



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



134^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21-25 de junho de 2004

Agenda Provisória Tema 3.2

CE134/6, Add. I (Port.)
22 de junho de 2004
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DE PROGRESSO DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE A OPAS NO SÉCULO XXI

1. O Grupo de Trabalho sobre a OPAS no século XXI, criado mediante a Resolução CD44.R14 do 44º Conselho Diretor, em setembro de 2003, realizou as seguintes reuniões:

- 26 e 27 de fevereiro de 2004, em Roseau, Dominica
- 23 de março de 2004, em Washington, D.C.

2. A pedido do Grupo, o Secretariado abriu uma página na Internet para facilitar o intercâmbio de informações a respeito dos vários assuntos mencionados no parágrafo 4 abaixo. A página é acessível a todos os Estados Membros que desejem participar indicando um ponto focal.

3. Na 38ª sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação, o Presidente do Grupo de Trabalho apresentou um relatório oral, que aparece no Documento CD134/INF/1. Além disso, informou ao Subcomitê que o Grupo Consultivo sobre a Política do Orçamento-Programa Regional prepararia a análise preliminar dos recursos financeiros e intangíveis (que estarão disponíveis numa posterior etapa), e os Estados Unidos da América ofereceram-se voluntariamente para empreender a análise do componente de recursos humanos, que consta do Anexo I.

4. Não se terá esquecido que cada um dos quatro países do Grupo de Trabalho designado pelo Comitê Executivo preparou uma análise preliminar para um dos termos de referência: Natureza Evolutiva das Parcerias e Alianças no Desenvolvimento Internacional em Saúde Pertinente ao Papel da OPAS (Peru); Produtos de Saúde Pública Regionais e Globais no Século XXI e Sua Relação com o Mandato da OPAS (Argentina);

Modalidades de Cooperação Técnica em Assuntos de Saúde (Costa Rica); e Governança da OPAS (Barbados). Um resumo dessas análises consta do Anexo II.

5. Deve-se observar que o Secretariado tinha preparado um primeiro rascunho sobre os Desafios da Saúde Pública nas Américas nos Próximos Anos, o qual foi posteriormente modificado e se apresenta como Anexo III.

6. Aproveitando a oportunidade da Assembléia Mundial da Saúde, em maio de 2004, o Grupo de Trabalho realizou uma sessão informativa a que compareceram 10 Estados Membros, um Estado Observador e um representante da OMS.

7. O Grupo de Trabalho apresenta este relatório à consideração da 134^a sessão do Comitê Executivo.

Anexos*

* Anexos em espanhol.

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

Introducción

El Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI identificó los recursos para la salud como un tema que merece consideración. El tema se dividió posteriormente en recursos de la OPS y recursos en los países a disposición de los Estados Miembros, subdivididos a su vez en recursos económicos y recursos humanos. El Grupo de Trabajo encargó a la Oficina Sanitaria Panamericana que preparara la sección sobre los recursos humanos y económicos en los países. La sección sobre los recursos económicos de la OPS sería preparada por el Grupo de Trabajo sobre la Política Presupuestaria Regional, bajo la dirección de la Dra. Karen Sealy, con aportaciones de los miembros del Grupo de Trabajo de la OPS en el Siglo XXI. La sección sobre los recursos humanos de la OPS se encargó a los Estados Unidos. Este texto puede superponerse con los temas examinados bajo el tema de modalidades de cooperación técnica en materia de salud.

Adiestramiento de los funcionarios de la OPS

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

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

conocimientos básicos en el área, pero les faltan aptitudes especializadas. En esta situación, bastarían cursillos o adiestramiento en el trabajo para ayudar a esas personas a desempeñarse como es debido. Sin embargo, en otros casos se ha contratado a personas para desempeñar cargos para los cuales no están calificadas. Quizás esto podría resolverse si los Estados Miembros desempeñaran una función mayor al momento de determinar los requisitos que debe cumplir un cargo determinado en la representación de la OPS/OMS que le corresponde.

