y promover la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.¹⁷
- Una parte integrante del sistema sanitario, se entiende que la salud pública consiste en las intervenciones llevadas a cabo en la sociedad que tienen a la salud como meta principal.¹⁸

La idea de basar el concepto de la salud pública en la salud de la población está adquiriendo mayor fuerza y consenso. Se define como "la salud de una población de acuerdo con las mediciones de los indicadores del estado de salud y de acuerdo con la influencia de los entornos sociales, económicos y físicos, las prácticas sanitarias personales, la capacidad individual y las aptitudes para hacer frente a los problemas, la biología humana, el desarrollo del niño en la primera infancia y los servicios sanitarios".¹⁹ Asimismo, el concepto de la "salud colectiva," usado en particular en el contexto brasileño, define la salud como un fenómeno social y por consiguiente un área de interés público. Según Paim y Almeida Filho, salud colectiva puede comprenderse tanto como un campo científico, donde el conocimiento acerca de la "salud" desde la perspectiva de diferentes campos del estudio es generado; y según un campo práctico, donde las acciones son llevadas a cabo por los actores múltiples de diferentes organizaciones dentro y fuera de de la esfera generalmente conocida como el "sector de la salud."²⁰

¹⁴ Para ver una descripción completa de los orígenes históricos de la salud pública hasta los logros y los retos actuales, véase el capítulo 3 de la publicación de OPS/OMS, *La salud pública en las Américas* (2002) y Bernard J. Turnock, *Public Health: What it is and What it Does*, 3ª Ed. (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2004).

¹⁵ "Terms of Reference," en *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, ed. PAHO/WHO (Washington, D.C., 1992).

¹⁶ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

¹⁷ C.E.A. Winslow, "The Untilled Field of Public Health," *Modern Medicine*, Vol. 2.(1920):183-191.

¹⁸ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (Geneva: WHO, 2000).

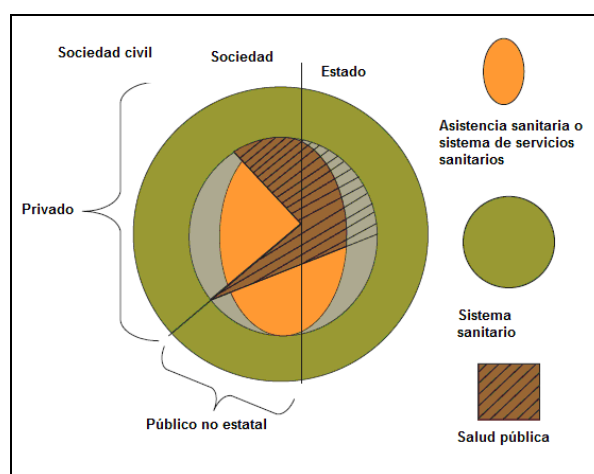
¹⁹ Citado en Institute of Medicine (IOM), *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Resumen Ejecutivo (Washington, DC: National Academy Press, 2002).

²⁰ Jairnilson S. Paim y Naomar de Almeida Filho, "Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?," *Revista de Saúde Pública* 32, No. 4 (June 1998): 308.

¿Cuál es la relación que existe entre el sistema de salud pública y el sistema de salud?

A los fines del presente documento, la salud pública se considerará como un subsistema del sistema de salud general. Como se puede ver en la Figura 1, el sistema de salud es mucho más amplio que el sistema de asistencia sanitaria o que los servicios de asistencia sanitaria, que incluyen la atención médica. Esta figura muestra estas tres áreas sanitarias y su relación con los siguientes componentes sociales: la sociedad civil, el sector privado y el Estado. La zona sombreada con un formato irregular representa el campo de la salud pública, que abarca parte del área del sistema de asistencia sanitaria, pero que también incluye algunas áreas adicionales fuera de ella que tienen una repercusión sobre la salud de la población.

Figura 1: Las esferas de la salud y los componentes sociales



Fuente: OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

Como su propio nombre lo indica, el campo de la salud pública es en gran parte público y el Estado es el contribuyente dominante del sistema de salud pública.²¹ Sin embargo, es importante señalar que ya no basta con definir a la salud pública como lo que hace sólo el gobierno. En la actualidad existe una variedad de organizaciones no gubernamentales asociadas que llevan a cabo diversos programas y proyectos de investigación en salud pública. Además, el carácter de las organizaciones del sector público difiere en muchos aspectos importantes del carácter del sector privado o voluntario. La meta de los organismos de salud pública es medir y mejorar los resultados de salud, y se valora la eficiencia y la eficacia aunque no tanto como en los otros sectores.²²

La salud pública frente a la salud individual

Se puede hacer una distinción entre el sistema de asistencia sanitaria (salud individual) y la salud pública (servicios sanitarios colectivos). Los servicios de salud colectivos son aquellos que apuntan al medio ambiente o a la

²¹ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

²² Turnock, *Public Health: What It Is and How It Works*.

comunidad.²³ Sin embargo, existe una estrecha relación complementaria entre la salud pública y las actividades de asistencia individual en todos los niveles de la asistencia sanitaria, en especial en relación con la atención primaria.²⁴

Es importante mencionar la dificultad de establecer una distinción clara entre el alcance de la salud pública, en cuanto a la prevención de enfermedades y los servicios de promoción de la salud para grupos específicos de la población, y la atención individual. La salud pública tiene algunas responsabilidades importantes relacionadas con la garantía del acceso equitativo a los servicios, la calidad de la atención y el uso de la perspectiva de salud pública en la reorientación de la prestación de los servicios sanitarios.

La infraestructura de la salud pública y las capacidades de la salud pública

En la literatura, los elementos necesarios para que un sistema de salud pública funcione constituyen lo que se conoce como *las capacidades de salud pública*. En la bibliografía en inglés también se hace referencia a la capacidad de salud pública como la *infraestructura de salud pública*, definida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos como la "base subyacente que apoya la planificación, la prestación y la evaluación de todas las actividades de salud pública y sus prácticas".²⁵ Turnock describe a la infraestructura de salud pública como "los sistemas, las competencias, las relaciones y los recursos que permiten el desempeño de las funciones básicas y los servicios esenciales de salud pública en cada comunidad."²⁶ Algunos elementos de la infraestructura de la salud pública incluyen los recursos humanos, institucionales, informativos y fiscales.

En el contexto de la iniciativa "La salud pública en las Américas", se definió a la infraestructura de la salud pública como el "conjunto de los medios estables e interconectados por los cuales se organizan las actividades de salud pública". Es la base permanente de recursos y define la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales para ejecutar las funciones esenciales de la salud pública. Los cuatro elementos que constituyen la infraestructura de salud pública son:

1. La información: implica la existencia de sistemas adecuados de información capaces de generar datos de calidad de manera oportuna.
2. Los recursos humanos: implica la existencia de una fuerza de trabajo de salud pública capacitada que responde a las necesidades de salud de la población.

²³ Julio Frenk, "The New Public Health," in *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, ed. PAHO/WHO (Washington, D.C., 1992).

²⁴ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

²⁵ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). *Public Health's Infrastructure: A Status Report* (Atlanta, GA: CDC, 2001). Los tres componentes de la *infraestructura de la salud pública* de acuerdo con el CDC son los siguientes: 1) capacidad y competencias de la fuerza de trabajo, 2) sistemas de información y de datos, y 3) capacidad de organización.

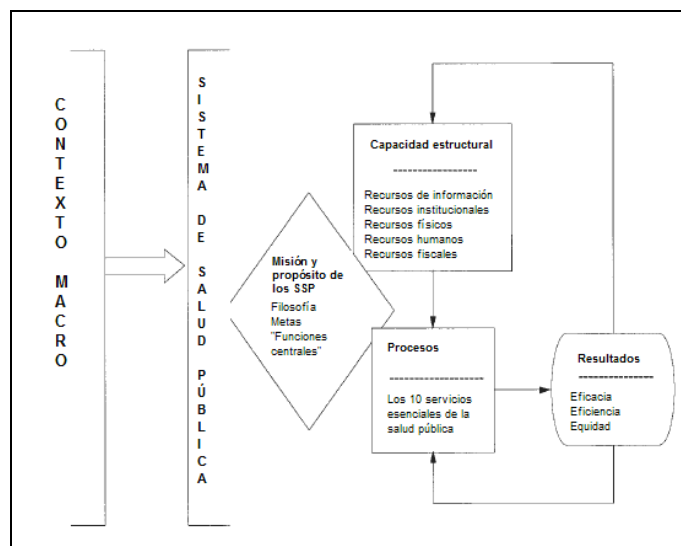
²⁶ Turnock, *Public Health: What It Is and How It Works*.

3. La organización: incluye la capacidad de conectar a todos los elementos de la salud pública.
4. Los recursos físicos: incluye los laboratorios de salud pública, los instrumentos y equipos, etc.

En el libro "La salud pública en las Américas", los autores también destacan la importancia del capital social, entendido como la participación de los ciudadanos en la salud. Sin embargo, el alcance del presente documento no contempla ahondar en el concepto del capital social y sus repercusiones sobre la salud pública.

El elemento de los recursos financieros no está incluido en el marco de infraestructura de salud pública presentado en "La Salud en las Américas". Handler y cols. crearon un marco conceptual del sistema de salud pública como la base para medir el desempeño del sistema (véase Figura 2).²⁷

Figura 2: Marco Conceptual del Sistema de Salud Pública



Fuente: Handler y cols., "A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System."

A pesar de que el marco conceptual elaborado por Handler y cols. resulta muy útil como base para medir el desempeño del sistema de salud pública, es importante señalar que en la bibliografía no existe un modelo que muestre cómo los elementos de la capacidad estructural (los recursos de información, los recursos de organización, los recursos físicos, los recursos humanos y los recursos fiscales) interactúan entre sí. Quizás la elaboración de un modelo que defina esta interacción podría formar parte de las estrategias para fortalecer la capacidad de la salud pública.

²⁷ Arden Handler, Michele Issel, y Bernard Turnock, "A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System," *American Journal of Public Health* 91, No. 8 (2001), <http://www.ajph.org/cgi/reprint/91/8/1235>.

La capacidad frente a la infraestructura

En este documento los autores han decidido utilizar el término “capacidad de la salud pública” (o capacidades) en lugar de “infraestructura de salud pública” porque resulta más completo, flexible e inclusivo. El término infraestructura tiene sus orígenes en los requisitos de espacio físico y de equipos necesarios para llevar a cabo las actividades sanitarias, como los hospitales, las clínicas, los puestos sanitarios, los consultorios, los laboratorios y otros establecimientos relacionados con la asistencia sanitaria. Esto es especialmente válido en relación con la bibliografía en español y en portugués elaborada en las Américas y el término infraestructura de salud pública no se usa con frecuencia en la Región.

La palabra capacidad “combina” la infraestructura existente con sus capacidades y su potencial para alcanzar las metas de salud pública. La capacidad se define como las aptitudes y el potencial para llevar a cabo las funciones básicas de la salud pública, que son la evaluación, la formulación de políticas y el aseguramiento.²⁸ Beaglehole y Dal Poz definen a la capacidad de salud pública como el mecanismo que permite alcanzar los objetivos de salud pública, cuyo componente central es la fuerza de trabajo de salud pública, aunque hay también otros elementos importantes en su definición como los recursos, los establecimientos sanitarios y la tecnología.

Por consiguiente, la capacidad de salud pública, a los fines del presente documento, está compuesta por: a) los sistemas de información de la salud pública, b) la fuerza de trabajo de la salud pública, c) la capacidad institucional y organizacional, d) las tecnologías de la salud pública y e) los recursos financieros.

Es importante mencionar que las capacidades de salud pública son muy dependientes del contexto en cuanto a lo que un país o una región específica necesita para responder adecuadamente a las necesidades de la población. Por ejemplo, ciertas regiones, como Centroamérica y el Caribe en particular, tienen que tener capacidades de salud pública que puedan prepararse y afrontar las consecuencias de huracanes, inundaciones y erupciones volcánicas. Además, las necesidades de cada país deben contar con la flexibilidad para responder a las diferentes enfermedades que afectan a las poblaciones que viven en las zonas tropicales bajas (como la malaria y el dengue) frente a las regiones montañosas o áridas, y las regiones urbanas frente a las diferencias con las zonas rurales en cuanto a la concentración y la propagación de enfermedades.

A continuación se define cada dimensión de la capacidad de salud pública:

²⁸ IOM, *The Future of Public Health* (Washington: National Academy Press, 1988).

1. La fuerza de trabajo de la salud pública: incluye a todos los trabajadores cuya responsabilidad primaria es la provisión de servicios de salud colectivos.²⁹ Esta fuerza de trabajo puede dividirse en dos categorías: la fuerza de trabajo primaria, incluidos los trabajadores que están específicamente a cargo de las actividades de salud pública o que tienen algún cargo en la salud pública, y la fuerza de trabajo secundaria, o aquellos trabajadores externos al sector de la salud, generalmente de otros ministerios como el de agricultura, transporte y educación, de las organizaciones internacionales y de las organizaciones no gubernamentales que también llevan a cabo actividades de salud pública.³⁰

2. Los sistemas de información de la salud pública: se definen como las fuentes de datos basadas en la población y las fuentes de datos basadas en los establecimientos de salud pública. Las principales fuentes de información sanitaria basadas en la población son los censos, las encuestas de los hogares y los sistemas de registros vitales, incluyendo tasas de mortalidad y morbilidad. Las principales fuentes de datos relacionadas con los establecimientos de salud pública son la vigilancia de la salud pública y los datos de los servicios y del sistema de salud pública, incluidos los sistemas para hacer un seguimiento de la fuerza de trabajo de la salud pública, factores de riesgo, determinantes de la salud (como la nutrición, ambiente y estado socioeconómico), la asignación de los recursos financieros y las tecnologías de la salud pública.³¹

3. Las tecnologías de la salud pública: incluyen todos los recursos físicos y las tecnologías que se utilizan en el sistema de salud pública, además de los medicamentos y las vacunas. Estos elementos constituyen la base del sector de la salud pública³² y pueden incluir los medicamentos, el equipo de vacunación, los dispositivos médicos, y los sistemas de apoyo que permiten que el sistema de salud pública funcione, como los laboratorios de salud pública, los bancos de sangre, etc.

4. La capacidad institucional y organizacional de la salud pública: la capacidad institucional se refiere al conjunto de reglas y las normas que rigen el funcionamiento y la operación de un sistema de salud pública; o sea determina la capacidad del sistema para responder a los retos de salud pública. La capacidad organizacional se refiere a la capacidad de una organización de llevar a cabo sus funciones de manera eficaz, eficiente y sostenible a fin de contribuir a la misión y la visión institucionales, y a las políticas y los objetivos estratégicos de la organización. La capacidad organizacional es un componente del

²⁹ Robert Beaglehole and Mario R. Dal Poz, "Public Health Workforce: Challenges and Policy Issues," Human Resources for Health (2003), <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>.

³⁰ PAHO/WHO, *Public Health In The Americas, Strategies For Developing The Health Workforce: Based On Current Policies And Technical Evidence* (Washington, D.C.: PAHO/WHO, October 2006).

³¹ Adaptado del sitio electrónico de la OMS: <http://www.who.int/healthinfo/systems/en/> y de www.who.int/healthmetrics/documents/hmnissue_nationalsubnationalhealthinfosystems.pdf.

³² OPS/OMS, *Lineamientos Metodológicos - Análisis Sectorial en Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas*, Edición Especial 9, 3ª. Version (Washington, DC: PAHO/WHO, 2004) http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=150&Itemid=169.

desarrollo institucional y se refiere a la configuración/estructura de las organizaciones con un foco de salud pública dentro de un marco institucional dado.

5. Los recursos financieros de la salud pública: se refieren a la “adquisición, la utilización y la gestión de los recursos para la prestación de las funciones de salud pública y la repercusión de estos recursos sobre la salud de la población y el sistema de salud pública.”³³

Panorama del contexto de la salud pública en América Latina y el Caribe: desde los años ochenta hasta la actualidad

En el año 1992, la OPS publicó “La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate”. Este libro sentó las bases para revitalizar el desarrollo conceptual, metodológico y operativo de la salud pública en la región. En los años ochenta y a principios de los años noventa, los países de la Región enfrentaron distintas crisis económicas y sociales que se vieron reflejadas en el sector sanitario. La crisis económica provino de la deuda externa, que incluía importantes pagos de intereses y que iba acompañada de inflación y un alto índice de recesión. Desde el punto de vista social, hubo una reducción de los beneficios y un aumento general de la pobreza.³⁴

Asimismo, el mercado del trabajo informal o no estructurado ha crecido enormemente en los últimos dos decenios. El nuevo modelo de desarrollo globalizado incluye contratos de trabajo flexibles y una fuerte presión para reducir los costos relacionados con el trabajo.³⁵ Por consiguiente, a pesar del crecimiento económico general registrado por algunos países de América Latina y el Caribe, no se crearon suficientes empleos nuevos y aquellos que se generaron estuvieron principalmente en el sector precario no estructurado. El empleo temporal e inestable, el trabajo por cuenta propia y el subempleo son generalizados en la región.

Julio Frenk sostiene que en los años ochenta y a principios de los años noventa las instituciones de salud pública en las Américas sufrieron una amplia e intensa crisis.³⁶ América Latina ha sido pionera en el movimiento de salud pública, estableciendo facultades de salud pública en el Brasil y en México, en 1919 y 1922 respectivamente, menos de un decenio después de que se estableciera la primera institución de salud pública en el mundo. Sin embargo, la salud pública se ha aislado cada vez más tanto de los adelantos científicos como de las iniciativas en pos de la organización de los sistemas de salud. Esta tendencia ha relegado a la salud pública a una función secundaria en la comunidad académica y en las áreas de su aplicación.

³³ Peggy A. Honoré y Brian W. Amy, “Public Health Finance: Fundamental Theories, Concepts, and Definitions,” *Journal of Public Health Management & Practice* 13, Issue 2 (March/April 2007) <http://www.jphmp.com>.

³⁴ “Analysis of Health Infrastructure (1987-1988),” en *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, ed. PAHO/WHO (Washington, D.C., 1992).

³⁵ International Labour Organization (ILO), and PAHO/WHO, *ILO-PAHO Joint Initiative on the Extension of Social Protection in Health*, Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2005.

³⁶ Frenk, “The New Public Health.”

El menosprecio de la importancia de la salud pública en la organización y el funcionamiento de los sistemas de atención y de servicios de salud es quizás, la causa principal de la baja eficacia social de los sistemas de salud, de los niveles bajos de satisfacción de la población con respecto a la atención recibida y de los fracasos de algunas reformas sectoriales realizadas en los últimos decenios.³⁷

El elemento fundamental que caracteriza la crisis actual de la salud pública es la “disociación creciente entre el conocimiento existente acerca de los medios sociales, ecológicos y psicológicos para prevenir eficazmente las enfermedades y la capacidad real de poner en práctica este conocimiento en práctica”.³⁸ El predominio del modelo médico, que concibe a la salud como el resultado de acciones individuales, plantea un reto para alcanzar la “salud” de acuerdo con el concepto de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social.”³⁹

Los datos probatorios indican que se necesita más que meras medidas terapéuticas para mejorar la salud de la población. Las intervenciones a nivel social, político y económico son cruciales para abordar las causas subyacentes de las enfermedades, que residen en la educación, el empleo, la vivienda, el saneamiento, la calidad de vida y el nivel de ingresos. En este sentido, la salud pública, al considerar a la salud como el resultado de una acción concertada por parte de la comunidad, puede ofrecer una herramienta potente para lograr mejores resultados sanitarios. Al concebir a la salud exclusivamente como la lucha contra las enfermedades, hay una tendencia a restringir las acciones sanitarias al sector sanitario, lo que impide abordar aquellos factores determinantes externos al sector que también afectan a la salud.

Según Orellana, la salud pública experimentó una evolución en los últimos decenios. Mientras que inicialmente se esperaba que el campo de la salud pública se centrara en la erradicación de las enfermedades, a partir de los años setenta la sociedad empezó a exigir que la salud pública fuera un mecanismo que permitiera garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria. Sin embargo, con el cambio hacia una economía basada en el mercado durante los años ochenta y los años noventa, la salud se transformó en un sector que produce bienes de consumo.⁴⁰ En los últimos años, sin embargo, el criterio de que el mercado quizás no sea el mejor mecanismo para garantizar la salud de aquellos que más lo necesitan ha adquirido fuerza y existen indicios que permiten sugerir un posible renacimiento de la salud pública.⁴¹

³⁷ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

³⁸ Orellana, “Public Health Situation and Trends.”

³⁹ OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (Geneva: WHO, 1946).

⁴⁰ Orellana, “Public Health Situation and Trends.”

⁴¹ Beaglehole and Dal Poz, “Public Health Workforce.”

De acuerdo con lo anterior, aunque se han registrado importantes logros en pos de la mejora de los resultados de salud en la Región en los últimos decenios, está claro que debe hacerse más para evitar el millón de muertes anuales injustificadas y evitables que todavía se registran en las Américas. La salud pública, con su orientación hacia la justicia social y su naturaleza intrínsecamente política, es el mejor mecanismo para revertir esta situación y ayudar a alcanzar la meta de los sistemas de salud, que consiste en mejorar la salud de la población.

La realidad actual

La capacidad de salud pública es anticuada y vulnerable en las Américas: la fuerza de trabajo carece de capacitación adecuada y de refuerzos apropiados, la capacidad en materia de laboratorios es anticuada, no hay sistemas de vigilancia en tiempo real y los sistemas epidemiológicos incluyen redes de comunicación ineficaces y fragmentadas, los preparativos y las capacidades de respuesta en caso de emergencias en el ámbito nacional son inadecuados, y muchas comunidades todavía carecen de acceso a los servicios esenciales de la salud pública.⁴² El funcionamiento cotidiano del sistema de salud pública se utiliza para alimentos y temas de inocuidad de los medicamentos, vigilancia de la incidencia y de la propagación de microbios resistentes, y las enfermedades crónicas, mientras que la región sigue experimentando la transición epidemiológica de enfermedades principalmente infecciosas a enfermedades crónicas.

Con el transcurso del tiempo, se ha descuidado de las funciones y los sistemas de salud pública, lo que llevado a una erosión de la capacidad de salud pública. Resulta esencial lograr una inversión y una comprensión cada vez mayores de la salud pública para reducir la carga de morbilidad y el daño a las familias, las comunidades y el sistema de asistencia sanitaria, así como para garantizar que se cuente con la capacidad necesaria para hacer frente a los desastres y las epidemias.⁴³ El reconocimiento renovado de la importancia fundamental de un sistema eficaz de salud pública hace que sea cada vez más importante que los profesionales sanitarios, el gobierno, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones voluntarias y el público alcancen una comprensión común de lo que hace la salud pública y lo que se necesita para que el sistema funcione de manera eficaz, tanto a diario como en caso de emergencias.⁴⁴

Como se mencionó en la introducción, uno de los intentos más importantes de evaluar la capacidad de la salud pública actual en la Región fue la iniciativa "La salud pública en las Américas". En el año 2000, el 42.º Consejo Directivo de la OPS adoptó la Resolución CD 42/18 que instó a los Estados Miembros a participar en un ejercicio regional para medir el desempeño con respecto a 11 FESP y utilizó los resultados obtenidos para llevar a cabo

⁴² IOM, *The Future of the Public's Health in the 21st Century* (Washington, DC: National Academy Press, 2002).

⁴³ Canadian Public Health Association and Provincial and Territorial Public Health Associations, *A Path Toward Building Public Health Capacity* (Manitoba, Canada: Canadian Public Health Association, 2005).

⁴⁴ Ídem.

intervenciones que permitieran desarrollar su capacidad y mejorar su práctica. “La salud pública en las Américas” se lanzó en 2002 como una asociación entre el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la OPS/OMS.

