



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



139.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre de 2006

Punto 5.1 del orden del día provisional

CE139/5 (Esp.)
28 septiembre 2006
ORIGINAL: ESPAÑOL

AGENDA DE SALUD PARA LAS AMERICAS 2008 – 2017 Propuesta para discusión regional

La Directora tiene la satisfacción de transmitir al Comité Ejecutivo el borrador de la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017. El presente documento es producto de las actividades realizadas por los siete Estados Miembros que participaron en el Grupo de Trabajo para elaborar la Agenda de Salud; es un borrador con finalidades de debate únicamente y, en este momento, no está concebido para citarse.

Se invita al Comité Ejecutivo a que formule observaciones sobre este borrador, así como observaciones generales respecto a los conceptos y las áreas de acción allí descritos. En el período posterior a esta sesión del Comité Ejecutivo, el borrador se perfeccionará aún más con las observaciones recibidas y luego se difundirá a toda la Región mediante un proceso general de consultas que durará siete meses. Después de este proceso, los ministros de salud de la Región lanzarán la Agenda de Salud para las Américas a mediados del año 2007.

Enunciado de la Intención

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

Principios y Valores

8. La agenda se enmarca en el respeto y la adhesión a los siguientes principios y valores:

9. Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad. La Constitución de la OMS señala que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social...”. Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades.

10. Solidaridad panamericana. La solidaridad, definida como la colaboración para el avance de intereses y responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes, es fundamental para el desarrollo de la salud en la Región. Esto es particularmente importante para la superación de las inequidades y para el mantenimiento de la seguridad sanitaria panamericana en condiciones de crisis, emergencias y desastres.

11. Equidad en Salud. Los países de las Américas procuran eliminar las desigualdades, evitables, injustas y remediabiles en salud, entre poblaciones o grupos definidos por su condición social, económica, demográfica, étnica o geográfica. La equidad de género, entendida como la respuesta apropiada a las necesidades de salud diferenciadas de hombres y mujeres, es fundamental para la reducción de la inequidad en salud.

12. Participación. La participación social en la definición y ejecución de políticas públicas y en la evaluación de sus resultados, es de importancia crucial para el desarrollo y la ejecución de la Agenda de Salud.

Tendencias de la situación de salud en las Américas

a) Tendencias en el contexto

13. Considerando la evidencia existente acerca de la importancia de los *determinantes sociales* de la salud como variables que explican el gradiente de la situación de salud de una región o un país,¹ es importante revisar la situación de los principales indicadores socioeconómicos en la descripción de las tendencias de la situación de salud que ilustran a la Agenda de Salud para las Américas. En el periodo 2001-2005 el Producto Interno

¹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los determinantes sociales de la salud: el aprendizaje de las experiencias anteriores. Ginebra: OMS, 2005.

Bruto por Habitante de la Región de América Latina y el Caribe creció 4.2%² y la pobreza se redujo de 42.5% a 41% de la población, lo que significa que el número de personas viviendo en esta condición pasó de 207 millones en 2000 a 213 millones en 2005. Esta Región sigue estando entre las más desiguales en el mundo en cuanto a la distribución de la riqueza³.

14. Las desigualdades en salud tienen relación con los determinantes socioeconómicos. Aquellos países de mejor nivel económico tienen, en general, una esperanza de vida más larga que los más pobres; sin embargo, las diferencias en la esperanza de vida se reducen cuando se considera la distribución de los ingresos. Los países que tienen una distribución de ingreso más equitativa alcanzan niveles de esperanza de vida que son comparables, y algunas veces mejores, a las de otros países que siendo más ricos tienen una distribución del ingreso más desigual⁴.

15. El crecimiento de la población, se ha desacelerado en todos los países de América⁵. En cuanto a la estructura de la población, las tendencias al incremento de la proporción de personas mayores de 60 años⁶ imponen la necesidad de responder a los cambios en el perfil epidemiológico, asociados a una población que envejece. Aún cuando se observan marcadas diferencias entre los países, en general el crecimiento de las zonas urbanas se ha extendido, con el consiguiente mayor acceso a servicios básicos y saneamiento⁷. No obstante, la urbanización se ha asociado a una masificación de patrones de consumo y estilos de vida, al deterioro de las redes sociales de apoyo, sedentarismo, obesidad, abuso de drogas e incremento de accidentes y violencia.