Figura 3: Las funciones esenciales de la salud pública (FESP)

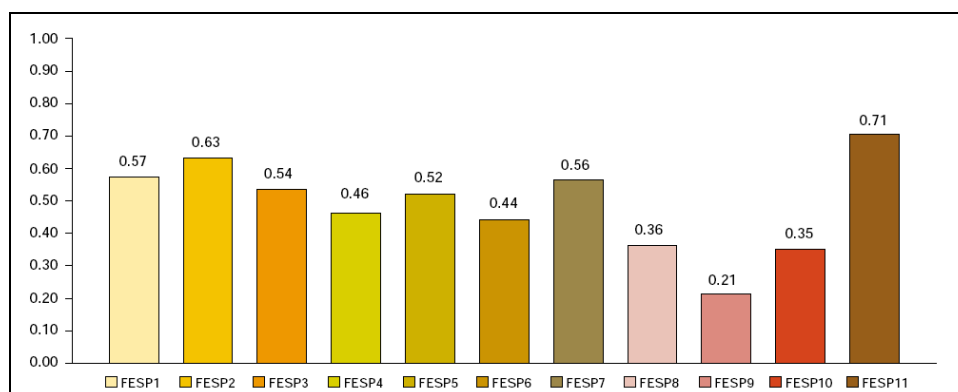
| | |
|----------------|--|
| FESP 1 | Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud |
| FESP 2 | Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública |
| FESP 3 | Promoción de la salud |
| FESP 4 | Participación de los ciudadanos en la salud |
| FESP 5 | Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública |
| FESP 6 | Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública |
| FESP 7 | Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios |
| FESP 8 | Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública |
| FESP 9 | Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos |
| FESP 10 | Investigación en salud pública |
| FESP 11 | Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud |

Fuente: OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

Una vez definidas estas funciones esenciales, se creó un instrumento analítico a fin de medir su desempeño. Este instrumento, que se aplicó en 41 países y territorios de las Américas, proporcionó un marco de trabajo común para evaluar el estado de las funciones esenciales de la salud pública en la región y ayudó a determinar los puntos fuertes y los puntos débiles en la práctica de salud pública. Sobre la base de estos resultados, se alentó a los países a que elaboraran planes de fortalecimiento y a que pongan en marcha estrategias que les permitan mejorar la capacidad de la función rectora de la autoridad sanitaria para ejecutar las funciones esenciales de la salud pública.

Como se muestra en la Figura 4, los resultados regionales de la evaluación han revelado que el peor desempeño se registró en las áreas de la calidad de los servicios de salud (FESP 9), el desarrollo de los recursos humanos (FESP 8), la investigación en salud pública (FESP 10), la regulación de la salud pública y la capacidad de cumplimiento (FESP 6), y la participación social en la salud (FESP 4). Por otro lado, las áreas con el mejor desempeño fueron las relacionadas con la reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres sobre la salud (FESP 11) y la vigilancia de la salud pública (FESP 2). En términos generales, a excepción de la Función 11, ninguna función registró un desempeño por encima de 65%, lo que demuestra que hay grandes posibilidades de mejora.

Figura 4: Desempeño de las funciones esenciales de la salud pública: Región de las Américas



Fuente: OPS/OMS, *Salud Pública en las Américas*.

Debido al hecho de que la Región de América Latina y el Caribe es heterogénea y de que los promedios regionales pueden ocultar diferencias subregionales, los resultados de las mediciones de las funciones esenciales de la salud pública fueron también compilados por subregión para complementar el análisis regional. Los países se agruparon en cuatro subregiones: 1) Centroamérica, Caribe de habla hispana y Haití;⁴⁵ 2) Caribe de habla inglesa y Antillas Holandesas;⁴⁶ 3) Región Andina;⁴⁷ 4) Cono Sur y México.⁴⁸ Los resultados indican que las subregiones presentaron distintos puntos fuertes lo que, por consiguiente, abre la senda de la cooperación en torno a las distintas áreas dentro de la región de América Latina y el Caribe.

En la subregión de Centroamérica, el Caribe de habla hispana y Haití, se registró un desempeño relativamente bueno para las funciones de vigilancia de la salud pública (FESP 2) y de reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres (FESP 11). Los niveles de desempeño más bajos se observaron en las áreas de garantía de la calidad (FESP 9) y de capacitación y desarrollo de los recursos humanos (FESP 8). El análisis de los resultados demuestra que hay varias áreas fundamentales que necesitan una mejora en la subregión en la cuestión: fortalecimiento de la capacidad de evaluar las estrategias y las acciones de salud pública, diseño y ejecución de un sistema de incentivos para lograr los resultados de la salud pública, y mejora de los sistemas de información de salud pública.

En la subregión del Caribe de habla inglesa y las Antillas Holandesas, los países presentaron un desempeño de bajo a intermedio en casi todas las funciones esenciales de la salud pública, con sólo una función, la número 11 (reducir la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud), que presentó un desempeño adecuado. El

⁴⁵ La subregión de Centroamérica y el Caribe de habla hispana incluye a los siguientes países: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y la República Dominicana.

⁴⁶ Incluye: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Bahamas, Islas Vírgenes británicas, Islas Caimán, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vincent y Granadinas, Suriname, Islas Turcos y Caicos, Trinidad y Tabago, y Belice.

⁴⁷ Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia.

⁴⁸ Incluye: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

desempeño más bajo se observó en las áreas de la investigación en salud pública (FESP 10) y la garantía de la calidad (FESP 9). Estos resultados indican que hay una necesidad clara de fortalecimiento de las funciones relacionadas con la función rectora del sector de la salud como un mecanismo que permita mejorar el desempeño general de las funciones esenciales de la salud pública.

En la subregión andina, los resultados muestran que, a pesar de que los países muestran diferencias, comparten los mismos puntos débiles como en las áreas de reglamentación y planificación, promoción de la participación social y promoción de la salud. La mayoría de las funciones registraron menos de 40%, y la FESP 9 y la 6 fueron las que tuvieron el peor desempeño, mientras que la FESP 11 y la 1 mostraron el mejor desempeño. En la subregión del Cono Sur y México, los resultados revelan que, en general, las funciones esenciales de la salud pública en estos países tienen un buen desempeño, dentro de las cuales la FESP 1, la 2 y la 11 muestran el mejor desempeño y la FESP 9 y la 8 registra el peor. Se encontraron áreas comunes de puntos débiles, como en las áreas de la regulación, de recursos humanos, de la participación social y de la garantía de la calidad.

La Iniciativa proporcionó a los países un marco general para elaborar un plan de fortalecimiento de la salud pública. El plan recalcó seis áreas principales de intervención: 1) fortalecimiento de la función rectora del estado en materia de salud, 2) mejoramiento de los sistemas de información, 3) desarrollo de las competencias institucionales para la gestión de las políticas de salud pública, 4) desarrollo y capacitación de los recursos humanos, 5) reorientación de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, y 6) la garantía de la calidad.

Sin embargo, aunque la metodología señaló las áreas que necesitaban una intervención, carece de especificidad en cuanto a lo que deben hacer los países después de que determinen cuáles son las funciones esenciales de la salud pública que tienen que fortalecer. Por ejemplo, en la herramienta de medición de las funciones esenciales de la salud pública, las preguntas relacionadas con las medidas y submedidas de las funciones esenciales de la salud pública sólo permiten responder "sí" o "no", por lo que se pierde un sinnúmero de datos en cuanto a los países que han cumplido parcialmente ciertas medidas. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, para fortalecer la capacidad de salud pública los países necesitan una herramienta o un conjunto de herramientas que sean más sensibles y permitan especificar las áreas necesitadas de cooperación técnica y asistencia.

En la siguiente sección, se describirán de manera más exhaustiva los elementos que constituyen la capacidad de salud pública. Además, se analizarán los puntos débiles existentes con respecto a cada elemento, así como las estrategias para fortalecer y organizar las capacidades de salud pública en la Región de ALC.

IV. Los elementos de la capacidad de salud pública

El mejoramiento del estado de salud de la población en los países de América Latina y el Caribe depende de la creación y el mantenimiento de una capacidad fuerte de salud pública que sea plenamente capaz de brindar apoyo a las acciones de salud pública. En concreto, los esfuerzos por mejorar la salud pública deben centrarse en la ejecución de las políticas, las estrategias y los planes diseñados para: 1) mejorar la calidad y la adecuación de la *fuerza de trabajo en salud pública*, 2) fortalecer los *sistemas de información en salud pública*, 3) aumentar la eficiencia de las *tecnologías de salud pública*, 4) desarrollar la *capacidad institucional y organizacional*, y 5) garantizar que se cuente con *recursos financieros* para la salud pública de manera sostenible.

La Fuerza de Trabajo en Salud Pública (FTSP)

La fuerza de trabajo en salud pública puede definirse en términos amplios como los trabajadores responsables de contribuir –de manera directa o indirecta- a las metas de salud pública, independientemente de su profesión y de la institución en dónde trabajen.⁴⁹ Beaglehole y Dal Poz definen a la FTSP como “aquellas personas dedicadas fundamentalmente a proteger y promover la salud de toda la población o de algún grupo específico dentro de ella (a diferencia de las actividades dirigidas a la asistencia de personas individuales)... Se caracteriza por su diversidad y complejidad e incluye a profesionales con una amplia gama de antecedentes ocupacionales”. Las disciplinas profesionales más comunes incluyen a médicos, enfermeras, especialistas ambientales, laboratoristas, educadores sanitarios, investigadores de enfermedades, funcionarios de servicios sociales y gerentes. También pueden incluir dentistas, asistentes sociales, nutricionistas, antropólogos, psicólogos, economistas, politólogos, ingenieros, especialistas en tecnología de la información, especialistas en información de salud pública, epidemiólogos, bioestadistas y abogados.⁵⁰

Como se puede ver en esta enumeración de las disciplinas profesionales comunes, existe una considerable superposición en las actividades de la fuerza de trabajo en salud pública y de los recursos humanos a cargo de prestar asistencia médica a las personas. Para complicar la cuestión aún más, hay un déficit fundamental en la información acerca de la fuerza laboral en salud pública, no sólo en los países de la Región, sino también en los países desarrollados.⁵¹ Lo que se sabe es que la cantidad y la distribución actuales de los recursos humanos en la salud en general resultan insuficientes para satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Como la FTSP también forma parte de la fuerza de trabajo sanitaria más amplia, se puede inferir que también afronta retos con respecto a su adecuación y capacidad para abordar los problemas de la salud pública.

⁴⁹ Adaptado de OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

⁵⁰ CDC, *Public Health's Infrastructure: A Status Report*.

⁵¹ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

En general, se considera que la “crisis mundial del personal sanitario” es uno de los temas más acuciantes que enfrentan los sistemas de salud pública en la actualidad.⁵² Las deficiencias de los recursos humanos plantean “limitaciones graves a la capacidad de ofrecer una prestación eficaz de los servicios”⁵³ y, en muchos países, representan el principal obstáculo para expandir las intervenciones de salud pública.⁵⁴ En la Región de las Américas, se ha descuidado en gran medida el desarrollo y la capacitación de la FTSP. En el ejercicio de medición del desempeño en torno a las FESP, se midieron cinco indicadores relacionados con la FESP 8 (capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud pública), los cuales se referían a la capacidad de definir la fuerza de trabajo en salud pública, la calidad de la fuerza de trabajo, las iniciativas para proporcionar formación continua y de posgrado en materia de salud pública, el desarrollo de una fuerza laboral culturalmente sensible, y la capacidad de proporcionar asistencia técnica a nivel subnacional para mejorar la FTSP. Los resultados indican que todos los indicadores registraron un desempeño por debajo de 50%, lo que revela que la FTSP no ha recibido la atención que amerita.

De acuerdo con lo anterior, un reto importante para mejorar la FTSP consiste en poder definirla de manera adecuada, lo que ha resultado una tarea difícil ya que “las funciones que deben cumplirse para prestar eficazmente servicios de salud pública ya no pueden ser llevadas a cabo exclusivamente por esa parte de la fuerza laboral sanitaria que se encarga específicamente de las responsabilidades de salud pública.”⁵⁵ Los trabajadores que llevan a cabo las actividades de salud pública se extienden más allá de la fuerza laboral de salud y también pueden comprender lo que se denomina la “fuerza laboral secundaria”, o sea, aquellos trabajadores de sectores fuera del sector sanitario cuyas actividades también tienen una repercusión sobre la salud de la población. Se han tomado medidas a fin de caracterizar la FTSP en los Estados Unidos, el Reino Unido y Australia, entre otros países. En la Región de las Américas, también se creó un método para caracterizarla, que se analiza en la sección V.

El proceso de fortalecer la FTSP se enfrenta con obstáculos que son comunes a toda la fuerza de trabajo sanitaria y que incluyen: la falta de planificación y de políticas orientadas hacia el desarrollo de la fuerza laboral, cuestiones relacionadas con la contratación y la retención de la fuerza laboral, temas relacionados con la asignación y la distribución de los profesionales de salud, y problemas en torno a la capacitación en salud pública y el fortalecimiento de las capacidades, entre otros.

En la mayoría de los países de la Región, las autoridades sanitarias no se han preocupado por planificar o analizar a la FTSP. Por el contrario, los recursos y la atención del gobierno se han centrado en general en los recursos humanos para la atención individual. Además, la actitud de la autoridad sanitaria hacia esta fuerza laboral ha sido

⁵² OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2003 – Forjemos el futuro* (Ginebra: OMS, 2003).

⁵³ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – Cambiemos el rumbo de la historia* (Ginebra: OMS, 2004).

⁵⁴ Naciones Unidas, Proyecto del Milenio, “Health Systems Needs Assessment Guidelines,” (UN Millennium Project, 2005).

⁵⁵ OPS/OMS, *Strategies for Developing the Health Workforce*.

principalmente reactiva y ha tenido una perspectiva limitada.⁵⁶ La formulación de políticas y la planificación resultan esenciales para garantizar que esta fuerza de trabajo reciba una capacitación adecuada, esté distribuida de manera equitativa y sea suficiente en cuanto a su número. En este contexto, al elaborar y ejecutar las políticas se debe adoptar un enfoque más integrado, independiente y sistémico en torno a la FTSP.⁵⁷

Otro reto tiene que ver con la contratación y la retención de la fuerza laboral. En general, las profesiones sanitarias no ofrecen sueldos altos y exigen un compromiso fuerte que, muchas veces, requiere trasladarse a zonas remotas. Además, hay factores fuertes de atracción de los países desarrollados que ofrecen mejores salarios, condiciones de trabajo más seguras, establecimientos mejor equipados y más oportunidades de desarrollo profesional.⁵⁸ En el Caribe, la emigración de la fuerza laboral de enfermería plantea un reto significativo. Según un informe de la OPS, en los Estados Unidos y Canadá hay una fuerte demanda de enfermeras capacitadas de estos países. En consecuencia, un alto porcentaje de las enfermeras que permanecen en el Caribe están aproximándose a la jubilación y 35% de los puestos de enfermería permanecen vacantes.⁵⁹ Aunque se desconoce el porcentaje de enfermeras que se dedican exclusivamente a actividades de salud pública en el Caribe, es probable que la escasez afecte tanto a los servicios individuales como a los colectivos.

Además, es necesario que la capacitación y el desarrollo de la fuerza laboral coincidan mejor con las necesidades sanitarias reales de la población. En primer lugar, los doctores especializados sobrepasan en número a los médicos generales comunitarios. Esto puede plantear un problema dado que las enfermedades que son prevalentes en la Región, como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la malaria, se podrían tratar mejor con un enfoque comunitario. En segundo lugar, la mayor parte de la fuerza laboral de salud pública se concentra en los centros urbanos, lo que hace que las zonas rurales cuenten con una cantidad insuficiente de trabajadores de salud pública y que los resultados de salud sean considerablemente peores.

Por último, los métodos tradicionales de capacitación en materia de salud pública presentan varias limitaciones que deben abordarse. El énfasis en la epidemiología y otras ciencias exactas ha llevado al descuido de la promoción de la salud y otras áreas de la salud pública. La falta de integración entre las instituciones académicas y los órganos decisorios es otro problema que exacerba la falta de coordinación entre la capacitación y las necesidades sanitarias. La falta de experiencia de campo directa, el criterio de que la salud pública es una especialidad médica y el costo elevado de los programas de capacitación plantean obstáculos adicionales al desarrollo de la FTSP.⁶⁰

⁵⁶ OPS/OMS, *Estudio Delphi: Problemas presentes y futuros de los Recursos Humanos en Salud*, (Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002).

⁵⁷ Gilles Dussault y Carl-Ardy Dubois, "Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies," *HNP Discussion Paper* (Washington, D.C.: The World Bank, 2004).

⁵⁸ OPS/OMS, *Strategies for Developing the Health Workforce*.

⁵⁹ Información disponible en el sitio electrónico de OPS/OMS: http://www.paho.org/English/DD/PIN/ptoday18_sep05.htm.

⁶⁰ Beaglehole y Dal Poz, "Public Health Workforce."

A fin de poder enfrentar estos retos, Lichtveld y Cioffi ofrecen un marco que permite establecer una visión para una fuerza laboral sostenible y competente en materia de salud pública. El marco se basa en seis elementos estratégicos: 1) vigilar la composición de la fuerza laboral, 2) determinar las competencias necesarias y organizar un programa de estudios relacionado con ellas, 3) diseñar un sistema integrado de aprendizaje a lo largo de toda la vida, 4) proporcionar incentivos individuales e institucionales que permitan garantizar el desarrollo de las competencias, 5) realizar evaluaciones e investigación, y 6) garantizar el apoyo financiero.

Con referencia al desarrollo de las competencias necesarias que debe tener la fuerza laboral la Agencia de Salud Pública de Canadá ha hecho un esfuerzo para desarrollarlas, las cuales se enumeran a continuación: ⁶¹

1. Ciencias de salud pública: incluye el conocimiento relacionado con las ciencias de salud pública y la capacidad de aplicarlo.
2. Evaluación y análisis: describe las competencias necesarias para recopilar, evaluar, analizar y aplicar información (incluidos datos, conceptos y teorías) con la meta de mejorar el proceso decisorio.
3. Políticas, planificación de programas, ejecución y evaluación: comprende las competencias necesarias para eficazmente planificar, ejecutar y evaluar las políticas y/o los programas en salud pública.
4. Asociaciones, colaboración y *advocacy*: incluye la capacidad de influir y colaborar con otras instituciones/sectores para mejorar la salud y el bienestar del público mediante la búsqueda de una meta común.
5. Diversidad e inclusión: describe las competencias socioculturales requeridas para interactuar eficazmente con diversos individuos, grupos y comunidades.
6. Comunicación: trata de las numerosas dimensiones de la comunicación necesaria para diseminar eficazmente la información al público.
7. Liderazgo: las competencias que desarrollan la capacidad, fortalecen el desempeño y mejoran la calidad del ambiente de trabajo.

Estas competencias pueden apoyar a las organizaciones de salud pública a señalar las necesidades de desarrollo y capacitación del personal así como a crear la mezcla adecuada de los trabajadores de salud pública con diferentes conjuntos de habilidades. Pueden proporcionar un marco para el proceso de contratación de personal y aumentar la calidad y la eficacia de la PHWF en general.⁶²

⁶¹ Ídem.

⁶² Public Health Agency of Canada (PHAC), *Core Competencies for Public Health in Canada* (Ottawa: PHAC, 2007).

El Observatorio de Recursos Humanos de Salud es un mecanismo que brinda oportunidades para superar el vacío entre la evaluación y la planificación en relación con la fuerza laboral de la salud pública. Los países de ALC se han beneficiado de la información y las recomendaciones que han surgido en las actividades de los grupos nacionales del observatorio. Cabe destacar el hecho de que, desde el lanzamiento de la iniciativa del Observatorio, se han elaborado tres manuales metodológicos a nivel regional que permiten mejorar el análisis de los recursos humanos y optimizar el uso de los recursos existentes. Son numerosos los ejemplos en la Región de experiencias exitosas en cuanto a las contribuciones del Observatorio al fortalecimiento de los recursos humanos sanitarios y se pueden emplear mecanismos similares para mejorar la FTSP:

- El Observatorio nacional en el Brasil se reconoce como un caso único y exitoso de interacción estatal y no estatal en materia de salud. La red ha producido una cantidad sustancial de análisis e información valiosa como resultado de la interacción productiva entre el Ministerio de Salud del Brasil, la OPS y las estaciones de trabajo de la red. Unos pocos ejemplos de los logros obtenidos por esta red incluyen: un inventario de las prácticas de gestión de los recursos humanos a nivel local, la redistribución de los médicos y las enfermeras a las áreas subatendidas, y un mejor conocimiento de la dinámica del mercado laboral de los médicos en el estado de São Paulo.⁶³
- México ha elaborado un método nacional de planificación de recursos humanos en un esfuerzo de cooperación con sus Estados Federales, las asociaciones profesionales y las universidades. Este método se encuentra en este momento en la fase de detectar las brechas entre las transiciones epidemiológicas y demográficas, y el perfil, la cantidad y la distribución de los profesionales médicos capacitados.
- El Salvador es un caso en el cual la iniciativa impulsó la acción del Grupo Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (GIDRHUS), una organización no gubernamental que aunó los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las universidades principales para mejorar la integración del adiestramiento y los servicios. Esta ONG posteriormente se transformó en un grupo de estudio de política sobre el tema y en la actualidad es el grupo designado para los asuntos de recursos humanos en la Comisión de Reforma.⁶⁴
- El Grupo del Observatorio del Ecuador –la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS)- fue designado órgano consultivo oficial del Consejo Nacional de Salud, que tiene a su cargo lograr el consenso en materia de políticas sanitarias. La CONARHUS ha creado una gran base de datos sobre adiestramiento y empleo a la que actualmente tienen acceso en línea para su consulta la comunidad académica y los formuladores locales de políticas.

⁶³ Francisco E. Campos and Volker Hauck, "Networking collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health," *EDCPM Discussion Paper*, 57L (Maastricht, The Netherlands: ECPDM, 2005).

⁶⁴ Grupo Intersectorial Para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (GIDRHUS), *Observatorio de los recursos humanos en la reforma del sector salud (GIDRHUS, 2003)*.

- Las oficinas de la OPS en la Argentina, Cuba y Perú también han facilitado el trabajo del Observatorio como parte de las actividades regulares de sus unidades de recursos humanos.

Las principales enseñanzas extraídas de la ejecución de la iniciativa del Observatorio, que se comentaron en la 134.ª sesión del Comité Ejecutivo, figuran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Las principales enseñanzas extraídas del funcionamiento del Observatorio de Recursos Humanos de Salud⁶⁵

- Aunque la iniciativa del Observatorio, por medio de sus diferentes expresiones -cooperación técnica directa, publicaciones, cooperación entre países y foros internacionales y nacionales- ha contribuido a aumentar la visibilidad de los temas de recursos humanos, el grado en que ha logrado eficazmente los resultados y las repercusiones previstas sobre la formulación de políticas y las estrategias del sector de la salud varía extraordinariamente de un país a otro y con el transcurso del tiempo.
- Las transiciones de las autoridades suelen ser frecuentes y rápidas a los niveles políticos en los países de la Región, lo que conduce a la inestabilidad institucional, y pueden considerarse como un obstáculo para asegurar la continuidad del proceso de políticas de recursos humanos de salud. Por el contrario, también debe reconocerse que el trabajo interinstitucional de los grupos del Observatorio ha ayudado a que el tema de los recursos humanos forme parte del temario político en los periodos de transición entre distintos gobiernos.
- Aún hay dificultades a la hora de preconizar la necesidad de contar con información para la formulación de políticas sobre asuntos tan delicados como la reglamentación de las profesiones o la redistribución de la fuerza laboral sanitaria. En muchos casos, los intereses personales de las agrupaciones profesionales o los plazos del proceso de reforma no crean un clima apropiado para realizar debates basados en las pruebas presentadas.
- La experiencia de los países muestra la necesidad de integrar a las partes interesadas pertinentes, como universidades y asociaciones profesionales, y de colaborar con los ministerios de salud de una manera más activa y permanente, para aumentar la sostenibilidad de la labor de política que efectúa el Observatorio de Recursos Humanos de Salud.
- Muchos países de la Región han avanzado mucho en la preparación de documentos de política (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Perú y Santa Lucía); mientras que otros han formulado normas y reglamentos en las esferas de adiestramiento y empleo (Argentina, Brasil, México, Paraguay y la República Dominicana). Debe recalcar que estos instrumentos se han creado con la adopción de métodos participativos y han recibido los insumos de las experiencias de los países, para ganar aplicabilidad y sostenibilidad.

Además de servir como un elemento central de la infraestructura de salud pública, el "Informe sobre la salud en el mundo" del año 2000 afirma que los recursos humanos contribuyen al desempeño de todas las funciones principales de los sistemas de salud. En consecuencia, el informe llega a la conclusión de que los esfuerzos para mejorar la eficacia de los recursos humanos son centrales a la hora de mejorar el desempeño del sistema sanitario.⁶⁶ Los

⁶⁵ OPS/OMS, "Observatorio de Recursos Humanos de Salud," *Documento preparado para la 134.ª Sesión del Comité Ejecutivo* (Washington, DC: OPS/OMS, 2004).

⁶⁶ Beaglehole and Dal Poz, "Public Health Workforce."

esfuerzos para fortalecer la FTSP deben desplegarse junto con medidas que permitan mejorar a la fuerza laboral sanitaria en su conjunto.