16. La mejora del acceso de la población a la educación se refleja en la elevación del nivel de alfabetismo, que pasó de 88% a 93,7% entre 1980 y 2005, así como en incrementos variables de la escolaridad en la mayor parte de los países. La cobertura educacional es mayor para hombres que para mujeres, sobre todo en las áreas rurales, y

² Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. 2005.

³ CEPAL Panorama Social de América Latina 2005. LC/G.2288-P/E. Noviembre 2005.

⁴ A fines del 1990, la expectativa de vida al nacer mostró un gradiente decreciente entre los grupos de población más ricos y los más pobres, con una diferencia de 9,8 años (75,6 y 65,8, respectivamente). En el 2000, se calculó que la expectativa de vida al nacer comprendió entre 54,1 y 79,2 años en los países de la Región, con una diferencia de más de 25 años entre los países con la expectativa de vida al nacer más larga aquellos con la más corta. Entre 1950-1955 y 1995-2000, la diferencia en la expectativa de vida entre los hombres y las mujeres aumentó de 3,3 a 5,7 años en América Latina, de 2,7 a 5,2 años en el Caribe, y de 5,7 a 6,6 años en América del Norte.

⁵ El crecimiento varía entre 0,4% en el Caribe No-Latino y 2,1% en Centroamérica.

⁶ El envejecimiento mundial de la Población 1950-2050. División de Población. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas 2002

⁷ La proporción de población que habita zonas urbanas varía entre un 53.2% en Centroamérica y un 89.9% en el Cono Sur. En promedio, la población urbana creció de 68.8% en 1980 a 78.8% en 2005.

su calidad es claramente diferenciada de acuerdo al nivel de ingreso de las familias, como consecuencia, se reducen las oportunidades de adquirir comportamientos saludables y se limita, a futuro, el acceso a empleo de calidad y a mejores condiciones de vida.

17. El medio ambiente de la Región ha experimentado un deterioro creciente, causado por contaminación del aire, agua y suelos, además de desastres naturales o causados por el hombre. Los desastres naturales, principalmente los derivados de huracanes, han sido especialmente severos en los países de Centroamérica y el Caribe. En los últimos diez años, al menos 20 grandes desastres naturales han afectado a más de 17 millones de habitantes, provocando alrededor de 50.000 muertes. En lo que respecta a saneamiento, el 93% de la población está cubierta con servicios de agua potable, pero sigue habiendo importantes déficit de agua limpia en las áreas rurales. La situación es menos favorable en materia de excretas, disposición de residuos domiciliarios, tratamiento de aguas servidas e higiene de alimentos.

18. La exclusión en salud en la Región aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social y de género), con otras formas de exclusión social y con patrones culturales entre los cuales se incluyen el idioma, el empleo informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, el nivel de educación y de información de los usuarios de los sistemas de salud. La situación en resumen: 218 millones de personas sin protección de riesgos de enfermedad por falta de cobertura de algún tipo de seguro social en salud; 100 millones de personas no pueden acceder a los servicios de salud por razones geográficas, por barreras de tipo económico o por la falta de establecimientos que provean servicios de salud cerca de sus hogares o sitios de trabajo⁸. En cuanto a las inmunizaciones, se estima que aproximadamente un 40% de los municipios de Latinoamérica y el Caribe no alcanza la meta de vacunación de rutina de vacunar al 95% de los niños menores de un año contra la polio y la difteria, el tétanos y la tos ferina, y que al menos 800,000 niños en Latinoamérica no han sido adecuadamente protegidos contra estas enfermedades al cumplir un año de edad⁹.

b) *Tendencias en la situación de salud*

19. El panorama regional de salud se caracteriza por la coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles, algunas de ellas en relativo control, como tuberculosis y

⁸ Panorama de la exclusión de la protección social en Salud en América Latina y El Caribe. Informe de la Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud presentado a la Reunión Regional Tripartita sobre “Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y El Caribe”. México, Nov.29-Dic.1, 1999.