Los Sistemas de Información de Salud Pública

A pesar de que los recursos humanos son imprescindibles, no son el único componente vital de un sistema sanitario que funciona correctamente. También se necesitan sistemas integrados de información de salud pública a nivel de los distritos y a escala nacional para "evaluar mejor el estado de salud y las tendencias, hacer un seguimiento del desempeño del sistema sanitario y vigilar el avance en pos del logro de las metas de salud.⁶⁷" Junto con las deficiencias en materia de recursos humanos, la escasez de información adecuada sobre salud pública contribuye al derrumbe potencial de algunos sistemas de asistencia sanitaria y amenaza la viabilidad a largo plazo de otros. Los sistemas sanitarios requieren "sistemas robustos de información sanitaria para que se puedan determinar claramente las necesidades de salud de las poblaciones, especialmente de los pobres y los marginados; para conseguir que los programas lleguen a los más necesitados; y para evaluar y mejorar el desempeño.⁶⁸"

Los sistemas de información de salud pública deben recopilar no sólo datos sobre los factores determinantes de la salud, los resultados de salud, el desempeño del sistema de salud y la infraestructura sanitaria, sino también información sobre las desigualdades sanitarias en torno a los factores determinantes, la cobertura y el uso de los servicios, incluidos algunos estratificadores clave como el género, la situación socioeconómica, el grupo étnico y la ubicación geográfica.⁶⁹ Los sistemas fuertes de información de salud que incorporan tanto datos basados en la población como en la infraestructura sobre las desigualdades sanitarias son esenciales para ayudar a los gobiernos a mostrar y corregir estas desigualdades.⁷⁰

Los sistemas de información de salud se definirán en este documento como "un conjunto de componentes y procedimientos organizados con el objetivo de generar información que permita mejorar las decisiones de gestión de la asistencia sanitaria en todos los niveles del sistema de salud"⁷¹. Un sistema de información de salud no puede existir por sí solo sino que se trata de una entidad funcional en el marco de un sistema de salud integral que ofrece servicios sanitarios integrales, incluida la atención curativa, la atención rehabilitadora, la prevención de enfermedades y los servicios de promoción de la salud.

⁶⁷ Lee Jong-Wook, "Global health improvement and WHO: shaping the future," *Lancet* 362 (2003).

⁶⁸ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – Cambiemos el rumbo de la historia*, (Ginebra: OMS, 2003).

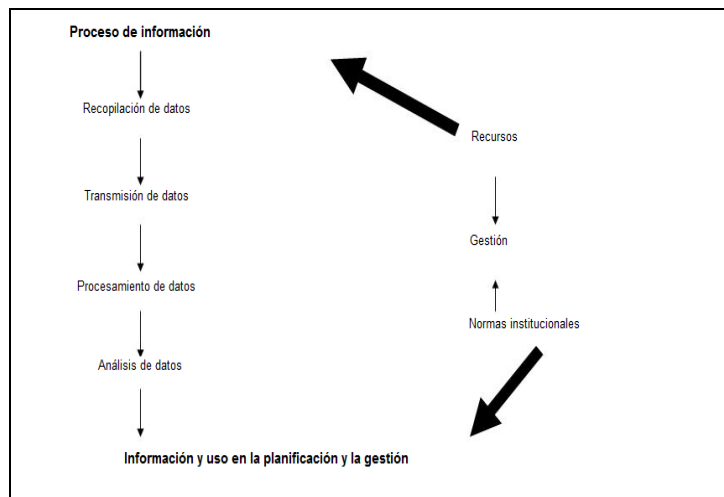
⁶⁹ Carla Abouzahr y Ties Boerma, "Health information systems: the foundations of public health," *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 83 (2005).

⁷⁰ Lexi Bambas y cols. "Strengthening health information systems to address health equity challenges." *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 83 (2005).

⁷¹ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000*.

La figura 5 muestra los componentes de un sistema de información de salud.

Figura 5: Componentes del sistema de información de salud



Fuente: OMS, *Design and Implementation of Health Information Systems*.

Los sistemas de información de salud pública se definirán como subsistemas que constituyen partes importantes de los sistemas de información sanitaria. Los sistemas de información de salud pública en este documento se referirán a:⁷²

- La vigilancia epidemiológica para las enfermedades infecciosas notificables, ciertas condiciones ambientales y los factores de riesgo. Las actividades de vigilancia de la salud pública controlan la situación sanitaria y los factores de riesgo de la población.
- Sistemas de notificación de programas especiales, en los que la salud pública desempeña la función principal, como la lucha contra la tuberculosis, la infección por el VIH/sida, la malaria, la salud maternoinfantil, el abuso de sustancias psicotrópicas y la salud escolar.
- Sistemas administrativos, incluidos los sistemas de financiamiento de salud pública, sistemas de personal de salud pública, sistemas logísticos y de medicamentos, programas de capacitación en materia de salud pública, programas de investigación en salud pública y gestión de la documentación de salud pública.
- Sistemas vitales de registro para los nacimientos, las defunciones y los movimientos migratorios.

⁷² Esta definición es una adaptación de la que figura en el documento de la OMS, *Design and Implementation of Health Information Systems*, (Ginebra: OMS, 2001)

La gestión y la comunicación de la información son una parte clave de las capacidades de salud pública, sobre la que se construye el sistema de salud pública. Históricamente, los sistemas de información de la salud pública se crearon por medio de un enfoque tipo “silo”: sistemas de información distintos para cada programa que no pueden comunicarse entre sí.⁷³ Es necesario establecer sistemas integrados de información que hagan llegar la información correcta a las personas indicadas cuando la necesitan.

La mayor parte de los sistemas de información de salud pública en la Región de ALC son “inadecuados para satisfacer los requisitos de los nuevos modelos de asistencia sanitaria que se están desplegando en el contexto de las iniciativas de reforma sanitaria”. De acuerdo con la Red de Métricas de Salud, la información sanitaria no está disponible en muchos países en desarrollo, incluidos muchos de la Región de ALC, “...debido a la infra inversión en los sistemas de recopilación, análisis, difusión y uso de datos”.⁷⁴ En consecuencia, la mayor parte de los encargados de adoptar las decisiones sanitarias “no pueden detectar los problemas y las necesidades, hacer un seguimiento del avance, evaluar la repercusión de las intervenciones y tomar decisiones basadas en datos probatorios sobre la política sanitaria, el diseño de programas y la asignación de recursos”.⁷⁵

En este contexto, los retos principales para los sistemas de información sobre salud pública son:⁷⁶

- El método de recopilación de datos es ineficiente, con algunos países que todavía emplean registros por escrito. Además, a menudo se recopilan datos innecesarios.
- La mayoría de los conjuntos de datos de los sistemas de información sobre salud pública no están completos ni son totalmente exactos.⁷⁷ Tienen problemas de alcance, precisión y oportunidad.
- No se abarca a toda la población ni se registran todos los casos.
- No se analiza ni se emplea eficazmente la información recopilada, o directamente no se la usa en absoluto.
- Se agregan datos y, por consiguiente, se pierde especificidad en el proceso.
- Hay problemas de repetición y desperdicio: existen subsistemas paralelos que no se comunican entre sí, no se integran y no se articulan con el Ministerio de Salud.
- La calidad deficiente de los datos debida a una falta de capacidad de los recursos humanos para recopilarlos y la falta de motivación entre el personal de servicio de salud pública.
- La falta de personal con la capacidad de analizar la información y de generar conocimientos basados en los resultados.

⁷³ National Association of County & City Health Officials (NACCHO) Web site, <http://www.naccho.org/topics/infrastructure/index.cfm>.

⁷⁴ RMS, *Towards a Framework and Standards for Country Health Information System Development* (Ginebra: RMS, 2005).

⁷⁵ Ídem.

⁷⁶ Recopilado a partir de una comunicación personal con el Dr. Ramon Martinez, Asesor Técnico en Métricas de Salud, marzo de 2007 y basado en OMS, *Design and Implementation of Health Information Systems*.

⁷⁷ Turnock, *Public Health: What It Is and How It Works*.

Contar con mejor información no es suficiente de por sí para resolver los problemas de equidad. También se necesita una vigilancia continua de las desigualdades, al igual que el fortalecimiento de la capacidad a nivel de país de usar esta información en pos de una planificación eficaz, para avanzar hacia la equidad en materia de salud. Es más, “hasta que no se logre institucionalizar la recopilación y el análisis de información en torno a la equidad en todo el sistema de información sanitaria, en lugar de hacerlo mediante iniciativas aisladas, es poco probable que los gobiernos y los organismos de desarrollo sanitario puedan lograr reducciones integrales, a largo plazo y eficaces de las desigualdades sanitarias.”⁷⁸

Cuadro 2. Los elementos del fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria⁷⁹

- La creación de mecanismos de consulta y de coordinación que reúnan a todos los interesados directos clave, incluidos aquellos que trabajan en torno a la salud y la estadística, y a todos los productores y usuarios de datos sanitarios.
- Una evaluación de la situación actual, incluido cualquier trabajo actual para mejorar las estadísticas sanitarias. La plantilla de evaluación también proporcionará la base para las mejoras de la vigilancia.
- El acuerdo sobre una visión y metas en común para el futuro del sistema de información sanitaria.
- Definición de normas mínimas en cuanto a la disponibilidad de los datos, su calidad y su oportunidad.
- Identificación de las acciones estratégicas necesarias para lograr la visión, incluida la asignación de prioridades de las tareas.
- Un plan de acción detallado que incluya los costos, con un cronograma y asignación de responsabilidades para lograr los resultados deseados.
- La síntesis, el análisis y el uso de los datos probatorios del país a fin de brindar información para la planificación, la asignación de recursos y la evaluación.
- Creación y uso de mecanismos de seguimiento y evaluación de la ejecución, que lleven a la reprogramación.
- Un plan de difusión y comunicación para mantener a los interesados directos –los productores, los usuarios y la sociedad civil- involucrados en todo el proceso de fortalecimiento, y para informar los resultados obtenidos, especialmente en la etapa de evaluación y reprogramación.

Por último, es importante reiterar que la información sanitaria es también un insumo fundamental para la formulación de políticas de salud pública, dado que éstas “dependen enormemente de la disponibilidad de datos sólidos” que, a su vez, deben generarse, analizarse y difundirse a través de redes integradas de información sanitaria.^{80,81} Un sistema sólido de información sanitaria debe funcionar “...de una manera sistémica, que consista en un proceso organizado de recolección, intercambio, análisis y uso de datos relacionados con la salud para la toma de decisiones, o una manera de transformar la información en conocimientos para la acción”.⁸²

⁷⁸ Ídem.

⁷⁹ RMS, *Towards a Framework for Health Information System*.

⁸⁰ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2004*.

⁸¹ AbouZahr y Boerma, “Health information systems: the foundations of public health.”

⁸² RMS, *Towards a Framework for Health Information System*.

Las Tecnologías de Salud Pública

Las tecnologías en salud pública se refieren a los medicamentos, las vacunas, el equipamiento y los dispositivos médicos específicos necesarios para la prestación de servicios de salud pública, al igual que los modelos institucionales y los sistemas⁸³ de apoyo necesarios para que funcione adecuadamente el sistema de salud pública. Además de los elementos descritos anteriormente, las tecnologías en salud pública también hacen referencia a las aptitudes personales y los conocimientos necesarios para usar estas tecnologías. En este sentido, las tecnologías en salud pública y la fuerza de trabajo en salud pública están intrínsecamente relacionadas. Sin insumos básicos como los dispensarios primarios, los laboratorios, los medicamentos, los vehículos, las computadoras, los sistemas de comunicación y las oficinas para que los trabajadores de la salud pública puedan llevar a cabo sus actividades, el alcance de la acción de salud pública se vería enormemente limitado. Estos elementos constituyen los “ladrillos” de los sistemas de salud pública y se necesitan importantes inversiones en tecnologías que resulten más rentables y apropiadas para fortalecerlos.⁸⁴

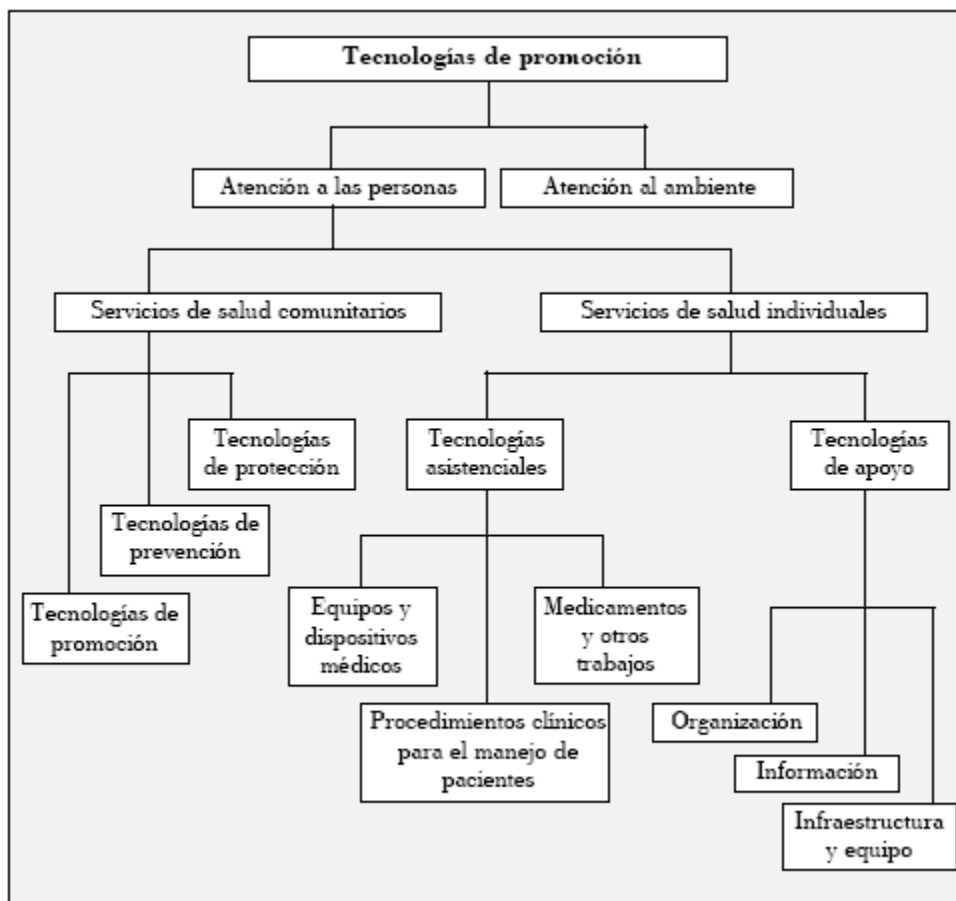
De acuerdo con la publicación “El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe”, algunos de los problemas que afectan a los países de la Región son “la escasez de muchas tecnologías básicas, el uso excesivo e indiscriminado de tecnologías sanitarias costosas, la escasez de políticas y normas que permitan reglamentar la introducción y el uso de tecnologías sanitarias, el subdesarrollo de las tecnologías de apoyo (especialmente de los sistemas de gestión de información) y las desigualdades en el acceso a las tecnologías sanitarias disponibles”.⁸⁵ Es importante comentar que fue difícil para los autores de este documento encontrar publicaciones que se centren exclusivamente en las tecnologías en salud pública, ya que la mayor parte de los artículos se concentraban en las tecnologías sanitarias y sólo abordaban algunos aspectos relacionados con las tecnologías en salud pública. Por consiguiente, esta parte del documento se centrará en las tecnologías sanitarias en la medida en que se relacionan con las actividades de salud pública. En la Figura 6 se intenta identificar los nexos entre las tecnologías de promoción de la salud y los servicios de salud pública e individual.

⁸³ OPS/OMS, *Developing Health Technology Assessment in Latin America and the Caribbean* (Washington, D.C.: PAHO/WHO, 1998), <http://www.paho.org/English/HSP/hsp-OP-115.htm>.

⁸⁴ Don de Savigny, Harun Kasale, Conrad Mbuya, y Graham Reid, *Fixing Health Systems: Lessons Learned* (Ottawa, Canada: International Development Research Centre, 2005), http://www.idrc.ca/es/ev-64764-201-1-DO_TOPIC.html

⁸⁵ OPS/OMS, *Developing Health Technology Assessment*.

Figura 6: Nexos entre las tecnologías de promoción de la salud y los servicios de salud pública e individual



Fuente: OPS/OMS, *Lineamientos Metodológicos - Análisis Sectorial en Salud*.

El desarrollo de tecnologías sanitarias en la Región se vincula en gran medida con la transferencia de tecnologías de los países desarrollados a los países en desarrollo. En muchos casos, esa transferencia ha sido parcial ya que no estuvo acompañada por medidas que permitan preparar y fortalecer al sistema de salud pública para que pueda adoptar y ejecutar estas tecnologías. La falta de fondos suficientes para mantener y reemplazar las instalaciones y los equipos dio lugar al deterioro progresivo de estos recursos. Además, al comienzo de los años noventa, los países asignaban menos de 1% de su presupuesto ordinario a las actividades relacionadas con el mantenimiento.⁸⁶

Sin embargo, es posible reducir la brecha en cuanto a las tecnologías de salud pública dentro y entre los países. Primero, las innovaciones tecnológicas ya han tenido una importante repercusión sobre el tratamiento de las principales enfermedades. Las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones en torno a la salud y la prestación de los servicios de salud pública, también conocidas como “telemedicina”, tienen el potencial necesario para hacer llegar los servicios y las actividades de promoción de la salud a ubicaciones remotas, reducir los costos

⁸⁶ Ídem.

vinculados a la transferencia de pacientes, aumentar el acceso a las oportunidades de educación a distancia y promover el desarrollo de la atención domiciliaria.

Los laboratorios de salud pública en las Américas

Los laboratorios de salud pública prestan servicios fundamentales en una era en la que las amenazas sanitarias pueden aparecer de un día para otro, como de hecho lo hacen. Cuando surgen nuevos riesgos para la salud o reaparecen problemas conocidos, los laboratorios de salud pública analizan las amenazas, brindan respuestas que permitan preparar medidas eficaces y actúan junto con las demás autoridades sanitarias, sus funcionarios y con los responsables de responder primero para proteger al público. A diferencia de los laboratorios de análisis clínicos privados -que realizan pruebas para diagnosticar problemas que afligen a pacientes individuales- los laboratorios de salud pública protegen a todas las comunidades. Algunas de las actividades que llevan a cabo los laboratorios de salud pública incluyen:⁸⁷

- El examen sistemático de los recién nacidos a fin de detectar trastornos potencialmente mortales metabólicos y genéticos.
- La vigilancia de las comunidades en busca de agentes patógenos que se propagan en los alimentos o a través del contacto con personas o animales.
- La realización de casi todas las pruebas existentes para detectar y vigilar las nuevas enfermedades infecciosas emergentes como el SARS y la gripe aviar.
- La realización de pruebas al agua potable y a algunas aguas recreativas en busca de bacterias, parásitos, plaguicidas u otras sustancias nocivas.
- La identificación rápida de los agentes sospechados (por ejemplo, cuando en los Estados Unidos en el año 2001 se hicieron pruebas en laboratorios de salud pública a más de 1.200 muestras por día durante los ataques de carbunco).

La OPS actualmente participa en la creación de tres redes subregionales para la vigilancia epidemiológica y laboratorial de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.⁸⁸ Estos esfuerzos empezaron con el establecimiento de las Redes de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes de los países Amazónicos y del Cono Sur en 1998, y la Red Centroamericana para la Prevención y el Control de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER) en 2001. Los objetivos comunes de estas redes incluyen: 1) formalizar y fortalecer el trabajo cooperativo entre los países al crear redes subregionales funcionales de laboratorios y servicios epidemiológicos que permitan obtener resultados de laboratorio exactos para lograr

⁸⁷ Asociación de Laboratorios de Salud Pública de los Estados Unidos, *Defending the Public's Health*, Folleto, 2005, http://www.aphl.org/about_aphl/Documents/defending_phl.pdf.

⁸⁸ OPS, Unidad de Enfermedades Transmisibles, <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/networks.htm>.

intervenciones eficaces y 2) el seguimiento, la prevención y el control de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

Otra iniciativa en las Américas relacionada específicamente con la reconstrucción de la capacidad en materia de laboratorios de salud pública después de los huracanes George y Mitch en el Caribe y Centroamérica es el Proyecto de Reconstrucción de la Asociación de Laboratorios de Salud Pública de los Estados Unidos.⁸⁹ Este proyecto se ha realizado en Honduras, Guatemala, Nicaragua, Costa Rica, El Salvador, República Dominicana y Haití para permitir a esos países prepararse para los desastres naturales futuros y otras emergencias. La Asociación de Laboratorios de Salud Pública de los Estados Unidos, en colaboración con la OPS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, estableció capacidades de laboratorio para detectar y diagnosticar las enfermedades y las amenazas ambientales asociadas con los desastres. La capacitación y la creación de redes también mejoraron la capacidad de la salud pública, garantizando el mantenimiento de la capacidad en materia de laboratorios para vigilar y controlar las endemias y las enfermedades infecciosas emergentes.

En resumen, las tecnologías de salud pública en América Latina son escasas y tienen una asignación ineficiente, lo que ha dado lugar a la duplicación y el desperdicio de recursos. Específicamente, la “concentración de la infraestructura sanitaria física y tecnológica en los centros urbanos y las áreas más ricas significa que el acceso a esta infraestructura está restringido para los grupos de población que viven en las zonas geográficas pobres, rurales y remotas”.⁹⁰ Es más, en muchos países de América Latina y el Caribe, la reserva existente de recursos físicos es poco eficaz porque los recursos se mantienen mal o se administran inadecuadamente.⁹¹

El fortalecimiento de los sistemas de salud en la Región de América Latina y el Caribe requerirá no solo una inversión que permita adquirir recursos sino también intervenciones adicionales físicas encaminadas a mejorar la eficiencia en el manejo y el uso de los recursos existentes. Con respecto a los establecimientos sanitarios, por ejemplo, se necesitará no sólo la construcción de nuevos establecimientos de salud pública (puestos sanitarios, laboratorios, dispensarios primarios, oficinas para el personal sanitario), sino también la “...mejora de los establecimientos existentes, y el funcionamiento y el mantenimiento permanentes de todos los establecimientos”.⁹²

⁸⁹ Sitio electrónico de la Asociación de Laboratorios de Salud Pública de los Estados Unidos, http://www.aphl.org/programs/international_health/Pages/default.aspx.

⁹⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe* (Santiago: CEPAL, 2005).

⁹¹ OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

⁹² Naciones Unidas, Proyecto del Milenio, *Health Systems Needs Assessment Guidelines*.

La capacidad institucional y organizacional de la salud pública

Cada uno de los elementos analizados anteriormente (los recursos humanos, los sistemas de información y los recursos físicos) resultan esenciales no solo porque constituyen los elementos funcionales necesarios para el funcionamiento de un sistema de salud pública. Sin embargo, para que estos elementos contribuyan a un mejor desempeño de los sistemas de salud pública, deben estar articulados y coordinados por un cuarto elemento: *la capacidad institucional y organizacional*.

La capacidad institucional se refiere al conjunto de reglas y normas que rigen el funcionamiento y la operación de un sistema de salud pública. Cada sociedad organiza sus estructuras sociales según valores y principios fundamentales que tienen una repercusión directa en el funcionamiento de las organizaciones. La capacidad institucional determina la capacidad del sistema para responder a los retos de salud pública. A este respecto, la función rectora desempeña un papel importante mediante la formulación de políticas para el sector de la salud pública, la adopción de un marco normativo, la selección de los mecanismos de financiamiento, la implementación de las estrategias para asegurar la cobertura de y el acceso a los servicios de salud y la coordinación de diferentes actores en el sector.

La capacidad organizacional se refiere a la capacidad de una organización de llevar a cabo sus funciones de manera eficaz, eficiente y sostenible a fin de contribuir a la misión y a la visión institucionales, y a las políticas y los objetivos estratégicos de la organización. La capacidad organizacional es un componente del desarrollo institucional y se refiere a la configuración/estructura de las organizaciones con un foco de salud pública (incluidos recursos financieros, físicos y humanos) dentro de un marco institucional dado, y que pueden ser afectadas por factores estructurales y contextuales. Los modelos normativos y organizacionales, las políticas y los programas específicos, la cultura organizacional y la historia, entre otros factores, también influyen en la capacidad organizacional.

Un aspecto cada vez más importante de la capacidad organizacional es la capacidad de trabajar a través de enlaces colaborativos con otros organismos. Los recursos de organización incluyen una trama compleja de organismos de salud pública federales, estatales y locales para vincular a las organizaciones públicas, privadas y voluntarias mediante relaciones colaborativas.⁹³ El fortalecimiento de la capacidad de organización incluye evaluar los puntos fuertes y los puntos débiles de las organizaciones o los sistemas, además de analizar las amenazas y las oportunidades que enfrentan.

⁹³ Turnock, *Public Health: What It Is and How It Works*.

Las cuatro dimensiones imprescindibles para fortalecer la capacidad son:

1. Las capacidades humanas e institucionales: si la organización donde las personas trabajan tiene graves deficiencias -como la falta de una misión y una visión precisas; una estructura inadecuada; sistemas, gestión o prácticas anómalas; falta de incentivos o un entorno que no facilita altos niveles de desempeño- el desempeño de su personal probablemente sea inadecuado.
2. Las capacidades de planificación y de ejecución.
3. Las dimensiones micro y macro: se necesitan distintas capacidades al nivel micro (programa) que al nivel más alto (política y planificación).
4. Las dimensiones cognitivas y prácticas: aprender por el método del ensayo y el error o en el día por día durante trabajo, concebir nuevas prácticas y sistemas, y asimilar las modalidades de trabajo son algunos de los métodos para aplicar y adaptar el conocimiento.

El fortalecimiento de las capacidades en todos los sistemas puede ser un reto, dadas las desigualdades estructurales que tienden a existir entre sus componentes. En consecuencia, es necesario establecer un proceso para medir el desempeño del sistema y evaluar sus capacidades totales. De esta manera, se hacen evidentes las deficiencias en cualquier punto del sistema, y pueden detectarse y corregirse de manera sistemática.

Cualquier plan para fortalecer la capacidad organizacional debe incluir mejoras en toda la organización. Esto implica desarrollar las aptitudes de liderazgo de los gerentes, fortalecer los sistemas eficaces para la planificación de los recursos financieros y humanos, y poner en marcha procesos que promuevan la sostenibilidad institucional, programática y financiera. De acuerdo con estas mejoras, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones comunitarias y los programas de salud del sector público adoptan buenas decisiones de gestión y prestan servicios de salud sostenibles de gran calidad. Además, siempre es importante tener un mecanismo implantado para supervisar y evaluar los sistemas, a fin de obtener retroalimentación que permita mejorar el desempeño del sistema.

La institución que es principalmente responsable de la organización de los elementos para la capacidad de salud pública y para conducir, supervisar y vigilar el sistema de salud es la Autoridad Sanitaria Nacional, que también tiene la responsabilidad de llevar a cabo la función rectora en el sector de la salud.⁹⁴ La OPS define la Función Rectora como “la gestión de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, que es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el

⁹⁴ OPS/OOMS, *La salud pública en las Américas*.

marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales”.⁹⁵ La función rectora en la salud tiene seis dimensiones:

1. *La conducción o liderazgo* incluye la capacidad de guiar al sector y de movilizar a los actores para apoyar la Política Sanitaria Nacional.
2. *La regulación* abarca el diseño y el cumplimiento del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud.
3. *La modulación del financiamiento* incluye las competencias para garantizar, vigilar y guiar la armonización de los recursos provenientes de distintas fuentes para asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud.
4. *La garantía del aseguramiento*, que intenta garantizar el acceso a un conjunto de servicios sanitarios para toda la población, o planes específicos para grupos especiales de la población.
5. *La armonización de la provisión de servicios* es la capacidad de coordinar a diversos proveedores y grupos de usuarios para ampliar la cobertura de la asistencia sanitaria de manera equitativa y eficiente.
6. *La ejecución de las funciones esenciales de salud pública (FESP)*, una competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

El desarrollo institucional implica un énfasis en el mejoramiento continuo de las aptitudes, las competencias y las capacidades de la fuerza laboral y de los medios y los instrumentos que apoyan los sistemas de salud pública en su tarea de ejecutar las funciones esenciales. El proceso en último término dará lugar a una mejor capacidad institucional de la autoridad sanitaria nacional para que ejerza la función rectora en el ámbito de la salud, dentro de la cual la ejecución de las funciones esenciales de la salud pública es una dimensión.⁹⁶ Sin embargo, la formulación de las políticas, los planes y las estrategias para fortalecer la capacidad institucional de organización debe realizarse país por país.

Un ejemplo de un marco institucional emergente que tendrá una repercusión sobre los sistemas de salud pública en las Américas es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El primer Reglamento Sanitario Internacional, adoptado en 1969 por la OMS y todos los países miembros, se aplicaban a sólo tres enfermedades infecciosas (el cólera, la peste y la fiebre amarilla). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, debido a las amenazas nuevas y las emergentes para salud pública en el siglo XXI, los reglamentos se actualizaron en 2005 y se adoptaron en la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud para proteger la seguridad sanitaria mundial con una interferencia mínima para los viajes y el comercio mundial. El Reglamento Sanitario Internacional es un acuerdo internacional jurídicamente

⁹⁵ OPS/OMS, Marco *Conceptual y Lineamientos Metodológicos – La Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional: Desempeño y Fortalecimiento* (Washington, DC: OPS/OMS, de próxima publicación).

⁹⁶ Las otras dimensiones de la función rectora son: conducción, regulación, orientación del financiamiento, garantía de aseguramiento y armonización de la provisión de los servicios.

vinculante. Satisfacer los nuevos requisitos será un desafío para muchos países. La OMS recibió el mandato de proporcionar a los Estados Miembros la ayuda técnica necesaria para el fortalecimiento de sus capacidades de salud pública y para la facilitación de la implementación del RSI 2005. Junto con la OMS y otros socios, a partir del período 2007-2009, todos los países miembros empezarán a evaluar su sistema existente de salud pública y a mejorar su capacidad de detección, notificación, evaluación y respuesta a los eventos de salud pública a fin de reunir los requisitos de capacidad básica mínimos de acuerdo con el RSI 2005, como se describe en el Anexo 2.

Las tareas principales de la OPS/OMS incluyen:⁹⁷

- Trabajar en colaboración con el punto focal de OMS para el Reglamento Sanitario Internacional (2005), quién será designado por el Ministerio de Salud en cada país.
- Llevar adelante la vigilancia y la recolección de inteligencia mundial para detectar riesgos importantes para la salud pública.
- Brindar apoyo a los esfuerzos de los Estados Miembros en pos de evaluar sus estructuras de salud pública y los recursos nacionales existentes.
- Brindar apoyo a los esfuerzos de los Estados Miembros en pos de formar y fortalecer las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y las capacidades básicas en los puntos designados de entrada.
- Evaluar los sucesos pertinentes (incluidas las evaluaciones en el lugar, cuando sea necesario) y determinar si un suceso particular constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, con el asesoramiento de un comité de expertos externos.
- Elaborar y recomendar medidas para su uso por parte de los Estados Miembros durante una emergencia de salud pública de importancia internacional (con el asesoramiento de un comité de expertos externos).
- Proporcionar asistencia técnica a los Estados Miembros en su respuesta a las emergencias de salud pública de trascendencia internacional.
- Actualizar el Reglamento Sanitario Internacional (2005), sus anexos y directrices para mantener su validez científica y reglamentaria.

Los recursos financieros de la salud pública

El elemento de que trata esta sección se refiere a la colección, la utilización y el manejo de los recursos para la ejecución de las acciones de salud pública, incluidas las funciones esenciales de la salud pública, así como la repercusión de estos recursos sobre la salud de la población y el sistema de salud pública.⁹⁸ Los recursos financieros asignados a las acciones de salud pública no solo cuantifican en términos monetarios los recursos

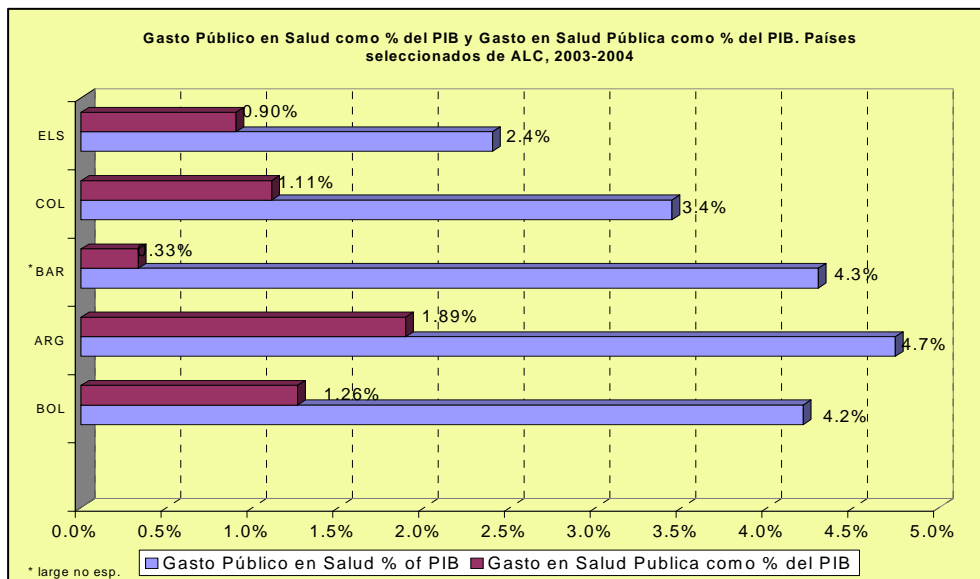
⁹⁷ OPS/OMS, International Health Regulations (2005): Basic information for national policy-makers and partners, Folleto, <http://www.paho.org/english/dd/pin/IHR07eng.pdf>.

⁹⁸ Adaptado de Honoré y Amy, "Public Health Finance."

humanos, de organización, de información y tecnológicos mencionados en las secciones anteriores, sino también representan la importancia que otorga la sociedad a las acciones de salud pública. Por consiguiente, son una medida del nivel de la asignación de prioridades que cada país brinda a la salud pública.⁹⁹

Un factor que influye en la asignación de los recursos para la salud pública es su naturaleza de bien público. Los individuos quizá sean renuentes a pagar directamente por los servicios de salud pública porque no pueden recibir las prestaciones personalmente. Por consiguiente, los gobiernos son generalmente los financiadores principales de las acciones de salud pública y los responsables de asegurar que haya suficientes recursos y una sostenible fuente de financiamiento para las actividades de salud pública. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la atención y los recursos de los gobiernos han estado centrados en los servicios de salud personales (diagnóstico, servicios clínicos de tratamiento y servicios basados en el hospital que consumen una proporción mayor del presupuesto sanitario del gobierno). Se calcula que el gasto en las actividades asociadas con salud pública en las Américas representa menos de 2% del PIB como muestra la Figura 7.

Figura 7: Gasto Público en Salud



Source: Amparo Gordillo-Tobar, "Medición del Gasto en Salud Pública."

⁹⁹ Turnock, *Public Health: What It Is and How It Works*.

En los Estados Unidos, la mayor parte del gasto en salud, hasta 95% de acuerdo con algunos cálculos, se dirige a la atención individual y la investigación biomédica. Sin embargo, existen pruebas fehacientes de que el comportamiento y el ambiente son causantes de más de 70% de los casos de mortalidad prevenible y que la asistencia sanitaria es solo uno de los varios factores determinantes de la salud.¹⁰⁰ Además los beneficios de las inversiones actuales en atención de salud son inaccesibles para muchos debidos a la falta de seguro médico o de acceso a los servicios. Un estudio reveló que, en 2004, sólo 3% del presupuesto nacional de los Estados Unidos se asignó a actividades de salud pública.¹⁰¹ En la actualidad, debido a las nuevas amenazas como el bioterrorismo y la gripe aviar, se renovó el interés en la salud pública, lo que posiblemente repercutirá en la asignación de los recursos.

La razón de la escasez de recursos financieros asignados a la salud pública es similar a los motivos que conllevan a un financiamiento insuficiente de los programas de promoción de la salud, a saber: (i) obstáculos al calcular precisamente los costos monetarios y beneficios de las actividades de promoción, (ii) la incapacidad de la institución financiadora para asimilar todos los beneficios de su inversión, y (iii) la brecha grande de tiempo entre el financiamiento de una dada intervención y el efecto que eventualmente conducirá a una reducción de los costos. Esto exige el desarrollo y la aplicación de mejores herramientas para medir insumos y resultados y la implementación de mecanismos de incentivo, haciendo más atractivas las inversiones en promoción de la salud y en salud pública.

La situación cierta del gasto de salud pública no se conoce con exactitud porque no se mantienen cuentas detalladas para las actividades básicas de la salud pública y, por consiguiente, no se puede determinar su costo exacto. Esta falta de información obstaculiza la capacidad de asignar recursos basados en el criterio de racionalidad. Además, ministerios de salud deben tener la capacidad de negociar la asignación de recursos con otros ministerios y demostrar el costo-efectividad de invertir en la salud pública. Saber los niveles actuales del gasto y compararlos con el costo calculado requerido para el desempeño adecuado de las acciones de salud pública (de acuerdo con las necesidades del país) permitirá la cuantificación de los recursos adicionales necesarios para llenar el vacío.

El conocimiento de las fuentes y de los usos de los recursos de salud pública sigue siendo escaso. Los datos no se encuentran fácilmente disponibles en los modelos de asignación de recursos y todavía no se han identificado los métodos para medir el impacto de la asignación de fondos. La sostenibilidad del

¹⁰⁰ IOM, *The Future of the Public's Health in the 21st Century*.

¹⁰¹ Arthur L. Sensenig, "Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditures Accounts: The United States Experience," *Journal of Public Health Management and Practice* 12(2), 2007, 104.

*financiamiento también es obstaculizada por la ausencia de información sobre las estrategias de financiamiento innovadoras.*¹⁰²

El hecho de que la salud pública no se encuentra bajo la responsabilidad de una sola institución también complica el proceso de monitoreo y estimación de los gastos. Como se mencionó anteriormente, la responsabilidad del ejercicio de la salud pública se comparte entre diferentes organizaciones, tanto internas como externas al sector de la salud. En este contexto, resulta difícil determinar exactamente cuánto se necesita y cómo maximizar estos recursos, ya que distintas instituciones responsables de llevar a cabo acciones de salud pública administran sus propios presupuestos. Turnock declara que en los Estados Unidos, se calcula que las organizaciones no gubernamentales son responsables de la provisión de cerca de un cuarto a un tercio del total de los servicios de salud pública esenciales al nivel de la comunidad. El autor alega que el costo de estas actividades también debe considerarse al calcular el gasto total para la salud pública.¹⁰³

Recientemente, la brecha en la información está reduciéndose con los intentos de algunos países de separar el gasto en salud pública del gasto regular en atención individual. La mayoría de los países preparan Cuentas Nacionales de Salud (CNS) que les permite identificar cuánto se gasta en el sector salud. Sin embargo, un reto se refiere a la necesidad de identificar el gasto en salud pública empleando las categorías usadas en las metodologías de contabilidad nacionales que en muchos casos no diferencian entre la salud pública y los servicios de salud personales. Otro factor importante es que, según previamente mencionado, no hay ninguna definición de la salud pública universalmente aceptada.¹⁰⁴

Los principios internacionalmente aceptados de contabilidad codificados en los Sistemas de Cuentas Nacionales (SCN), respaldados por las NNUU, proporcionan alguna orientación con respecto a los límites de la salud pública. El SCN diferencia entre los servicios individuales y colectivos por lo tanto definiendo lo que debe categorizarse como actividades de salud pública del gobierno en contraposición con la provisión pública de los servicios de asistencia individual. El SCN define los servicios colectivos (públicos) por las siguientes características:

- 1. Los servicios colectivos pueden prestarse simultáneamente a cada miembro de la comunidad o a individuos de una sección específica de la comunidad como de una región particular o de una localidad.*
- 2. El uso de tales servicios es generalmente pasivo y no requiere un acuerdo explícito o participación activa de todos los individuos involucrados.*

¹⁰² Honoré and Amy, "Public Health Finance."

¹⁰³ Turnock, *Public Health: What It Is and How It Works*.

¹⁰⁴ Sensenig, "Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditures Accounts: The United States Experience."

3. *La prestación de un servicio colectivo a un individuo no reduce la cantidad a disposición de otros en la misma comunidad o sección de la comunidad. No hay ninguna rivalidad en la adquisición.*¹⁰⁵

Como parte del proceso de identificar, medir y analizar la inversión del gobierno en el sistema de salud pública, países como los Estados Unidos y Canadá han empezado el proceso de refinar los cálculos del gasto de salud pública según medido en Cuentas Nacionales de Gasto en Salud.

En el Canadá, el esfuerzo ha centrado en la desagregación de la categoría de salud pública en las Cuentas Nacionales de Gasto en Salud. La categoría de salud pública incluía originalmente las siguientes clasificaciones: medidas para prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles, la inocuidad de los alimentos y de los medicamentos, las inspecciones de salud, la promoción de la salud, los programas comunitarios de salud mental, la enfermería de salud pública y la administración general de los departamentos de salud pública. A fines de los años noventa, el Instituto Canadiense para la Información en Salud realizó una serie de estudios de factibilidad que examinaron la posibilidad de redefinir la clasificación de salud pública al crear dos categorías separadas: la salud pública y administración. En 2005, se separaron estas dos categorías y se emprendió una evaluación completa de los cálculos provinciales y territoriales. Variaciones significativas fueron encontradas en los resultados debido a las diferencias en la notificación de los gastos de salud pública. Este ejercicio reveló la dificultad de comparar las cifras entre las provincias debido a la falta de una definición común de salud pública y de un marco de trabajo compartido para clasificar los gastos.¹⁰⁶

Asimismo, los Estados Unidos también han estado involucrados en el perfeccionamiento de la evaluación de la práctica de salud pública del gobierno. Tres desafíos principales fueron identificados en un informe recientemente elaborado sobre el tema: (i) la falta de una definición común de las actividades que componen la práctica de la salud pública que pueda guiar la recopilación de datos a los niveles federales, estatales y locales; (ii) problemas con los instrumentos de recopilación de datos existentes en relación al monitoreo de los gastos en salud del gobierno; y (iii) la falta de datos sobre los gastos públicos estatales y locales en las actividades de salud pública. Para calcular los gastos de salud pública, es necesario examinar detalladamente el presupuesto federal cada año, con atención especial al hecho de que las actividades de salud pública del gobierno aparecen generalmente en los presupuestos de varias organizaciones. El informe concluye que la investigación en sistemas de salud pública puede ser la solución para cerrar la brecha entre la práctica de la salud pública y el financiamiento de la salud pública.

En el artículo "Public Health Finance: Fundamental Theories, Concepts and Definition," Honoré y Amy plantean varias estrategias para mejorar la asignación y la sostenibilidad de los recursos fiscales para la salud pública. En el

¹⁰⁵ Honoré and Amy, "Public Health Finance."

¹⁰⁶ Geoff Ballinger, "Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditures Accounts: The Canadian Experience," *Journal of Public Health Management and Practice* 13(2), 2007.

campo de la función rectora, deben ejecutarse cuatro acciones principales. Primero, los países deben realizar una evaluación del financiamiento existente para la salud pública, seguida por la elaboración de un plan de inversiones en salud pública. Segundo, deben fijarse metas para el financiamiento de salud pública (cuánto se necesita para lograr un desempeño adecuado de las funciones de salud pública, por ejemplo). Tercero, el gobierno debe garantizar la transparencia financiera, inclusive mediante la adopción de legislación y de otras medidas normativas y de cumplimiento. Cuarto, los países deben hacer un mejor trabajo para concientizar acerca de la importancia de la salud pública, lo que tendrá una repercusión sobre la asignación de los recursos para esta esfera.¹⁰⁷

En el área de la educación, Honoré and Amy proponen las siguientes acciones: a) la determinación de las competencias necesarias de la fuerza laboral en cuanto a la gestión financiera, b) la creación y promoción de más cursos de grado en torno a las finanzas de la salud pública, y c) la creación de mecanismos de acreditación para los profesionales de finanzas de salud pública. Asimismo, en el campo de la investigación, también se necesita un temario de investigaciones en finanzas de salud pública, junto con los mecanismos para atraer a los académicos y a los estudiantes a este campo. Por último, en cuanto a la práctica de las finanzas de salud pública, "hay una necesidad inmediata de poner en marcha las prácticas de gestión financiera paliativas en torno a la salud pública".¹⁰⁸

V. De la conceptualización a la operacionalización: Evaluación de la situación de la capacidad de salud pública en la Región de América Latina y el Caribe

La formulación de políticas, planes y estrategias para fortalecer la salud pública debe basarse en una evaluación exacta del estado actual de la capacidad de salud pública. Es más, al considerar los planes para fortalecer la salud pública, es importante adaptarlos al contexto único de cada país, dado que las necesidades específicas variarán significativamente de acuerdo con la densidad de población, el perfil epidemiológico, la cantidad y la distribución geográfica de los recursos materiales y humanos así como con la historia y cultura de cada sistema de salud.

Además de los datos resultantes de la iniciativa "La salud pública en las Américas", existen numerosos estudios que intentan evaluar el estado de las capacidades específicas de salud pública en ALC.¹⁰⁹ Sin embargo, como se mencionó anteriormente, se necesitan herramientas más sensibles y específicas para no solo identificar en un

¹⁰⁷ Honoré and Amy, "Public Health Finance."

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Roberto Badía, Freddy Cárdenas y Miguel Angel González Block, *Nicaragua modernización de los hospitales del MINSA: propuesta de préstamo* (Managua: MINSA, 1998). Ministerio de Salud de Panamá, *La red pública de servicios de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad* (Panamá: Ministerio de Salud, Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión, Sept. 2003). Adela Rosenkranz, *Estudio de factibilidad técnica para establecer laboratorios e implantar el control biológico de medicamentos en países seleccionados del Istmo Centroamericano* (Panamá, Washington, D.C: OPS/OMS, 1986). Daniel Bitran, *Impacto económico de los desastres naturales en la infraestructura de salud* (Washington, D.C: OPS/OMS, 1996). Aracely de León y cols., *Análisis de la disponibilidad de recursos humanos, de los currícula y la infraestructura física de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia referente a la formación de personal, en ciencia y tecnología farmacéutica* (Guatemala: OPS/OMS, 1990). Rocio Pinto Beltran, *Evaluación de la infraestructura sanitaria de la Caja Nacional de Salud en La Paz* (tese de maestría, Universidad Mayor de San Andrés, 1993).

micronivel las debilidades en las capacidades sino también cómo hacer la transición a un plan de acción para fortalecerlas.

La OPS/OMS ha elaborado varias herramientas metodológicas que pueden usarse con este fin, incluidas, entre otras, el instrumento *de medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública* y el *instrumento de evaluación de las capacidades de respuesta de vigilancia* actualmente en elaboración.¹¹⁰ La OPS/OMS también ha elaborado y aplicado otros instrumentos que generan información útil para la evaluación de elementos específicos de capacidad en salud pública como: (i) *la herramienta de mapeo de la autoridad sanitaria nacional*, (ii) *el instrumento metodológico para la evaluación del desempeño de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional*, (iii) *los lineamientos metodológicos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud*, y (iv) *la metodología de análisis del sector salud*. Además, otras instituciones como el CDC, USAID y JSI Inc. también han creado herramientas de evaluación, que se describirán en más detalle en esta sección.

El Cuadro 1 contiene una lista de las herramientas de evaluación seleccionadas y los elementos para los cuales pueden ser sumamente útiles. Asimismo, el Cuadro 2 incluye una lista con otras herramientas metodológicas que generan información relevante para evaluar el estado de la capacidad de salud pública, aunque tengan un carácter más descriptivo. Vale la pena mencionar que la mayoría de estos instrumentos se orientan a evaluar/describir las capacidades a nivel del sistema de salud. Sin embargo, contienen indicadores o medidas que pueden aplicarse al funcionamiento de los sistemas de salud pública y afectarlos. Por último, la lista proporcionada a continuación no es exhaustiva, puede haber otras herramientas y metodologías adicionales disponibles, especialmente a nivel de país, que siempre pueden agregarse al cuadro. Luego se incluye una breve descripción de la mayoría de las herramientas que figuran en el cuadro y, para aquellas herramientas que no se describen, se proporciona las fuentes donde se puede obtener más información.

¹¹⁰ Se puede acceder a estas herramientas en el sitio electrónico de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en ALC (LACHEALTHSYS): www.lachealthsys.org.