⁹ Fuente: Informes anuales de los países a la Unidad de Inmunización de OPS mediante las tablas PAI/Formularios Conjunto para la Notificación de la OPS-OMS/UNICEF para las Américas (datos de 2005)

Malaria, y otras emergentes, como VIH/SIDA¹⁰, con enfermedades de tipo crónico-degenerativo y trauma, las que han reemplazado a las transmisibles como causas principales de muerte y enfermedad en la totalidad de los países¹¹. También han aparecido amenazas derivadas de cambios en las características de agentes tales como los virus influenza, cuyas variantes podrían provocar una pandemia de graves consecuencias.

20. Pese a que en los últimos años es posible apreciar mejoras en los principales indicadores de salud tradicionales¹², la característica principal de la situación de salud en la Región es la gran diferencia que muestran los indicadores, tanto entre los países como al interior de ellos. Las desigualdades en salud se manifiestan por importantes diferencias por razones geográficas, edad, género, etnia, educación y distribución del ingreso¹³. Los indicadores disponibles para los 45 millones de personas que conforman los pueblos indígenas, son consistentemente peores que los de la población no-indígena¹⁴.

21. Los logros en reducción de la mortalidad precoz y evitable han sido obtenidos en gran medida por acciones específicas del sector salud, especialmente de atención primaria, como el aumento de la cobertura de inmunizaciones, la planificación familiar y la rehidratación oral. Aún cuando la mortalidad materna ha disminuido, en el año 2005 la Región tenía una tasa de 71.9 por 100.000 nacidos vivos. Esta tasa sube a 94.5 cuando se considera sólo América Latina y el Caribe y alcanza el valor máximo de 523 en Haití y el mínimo de 13.4 en Chile¹⁵. Los embarazos de adolescentes, en su mayoría no deseados, llegan al 20% del total de embarazos en muchos países e implican un desafío evidente para las futuras madres y sus hijos. Causas evitables de muerte, como el cáncer del cuello uterino, las septicemias, la desnutrición y las infecciones respiratorias agudas, pueden ser reducidas con mayor efectividad y cobertura de la atención primaria a la salud.

22. En muchos casos el avance que se puede lograr con acciones específicas del sistema de salud parece estar llegando a sus límites. Se reconoce cada vez más que los factores de riesgo de las principales causas de enfermedad y muerte sobre los que hay que intervenir, escapan al control directo del sector salud. Por ejemplo, las muertes por causas externas y por algunas morbilidades (como cardiovasculares, la diabetes, las

¹⁰ En los países con mayor acceso a tratamientos antirretrovirales, la mortalidad por VIH/SIDA ha comenzado a descender, pero la progresión de la epidemia continúa, con mayor fuerza en los países del Caribe.

¹¹ Algunos autores han acuñado el término “Polarización Epidemiológica”, para referirse a este perfil de morbimortalidad.

¹² En América Latina y el Caribe, en el período 1980-2005 la mortalidad infantil pasó de 56.6 a 24.8 por 1000 n.v..

¹³ 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

¹⁴ OPS. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. CE138/13. 12 junio de 2006.

¹⁵ OPS. Género, Salud e Desarrollo en las Américas - Indicadores Básicos. 2005

enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el VIH/SIDA) dependen mucho de las condiciones y estilos de vida, y del comportamiento de las personas. Así entonces, para avanzar más en términos de disminuir la carga de enfermedad evitable, es necesario revisar y actuar sobre los grandes determinantes y factores de riesgo de los principales problemas de salud. Para esto, se requiere del análisis de la evidencia que sustente decisiones políticas y alianzas estratégicas, intersectoriales e interinstitucionales, sobre la base de la experiencia internacional, para asegurar la efectividad de tales intervenciones.

23. En términos de la contribución de salud al logro de equidad en la distribución de la riqueza, la experiencia muestra que aquellas intervenciones dirigidas a posibilitar el máximo desarrollo de las potencialidades de la infancia, mejoran su acceso a empleo productivo y pueden dar por resultado generaciones con mayor posibilidad de movilidad social, la cual sigue estando seriamente limitada en la mayor parte de los países de la región^{16 17}.

c) *Tendencias en la respuesta de los Sistemas de Salud*

24. Con relación a los sistemas de salud, no se ha logrado superar su segmentación¹⁸ y persisten severas deficiencias en el desempeño de las políticas de financiamiento de la salud. Se percibe una situación de alta vulnerabilidad reflejada en que algunos países presentan un nivel de gasto insuficiente en salud, otros tienen alta dependencia de recursos externos y el gasto de bolsillo sube en la mayoría de los países. Todo esto afecta con mayor fuerza a las poblaciones más empobrecidas. La modalidad de asignación de recursos sigue, en general, desvinculada de los resultados y desempeño de los servicios y no ha privilegiado las acciones de salud pública.

25. La entrega de servicios de salud se caracteriza por el predominio de un modelo curativo, centrado en los hospitales y en los cuidados individuales, relegando a un segundo plano a la atención primaria y los servicios de salud pública. Este modelo se

¹⁶ Banco Mundial. *Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina*. Documento de trabajo 01/06 de la Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Banco Mundial, Mayo de 2006.

¹⁷ Bedregal P., Margozzini P. y Molina H. *Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2002.

¹⁸ Segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de Seguridad Social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un sub-sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población.

caracteriza por un sistema de servicios fragmentados¹⁹, que no se orienta efectivamente a las necesidades de los usuarios, no incorpora suficientemente la promoción de salud y - cuando lo hace- convoca principalmente a las mujeres, esperando que ellas brinden su servicio voluntariamente. A menudo no sustenta sus decisiones en el análisis del conocimiento y la sistematización de experiencias previas y no considera la diversidad cultural existente.

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

27. Alrededor del año 2005 el gasto nacional en salud del conjunto de países de la Región de América Latina y el Caribe representó aproximadamente 6.8 % del Producto Interno Bruto de la Región; lo que equivale a un gasto anual de US \$ 500 dólares per capita²⁰. Aproximadamente un 48 % de este gasto correspondió a gasto público, el cual comprende el gasto en servicios de atención de salud de las instituciones de salud del gobierno central, gobiernos locales, municipales y los gastos en servicios de salud a través de contribuciones obligatorias a fondos de salud de administración privada, o a instituciones de seguridad social. El restante 52% corresponde a gasto privado, el que incluye los gastos directo de bolsillo en la compra de bienes y servicios de salud, y los servicios de salud consumidos a través de esquemas de seguros privados de salud o de esquemas de medicina pre-pagada²¹.

28. La escasez, mala distribución y falta de adecuación del personal a las necesidades de salud está acentuada por la migración de profesionales dentro del territorio nacional y la emigración a países más ricos. La mayoría de los países de las Américas están siendo afectados por este fenómeno que debe ser enfrentado a nivel nacional y también en el marco interamericano y mundial ya que un número importante de países de la Región no cuenta con los requerimientos de personal necesarios para tener una cobertura mínima (25 RRHH por 10,000 habitantes²²), mientras otro grupo de países tiene cinco veces

¹⁹ Fragmentación es la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud. Esto limita la estandarización de los contenidos y un trabajo coordinado de complementariedad.

²⁰ Dólares ajustados por paridad del poder adquisitivo – ppa.

²¹ Base de datos de gasto en salud OPS, 2006.

²² La OMS y la *Joint Learning Initiative* han propuesto utilizar una medida llamada “Densidad de Recursos Humanos en Salud” conformada por la suma de los indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10,000 habitantes. La medición de densidad a través de este método

dicha disponibilidad La distribución de trabajadores de salud es muy desigual, ya que las áreas urbanas tienen de 8 a 10 veces más médicos que las rurales. Algunos países tienen importantes desequilibrios en su oferta de capacidades, con muy pocas enfermeras por médico y ausencia de otras profesiones imprescindibles. Las mujeres, que ocupan casi el 70% de la fuerza laboral en salud, son minoritarias en los cargos de dirección y son las primeras afectadas por el desempleo.

29. El panorama de tendencias de la salud y sus determinantes en la Región de las Américas pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias para reducir la inequidad existente entre los países y al interior de ellos. Estas estrategias deben permitir seguir avanzando en la protección social de la población, mediante sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria de salud y políticas públicas saludables construidas con la participación de la comunidad y conducidas por autoridades sanitarias sólidas y respetadas. Con esta perspectiva, esta Agenda identifica ocho áreas de acción.