Cuadro 1: Herramientas o instrumentos seleccionados para evaluar el estado de la capacidad de la salud pública

| Herramientas o instrumentos de evaluación seleccionados | Herramientas o instrumentos seleccionados para evaluar el estado de la capacidad de la salud pública | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------------------|--|-------------------|
| | Elementos de la capacidad de salud pública | | | | |
| | Fuerza de Trabajo | Sistemas de Información | Tecnologías de la salud | Capacidad institucional y organizacional | Recursos fiscales |
| Herramientas creadas por la OPS y la OMS | | | | | |
| Instrumento para evaluación del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública | X | X | X | X | |
| Instrumento para la evaluación del desempeño de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional | | | | X | |
| Instrumento de evaluación de las capacidades de respuesta y vigilancia, en elaboración | | X | X | X | |
| Guía para la evaluación rápida de los RRHH para la salud (OMS) | X | | | | |
| Marco de la Red de Métricas de Salud (OMS) | | X | | | |
| Herramientas creadas por otras instituciones | | | | | |
| Desempeño de la gestión de los sistemas de información de rutina o PRISM (MEASURE Evaluation y JSI) | | X | | | |
| Evaluación del desempeño del sistema de salud pública del Estado (CDC) | X | X | X | X | X |
| Evaluación del desempeño del sistema de salud pública local (CDC) | X | X | X | X | X |
| Instrumento de evaluación de la gobernanza de la salud pública local (CDC) | | | | X | |
| Directrices de evaluación de las necesidades del sistema de salud del Proyecto del Milenio de las NNUU | | | | | X |

Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.¹¹¹ Este instrumento de medición ofrece un marco de trabajo común para medir el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en todos los países de las Américas y, al mismo tiempo, respeta la estructura orgánica del sistema de salud de cada país. Por consiguiente, en los países con una estructura federal o unitaria, el instrumento

¹¹¹ Disponible en inglés, en español, en portugués y en francés en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=39&Itemid=50.

sigue el modelo de organización y el proceso de distribución de las competencias de cada autoridad sanitaria nacional. Para analizar los resultados de medición, se estableció un sistema de calificación que permite cuantificar las respuestas cualitativas de las mediciones y submediciones. Además, se formularon criterios para cada indicador a fin de clasificar las puntuaciones obtenidas como puntos fuertes o puntos débiles.

La autonomía de las autoridades sanitarias nacionales se respetó en la selección de los participantes de los grupos de trabajo que realizaron la medición. Se prestó especial atención para garantizar una participación equilibrada tanto de los niveles nacionales como subnacionales de las autoridades sanitarias nacionales. Se hizo hincapié en incluir a representantes de los niveles intermedios como los departamentos, estados o provincias. También se promovió la participación de expertos dentro del sector académico, de la seguridad social, de las organizaciones no gubernamentales y otros actores en la comunidad de salud pública nacional. Durante quince meses de colaboración continua entre abril de 2001 y junio de 2002, un total de 41 talleres nacionales tuvieron lugar para medir el desempeño de las 11 FESP en la Región. Todo el proceso contó con amplia participación de los grupos seleccionados para el ejercicio de medición y con el apoyo pleno de los ministros de salud. Los equipos de expertos brindaron apoyo adicional, como representantes de las organizaciones que participaron en el diseño del instrumento de medición, y actuaron como facilitadores externos.

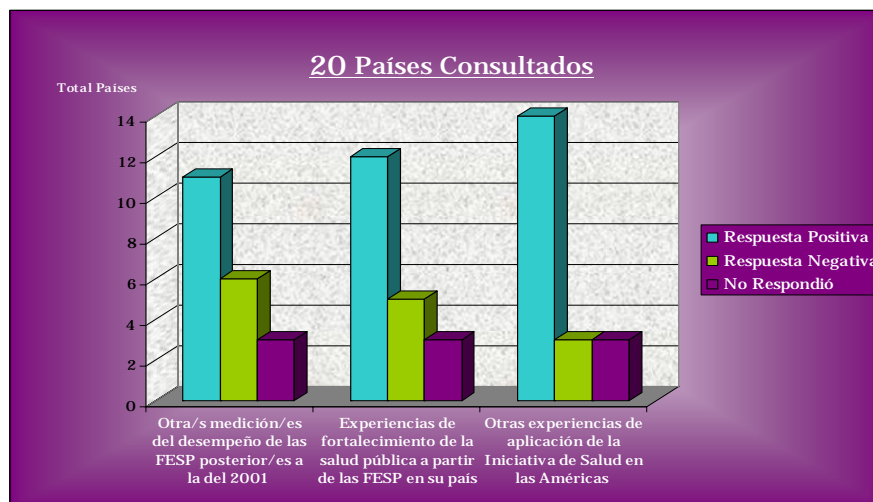
La iniciativa "La salud pública en las Américas" logró determinar varios indicadores que pueden usarse para evaluar el estado de los diferentes elementos que comprenden la capacidad de salud pública. Sin embargo, para medir un elemento específico, es necesario examinar varias funciones esenciales de la salud pública. Por ejemplo, los indicadores enumerados a continuación pueden ser utilizados para medir diferentes capacidades en salud pública:

- *Apoyo experto y recursos para la vigilancia del estado sanitario.*
- *Apoyo técnico para vigilar y evaluar el estado sanitario.*
- *Capacidad de vigilancia en la salud pública.*
- *Capacidad en materia de laboratorios de salud pública.*
- *Desarrollo de la capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública.*
- *Manejo de la cooperación internacional en salud pública.*
- *Conocimientos, aptitudes y mecanismos para examinar, mejorar y hacer cumplir los reglamentos.*
- *Descripción del perfil de la fuerza de trabajo de salud pública.*
- *Educación continua y formación de posgrado en materia de salud pública.*
- *Sistemas para el manejo de tecnologías y evaluación de tecnologías sanitarias que apoyan la toma de decisiones en salud pública.*
- *Desarrollo de la capacidad institucional de investigación.*

Un desarrollo interesante con respecto a la aplicación del instrumento de medición de las FESP se refiere a las mediciones subnacionales que se llevaron a cabo en los países seleccionados de las Américas. En Brasil, el instrumento de medición de las FESP fue traducido al portugués, adaptado a la estructura de gestión descentralizada del Sistema Unificado de Salud (SUS), y aplicado en seis estados brasileños: Goiás, Rondônia, Ceará, Mato Grosso, Sergipe y Tocantins. Además, se desarrolló una metodología para la preparación de agendas de fortalecimiento con el objetivo de elaborar planes concretos de mejora del desempeño de las FESP. El instrumento también se adaptó a nivel subnacional y se aplicó en Argentina, Colombia, Costa Rica, Honduras y Perú.¹¹² Estos países, con el apoyo de la OPS/OMS, tomaron la delantera en la adaptación de la herramienta para su aplicación a nivel subnacional. Este proceso refleja claramente el compromiso a nivel de país y local para mantener a la salud pública a la vanguardia de los programas sanitarios y de desarrollo generales.

Además de las aplicaciones subnacionales mencionadas arriba, otros países de la Región han realizado evaluaciones nacionales de seguimiento con la finalidad de identificar cambios en el estado de las FESP con el transcurso del tiempo, mientras otros han utilizado los resultados de la primera medición y/o de las evaluaciones posteriores para la elaboración de planes de fortalecimiento. El gráfico abajo incluye información a cerca de las iniciativas en vigencia de medición y fortalecimiento de las FESP en la Región.¹¹³

Figura 8: Iniciativas en vigencia de medición y fortalecimiento de las FESP en América Latina, 2006



¹¹² Informes disponibles en el sitio electrónico: www.lachealthsys.org.

¹¹³ El gráfico fue elaborado con base en los resultados de una encuesta realizada con la participación de las Oficinas Regionales de OPS/OMS en 20 países de la Región de las Américas. Fuente: Carrissa Etienne, Balance y Perspectivas de las FESP en América Latina, OPS/OMS, Lima, Perú, 29-31 Mayo, 2007.

Instrumento para la medición del desempeño de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional.¹¹⁴ Esta herramienta es especialmente útil para evaluar la *capacidad institucional y organizacional*. Su aplicación permite a los países generar una evaluación de puntos de comparación que facilitará y fortalecerá la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales de los países de ALC para determinar los factores fundamentales que deben considerarse en la definición de las estrategias y los planes para fortalecer sus sistemas de salud y, en consecuencia, su capacidad para mejorar los resultados sanitarios.

Instrumento de evaluación de las capacidades de respuesta y vigilancia (Reglamento Sanitario Internacional). Como parte del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional 2005, la unidad de Enfermedades Transmisibles de la OPS actualmente está elaborando el "*Instrumento de evaluación de las capacidades de respuesta y vigilancia*". Esta nueva herramienta formará parte del proceso que los países seguirán para evaluar sus servicios de salud pública y analizará no solo la vigilancia y los servicios de laboratorio asociados con el Ministerio de Salud, sino también los distintos programas responsables de la lucha contra las enfermedades y el control de vectores, la inocuidad de los alimentos y del agua, la zoonosis, la comunicación social y los servicios de asistencia sanitaria para las enfermedades infecciosas, incluido el control de las infecciones (tanto ambulatorio como hospitalario). Se espera que esta herramienta y proceso de evaluación se difundan en los próximos meses.

Marco de la Red de Métricas de Salud.¹¹⁵ La adopción de decisiones de salud pública, como se observa en la parte anterior de este documento, depende enormemente de la generación de la "inteligencia de salud", que se produce como resultado del procesamiento correcto de la información sanitaria oportuna y de calidad.¹¹⁶ El marco elaborado por la Red de Métricas de Salud (RMS), una iniciativa lanzada por la OMS, tiene por finalidad "aumentar la disponibilidad y el uso de información sanitaria oportuna y exacta en los países y a nivel mundial mediante un acuerdo compartido sobre las metas y la inversión coordinada en sistemas de información sanitaria."¹¹⁷ El Marco tiene dos metas principales: 1) a nivel de país, debe permitir una evaluación y un diagnóstico de puntos de comparación de los sistemas de información sanitaria, una hoja de ruta para la formulación de planes de información sanitaria y para el seguimiento y la evaluación permanentes, y 2) debe permitir el acceso y el uso de mejor información sanitaria. El apoyo de la RMS se centra en los países de ingresos medios y bajos.

La aplicación del marco de la RMS primero debe tener en cuenta la realidad de que el alcance, la forma y el contenido del fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria dependerán de factores localmente específicos como la estructura del gobierno, el nivel de desarrollo, las capacidades institucionales y la asequibilidad

¹¹⁴ Disponible solo en español en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=170&Itemid=152&lang=en.

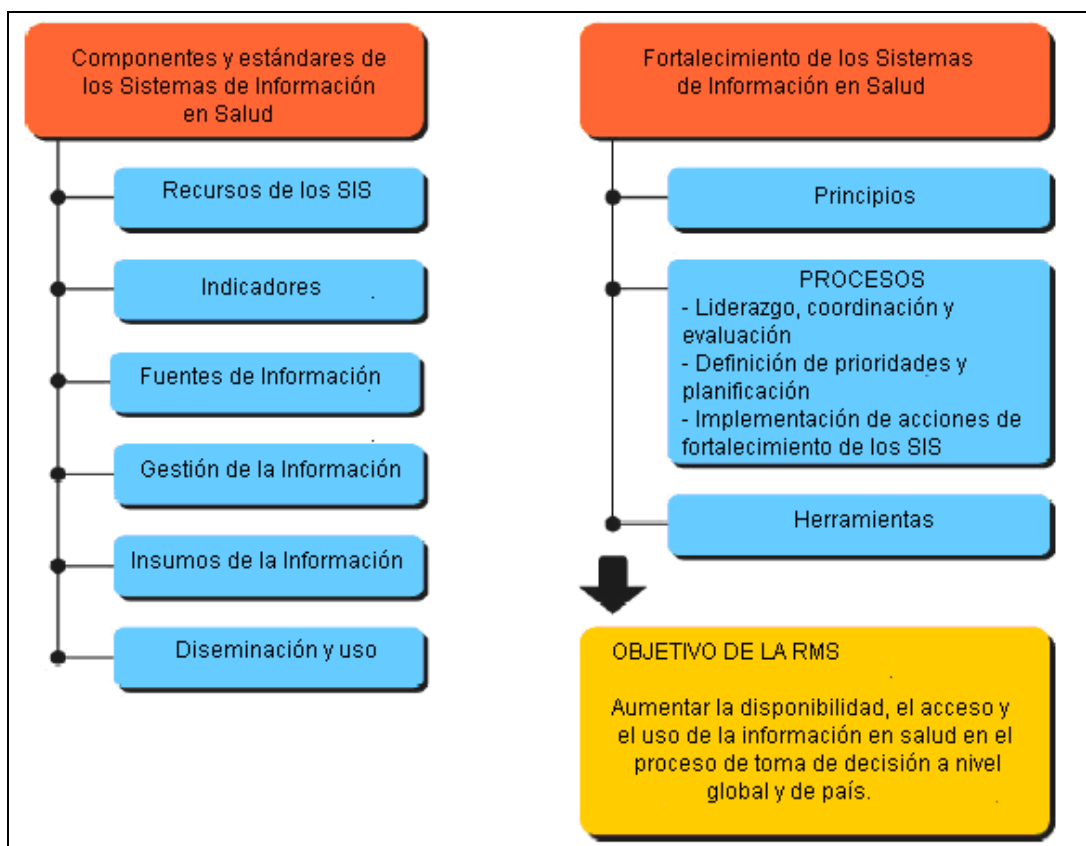
¹¹⁵ Disponible en: <http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/index.html>.

¹¹⁶ AbouZahr and Boerma, "Health information systems."

¹¹⁷ Tony Williams, "Building health information systems in the context of national strategies for the development of statistics," *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 83(8) (2005), <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/editorial30805html/en/index.html>.

(véase la figura a continuación). Los principios que deben guiar la ejecución del marco de la RMS incluyen: a) el liderazgo y el sentido de propiedad en el país, b) un énfasis en las necesidades de los países individuales, c) construir sobre lo que ya existe, d) el logro de un amplio consenso, y e) el desarrollo de los sistemas de información sanitaria como un proceso gradual.¹¹⁸ Se reconocieron cinco fases de la ejecución, a saber: 1) la evaluación, 2) la coordinación y el liderazgo, 3) la planificación y el establecimiento de prioridades, 4) la ejecución de las actividades de fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, y 5) el seguimiento, la evaluación y la reprogramación.

Figura 9: Marco del RMS



Fuente: Red de Métricas de Salud, *Framework and Standards for Country Health Information Systems*.

¹¹⁸ Se puede encontrar información más detallada sobre cómo aplicar el marco de la Red de Métricas de Salud junto con la herramienta que se puede emplear para evaluar la situación actual de los sistemas de información sanitaria en <http://www.who.int/healthmetrics/TAGmeetingDec/en/index.html>

Marco de Gestión de Desempeño de los Sistemas Rutinarios de Información (PRISM por su sigla en inglés).¹¹⁹ El marco conceptual de este método, elaborado por MEASURE Evaluation y John Snow Inc.¹²⁰, creó herramientas para establecer los puntos fuertes y los puntos débiles del desempeño del sistema de información sanitaria corriente y los factores asociados. Se pueden utilizar las herramientas para diseñar un sistema nuevo, para evaluar un sistema existente o para evaluar las repercusiones de las intervenciones en el sistema de información sanitaria. Este marco incluye las siguientes herramientas:¹²¹

1. *Herramienta de diagnóstico de desempeño.* Determina el nivel general de desempeño del sistema de información sanitaria, es decir, el nivel de calidad de los datos y el uso de la información. Capta los factores determinantes técnicos del desempeño de los sistemas de información sanitaria corriente, como el nivel de complejidad de los formularios para la recolección de datos y la facilidad de uso de la tecnología de la información.
2. *Panorama general y lista de verificación del establecimiento o de las oficinas.* Esta herramienta examina los factores determinantes técnicos, como la estructura y el diseño de los sistemas existentes de información en el sector de la salud, los flujos de información y la interacción entre distintos sistemas de información.
3. *Herramienta de evaluación de la organización y las conductas.* Esta herramienta establece los factores conductuales y de organización que afectan al desempeño de los sistemas de información sanitaria. Los factores determinantes conductuales incluyen el nivel de exigencia de datos, la motivación, la confianza, la competencia con respecto a la tarea y las aptitudes de solución de problemas. Los factores de organización incluyen el nivel de promoción de una cultura de la información, los criterios de mérito y el uso de los sistemas de información sanitaria para la evaluación de desempeño.
4. *Herramienta de evaluación de la gestión.* Esta herramienta está diseñada para evaluar rápidamente la situación de las prácticas de gestión de los sistemas de información sanitaria corriente y ayuda a formular las recomendaciones para una mejor gestión.

Lineamientos de evaluación de las necesidades del sistema de salud del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.¹²² Los lineamientos desarrollados por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas ayudan a determinar las necesidades y los costos relacionados con el logro de los objetivos de desarrollo del milenio. En concreto, este método requiere grupos de trabajo en los países para: a) realizar una *evaluación de las necesidades* que cuantifica los requisitos y suministra información a fin de planificar y presupuestar las inversiones y el gasto público, b) crear una matriz de intervenciones para acciones a mediano y a largo plazo, c) llevar a cabo un *análisis*

¹¹⁹ Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=191&Itemid=219.

¹²⁰ Evaluación MEASURE fue fundada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y fue puesta en marcha por el Carolina Population Center en la Universidad de Carolina del Norte en asociación con Constella Futures, John Snow, Inc., Macro International Inc. y Tulane University. Para averiguar más sobre la evaluación MEASURE visite www.cpc.unc.edu/measure.

¹²¹ Evaluación MEASURE y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), *Using PRISM to strengthen and evaluate health information systems*, folleto, <https://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/fs-07-18.pdf>.

¹²² Disponible en: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/UserGuide-HealthSystem.pdf>.

de costos que incluyan los costos año a año a fin de que proporcionen una guía para la planificación presupuestaria eficaz de varios años y a mediano plazo, y d) celebrar las consultas intersectoriales para enriquecer y legitimar los resultados y las conclusiones clave del grupo de trabajo.¹²³ La aplicación de este método permitirá que los países determinen los costos de satisfacer estas necesidades. Al celebrar consultas intersectoriales para tratar los resultados de aplicar esta metodología, los países pueden lograr consenso y apoyo a las intervenciones de políticas que se han establecido como más apropiadas o eficaces.

Herramientas creadas por los CDC.¹²⁴ La *Evaluación del desempeño del sistema de salud pública del estado*, la *Evaluación del desempeño del sistema de salud pública local* y los *Instrumentos de evaluación de la gobernanza de la salud pública local* son herramientas creadas por el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Este programa es un esfuerzo colaborativo por mejorar la calidad de la práctica de la salud pública y el desempeño de los sistemas de salud pública en los Estados Unidos. Siete organizaciones de salud pública nacionales se han asociado para elaborar normas de desempeño nacionales para los sistemas estatales y locales de salud pública.¹²⁵ Estas herramientas se actualizaron recientemente (en el año 2007) y los CDC han declarado que, si hay considerable interés, estas herramientas pueden traducirse al español y adaptarse a los niveles locales o comunitarios para su aplicación en los países de América Latina y el Caribe.¹²⁶

- *Herramienta de evaluación del desempeño del sistema de salud pública del Estado.* Este instrumento se centra en el "sistema estatal de salud pública", que incluye organismos estatales de salud pública y otros asociados que contribuyen a los servicios de salud pública a nivel estatal.
- *Herramienta de evaluación del desempeño del sistema de salud pública local.* Este instrumento se centra en el "sistema de salud pública" o todas las entidades "locales" que contribuyen a los servicios de salud pública dentro de una comunidad.
- *Herramienta de evaluación de la gobernanza de la salud pública local.* Este instrumento se centra en el cuerpo directivo responsable de la salud pública a nivel local. Estos cuerpos directivos pueden incluir juntas sanitarias, los consejos o los comisionados de condado. Esta herramienta es más corta en duración que las evaluaciones estatales o locales.

Cuatro conceptos han ayudado a enmarcar el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública:¹²⁷

¹²³ Presidential Commission on the Millennium Development Goals (COPDES) and the United Nations Country Team in the Dominican Republic (UNCT). "Investing in the Sustainable Development of the Dominican Republic." *COPDES & UNCT* 2005.

¹²⁴ Disponible en: <http://www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/NewInstrument.htm>.

¹²⁵ Estas organizaciones son: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office of the Chief of Public Health Practice (CDC / OCPHP), American Public Health Association (APHA), Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO), National Association of County and City Health Officials (NACCHO), National Association of Local Boards of Health (NALBOH), National Network of Public Health Institutes (NNPHI) y Public Health Foundation (PHF).

¹²⁶ El CDC brindó apoyo para algunos de los 41 países que participaron en las evaluaciones de las funciones esenciales de la salud pública a nivel de país. Los resultados se compilaron en OPS/OMS, *La salud pública en las Américas*.

¹²⁷ National Public Health Performance Standards Program (NHPSP), NHPSP Fact Sheet, <http://www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/nphpspfactsheet.htm>.

- Las normas están diseñadas en torno a diez *servicios esenciales de salud pública* para asegurar que puedan abarcar plenamente la gama de acción de salud pública necesaria a nivel del estado y de la comunidad.
- Las normas se centran en el **sistema general de salud pública** (todas las entidades públicas, privadas y voluntarias que contribuyen a las actividades de salud pública dentro de un área determinada), en lugar de en una única organización. Esto garantiza que las contribuciones de todas las entidades se reconozcan al evaluar la prestación de los servicios esenciales de salud pública. Esto constituye la principal diferencia entre las herramientas de los CDC y la herramienta de medición de las funciones esenciales de la salud pública, que se concentra exclusivamente en las autoridades sanitarias nacionales.
- Las normas describen un nivel óptimo de desempeño en lugar de proporcionar expectativas mínimas. Esto garantiza que las normas puedan usarse para la mejora continua de la calidad. Las normas pueden estimular un mayor logro y proporcionar un nivel al que todos los sistemas de salud pública pueden aspirar alcanzar.

Cuadro 2: Herramientas o instrumentos seleccionados que generan información sobre el estado de la capacidad de la salud pública

| Herramientas o instrumentos seleccionados | Herramientas o instrumentos seleccionados que generan información sobre el estado de la capacidad de la salud pública | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|--|-------------------|
| | Elementos de la capacidad de salud pública | | | | |
| | Fuerza de Trabajo | Sistemas de Información | Tecnologías de la salud | Capacidad Institucional y Organizacional | Recursos fiscales |
| Herramientas creadas por la OPS y la OMS | | | | | |
| Lineamientos metodológicos Perfiles de sistemas de salud | X | X | X | X | X |
| Lineamientos metodológicos Análisis sectorial en salud | X | X | X | X | X |
| Herramienta de mapeo de las autoridades sanitarias nacionales | | | | X | |
| Marco para caracterización de la fuerza de trabajo de salud pública | X | | | | |
| Marco armonización de las FESP con la clasificación funcional de gastos | | | | | X |
| Marcos operativos básicos para tecnologías sanitarias esenciales (OMS) | | | X | | |

Lineamientos metodológicos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud.¹²⁸ La herramienta que se aplica con mayor frecuencia en los países de ALC son los *Lineamientos metodológicos para la elaboración de perfiles de los sistemas de salud*. Los perfiles de los sistemas de salud son descripciones concisas de la estructura y de la dinámica de los sistemas de salud, y también pueden usarse para el seguimiento y la evaluación de cambios en los sistemas de salud. Su aplicación genera información sobre los cinco elementos de la infraestructura de las funciones esenciales de la salud pública. En concreto, pide a los países que suministren información sobre la cantidad y el desarrollo de los recursos humanos, los factores determinantes de la salud y las tendencias epidemiológicas y demográficas, el suministro actual de recursos físicos como los hospitales y los medicamentos, la asignación de recursos financieros, al igual que información sobre cómo todos estos elementos se organizan mediante el uso de la *función de rectora* de las autoridades sanitarias nacionales. Los perfiles de los sistemas de salud han sido completados con respecto a 35 países de la Región de América Latina y el Caribe, y se ponen en marcha iniciativas de actualización cada tres años.

Lineamientos metodológicos para el análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas.¹²⁹ Otra herramienta que se aplicó en la Región de ALC, aunque en menor medida, son los *Lineamientos metodológicos para el análisis del sector de la salud*. Generan un análisis integral del sector de la salud en su totalidad -incluido un análisis de la organización institucional del sector y de la planificación y la gestión de sistemas y servicios de salud- y su aplicación proporciona información valiosa que puede usarse para evaluar las capacidades de salud pública. Además, las dificultades que se encuentran a lo largo del proceso de completar el Análisis del Sector de la Salud (o los Perfiles) pueden dar una indicación del estado actual de la salud pública en el país. Por ejemplo, si no se pueden completar los cuadros requeridos, eso quizá sea un buen indicador de la capacidad de llevar a cabo las acciones de salud pública.

Herramienta de mapeo de la autoridad sanitaria nacional. Esta herramienta ayuda a identificar a los actores relevantes en el sector de salud pública y genera información a cerca de la capacidad institucional y organizacional.