Áreas de acción: Una Agenda de Salud para las Américas

a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional

30. Para lograr mejoras en la situación de salud, la autoridad sanitaria nacional debe fortalecer su capacidad institucional para cumplir su rol rector en salud y ejercer un liderazgo intersectorial con capacidad de convocatoria y orientación a los socios en la tarea de impulsar el desarrollo humano. Debe propiciar la plena participación social y comunitaria, así como la de todos los agentes de transformación, incluyendo al sector privado, para alcanzar las metas nacionales de salud. Simultáneamente, la autoridad sanitaria nacional debe contar con los marcos legales que respalden y permitan auditar su gestión.

31. El ejercicio de la gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas son elementos claves para que la autoridad sanitaria nacional logre, al más alto nivel, el compromiso y la voluntad política para fortalecer el desarrollo de la salud. Los ministerios de salud deben cumplir plenamente las funciones esenciales de salud pública²³ y desempeñar

es imperfecta ya que no toma en cuenta todos los demás trabajadores de salud, pero es la única viable para comparaciones globales.

²³ OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Washington, DC. 2002. Identifica once funciones esenciales de salud pública: (1) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública; (3) Promoción de la salud; (4) Participación de los ciudadanos en la salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y

eficientemente su papel en la conducción, regulación y gestión de los sistemas sanitarios. Una tarea sustancial es la clarificación de las responsabilidades que incumben al gobierno, la sociedad y las personas, respectivamente. La toma de decisiones basada en evidencias fortalece a la autoridad sanitaria nacional.

32. La autoridad sanitaria nacional debe participar activamente en el abordaje de temas relacionados al bienestar humano como: globalización, migración, protección social, respeto y protección a los derechos humanos relacionados con la salud, seguridad humana, mercado laboral, composición del gasto público, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y las estrategias para reducir la pobreza. El diálogo, coordinación y colaboración entre los ministerios de salud y los de finanzas y planificación, debe centrarse en previsión, estabilidad y continuidad de la asignación de recursos financieros para la consecución de las metas nacionales del desarrollo humano.

33. A la vez que se propicia una mayor inversión en salud se debe consolidar un sistema de rendición de cuentas efectivo, eficiente y transparente, que apoye a la movilización de recursos y resguarde su adecuado manejo. En esta misma línea, se identifica el requerimiento que la autoridad sanitaria nacional fortalezca su capacidad para planificar, gestionar y coordinar el uso de recursos tanto de origen nacional como de la cooperación externa en salud.

b) *Abordar los determinantes de la Salud*

34. La autoridad sanitaria nacional debe abogar por una posición más alta de la salud en la agenda para el desarrollo humano sustentable. El reconocimiento del rol de los determinantes de la salud y la incorporación de líneas de trabajo y recursos en los planes nacionales de desarrollo, será un indicador de éxito de este mandato.

35. Para proteger efectivamente a la población más pobre, marginada y vulnerable es imperativo abordar los factores determinantes de la salud. Esto se refiere a elementos que están relacionados con (a) la exclusión social, como ingreso, género, educación, etnicidad, discapacidad y orientación sexual; (b) la exposición a riesgos, como malas condiciones de vida y trabajo, estilos de vida no saludables, desinformación, dificultad para disponer de alimentos y agua, y la contaminación del suelo, agua y alimentos; (c) la urbanización no planificada, que acentúa la inadecuada provisión de servicios de agua, saneamiento y vivienda y (d) el cambio climático, que afecta con más intensidad a la población pobre cuando se producen inundaciones, sequías y enfermedades transmitidas por vectores.

36. Las medidas necesarias para abordar la mayor parte de estos determinantes están fuera del mandato de los ministerios de salud y requieren de la participación de otros entes gubernamentales. Por consiguiente, la autoridad sanitaria nacional tiene que ampliar el ámbito en que se desarrollan las actividades de la salud pública, promoviendo políticas públicas saludables a través de la concertación interinstitucional y el trabajo intersectorial.

37. Es necesario que los países inviertan más en la promoción de la salud y que cuenten con marcos políticos, que permitan su desarrollo y el logro de objetivos medibles²⁴. Deben operar redes de atención a la salud, con enfoque intercultural y de género, en que la participación social activa sea el factor determinante. Esto debe ser apoyado por un fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica a través de la inclusión de variables sociales, de conducta y de estilos de vida que permitan evaluar las intervenciones de la promoción de la salud.

38. La inversión en la protección social de la infancia y el fortalecimiento de la familia debe ser una prioridad entre las estrategias dirigidas a abordar los determinantes de la salud. Los países deben esforzarse por garantizar a todos los niños y niñas una protección efectiva desde la atención prenatal en adelante, utilizando tecnologías de probada eficacia como el estímulo al apego efectivo entre padres e hijos, la estimulación temprana del desarrollo psico-social y la resiliencia; a través de redes de servicios integradas que aseguren la adecuada utilización de los subsidios por parte de las familias elegibles. El manejo social del riesgo, por todos los sectores responsables de las políticas públicas, es esencial para el logro de estos resultados.

c) *Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología*

39. Los países deben evaluar sistemáticamente el estado del conocimiento, e incorporarlo en la selección de intervenciones con criterio de eficacia. Para llevar a cabo esta función, se necesita desarrollar las capacidades para integrar, sintetizar y utilizar el conocimiento en la toma de decisiones.

40. Es necesario fortalecer la investigación para entender mejor la relación entre los determinantes de la salud y sus consecuencias, e identificar los actores con los cuales buscar alianza o influir a través de la política pública. Debe aprovecharse la medicina tradicional y los conocimientos autóctonos que pudiesen contribuir al bienestar de las

²⁴ Declaración de Yakarta sobre liderazgo de la promoción de la salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era – Liderando la Promoción de la Salud en el siglo XXI (Yakarta, 21-25 de julio de 1997).
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

poblaciones. Hay que fomentar la capacidad de investigación y utilización del conocimiento a nivel local.

41. La bioética tiene que difundirse y aplicarse más en los países de las Américas para resguardar la calidad de la investigación y el respeto a la dignidad de las personas, salvaguardar la diversidad cultural y la aplicación de los conocimientos en salud, y asegurar el acceso equitativo a los progresos científicos: herramientas, tecnologías, productos farmacéuticos, vacunas, etc.

42. Todas las personas deben beneficiarse del progreso y tener acceso a la información y educación en salud. Los países necesitan fortalecer la capacidad y el nivel de la diseminación científica, la confianza del público en la investigación y la calidad del conocimiento que respalda las acciones en salud. Los ministerios de salud tienen que fortalecer su capacidad de gestión de la información y del conocimiento y sus alianzas con los generadores del conocimiento.

43. La autoridad sanitaria nacional, en su rol regulador, debe garantizar que los medicamentos, vacunas, tecnologías y materiales médicos usados por su población en todos los servicios de salud cuenten con la debida calidad, seguridad y eficacia. Se debe contar con políticas nacionales que favorezcan el acceso y promuevan el uso racional de estos productos.

44. La vigilancia de la salud debe ser fortalecida a nivel local, nacional, regional y global. Se debe fortalecer la capacidad de los equipos de salud locales para ejecutar procesos analíticos epidemiológicos que generen datos científicos para la planificación sanitaria y la vigilancia y evaluación de intervenciones. La toma de decisiones en salud debe estar basada en evidencias, para lo cual se debe considerar el conocimiento científico disponible, resumido en forma sistemática y transparente. Asimismo, es necesaria la estandarización de la información en salud para permitir la comparación entre los países y al interior de los mismos; y para monitorear y evaluar los avances en el cumplimiento de las metas de salud.

d) *Fortalecer la solidaridad y la seguridad sanitaria*

45. Los países de las Américas deben prepararse y tomar medidas intersectoriales para enfrentar desastres naturales, pandemias y zoonosis que afectan la seguridad sanitaria individual, regional y global. Se debe prestar la debida atención a los movimientos migratorios y al comercio de alimentos por las fronteras que pueden acelerar la transmisión de las enfermedades.

46. Se debe fomentar intervenciones intersectoriales concretas para reducir la violencia social e interpersonal, la inseguridad en las calles y carreteras, la inseguridad

personal y comunitaria y los conflictos. Estos eventos están relacionados al más amplio concepto de seguridad humana, con implicancias en la seguridad sanitaria.

47. La seguridad sanitaria exige estrategias de preparación ante contingencias que van más allá del ámbito nacional, demandando procesos efectivos y sustentables de integración subregional, regional y global.