Marco para la caracterización de la fuerza laboral de salud pública. El primer paso para desarrollar y fortalecer la fuerza de trabajo en salud pública consiste en su caracterización. Rosenberg y Lovell,¹³⁰ con el apoyo de la OPS/OMS, han elaborado una metodología para definir a la FTSP, que está actualmente en la etapa de realizar pruebas piloto en tres países de la Región. Este método emplea información cualitativa para determinar la fuerza de trabajo formal e informal, tanto a nivel nacional como infranacional. Además intenta determinar cuáles son las instituciones y los actores responsables de las acciones de salud pública, incluidas qué funciones y actividades se

¹²⁸ Disponible en inglés, en español y en portugués en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=169.

¹²⁹ Disponible solo en español en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=150&Itemid=169.

¹³⁰ Mark W. Rosenberg y Sarah A. Lovell, *A Methodology for Projects to Characterize the Public Health Workforce in Costa Rica, Jamaica, and Mexico* (Ontario, Canada: Queen's University Department of Geography, 2006).

llevan a cabo y cuánto tiempo se dedica a su desempeño. Además, el método apoya la reunión de la información personal sobre los trabajadores individuales como un mecanismo para caracterizar mejor al profesional de salud pública.¹³¹ Los resultados de las pruebas piloto no se han difundido aún, pero representan un paso importante para fortalecer a la FTSP en la Región.

Marco para la armonización de las funciones esenciales de salud pública con la clasificación funcional de los gastos.¹³² A fin de determinar la cantidad de recursos necesarios para la ejecución de las FESP, el primer paso consiste en determinar cuánto se deroga en la actualidad. Debido al hecho de que la mayoría de los países suman los gastos de salud pública o los agrupan en otras categorías más amplias, resulta difícil evaluar cuánto se está asignando a cada función esencial de la salud pública. Una manera de abordar este problema y de facilitar las evaluaciones entre países consiste en armonizar las FESP con las categorías incluidas en la Clasificación Funcional del Gasto que figura en el Manual de Estadística de Finanzas del Gobierno del Fondo Monetario Internacional (FMI). Este manual forma parte de una serie de directivas internacionales sobre la metodología estadística publicada por el FMI y es ampliamente usada por los países para vigilar el gasto del gobierno. Al identificar a qué categoría de esta clasificación corresponde cada función de la salud pública, es posible vigilar la asignación de recursos. La armonización de las FESP con esta clasificación funcional de los gastos ayudará a determinar las áreas que tienen un financiamiento bajo así como las áreas donde los recursos no están generando la repercusión esperada.¹³³

VI. Conclusiones

La salud pública en la región de las Américas se encuentra en una encrucijada. La ausencia de la salud pública del programa de reforma del sector de salud en los años noventa ha sido en parte responsable de su deterioro en los últimos decenios. Además, la aparición de nuevas amenazas para la salud y la persistencia de las enfermedades infecciosas combinada con el perfil epidemiológico cambiante de la población plantean retos continuos para los sistemas de salud pública. Para adoptar medidas que permitan mejorar los resultados de salud, los países deben determinar cuáles son las lagunas en sus capacidades de salud pública y abordarlas. Todos los actores involucrados en la salud pública y el sector sanitario, ya sean del sector público, privado o voluntario, tienen una decisión importante que tomar: *poner a la salud pública a la vanguardia del programa de desarrollo.*

Los países y los organismos de desarrollo internacional deben convencerse de poner primero a la salud pública. Algunos ejemplos positivos del avance logrado en esta área incluyen los esfuerzos de Colombia para fortalecer sus

¹³¹ OPS/OMS, *Strategies for Developing the Health Workforce*.

¹³² Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=201&Itemid=221.

¹³³ Amparo Gordillo-Tobar y Pasqualina Curcio, *Armonización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con la Clasificación Funcional del Gasto (CFG)* (Washington, D.C. OPS/OMS, 2004).

sistemas de vigilancia de salud pública^{134 135} y los proyectos recientes del Banco Mundial en el Brasil y la Argentina también para fortalecer los sistemas de vigilancia de salud pública^{136 137}. Además, la Argentina está participando en otro proyecto del Banco Mundial denominado *Programas y funciones esenciales de la salud pública*¹³⁸ que tiene por objetivo aumentar la cobertura de diez programas de salud pública prioritarios y mejorar la función rectora y el entorno regulador del sistema de salud pública de la Argentina.

Este documento se centró en el fortalecimiento de las capacidades de salud pública, aquellos elementos que constituyen la base para la ejecución de las acciones de salud pública y la provisión de las herramientas para la autoevaluación de los países. Los elementos que constituyen la capacidad de salud pública son: a) la fuerza de trabajo de la salud pública, b) los sistemas de información de la salud pública, c) las tecnologías de salud pública, d) la capacidad institucional y organizacional, y e) los recursos financieros. En la Región de las Américas, las capacidades de salud pública se han descuidado en gran medida. Como muestran los resultados de la iniciativa "La salud pública en las Américas", los países funcionaron por debajo de la media en la mayor parte de las FESP analizadas. La mayoría de estas funciones se relacionan de manera directa o indirecta con los elementos de la capacidad de salud pública.

Como se mencionó anteriormente, uno de los principales obstáculos para evaluar mejor la capacidad de salud pública en la región es la falta de información acerca de los elementos que la comprenden. La mayor parte de la información disponible hace referencia a estos elementos en la medida en que se relacionan con los sistemas de salud. Sin información específica del sistema de salud pública, los países no son capaces de establecer las áreas de intervención. En este contexto, se necesita más investigación en torno a las capacidades mencionadas arriba. La brecha en la información recién ahora comienza a superarse gracias a los intentos recientes de cuantificar y calificar a la fuerza de trabajo de la salud pública, y a determinar y vigilar los gastos de salud pública. Sin embargo, para permitir la aplicación de las estrategias fortalecedoras basadas en conocimiento, deben institucionalizarse estos esfuerzos.

¹³⁴ Ministerio de la Protección Social. *Diario Oficial Decreto Numero 3518. Sistema de Vigilancia en Salud Pública*. Colombia, Bogotá, 10 de octubre 2006.

¹³⁵ Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública: Aspectos Generales*. Colombia, Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la salud, diciembre de 2005.

¹³⁶ Ministério da Saúde. Projeto VIGISUS II—Subcomponente IV: Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios. Brasília, D.F., Brasil: Ministério da Saúde, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigisusII.pdf>.

¹³⁷ Banco Mundial. *Argentina: World Bank Approves \$220 Million for Public Health*. Comunicado de prensa.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/0,,contentMDK:21136153-menuPK:258568-pagePK:2865106-piPK:2865128-theSitePK:258554,00.html>

¹³⁸ Banco Mundial. *Public Health Surveillance and Disease Control Project in Argentina (VIGIA)*,

<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P055482>.

Además, se necesita un compromiso más fuerte con el fortalecimiento de la investigación en salud pública. La función esencial de salud pública número 10, que se refiere a la investigación en materia de salud pública, fue una de las funciones esenciales que registró el peor desempeño en la Región, a pesar de que América Latina y el Caribe tienen una fuerte tradición de escuelas de salud pública y de centros académicos trabajando en el tema. Durante los últimos años, varios factores han contribuido a una disminución en la capacidad de producir investigaciones oportunas y de calidad en torno a la salud pública. Sin embargo, el campo de la investigación de los sistemas de salud pública, que examina a la organización, el financiamiento y la prestación de los servicios de salud pública dentro de las comunidades y la repercusión de estos servicios sobre la salud pública, está surgiendo de la sombra de la investigación sobre los servicios sanitarios¹³⁹ ¹⁴⁰. Aunque en este documento no se aborda la investigación en torno a la salud pública y los sistemas de salud pública, los autores reconocen su importancia para contribuir al mejoramiento de los elementos que constituyen la capacidad de salud pública, especialmente la fuerza de trabajo en salud pública.

La finalidad de este documento no era proponer una nueva herramienta para evaluar la capacidad de la salud pública, sino presentar una lista de herramientas y métodos seleccionados que pueden ayudar en el proceso de recopilar información sobre una capacidad o varias capacidades específicas. La mayoría de los países de la región ya han realizado varias evaluaciones y han aplicado múltiples herramientas que han generado información importante acerca de los elementos que comprenden la capacidad de salud pública. Sin embargo, esta información trata el sistema sanitario en su totalidad. Estos datos deben desglosarse para recopilar información específica acerca del sistema de salud pública, lo que puede permitir la identificación de esos elementos de capacidad de salud pública que están sumamente necesitados de fortalecimiento.

Los autores esperan que este documento aliente a los países a utilizar algunas de las herramientas sugeridas para autoevaluar la capacidad de salud pública a nivel subregional y local, y que estos esfuerzos se publiquen y se hagan circular en beneficio del aumento de la capacidad de salud pública. Además, se alienta a los países a que creen sus propios instrumentos adaptados a partir de los ejemplos proporcionados.

¹³⁹ Scutchfield, F. Douglas y K. Patrick. "Public Health Systems Research: The New Kid on the Block." *American Journal of Preventive Medicine* 32, 2 (2007): 173-4.

¹⁴⁰ Mays, Glen, Paul K. Halverson y F. Douglas Scutchfield. "Behind the curve? What we know and need to learn from public health systems research." *Journal of Public Health Management & Practice*. 2003;9:179-182.

VII. Anexo I – Fortaleciendo la capacidad en salud pública: Experiencias de país

1. Fuerza de trabajo en salud pública

- Desarrollo de fuerza de trabajo en salud pública en el Caribe de habla inglesa¹⁴¹

El grado de responsabilidad de los Profesionales de Salud Ambiental en el Caribe ha aumentado considerablemente durante los dos últimos decenios. Esto ha sido en respuesta a los nuevos retos planteados por la ampliación de las industrias alimentarias nacionales, la transmisión alta del dengue y otras enfermedades transmisibles por vectores, la dependencia de la economía del Caribe en el turismo, el envío transnacional de desechos y la aparición de nuevas enfermedades transmisibles como la infección por el VIH/SIDA.

Estos nuevos retos, consecuentemente, han creado una demanda por la reorientación de los programas de capacitación para tratar los temas como inocuidad de los alimentos, la calidad del aire, control de vectores, educación/promoción sanitaria, gestión de los residuos sólidos y evaluación del impacto en salud ambiental. De esta manera, las funciones de los ministerios de salud se han tornado más orientadas a la política y la planificación de programas, con énfasis especial en:

1. Evaluación y manejo de los riesgos de salud ambiental;
2. El establecimiento de protocolos, procedimientos y normas;
3. La elaboración de estrategias de comunicación;
4. La revisión de la legislación y los reglamentos;
5. La coordinación de las actividades entre el gobierno y las entidades privadas.

Al mismo tiempo, la baja en las economías nacionales en la región desde fines de años noventa ha tenido una repercusión negativa sobre la capacidad de los países del Caribe de invertir en el desarrollo de recursos humanos en el extranjero. Esto ha dado lugar a menos profesionales capacitados y a un aumento en el reclutamiento de trabajadores no calificados para llevar a cabo las funciones del Oficial de Salud Ambiental.

¹⁴¹ Esta sección se basó en un documento de proyecto preparado por el Grupo de Estudio Conjunto de OPS/CARICOM para Adiestrar en la Salud Ambiental, el *Desarrollo de Recursos Humanos para los Profesionales de Salud Ambiental de los Países de CARICOM: Programa de Adiestramiento en Tres Pasos* (Bridgetown, Barbados, enero de 2003).

Para revertir esta tendencia se necesitó una reestructuración de los Programas de Estudios de Salud Ambiental en las Instituciones de Salud Ambiental Regionales del Caribe. La armonización de los programas de estudios sería un primer paso para mejorar la situación, creando de ese modo, programas estructurados y facilitando así el proceso de acreditación. Esto promovería el flujo de los profesionales dentro de la Comunidad del Caribe (CARICOM), reduciendo al mínimo posible el reto de números inadecuados de trabajadores en países específicos.

Consecuentemente y después de discusiones internas con OPS y otros actores, incluido el Instituto de Salud Ambiental del Caribe, se elaboró una propuesta para reformar el adiestramiento en la Salud Ambiental titulada "Programa de Adiestramiento en Tres Pasos". Después de completar el programa de cuatro años, el candidato será otorgado un grado de licenciado en ciencias. Los objetivos específicos del programa se enumeran en el cuadro 1:

Cuadro 1: Objetivos del "Programa de Adiestramiento en Tres Pasos" en salud ambiental

- Facilitar una reestructuración de los Programas de Estudios de Salud Ambiental de las Instituciones Regionales en el Adiestramiento de la Salud Ambiental en el Caribe, para ofrecer a un grado de licenciado en ciencias en salud ambiental.
- Introducir un programa de estudios armonizado para el adiestramiento de Salud Ambiental en el Caribe, facilitando el proceso de equivalencia y promoviendo la circulación libre de los profesionales.
- Aumentar el acceso a un programa armonizado, estructurado y de adiestramiento de la Salud Ambiental para los ciudadanos de CARICOM.
- Mejorar las aptitudes de los profesionales que trabajan en el campo de la Salud Ambiental en los países de CARICOM.
- Mejorar la capacidad de las Unidades de Salud Ambiental de proporcionar liderazgo en los asuntos de Salud Ambiental.

En el proceso de elaboración del "Programa de Adiestramiento en Tres Pasos" se incluye la definición de las competencias de diversos niveles del personal de Salud Ambiental, en la cual se basa el desarrollo del programa de estudio. El Paso I del programa incluye cursos en higiene alimentaria, enfermedades transmisibles, sistema de prestación de atención de salud, control de vectores, educación sanitaria, comunicación y ética. El Paso II durará dos años y a los estudiantes exitosos se les otorgará un Grado Asociado al finalizar esta etapa. En el caso de los países sin instituciones académicas de nivel alto, los cursos en esta segunda fase podrán tomarse por la modalidad de educación a distancia. Por último, el Paso III ofrecerá especializaciones en Salud y Seguridad Ocupacional, Control de Vectores, Inocuidad de los Alimentos, Ingeniería de Salud Ambiental y Epidemiología.

Para implementar el programa con éxito, los países deben asegurar la existencia de los siguientes recursos, entre otros: (i) recursos humanos suficientes y capacitados para ejecutar y coordinar el programa; (ii) instalaciones adecuadas para el adiestramiento y práctica de laboratorio; y (iii) capacidad para la modalidad de educación a distancia. A partir de estos requisitos surge la pregunta con respecto a quién será el responsable por el pago, si los estudiantes o los gobiernos. Es por ello que para abordar estas inquietudes, se recomendó que los países emprendieran un estudio para evaluar la factibilidad para aplicar el programa.

2. Sistemas de Información de Salud Pública

- **Fortalecimiento institucional de la capacidad de gestión de la vigilancia sanitaria en estados y municipios – Proyecto VIGISUS II - Brasil^{142,143}**

El Proyecto VIGISUS II es una iniciativa del gobierno brasileño, con apoyo del Banco Mundial, para mejorar y fortalecer el Sistema de Vigilancia Sanitaria Nacional. El Proyecto VIGISUS empezó en 1999 y está desarrollándose en tres fases. La primera fase, VIGISUS I, tuvo lugar desde 1999 al 2004 y estaba dedicado a la organización del sistema de vigilancia sanitaria nacional. El VIGISUS II, que comenzó en el año 2005 y concluirá en el 2008, aprovecha los logros de la primera fase, al apoyar la descentralización de actividades de vigilancia sanitaria y reformas institucionales relacionadas con el sistema de salud.

El VIGISUS II se centrará en: 1) el financiamiento de actividades para reducir morbilidad, mortalidad y exposición a factores de riesgo asociados con mala salud, fortaleciendo la vigilancia de salud pública, y sistemas de control de enfermedades en los niveles nacionales, estatales y municipales; 2) la mejora del uso de las estadísticas vitales como una herramienta para vigilar y prevenir mortalidad materna e infantil y recoger y analizar información sanitaria para la evaluación de disparidades de salud; y 3) la mejora de los resultados de salud de los grupos vulnerables, incluidas las poblaciones indígenas y las comunidades de los Quilombos,¹⁴⁴ por medio del financiamiento de reformas institucionales, la ampliación de cobertura para servicios básicos, mejorando la calidad de atención, abordando temas de salud especiales y emergentes e iniciativas de apoyo conducidas por la comunidad.

¹⁴² Ministério da Saúde. *Projeto VIGISUS II – Subcomponente IV: Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios*. Brasília, D.F., Brasil: Ministério da Saúde, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigisusII.pdf>.

¹⁴³ The World Bank. VIGISUS II Brazil-Second Disease Surveillance and Control Project.

<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P083013>.

¹⁴⁴ Quilombos son asentamientos en lugares aislados donde habitan exesclavos de ascendencia africana.

Para alcanzar estos objetivos, el proyecto financiará equipos de laboratorio y médicos para los establecimientos de atención primaria; vehículos y barcos para transportar a los pacientes; equipos de salud, computadoras y tecnologías de comunicación para recoger los datos de vigilancia; servicios de consultoría para los subproyectos conducidos por la comunidad (por ejemplo, construcción y mejora de puestos de salud, laboratorios básicos y residencias indígenas); adiestramiento; talleres; seminarios; materiales didácticos; y además, el abastecimiento de agua, el saneamiento y subproyectos para la mejora de vivienda.

La tercera fase, el VIGISUS III, se programa para la ejecución entre el 2009 y 2011 y servirá para consolidar el sistema.

- **Proyecto de vigilancia de salud pública y control de enfermedades (VIGIA) y las funciones esenciales de salud pública en Argentina**

El objetivo del Proyecto VIGIA,¹⁴⁵ que recibió apoyo del Banco Mundial y terminó en 2006, fue fortalecer los niveles nacional, provincial y municipal e instituciones responsables en el establecimiento de normas y procedimiento de salud pública. Los componentes se focalizaron en el: 1) fortalecimiento del sistema de vigilancia de salud pública a nivel nacional y la capacidad institucional del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) para tomar decisiones basadas en evidencia sobre prevención, monitorear los cambios en las tendencias de salud y asignar recursos más eficazmente. 2) La mejora del control de enfermedades mediante el desarrollo institucional a nivel provincial para vigilar, controlar y prevenir las enfermedades. De esta manera, las enfermedades febriles, como la tuberculosis y dengue, así como otras enfermedades infecciosas y emergentes, se controlarán en elevadas áreas de incidencia. 3) El fortalecimiento de la capacidad del MSAS de aplicar las estrategias de promoción de la salud mediante la educación, la movilización social y la abogacía de políticas. La capacitación se pondrá a la disposición bajo este componente y se impartirá para las prácticas de difusión, y la infraestructura necesaria, rehabilitación y equipo.

¹⁴⁵ The World Bank. *Public Health Surveillance and Disease Control Project in Argentina (VIGIA)*, <http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P055482>.

Como resultado de años de deterioro, agravado por las crisis recientes del sistema económico y de salud, el sistema de salud en Argentina enfrenta cuatro retos clave para mejorar su desempeño: (i) la urgente necesidad de garantizar acceso a los servicios básicos de salud para los pobres; (ii) la necesidad de abordar eficazmente los retos de salud pública emergentes y prevalentes (particularmente enfermedades no transmisibles y infecciones por el VIH/SIDA); (iii) la necesidad de efectuar los cambios estructurales en la relación federal – provincial en el sector de la salud para mejorar el marco de incentivos para la eficiencia y equidad en la asignación de subsidios públicos; y (iv) la necesidad de mejorar aún más y consolidar la reglamentación de la seguridad social en salud, así como mejorar el marco de incentivo para la eficiencia y equidad dentro del sistema.

Sin embargo, el fortalecimiento de la capacidad de regulación y de supervisión de intervenciones esenciales de salud pública, uno de las tres acciones de política claves de la estrategia, está todavía en desarrollo y ha visto impedida por los problemas significativos del sistema de salud pública de Argentina a saber: (i) capacidad débil de rectoría en salud pública a los niveles central y provincial arrojando resultados relativamente deficientes; (ii) las desigualdades en la cobertura y acceso a los programas de salud pública con discrepancias sustanciales entre las provincias y las poblaciones urbanas-rurales; (iii) la deficiencia en la ejecución y financiamiento de las intervenciones que apoyan y mantienen cambios de comportamiento; (iv) la insuficiente capacidad de investigación en la salud pública; (v) la falta de operacionalización de la estrategia y de los programas nacionales y provinciales en salud pública; (vi) la ausencia de una infraestructura eficaz de salud pública capaz de abordar las prioridades en el país; (vii) y una estrategia antigua respecto al VIH/SIDA que debe modernizarse y mejor vincularse con el nivel provincial en el contexto federal de Argentina.

El Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública, aprobado por el Banco Mundial a finales de 2006, contribuirá para mejorar la inteligencia de salud del sistema, en particular al nivel provincial, desarrollando información de salud pública en tiempo real que conducirá a la acción del nivel local a través del sistema nacional de salud y en la misma comunidad local. El proyecto propuesto se basa sustancialmente en las recomendaciones del análisis sectorial de 2003, en el que se recomendó que programas prioritarios de

¹⁴⁶ The World Bank. *Argentina: World Bank Approves \$220 Million for Public Health*. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/0,,contentMDK:21136153-menuPK:258568-pagePK:2865106-piPK:2865128-theSitePK:258554,00.html>.

¹⁴⁷ The World Bank. Project Information Document-Concept Stage. 2005. http://www.wds.worldbank.org/servert/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/13/000104615_20050914091445/Rendered/PDF/Rev10PID10AR0EPHF0Concept0Stage009101.05.pdf.

salud pública deben fortalecerse en un marco sólido de rectoría, regulación y el diálogo sectorial. También se amplía el trabajo empezado por el proyecto VIGIA (que ha centrado en vigilancia de salud pública y promoción de salud al nivel central) y se beneficia de sus experiencias.

Para hacer la transición del uso exagerado de los servicios de urgencia, el apoyo se centrará en programas de salud pública modernizados, más equitativos y de mejor calidad que proporcionan los bienes públicos como las vacunas, antiretrovíricos, tratamiento para tuberculosis y enfermedades transmisibles en zonas fronterizas. El nuevo proyecto complementará las intervenciones de salud curativas costosas con intervenciones para la prevención y promoción de la salud contribuyendo a una mejor y más costo-efectiva respuesta de la salud pública a prioridades de salud cambiantes, incluidas enfermedades no transmisibles y lesiones.

- **Sistema de Vigilancia de Salud Pública SIVIGILA en Colombia^{148,149}**

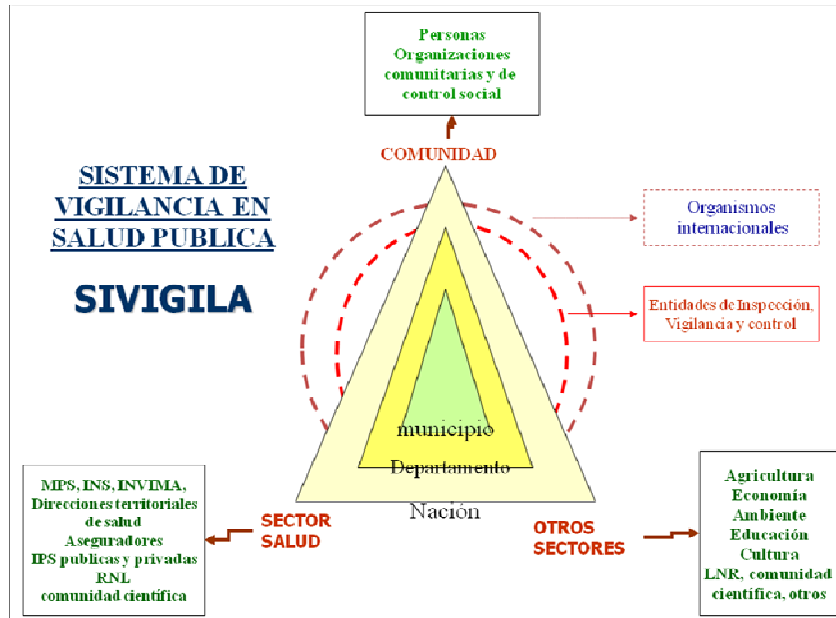
En 1999 Ministerio de Salud publicó y difundió los *Protocolos de la Vigilancia en la Salud Pública* como una herramienta para apoyar el desempeño de las funciones de vigilancia de salud pública al nivel del departamento. El apoyo se focaliza al trabajo operativo, principalmente al nivel municipal, donde los trabajadores de salud existentes llevan a cabo las actividades de vigilancia, sin tener necesariamente conocimiento especializado. En 2006, el Ministerio de Protección Social promulgó Decreto 3518, con el objetivo de crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para suministrar información sistemática acerca de eventos que afectan o pueden afectar la salud de la población. Dado a los cambios en el Sistema General de la seguridad social de Salud y la complejidad del perfil de enfermedades, heridos y defunciones en el país, se hace necesario definir las condiciones para desarrollar al Sistema de Vigilancia Nacional en la Salud Pública. Además SIVIGILA orientará política y planificación en la salud pública, ayudará en la toma de decisiones para prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud. Por último, optimizará el seguimiento y la evaluación de intervenciones, ayudará a usar eficientemente los recursos disponibles y protegerá la salud individual y colectiva.