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

e) Disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos

49. En búsqueda de la equidad, las intervenciones para mejorar la salud tienen que priorizar a los más pobres, a los marginados y a los vulnerables. Los pueblos indígenas y las comunidades tribales deben ser priorizados. Otros grupos importantes que merecen una atención especial son los migrantes y desplazados; las minorías étnicas y las personas con discapacidad física y mental. Los países deben velar por la inclusión, el acceso a servicios de salud culturalmente aceptables, la recolección y uso de datos específicos para la adecuada toma de decisiones y el ejercicio de la ciudadanía total de estos grupos, permitiendo que se sobrepongan a las adversidades, construyan sobre ellas y se proyecten al futuro. Las intervenciones de salud deben responder a las características particulares de cada grupo.

50. La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en esta Región. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención del recién nacido. En los niños se debe promover la lactancia materna y prevenir las infecciones, la deshidratación, las enfermedades respiratorias y la desnutrición. Las coberturas de vacunación deben mantenerse o expandirse, junto con la introducción gradual de nuevas vacunas y tecnología cuando sea pertinente. En concordancia con la búsqueda de equidad, la autoridad sanitaria deberá priorizar y enfatizar las acciones específicas para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil en todos los grupos de la sociedad.

51. Con respecto a la población de adolescentes y jóvenes, se debe generalizar la atención integral de la salud y el desarrollo, incluyendo la promoción del desarrollo juvenil y la prevención de conductas de riesgo y sus problemas como el tabaquismo, alcohol y drogas, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y violencia.

52. La mantención de la funcionalidad de los adultos mayores debe ser materia de programas de salud especialmente dirigidos a este grupo. La combinación de subsidios económicos y alimentarios con estas intervenciones sanitarias resulta fundamental para el logro de la adherencia de los adultos mayores a los programas de salud. La formación de las personas que trabajan en salud, en tecnologías propias de la atención de la vejez, debe priorizarse y ser motivo de programas especiales de entrenamiento focalizados en la atención primaria de la salud.

53. La autoridad sanitaria nacional debe promover la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas de salud. En las actividades de seguimiento y evaluación debe utilizarse sistemáticamente datos desglosados por sexo.

f) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad

54. Mientras continúan sus esfuerzos para controlar la transmisión de enfermedades infecciosas, los países de las Américas deberán enfatizar las acciones contra las enfermedades no transmisibles, que se han convertido en la principal causa de muerte y morbilidad.

55. Debe iniciarse o fortalecerse acciones específicas para controlar la diabetes, las enfermedades cerebro y cardio vasculares y los tipos de cáncer de mayor incidencia, al igual que factores de riesgo como la hipertensión, las dislipidemias, la obesidad y la falta de actividad física. Otros problemas como los traumatismos por tránsito en vialidades, el tabaquismo, alcohol y drogas, contaminación ambiental y aquellos que afectan a la salud mental también deben enfrentarse.

56. La autoridad sanitaria debe ser muy activa en la promoción de estilos de vida y ambientes saludables. Los cambios de conducta serán sostenidos sólo si se acompañan de cambios ambientales, institucionales y de políticas conducentes a que las personas opten por una vida con alimentación saludable, actividad física y libre de tabaquismo. Se requiere un trabajo colaborativo con la industria, para la producción y mercadeo de alimentos más saludables y con el sector educación, para que las escuelas sean el ejemplo de buena alimentación y se promueva la formación de hábitos sanos.

57. Es necesario mantener las acciones y hacer innovaciones para combatir las enfermedades transmisibles, entre ellas las inmunoprevenibles, tuberculosis, malaria, dengue y VIH/SIDA, que siguen afectando a la población de las Américas. Debe lograrse que toda la sangre colectada en la Región provenga de donantes voluntarios, altruistas y no remunerados y toda la sangre sea tamizada antes de ser transfundida. Debe hacerse un esfuerzo más intensivo en el control de las enfermedades transmisibles “olvidadas” y en aquellas que es viable erradicar. Debe fortalecerse el trabajo conjunto con agricultura y

ganadería para la prevención y control de enfermedades zoonóticas y de enfermedades transmitidas por alimentos.

g) *Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.*

58. La universalización y mejora de la protección social es un tema que cobra importancia en el diálogo político y académico sobre el desarrollo humano sostenible en la Región de las Américas. Se intenta responder a la incertidumbre que genera el mercado laboral y su impacto en los ingresos familiares, la cobertura de la seguridad social y la atención de salud. En este contexto, las políticas públicas deben ampliar progresivamente el acceso, el financiamiento y la solidaridad de los sistemas de protección social.

59. Si bien la mayoría de los países de la Región tienen legislaciones que establecen el derecho a la salud universal de su población, la realidad es que la cobertura efectiva queda determinada por la disponibilidad de financiamiento, con criterios de priorización no explícitos en la mayoría de los casos.

60. Esta realidad resalta la necesidad de desarrollar sistemas de aseguramiento con financiamiento mixto y solidario, que reduzcan la carga financiera en las familias protegiéndolas del riesgo de pobreza debido a gastos catastróficos de bolsillo, y que garanticen a la población un conjunto de prestaciones de salud. Reconociendo el dilema que se plantea frente a la priorización de una prestación por sobre otra, será necesario que cada país lleve a cabo un proceso de diálogo nacional –con los actores relevantes- que permita tomar decisiones de manera informada, teniendo presente criterios epidemiológicos, económicos, de equidad y de factibilidad financiera y social.

61. Los países deben fortalecer las siguientes acciones, para que la extensión de la protección social sea efectiva: (a) acceso a los servicios: que existan los servicios necesarios para prestar el cuidado de salud y que las personas tengan acceso físico y económico a ellos; (b) seguridad financiera: que el financiamiento de la salud no amenace la estabilidad económica de los hogares o el desarrollo de sus miembros; (c) solidaridad en el financiamiento: que existan subsidios cruzados inter-generacionales y entre grupos de diferente riesgo y grupos de distinto nivel de ingreso; y (d) dignidad en el cuidado: que el cuidado sea de calidad y proveído en un ambiente que respete las características culturales, raciales y de situación socio-económica de las personas²⁵.

62. Será crucial enfatizar la estrategia de la atención primaria de la salud, incluyendo el acceso universal y equitativo a los servicios de salud en las áreas rurales y periurbanas marginadas, donde los servicios hoy son prácticamente inexistentes. Se debe garantizar

²⁵ OIT-OPS. Iniciativa conjunta de la OIT y OPS sobre extensión de la protección social en salud. Washington, D.C. 2005.

que estos servicios sean culturalmente aceptables e incorporen adecuadamente las prácticas tradicionales locales. El fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y local, facilitarán la provisión de servicios de una forma integral y oportuna.

63. Con el fin de mejorar la cobertura efectiva de la población será necesario aumentar la prestación de servicios eficaces y eficientes. Esto requiere incorporar la evidencia en la definición de las prácticas y mejorar la capacidad de gestión de los servicios; al mismo tiempo que se dé seguimiento a los compromisos de reorientar los servicios de salud hacia modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y que tengan una orientación familiar y comunitaria. El control de calidad es una demanda transversal a todo el sistema y servicios de salud.

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

h) Fortalecer la gestión y desarrollo de las personas que trabajan por la salud

65. Los gobiernos deben enfrentar, en forma colaborativa, estos cinco desafíos críticos²⁶: (a) La definición e implementación de políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, basados en buena información; (b) encontrar soluciones para resolver las inequidades en la distribución del personal de salud, asignando más personal a las poblaciones con más necesidad; (c) crear condiciones nacionales e internacionales para regular las migraciones del personal de salud, evitando la escasez de recursos en los países pobres; (d) mejorar la capacidad de gestión de personal y las condiciones de trabajo para aumentar el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional; (e) acercar a las instituciones de formación y las de servicios de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro.

66. Las condiciones del ambiente de trabajo y la propia salud del trabajador son factores relevantes, para retener a las personas capacitadas y garantizar la calidad de los servicios a la población. Se debe enfatizar la formación de personal en el área de la salud pública. Se debe buscar un mejor balance en las profesiones del equipo de salud, específicamente entre médicos y enfermeras.

67. En aspectos de conocimiento y aprendizaje, se debe desarrollar marcos técnicos comunes, evaluar el desempeño con sistemas de medición comparables entre países,

²⁶ OPS/Health Canada: Llamado a la Acción de Toronto:
<http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>

financiar investigaciones y compartir las prácticas adecuadas basadas en la evidencia. En aspectos de políticas, es necesario promover métodos éticos de contratación y protección a los trabajadores migrantes, monitorear los mayores flujos migratorios para velar por la equidad y la justicia, y apoyar la sostenibilidad fiscal.

- - -