SIVIGILA se constituye por un grupo de normas, procedimientos y recursos (financieros, técnicos y humanos) organizados para la colección, análisis, interpretación, actualización, difusión y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud. Tiene una estructura orgánica que consta

¹⁴⁸ Ministerio de la Protección Social. *Diario Oficial Decreto Numero 3518. Sistema de Vigilancia en Salud Pública*. Colombia, Bogota, 10 de octubre 2006.

¹⁴⁹ Ministerio de la Protección Social, y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública: Aspectos Generales*. Colombia, Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la salud, Diciembre de 2005.

de dos divisiones principales: (1) Eventos importantes que requieren de vigilancia y utilización de los modelos para la vigilancia y (2) procesos de apoyo para la red nacional de laboratorios, gestión y sistemas de información. Para fortalecer a SIVIGILA, se han realizado esfuerzos para mejorar los subsistemas de información y la gestión de los conocimientos, incluida la difusión de la información a través de una página web y boletines.



** Esta figura es de una presentación por el Ministerio Colombiano de Protección Social
MPS-Ministerio de Protección Social
INS-Instituto Nacional de Salud
INVIMA - Instituto de Vigilancia Nacional de Medicamentos y Alimentos
IPS-Instituciones de Provisión de Servicios
RNL-Red de Laboratorios de Ciudadano

3. La capacidad institucional y organizacional en salud pública

- Capacidad institucional de salud pública: la creación de la Agencia de Salud Pública del Canadá (PHAC)

Después de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) en 2003, el informe *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada* fue publicado y, en septiembre de 2004, la Agencia de Salud Pública del Canadá (PHAC) fue creada por el gobierno federal. Hasta esta fecha, salud pública había sido parte de la División de Población y de Salud Pública de Salud Canadá.^{150, 151} La creación del PHAC marcó el comienzo de un nuevo método de liderazgo y de colaboración federal con las provincias y los

¹⁵⁰ Ballinger, "Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditure Accounts: The Canadian Experience."

¹⁵¹ Institutos Canadienses de Investigación en Salud, "The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health Systems for the 21st Century," <http://www.cjhr-irsc.gc.ca>.

territorios en salud pública respondiendo además a un consenso de las provincias, expertos en salud pública y la sociedad civil sobre la necesidad de la consolidación del liderazgo federal en salud pública en un organismo público.¹⁵²

Eventos que llevaron a la creación de la PHAC

Las iniciativas de reforma de salud pública en el pasado han fracasado en gran parte debido a la dificultad de obtener cooperación entre los gobiernos locales, provinciales/territoriales y federales.¹⁵³ Los desafíos incluían funciones constitucionales y responsabilidades de salud pública poco definidas así como controversias sobre el financiamiento y el intercambio de datos.

El sistema de salud pública anterior era altamente fragmentado con oficinas de gobierno que trabajaban independientemente. El sistema podría describirse como un grupo de múltiples subsistemas con varias funciones, diferentes fortalezas y nexos, y cada provincia y territorio tenía su propia legislación de salud pública.¹⁵⁴ Servicios de salud pública se prestaban a través de las autoridades sanitarias regionales o del gobierno provincial/territorial. Además, había poca información disponible sobre el funcionamiento de los sistemas de salud pública del Canadá, ya que no había ninguna lista oficial de las funciones esperadas del sistema, lo que dificultaba la evaluación del desempeño.

Para afrontar estos desafíos, en 2003, el Comité *ad hoc* sobre el Futuro de la Salud Pública en Canadá (de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud) definió los siguientes elementos clave de un sistema de salud pública nacional basado en su experiencia colectiva y en los resultados de una encuesta a informantes-canadienses sobre la capacidad de salud pública:¹⁵⁵

- Funciones esenciales de salud pública claramente definidas;
- Funciones y responsabilidades definidas a cada nivel del sistema (nacional, provincial/territorial, regional/local);
- Legislación uniforme, consistente y actualizada dentro de cada jurisdicción en todos el país para apoyar esas funciones y responsabilidades;
- Infraestructura de provisión adecuada para realizar las funciones y cumplir con las responsabilidades dentro de cada jurisdicción;

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Kumanan Wilson, "A Canadian Agency for Public Health: Could it work?," *Canadian Medical Association Journal* Vol. 170, No. 2, 2004, <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/170/2/222.pdf>.

¹⁵⁴ Institutos Canadienses de Investigación en Salud, "The Future of Public Health in Canada."

¹⁵⁵ Ibid.

- Niveles de financiamiento y mecanismos apropiados que aseguran disponibilidad equitativa de los servicios de salud pública a todos los canadienses;
- Números apropiados de personal adecuadamente capacitado;
- Sistemas apropiados de información para apoyar la evaluación y la vigilancia;
- El acceso a la pericia y el apoyo para formular una visión hacia el futuro llevando a cabo estas responsabilidades eficientemente, y apoyar la innovación y la evaluación;
- Mecanismos de rendición de cuentas a cada nivel del sistema.

Algunas medidas inmediatas puestas en práctica fueron:

- Definición del sistema de salud pública;
- Desarrollo de un consenso sobre las funciones esenciales del sistema de salud pública;
- Implementación de un sistema de evaluación del desempeño;
- Establecimiento de normas para los programas y servicios de salud pública básicos;
- Fortalecimiento de la legislación de salud pública;
- Fortalecimiento de las estructuras del sistema de salud pública;
- Enunciación de una posición de liderazgo de salud pública nacional;
- Desarrollo de una fuerte red nacional para la pericia de salud pública;
- Mejora de los niveles y mecanismos de financiamiento;
- Fortalecimiento de los elementos de apoyo para la prestación eficaz de los servicios;
- Desarrollo de la fuerza laboral de salud pública;
- Desarrollo y difusión de una revisión integral de la evidencia para la salud pública;
- Colaboración;
- El establecimiento de metas de salud comunes;
- Promoción de asociaciones.

Estructura y principales funciones de la PHAC

Como parte del proceso de reformar el sistema de salud pública en el Canadá, se creó la PHAC. El Comité Consultivo Nacional en el SRAS y la Salud Pública determinó que “la agencia estaría dentro del alcance del gobierno, aunque responda al Ministerio de Salud”.¹⁵⁶ La agencia es financiada por recursos federales distribuidos a través de asociaciones locales y provinciales/territoriales. El Comité consideró que esta

¹⁵⁶ Wilson, “A Canadian Agency for Public Health: Could it work?”

estrategia de distribución de fondos es menos contenciosa y clave para el mejoramiento de la colaboración, en lugar de una única transferencia grande de recursos.

PHAC es conducida por el Oficial Principal de Salud Pública, que rinde cuentas directamente al Ministro de Salud. La agencia actúa como un núcleo para la vigilancia sanitaria, la identificación de amenazas y los programas de prevención y control de enfermedades. Las actividades principales se concentran en:¹⁵⁷

- La prevención de las enfermedades crónicas, incluidos el cáncer y la cardiopatía;
- La prevención de las lesiones;
- La respuesta a las emergencias de salud pública y los brotes de enfermedades infecciosas.

PHAC servirá como el vehículo para compartir las experiencias de Canadá al nivel mundial y también para aplicar los resultados de la investigación y del desarrollo a los programas de salud pública canadienses y a las políticas. Además, el organismo ejercerá una función de liderazgo con socios mundiales, como OMS, CDC y el nuevo Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades.

Con PHAC, las estrategias de salud pública son ahora apoyadas por un nuevo marco de coordinación y colaboración que incluye gobierno, comunidad académica, investigadores y ONG. La Red Pan Canadiense de Salud Pública (mayor información a continuación) y los seis Centros Colaboradores Nacionales para la Salud Pública son actores importantes junto con el PHAC.

Red Pan Canadiense de Salud Pública

La Red Pan Canadiense de Salud Pública, creada en 2005, sirve de foro para la colaboración intergubernamental multilateral en los temas de salud pública. El mandato de la Red viene de la conferencia de los ministros adjuntos federales/provinciales/territoriales de salud.¹⁵⁸ La colaboración de la Red con PHAC y otros actores de salud pública sirve para compartir conocimientos y experiencias de salud pública y brindar oportunidades para el aprendizaje de las prácticas óptimas en el país.

Un consejo que consta de representantes de cada provincia y territorio y el gobierno federal tiene el liderazgo para la Red. La gran mayoría del trabajo de la Red se ejecutará a través de una serie inicial de seis grupos de expertos en los siguientes temas:¹⁵⁹

¹⁵⁷ Sitio electrónico de la Agencia de Salud Pública del Canadá, www.phac-aspc.gc.ca.

¹⁵⁸ Sitio electrónico de la Red Pan Canadiense de Salud Pública, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_26bk1_e.html.

¹⁵⁹ Ibid.

1. Control de enfermedades transmisibles
2. Preparativos para situaciones de emergencia y respuesta
3. Laboratorios de Salud Pública Canadienses
4. Vigilancia e información
5. Enfermedades no transmisibles y prevención y control de los traumatismos
6. Promoción de la salud

La necesidad de colaboración multilateral federal, provincial y territorial en la salud pública existe debido a la interdependencia inherente en la prestación de los servicios de salud pública. Una de las metas principales de la Red es mejorar la capacidad de los gobiernos de coordinar y colaborar en la salud pública, incluida la preparación para y respuesta a los retos, oportunidades y amenazas de salud pública futuros.¹⁶⁰

El futuro de la PHAC y la Red Pan Canadiense de Salud Pública

Si el enfoque colaborativo de la PHAC y la Red con los gobiernos y otros actores de salud pública no es exitoso, el gobierno federal tendrá que adoptar un enfoque más jerárquico a la reforma de la salud pública.¹⁶¹ La PHAC en teoría tiene la autonomía para elegir qué proyectos financiará en las regiones y provincias/territorios. Por ejemplo, si un programa particular no cumple con los patrones nacionales de la PHAC, la agencia puede negar el financiamiento.¹⁶²

La creación de la Agencia de Salud Pública del Canadá y de la Red Pan Canadiense de Salud Pública así como el fortalecimiento del sistema de salud pública son los primeros pasos necesarios hacia una renovación de la salud pública; sin embargo, son insuficientes sin responsabilidades definidas, relaciones operacionalizadas y legislación de apoyo.¹⁶³ Además, voluntad política persistente y liderazgo son necesarios para asegurar la eficacia y capacidad de respuesta de la PHAC y de la Red antes de otra crisis de salud pública como el SRAS.¹⁶⁴

- **Capacidad Organizacional de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA)**

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) se creó en 1999 a través de la ley No. 9,782 como un organismo regulador vinculado al Ministerio de Salud. Es una organización pública con autonomía

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ Wilson, "A Canadian Agency for Public Health: Could it work?."

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Jeffrey C. Lozon and L. Miin Alikhan, "Canada's Public Health System: Is the Pace of Progress Sufficient?," *HealthcarePapers* 7, No. 3, 2007.

¹⁶⁴ Ibid.

financiera, técnica y administrativa, aunque funciona con supervisión estatal.¹⁶⁵ La finalidad de ANVISA es proteger la salud de la población a través del control de la producción y comercio de los productos y los servicios que son sometidos a la vigilancia de salud pública. Sus responsabilidades incluyen, entre otras, el registro de productos (incluidos los productos alimenticios, medicamentos, cosméticos y otros productos relacionados), importaciones y exportaciones, certificación de empresas y productos, elaboración de estudios específicos, supervisión de la fabricación farmacéutica y vigilancia posterior a la comercialización, así como el control de puertos, aeropuertos y fronteras.¹⁶⁶

La creación de la ANVISA fue resultado de cambios institucionales importantes que se produjeron en el Brasil durante los años noventa. En la esfera macro, la intensificación del comercio internacional y la adopción de acuerdos internacionales exigieron a los gobiernos que adaptaran sus estructuras de vigilancia sanitaria. Al mismo tiempo, en la micro esfera, los problemas relacionados con la vigilancia ineficiente de la salud pública aunada a la corrupción y el nepotismo imputados al área que era responsable por esas funciones en el Ministerio de Salud, llevaron a que tanto la sociedad civil, como los actores dentro del gobierno y el sector privado (especialmente industrias interesadas en ampliar su alcance en el mercado internacional) hicieran un llamado para la creación de una agencia independiente para el campo de la vigilancia de la acciones en salud pública. Ese llamado se convirtió en una prioridad del gobierno en 1998.¹⁶⁷

Desde su inicio, la ANVISA tuvo que adaptarse al arreglo existente de la vigilancia sanitaria en Brasil y a la división de competencias establecidas por la ley No. 8,080/90, que declara que el nivel municipal es responsable por la ejecución de acciones sanitarias, incluida las relacionadas con la vigilancia de la salud pública. El nivel federal (o de la Unión) y regional (que corresponde a las unidades federales, denominadas estados) también ejecutan acciones de vigilancia sanitaria, pero siempre de una manera complementaria. Este arreglo sigue la lógica general de la descentralización del Sistema de Único de Salud (SUS), que transfiere al municipio la responsabilidad de ejecutar las acciones sanitarias. Por consiguiente, ANVISA no es una entidad con capacidad autónoma de acción; sus acciones son interdependientes con aquellas que los estados y municipios llevan a cabo a través de sus propios organismos de vigilancia de salud pública.¹⁶⁸

El gráfico abajo muestra la estructura del sistema nacional de vigilancia sanitaria en Brasil.

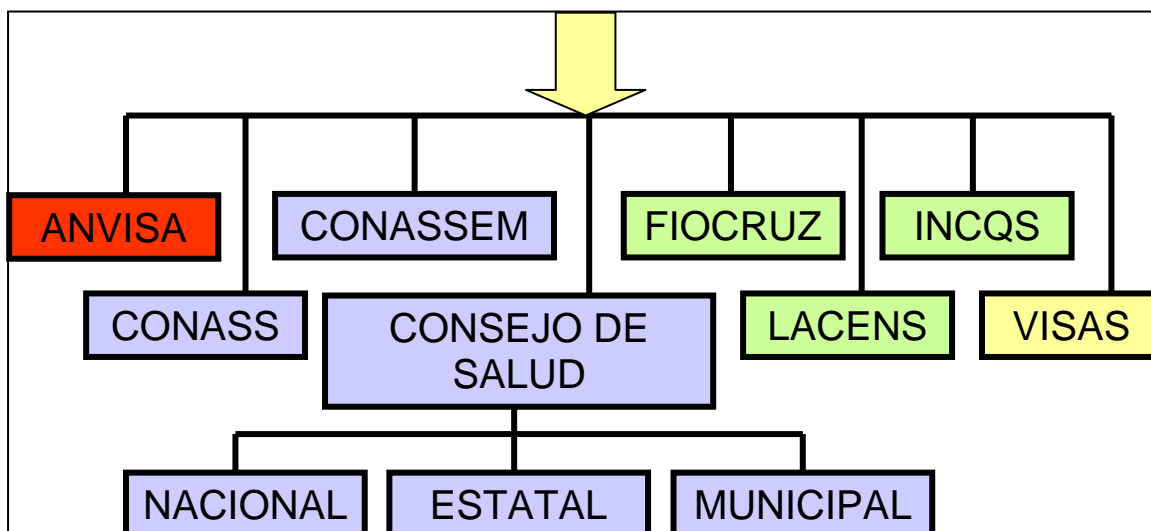
¹⁶⁵ Márcia Franke Piovesan and Maria Eliana Labra, "Institutional Change and Political Decision-Making in the Creation of the Brazilian National Health Surveillance Agency," *Cadernos de Saúde Pública* 23, No. 6 (Jun 2007).

¹⁶⁶ Geraldo Lucchese, "Globalização e Regulação Sanitária" (PhD Dissertation, ENSP/FIOCRUZ, 2001).

¹⁶⁷ Piovesan and Labra, "Institutional Change and Political Decision-Making in the Creation of the Brazilian National Health Surveillance Agency,"

¹⁶⁸ Lucchese, "Globalização e Regulação Sanitária."

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA ¹⁶⁹



ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CONASS: Conselho Nacional de los Secretários de Saúde de los Estados

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

VISADOS: Centros municipais, estaduais e federal de vigilância sanitária

LACENS: Laboratórios centrais de Saúde Pública

INCQS: Instituto Nacional para Controle de Qualidade em Saúde

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

En este contexto, la ANVISA funciona como el organismo principal para la vigilancia de la salud pública en el Brasil con el apoyo de un laboratorio de referencia nacional, el Instituto Nacional para el Control de Calidad en la Salud (INCQS), que se vincula administrativamente a la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). El INCQS presta servicios de laboratorio a las acciones de vigilancia de salud pública ejecutadas en el país en su totalidad y funciona como el coordinador nacional de una red de laboratorios estatales. Hay 27 organismos de vigilancia sanitaria a nivel de las Secretarías de Salud de los Estados, que reglamentan y coordinan los sistemas de vigilancia sanitaria de su jurisdicción y llevan a cabo las principales acciones de vigilancia y control establecidas por el sistema nacional.¹⁷⁰

A nivel municipal, la capacidad de vigilancia de salud pública varía en cuanto a la infraestructura, los recursos y la capacidad de respuesta. El nivel de complejidad de las acciones de vigilancia llevadas a cabo al nivel municipal depende del tamaño y la capacidad del municipio y del tipo de responsabilidades definidas según la gestión descentralizada del SUS. Los municipios pueden complementar las leyes federales y estatales relacionadas con la aplicación y ejecución de las acciones y servicios de vigilancia de salud pública, según las necesidades locales. Ya que los gobiernos municipales, por naturaleza, están estrechamente vinculados a las poblaciones que sirven, conocen mejor los problemas de salud a nivel local

¹⁶⁹ Marcio Luiz Varani, *Riscos da Tecnologia Médica, o papel da Vigilância Sanitária* (PowerPoint Presentation, May 2006).

¹⁷⁰ Ibid.

y por consiguiente están mejor equipados a responder a los retos de salud pública. En Brasil, la lógica de la descentralización es por lo tanto traer la vigilancia más cercana a la población.¹⁷¹

4. Recursos Financieros de salud pública

- **Armonización de funciones esenciales de salud pública (FESP) con la clasificación funcional del manual de estadística de finanzas del gobierno (GSFM-2001) en Bolivia¹⁷²**

El Manual de Estadística de Finanzas del Gobierno (GSFM)-2001 forma parte de una serie de normas estadísticas publicadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI). Es un sistema internacionalmente aceptado para presentar datos sobre las actividades financieras de los gobiernos. El GSFM-2001 clasifica los gastos sanitarios en 6 categorías: 1) Productos médicos, aparatos y equipo; 2) Servicios ambulatorios; 3) Servicios hospitalarios; 4) Servicios de salud pública; 5) Investigación y desarrollo relacionado con la salud; y 6) Actividades de salud no clasificadas. Los servicios prestados a los individuos se clasifican bajo las cuatro primeras categorías y los servicios colectivos sólo bajo las dos últimas. Abajo se presenta un cuadro con la clasificación funcional de los gastos en la salud según el GSFM-2001.

Clasificación funcional de los gastos sanitarios, GSFM-2001

| División | Grupo | Clase | Descripción |
|----------|-------|--------|--|
| 707 | | | Salud |
| | 7071 | | Productos médicos, aparatos y equipo |
| | 7072 | | Servicios ambulatorios |
| | 7073 | | Servicios hospitalarios |
| | 7074 | | Servicios de salud pública |
| | | 707401 | <i>Prestación de servicios de salud pública</i> |
| | | 707402 | <i>Administración, inspección, operación o apoyo de servicios de salud pública</i> |
| | | 707403 | <i>Preparación y difusión de información sobre asuntos de salud pública</i> |
| | 7075 | | Investigación y desarrollo relacionado con la salud |
| | | 707501 | <i>Investigación y desarrollo relacionado con la salud</i> |
| | | 707502 | <i>Investigación y desarrollo relacionado con salud pública</i> |
| | 7076 | | Actividades de la salud no clasificadas |

¹⁷¹ ANVISA, *Cartilha de Vigilância Sanitária*, 2nd ed. (Brasília, D.F., Brazil: ANVISA, 2002)

¹⁷² La información presentada en esa sección es proveniente de la publicación *Armonización de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) con la Clasificación Funcional del Gasto (CFG)* producida por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HSS/HP) de la OPS/OMS.

707601 *Administración, operación o apoyo de actividades*

707602 *Asuntos de salud y servicios que no pueden asignarse en otra categoría*

Fuente: OPS/OMS, *Armonización de las FESP con la CFG.*

Para obtener información más detallada sobre la cantidad de recursos gastados en las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS/OMS elaboró una metodología para armonizar las FESP con la clasificación funcional presentada en el cuadro anteriormente. La metodología se aplicó en Bolivia y se orientó a: (i) estimar el gasto en FESP en ese país; (ii) identificar en qué funciones se gastan los recursos; y (iii) determinar cuánto costaría ejecutar plenamente las FESP.

El proceso de armonizar al GSFM con las FESP incluía agrupar programas o proyectos específicos en diferentes categorías del GSFM. Por ejemplo, los proyectos relacionados con el control de Enfermedad de Chagas y la malaria, así como el de vigilancia epidemiológica y el de salud sexual y reproductiva se agruparon de conformidad con la "prestación de los servicios de salud pública" o la clasificación 707401 del Manual. Programas y los proyectos relacionados con el adiestramiento de recursos humanos, la información, la educación y el apoyo a los trabajadores comunitarios de salud se agruparon bajo "preparación y difusión de la información sobre los asuntos de salud pública," o clasificación 707403 del Manual.

Los resultados indican que el gasto en FESP en Bolivia en el año 2002 era US\$63 millones, correspondiente a un 2,5% del gasto público total. La mayoría de los gastos estaban concentrados en FESP 9 (garantía de la calidad en servicios de salud personales y basados en la población), FESP 7 (evaluación y promoción de acceso equitativo a servicios de salud necesarios) y FESP 5 (desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y manejo en salud pública). La mayoría del financiamiento para estas FESP provino de las fuentes domésticas, especialmente del Ministerio de Salud (MS).

VIII. Anexo II – Capacidad Básica Necesaria: Reglamento Sanitario Internacional

A. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA PARA LAS TAREAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA

1. Los Estados Partes utilizarán las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos de capacidad básica que establece el Reglamento con respecto, entre otras cosas, a lo siguiente:

- a) sus actividades de vigilancia, presentación de informes, notificación, verificación, respuesta y colaboración; y
- b) sus actividades con respecto a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados.

2. Cada Estado Parte evaluará, dentro de un plazo de dos años contados a partir de la entrada en vigor del presente Reglamento para esa Parte, la capacidad de las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos mínimos descritos en el presente anexo. Como consecuencia de esta evaluación, los Estados Partes elaborarán y pondrán en práctica planes de acción para garantizar que estas capacidades básicas existan y estén operativas en todo su territorio según se establece en el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13.

3. Los Estados Partes y la OMS prestarán apoyo a los procesos de evaluación, planificación y puesta en práctica previstos en el presente anexo.

4. En el nivel de la comunidad local y/o en el nivel primario de respuesta de salud pública

Capacidad para:

- a) detectar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, en todas las zonas del territorio del Estado Parte; y
- b) comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de salud pública toda la información esencial disponible. En el nivel de la comunidad, la información se comunicará a las instituciones comunitarias locales de atención de salud o al personal de salud apropiado. En el nivel primario de respuesta de salud pública, la información se comunicará a los niveles intermedio y nacional de respuesta, según sean las estructuras orgánicas. A los efectos del presente anexo, la información esencial incluye lo siguiente: descripciones clínicas, resultados de laboratorio, origen y naturaleza del riesgo, número de casos humanos y de defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y medidas sanitarias aplicadas; y

c) aplicar de inmediato medidas preliminares de control.

5. En los niveles intermedios de respuesta de salud pública

Capacidad para:

- a) confirmar el estado de los eventos notificados y apoyar o aplicar medidas adicionales de control; y
- b) evaluar inmediatamente los eventos notificados y, si se considera que son apremiantes, comunicar al nivel nacional toda la información esencial. A los efectos del presente anexo, son criterios para considerar apremiante un evento las repercusiones de salud pública graves y/o el carácter inusitado o inesperado, junto con un alto potencial de propagación.

6. En el nivel nacional

Evaluación y notificación. Capacidad para:

- a) evaluar dentro de las 48 horas todas las informaciones relativas a eventos apremiantes; y
- b) notificar el evento inmediatamente a la OMS, por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI, cuando la evaluación indique que es de obligada notificación conforme a lo estipulado en el párrafo 1 del artículo 6 y en el anexo 2, e informar a la OMS según lo previsto en el artículo 7 y en el párrafo 2 del artículo 9.

Respuesta de salud pública. Capacidad para:

- a) determinar rápidamente las medidas de control necesarias a fin de prevenir la propagación nacional e internacional;
- b) prestar apoyo mediante personal especializado, el análisis de muestras en laboratorio (localmente o en centros colaboradores) y asistencia logística (por ejemplo, equipo, suministros y transporte);
- c) prestar la asistencia necesaria in situ para complementar las investigaciones locales;
- d) facilitar un enlace operativo directo con funcionarios superiores del sector de la salud y otros sectores para aprobar y aplicar rápidamente medidas de contención y control;
- e) facilitar el enlace directo con otros ministerios pertinentes de los gobiernos;
- f) facilitar enlaces, por los medios de comunicación más eficaces disponibles, con hospitales, dispensarios, aeropuertos, puertos, pasos fronterizos terrestres, laboratorios y otras áreas operativas clave, para difundir la información y las recomendaciones recibidas de la OMS relativas a eventos ocurridos en el propio territorio del Estado Parte y en los territorios de otros Estados Partes;

- g) establecer, aplicar y mantener un plan nacional de respuesta de emergencia de salud pública, inclusive creando equipos multidisciplinarios/multisectoriales para responder a los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional; y
- h) realizar lo anterior durante las 24 horas del día.

B. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA EN LOS AEROPUERTOS, PUERTOS Y PASOS FRONTERIZOS TERRESTRES DESIGNADOS

1. En todo momento

Capacidad para:

- a) ofrecer acceso i) a un servicio médico apropiado, incluidos medios de diagnóstico situados de manera tal que permitan la evaluación y atención inmediatas de los viajeros enfermos, y ii) a personal, equipo e instalaciones adecuados;
52 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
- b) ofrecer acceso a equipo y personal para el transporte de los viajeros enfermos a una dependencia médica apropiada;
- c) facilitar personal capacitado para la inspección de los medios de transporte;
- d) velar por que gocen de un entorno saludable los viajeros que utilicen las instalaciones y servicios de un punto de entrada, en particular de abastecimiento de agua potable, restaurantes, servicios de abastecimiento de comidas para vuelos, aseos públicos, servicios de eliminación de desechos sólidos y líquidos y otras áreas de posible riesgo, ejecutando con ese fin los programas de inspección apropiados; y
- e) disponer en lo posible de un programa y de personal capacitado para el control de vectores y reservorios en los puntos de entrada y sus cercanías.

2. Para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Capacidad para:

- a) responder adecuadamente en caso de emergencia de salud pública, estableciendo y manteniendo un plan de contingencia para emergencias de ese tipo, incluido el nombramiento de un coordinador y puntos de contacto para el punto de entrada pertinente, y los organismos y servicios de salud pública y de otro tipo que corresponda;

- b) ocuparse de la evaluación y la atención de los viajeros o animales afectados, estableciendo acuerdos con los servicios médicos y veterinarios locales para su aislamiento, tratamiento y demás servicios de apoyo que puedan ser necesarios;
- c) ofrecer un espacio adecuado para entrevistar a las personas sospechosas o afectadas al que no tengan acceso los demás viajeros;
- d) ocuparse de la evaluación y, de ser necesario, la cuarentena de los viajeros sospechosos, de preferencia en instalaciones alejadas del punto de entrada;
- e) aplicar las medidas recomendadas para desinsectizar, desratizar, desinfectar, descontaminar o someter a otro tratamiento equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda, en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto;
- f) aplicar controles de entrada o salida a los viajeros que lleguen o partan; y
- g) ofrecer acceso a un equipo designado especialmente para el traslado de los viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación, así como a personal capacitado y dotado de la debida protección personal.

IX. Bibliografía

AbouZahr, Carla, and Ties Boerma. "Health information systems: the foundations of public health." *Bulletin of the World Health Organization* 83, 8 (2005):578-583.

ANVISA. Cartilha de Vigilância Sanitária, 2nd ed. Brasília, D.F., Brazil: ANVISA, 2002.

Arriagada, Irma, Verónica Aranda, and Francisca Miranda. *Políticas y programas de salud en América Latina: Problemas y Propuestas*. División de Desarrollo Social. Santiago: CEPAL, 2005.

Association of Public Health Laboratories (APHL). *Defending the Public's Health*. Brochure, 2005, http://www.aphl.org/about_aphl/Documents/defending_phl.pdf.

Badgley, Robin F.. "Public Health: Trends and Challenges." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 53-67. Washington, D.C., 1992.

Badía, Roberto, Freddy Cárdenas, and Miguel Angel González Block. *Nicaragua modernización de los hospitales del MINSA: propuesta de préstamo*. Managua: MINSAL, 1998.

Baker, E. L., J.S. Blumenstock, J. Jensen, R. D. Morris, and A. D. Moulton. "Building the legal foundation for an effective public health system." *Journal of Law, Medicine & Ethics* 30, 3 (2002): 48-51.

Baker Jr., Edward L., Margaret A. Potter, Deborah L. Jones, Shawna L. Mercer, Joan P. Cioffi, Lawrence W. Green, Paul K. Halverson, Maureen Y. Lichtveld, and David W. Fleming. "The public health infrastructure and our nation's health." *Annual Review of Public Health* 26 (2005):303-318.

Baker E, Kaplan J. "Strengthening the Nation's Public Health Infrastructure: Historic Challenge, Unprecedented Opportunity." *Health Affairs* 21, No. 6 (2002).

Ballinger, Geoff. "Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditures Accounts: The Canadian Experience." *Journal of Public Health Management and Practice* 13(2), 2007.

Bambas, Lexi, Paula Braveman, J. Norberto W. Dachs, Iris Delgado, Emmanuela Gakidou, Kath Moser, Liz Rolfe, Jeanette Vega, & Christina Zarowsky. "Strengthening health information systems to address health equity challenges." *Bulletin of the World Health Organization* 83 (2005):597-603.

Beaglehole, Robert and Mario R. Dal Poz. "Public health workforce: challenges and policy issues." *Human Resources for Health* 1 (2003), <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>.

Beaulieu, Joyce, F. Douglas Scutchfield, and Ann V. Kelly. "Content and Criterion Validity Evaluation of National Public Health Performance Standards Measurement Instruments." *Public Health Reports* 118, No. 6 (Nov-Dec 2003), http://www.publichealthreports.org/userfiles/118_6/118508.pdf.

Benjamin, Georges C. "Public health infrastructure: creating a solid foundation." *Physician Executive* 27, No. 2 (2001): 86-87.

Berkowitz, Bobbie and Ray M. Nicola. "Public health infrastructure system change: outcomes from the turning point initiative." *Journal of Public Health Management & Practice* 9, No 3 (2003): 224-227.

Bettcher, Douglas W., Steve Sapirie, and Eric H. T. Goon. "Essential Public Health Functions: Results of the International Delphi Study." *World Health Statistics Quarterly* 51, No. 1 (1998).

Bitran, Daniel. *Impacto económico de los desastres naturales en la infraestructura de salud*. Washington, D.C.; Organización Panamericana de la Salud, 1996.

Campos, Francisco E. and Volker Hauck. "Networking collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health." *EDCPM Discussion Paper 57L*, Maastricht, The Netherlands: European Centre for Development Policy Management, 2005.

Canadian Public Health Association and Provincial and Territorial Public Health Associations. *A Path Toward Building Public Health Capacity*. Manitoba, Canada: Canadian Public Health Association, 2005.

Caribbean Commission on Health and Development. *Report of the Caribbean Commission on Health and Development*. July 2005.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Public Health's Infrastructure: A Status Report*. Atlanta, GA: CDC, 2001.

CDC. *Rebuilding public health infrastructure: Governmental Public Health Implementation Team – Final Report and Recommendations*. Washington, DC: CDC, 2004: 71.

Clark, M.. "Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System." *Paper prepared for the Woodrow Wilson Center Workshops on Education and Health Reforms*, Washington, D.C., 2002.

De Savigny, Don, Harun Kasale, Conrad Mbuya, and Graham Reid. *Fixing Health Systems: Lessons Learned*. Ottawa, Canada: International Development Research Centre (IDRC), 2005, http://www.idrc.ca/es/ev-64764-201-1-DO_TOPIC.html.

Dussault, Gilles and Carl-Ardy Dubois. "Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies." *HNP Discussion Paper*. Washington, D.C.: The World Bank, 2004.

Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). *The Millennium Development Goals: a Latin America and Caribbean perspective*. Santiago, Chile: ECLAC, 2005.

Etienne, Carissa. "Balance y Perspectivas de las FESP en América Latina." Presentation given in the PAHO/WHO workshop *Balances y Perspectivas: Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas*, Lima, Peru, May 29-31, 2007.

Fay, Marianne and Mary Morrison. *Infrastructure in Latin America & the Caribbean: recent developments and key challenges*. Washington, DC: World Bank, IDB, 2005.

Ferreira, José Roberto. "The Crisis." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 209-212. Washington, D.C., 1992.

Fraser, Barbara. "Human resources for health in the Americas." Comment/editorial. *The Lancet*, vol. 369 (2007).

Frenk, Julio. "The New Public Health." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 68-87. Washington, D.C., 1992.

García-Roco Pérez, Oscar, Nancy Castañeda González, Zoila Pérez González, and Hilda Labrada Iribarren. "La Salud Pública en América Latina y el Caribe." *Revista Humanidades Médicas* Vol. 2, No. 5 (May-Aug. 2002).

Gobierno de Chile. *Que es Plan AUGE?* http://www.gobiernodechile.cl/plan_auge/que_es_auge.asp.

Gordillo-Tobar, Amparo. "Medición del Gasto en Salud Pública." Presentation given in the PAHO/WHO workshop *Balances y Perspectivas: Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas*, Lima, Peru, May 29-31, 2007.

Gordillo-Tobar, Amparo and Pasqualina Curcio. *Harmonization of Essential Public Health Functions (EPHF) with the Functional Classification of Expenditure (FCE)*. Working Document. Washington, D.C. : PAHO/WHO, 2004.

Griffiths, Sián, and Jenny Wright, eds. *Public Health Capacity: The Challenges for Public Health*. United Kingdom: Royal Colleges of Physicians, May 2004.

Grupo Intersectorial para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (GIDRHUS). *Observatorio de los recursos humanos en la reforma del sector salud*. San Salvador: GIDRHUS, 2003.

Guerra de Macedo, Carlyle. *La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano*. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 2001, <http://www.clad.org.ve/anales5/macedo.html>.

Guerra de Macedo, Carlyle. "The Context." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 213-219. Washington, D.C., 1992.

Handler, Arden, Michele Issel and Bernard Turnock. "A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System." *American Journal of Public Health* 91, No. 8 (2001), <http://www.ajph.org/cgi/reprint/91/8/1235>.

Health Metrics Network (HMN). *Issues in Health Information: National and Subnational Health Information Systems*. Geneva: HMN, 2005, www.who.int/entity/healthmetrics/library/issue_1_05apr.doc

HMN. *Towards a Framework and Standards for Country Health Information System Development*. Geneva: HMN, 2005.

Healthy People 2010 Project. "23. Public health infrastructure." In *Healthy People 2010: Volume II*. Atlanta, GA: CDC, 2001.

Henderson, Donald A.. "Health in the Year 2000 and Beyond." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 86-91. Washington, D.C., 1992.

Homedes, Núria and Antonio Ugalde. "Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America." *Human Resources for Health* 3 (2005).

Honoré, Peggy A., and Brian W. Amy. "Public Health Finance: Fundamental Theories, Concepts, and Definitions." *Journal of Public Health Management & Practice* 13, Issue 2 (March/April 2007), <http://www.jpmp.com>.

Hsiao, William C. *What is a Health System? Why Should We Care?*. Boston, MA: Harvard School of Public Health, August 2003, [http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-Final%20\(general%20format\)%208.5.03.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/What%20Is%20A%20Health%20System-Final%20(general%20format)%208.5.03.pdf).

Hurtado, Margarita. *Understanding and Measuring the Performance of Health Care Services Delivery*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, September 2006.

Institute of Medicine (IOM). *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1998.

IOM. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2002.

International Labour Organization (ILO), and PAHO/WHO. *ILO-PAHO Joint Initiative on the Extension of Social Protection in Health*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2005.

Joint PAHO/CARICOM Task Force for Training in Environmental Health. *Human Resource Development for Environmental Health Professionals of CARICOM Countries: Three-Step Training Program*. Bridgetown, Barbados: PAHO/CARICOM, January 2003).

Jong-Wook, Lee. "Global health improvement and WHO: shaping the future." *The Lancet* 362 (2003): 2083-88.

Khaleghian, Peyvand, and Monica Das Gupta. "Public Management and Essential Public Health Functions." *World Bank Policy Research Working Paper 3220*. Washington, D.C.: The World Bank, 2004.

Koplan, Jeffrey P. "Building infrastructure to protect the public's health." *Lecture, Conference: Building Infrastructure to Protect the Public's Health*, Atlanta, GA, Sept 21, 2001.

León, Aracely de, Sandra Sesam, Lillian Irving, and Carlos Avila. *Análisis de la disponibilidad de recursos humanos, de los currícula y la infraestructura física de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia referente a la formación de personal, en ciencia y tecnología farmacéutica*. Guatemala, OPS/IOMS, 1990.

Leppo, K. *Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health systems*. Geneva: WHO, 2001.

Lozon, Jeffrey C. and L. Miin Alikhan. "Canada's Public Health System: Is the Pace of Progress Sufficient?." *HealthcarePapers* 7, No. 3 (2007): 52-59.

Lucchese, Geraldo. "Globalização e Regulação Sanitária." PhD Dissertation, ENSP/FIOCRUZ, 2001.

Lurie, N. "The public health infrastructure: rebuild or redesign?" *Health Affairs*, Vol. 21, No. 6 (Nov-Dec 2002): 28-30.

Mays, Glen, Paul K. Halverson, and F. Douglas Scutchfield. "Making Public Health Improvements Real: The Vital Role of Systems Research." *Journal of Public Health Management & Practice* 10, No. 3 (May/June 2004):183-185.

MEASURE Evaluation and USAID. *Using PRISM to strengthen and evaluate health information systems*. Brochure, <https://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/fs-07-18.pdf>.

Milstien, Julie B., Amie Batson and Albert I. Wertheimer. "Vaccines and Drugs: Characteristics of Their Use to Meet Public Health Goals." *HNP Discussion Paper*. Washington, D.C.: The World Bank, 2005.

Ministério da Saúde. *Projeto VIGISUS II – Subcomponente IV: Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios*. Brasília, D.F., Brasil: Ministério da Saúde, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigisusII.pdf>.

Ministerio de la Protección Social. *Diario Oficial Decreto Numero 3518. Sistema de Vigilancia en Salud Pública*. Colombia, Bogota, 10 de octubre 2006.

Ministerio de la Protección Social, and Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública: Aspectos Generales*. Colombia, Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la salud, Diciembre de 2005.

Ministerio de Salud de Panama. *La red pública de servicios de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad*. Ministerio de Salud de Panama, Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión, Sept. 2003.

Ministerio de Salud and Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH). *El Perú Respondiendo a los Desafíos de la Década de Recursos Humanos en Salud*. Serie de Recursos Humanos en Salud No. 5. Peru: Ministerio de Salud, 2006.

Ministry of Health of Costa Rica. *Health Sector Analysis of Costa Rica*. San Jose, Costa Rica: Ministry of Health, 2002, http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=142.

Moodie, Rob, Elizabeth Pisani, and Monica de Castellarnau. "Infraestructura para la promoción de la salud: el arte de lo posible." *Paper presented at the Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, Mexico, D.F., Mexico, 5-9 June, 2000.

Muñoz, Fernando, Daniel López-Acuña, Carlyle Guerra de Macedo, Wade Hanna, Mónica Larrieu, Soledad Ubilla, and José Luis Zeballos. "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud." *Pan American Journal of Public Health* 8 (1/2) (2000).

Murray, Christopher J. L.. "Towards Good Practice for Health Statistics: Lessons from the Millennium Development Goals Health Indicators." *The Lancet* 369, No. 9564 (March 2007).

National Public Health Performance Standards Program (NPHPSP). *NPHPSP Fact Sheet*, <http://www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/nphpspfactsheet.htm>.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *e-Salud en Latinoamérica y el Caribe: Tendencias y Temas Emergentes*. Edited by Roberto J. Rodrigues, Nora C. Oliveri, José Luis Monteagudo, Antonio Hernández, and Tomás Sandor. Washington, D.C. OPS/OMS: 2003.

OPS/OMS. *Estudio Delphi: Problemas presentes y futuros de los Recursos Humanos en Salud* (Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002).

OPS/OMS. *Lineamientos Metodológicos - Análisis Sectorial en Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas*. Special Edition 9, 3rd Version. Washington, DC: OPS/OMS, 2004, http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=150&Itemid=169.

OPS/OMS. *La Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional: Desempeño y Fortalecimiento*. Washington, DC: OPS/OMS, forthcoming.

OPS/OMS. *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Propuesta, Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005-2015*. Washington, DC: OPS/OMS, 2004.

Paim, Jairnilson S., and Naomar de Almeida Filho. "Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?" *Revista de Saúde Pública* 32, No. 4 (June 1998): 308.

Pan American Health Organization / World Health Organization (PAHO/WHO). *Developing Health Technology Assessment in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 1998, <http://www.paho.org/English/HSP/hsp-OP-115.htm>.

PAHO/WHO. *Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.

PAHO/WHO. *Health System Profile of Brazil*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2005.

PAHO/WHO. *International Health Regulations (2005): Basic information for national policy-makers and partners*. Brochure, <http://www.paho.org/english/dd/pin/IHR07eng.pdf>.

PAHO/WHO. *National Epidemiological Surveillance Information: Systems and Statistical Information Systems in the Region of the Americas*, <http://www.paho.org/English/DD/AIS/vigilancia-en.htm>.

PAHO/WHO. "Nursing Shortage Threatens Health Care." *Newsletter of the Pan American Health Organization* (2005), http://www.paho.org/English/DD/PIN/ptoday18_sep05.htm.

PAHO/WHO. *Observatory of Human Resources in Health*. Document presented to 134th Session of Executive Committee. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.

PAHO/WHO. *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2002.

PAHO/WHO. *Public Health in the Americas, Strategies for Developing the Health Workforce: Based on Current Policies and Technical Evidence*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, October 2006.

PAHO/WHO. *Report of the Working Group Meeting on Access to Essential Public Health Supplies and Procurement Mechanisms*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2004.

PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP). *Bolivia: Harmonization of Essential Public Health Functions (EPHF) with the Functional Classification of the Government Finance Statistics Manual (GSFM-2007)*. Washington, D.C.: PAHO/WHO, forthcoming.

PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP). *La rectoría: Componente clave de la reforma del sector salud en Costa Rica*. Washington, DC: PAHO/WHO; forthcoming.

PAHO/WHO Health Policies and Systems Unit (HSS/HP). *La reforma de salud en Chile: Priorización de la rectoría y el rol de la participación ciudadana*. Washington, DC: PAHO/WHO; forthcoming.

Pan-Canadian Public Health Network Web site, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_26bk1_e.html.

Pinto Beltrán, R. *Evaluación de la infraestructura sanitaria de la Caja Nacional de Salud en La Paz*. Bolivia, La Paz, 1993.

Piovesan, Márcia Franke, and Maria Eliana Labra. "Institutional Change and Political Decision-Making in the Creation of the Brazilian National Health Surveillance Agency." *Cadernos de Saúde Pública* 23, No. 6 (Jun 2007).

Presidential Commission on the Millennium Development Goals (COPDES) and the United Nations Country Team in the Dominican Republic (UNCT). *Investing in the Sustainable Development of the Dominican Republic*. COPDES & UNCT, 2005.

Public Health Agency of Canada (PHAC). *Core Competencies for Public Health in Canada*. Release 1.0. Ottawa: PHAC, 2007.

Public Health Agency of Canada Web site, www.phac-aspc.gc.ca.

Rodriguez Roberto J., and Ahmad Risk. "eHealth in Latin America and the Caribbean: Development and Policy Issues." *Journal of Medical Internet Research* 5(1) (2003).

Rosenberg, Mark W., and Sarah A. Lovell. *A Methodology for Projects to Characterize the Public Health Workforce in Costa Rica, Jamaica, and Mexico*. Ontario, Canada: Queen's University Department of Geography, 2006.

Rosenkranz, Adela. *Estudio de factibilidad técnica para establecer laboratorios e implantar el control biológico de medicamentos en países seleccionados del Istmo Centroamericano*. Washington, DC: OPS, 1986.

Sensenig, Arthur L. "Refining Estimates of Public Health Spending as Measured in National Health Expenditures Accounts: The United States Experience." *Journal of Public Health Management and Practice* 12(2), 2007, 104.

Scutchfield, F. Douglas, and K. Patrick. "Public Health Systems Research: The New Kid on the Block." *American Journal of Preventive Medicine* 32, 2 (2007): 173-4.

Terris, Milton. "Current Trends in Public Health in the Americas." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 166-183. Washington, D.C., 1992.

Testa, Mario. "Public Health: Its Sense and Meaning." In *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, edited by PAHO/WHO, 184-206. Washington, D.C., 1992.

The World Bank. *Argentina: World Bank Approves \$220 Million for Public Health*. Press Release, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/0,,contentMDK:21136153~menuPK:258568~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:258554,00.html>.

The World Bank. *Project Information Document-Concept Stage*. 2005. http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/09/13/000104615_20050914091445/Rendered/PDF/Rev10PID10AR0EPHF0Concept0Stage009101.05.pdf.

The World Bank. "Public Health and Bank Operations." *Health, Nutrition and Population Series*. Washington, D.C., 2002.

The World Bank. *Public Health Surveillance and Disease Control Project in Argentina (VIGIA)*, <http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P055482>.

The World Bank. VIGISUS II Brazil Second Disease Surveillance and Control Project, <http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P083013>.

Turnock, Bernard J., and Arden S. Handler. "From Measuring to Improving Public Health Practice." *Annual Review of Public Health* 18 (1997): 261-282.

Turnock, Bernard J. *Public Health: What It Is and What It Does*. 3rd Ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2004.

United Nation Millennium Project. *Health Systems Needs Assessment Guidelines*. New York: UN Millennium Project, 2005, <http://www.unmillenniumproject.org/documents/UserGuide-HealthSystem.pdf>.

United Nation's Children Fund (UNICEF). *Progress for Children: A Child Survival Report Card*. New York: UNICEF, 2004, <http://www.unicef.org/progressforchildren/2004v1/latinCaribbean.php>.

Urriola Urbina, Rafael. "Health Care Financing and Equity: Public Insurance in Chile." *CEPAL Review* 87 (2005), <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/25575/G2287iUrriola.pdf>.

Varani, Marcio Luiz. *Riscos da Tecnologia Médica - O Papel da Vigilância Sanitária*. PowerPoint Presentation, May 2006.

Waldman, Eliseo Alves. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

Williams, Tony. "Building health information systems in the context of national strategies for the development of statistics." *Bulletin of the World Health Organization* 83(8), (2005).

Wilson, Kumanan. "A Canadian Agency for Public Health: Could it work?." *Canadian Medical Association Journal* Vol. 170, No. 2 (2004), <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/170/2/222.pdf>.

Winslow, C.E.A.. "The Untilled Field of Public Health." *Modern Medicine*, Vol. 2. (1920): 183-191.

World Health Organization (WHO). *A Guide to Rapid Assessment of Human Resources for Health* (WHO). Geneva: WHO, 2004, http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf.

WHO. *Basic operational frameworks (BOF) for essential health technologies*, <http://www.who.int/ehf/frameworks/en/>.

WHO. *Design and Implementation of Health Information Systems*. Edited by Theo Lippeveld, Rainer Sauerborn and Claude Bodart. Geneva: WHO, 2001.

WHO. *Essential Public Health Function: The Role of Ministries of Health*. 53rd Section of the Regional Committee of the Regional Office for the Western Pacific, 16 July 2002.

WHO. *Financing health promotion*. Discussion Paper Number 4-2007. Geneva: WHO 2007.

WHO. *World Health Organization Report on Infectious Diseases: Removing Obstacles to Healthy Development*. Geneva: WHO, 1999.

WHO. *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO, 2000.

WHO. *The World Health Report 2003: shaping the future*. Geneva: WHO, 2003.

WHO. *The World Health Report 2004: changing history*. Geneva: WHO, 2004.