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

Contratación de los funcionarios de la OPS

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

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

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

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

Promoción profesional

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

DOCUMENTO DE TRABAJO: LA OPS EN EL SIGLO XXI

EL CARÁCTER EVOLUTIVO DE LAS ASOCIACIONES Y ALIANZAS EN EL DESARROLLO SANITARIO INTERNACIONAL PERTINENTES PARA LA FUNCIÓN DE LA OPS

(Preparado por el Perú)

Las alianzas y las asociaciones forman parte de una larga tradición en la historia política, social y económica de los países, y por su conducto se han alcanzado logros importantes en la salud pública internacional. En este siglo seguirán ampliándose diversas alianzas que influirán profundamente en las políticas sanitarias. La dificultad reside en identificar los riesgos y las oportunidades, así como los puntos fuertes y los puntos flacos de la Organización, para llevar a cabo los cambios que permitan la mayor afinidad posible en este tema interdisciplinario de importancia y complejidad crecientes.

Aunque en la bibliografía especializada las alianzas y las asociaciones son entidades distintas, en el presente documento serán consideradas como conceptos intercambiables. Las asociaciones y las alianzas que responden a los intereses de actores de naturaleza diversa están orientadas a responder de manera más organizada, integral y eficaz en los temas de interés de sus asociados. Lo que importa es el tema y la finalidad, no la naturaleza de las organizaciones participantes. Organizaciones con intereses diversos, e incluso con posiciones antagónicas, pueden unirse para forjar alianzas estratégicas. Cada vez hay más pruebas de los problemas sociales, políticos, económicos y tecnológicos que están surgiendo en este siglo y cuya naturaleza es más compleja e imprevisible; esto exige la acción conjunta de nuevos actores de todas las profesiones y disciplinas, de modo que sea posible enfrentar los problemas mencionados de manera satisfactoria.

Uno de los riesgos reside en que la armonización de los intereses de los diversos actores puede dar pie a que se pierda parte del sentido de los objetivos, aunque generalmente se considera que ha sido aceptable si la meta principal se alcanza; asimismo, plantea el tema del análisis de los aspectos éticos.

La globalización confiere mayor visibilidad e importancia al tema de las asociaciones. La persistencia de las inequidades sociales y de la pobreza exige que sus factores determinantes sean abordados con mucha más insistencia y profundidad, y con ayuda de expertos de disciplinas múltiples. Los temas como la defensa del derecho a la salud requieren un nuevo tipo de actores, cuyas actividades y tácticas incluso comporten riesgos de enfrentamiento con el gobierno, situación que no puede tener lugar en la OPS/OMS, dado que depende en gran medida de los gobiernos de sus Estados Miembros.

Las asociaciones entre el sector público y el privado están adquiriendo cada vez más importancia, particularmente en los países industrializados, y se están extendiendo a

ámbitos diversos. El tema es complejo y requiere que se estudien sus consecuencias para los bienes públicos, las prioridades, la exclusión y la justicia. Para evitar que la función rectora de la OPS/OMS se debilite debido a actores nuevos y poderosos, así como a situaciones cambiantes, es fundamental comprender la racionalidad de la dinámica y de los intereses que están en juego, es decir, tener la capacidad de elaborar una estrategia que aborde este tema con sentido de anticipación y formulando propuestas concretas.

Entre los actores principales están otros sectores, los organismos multilaterales y bilaterales, las instituciones financieras, las fundaciones y empresas privadas, las empresas farmacéuticas, la sociedad civil, los grupos religiosos, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones profesionales, las escuelas de medicina y otros centros universitarios, y los medios de difusión.

La función principal de la OPS a este respecto es coordinar y promover el diálogo entre los diversos actores para defender los bienes de salud pública. Esta tarea se ubica entre la promoción de la causa y la participación directa, y exige establecer un acuerdo con actores que tienen culturas institucionales, valores y objetivos distintos, así como reconocer los puntos flacos y fuertes de la institución.

Una de las estrategias consiste en conformar alianzas específicas para obtener resultados en un plazo limitado. El punto de partida es identificar un tema sobre el que la Organización reconozca no tener capacidades institucionales suficientes. Otra estrategia es respaldar foros de usos múltiples, como los Comités de Coordinación Interinstitucional (que cuentan con la participación del gobierno), las ONG y la sociedad civil, que permitan abordar temas diversos. Las alianzas y las asociaciones también pueden constituirse a petición de un asociado antiguo o de un posible nuevo asociado que se proponga aprovechar los puntos fuertes de la Organización.

Para mantener las alianzas y las asociaciones se requieren recursos de naturaleza diversa, como tiempo, dinero y recursos humanos. De cualquier manera, es necesario planificar y proporcionar los medios para mantener las alianzas en vigor.

El tema de las asociaciones y las alianzas es sumamente pertinente, posiblemente vital, para que la OPS siga siendo una organización fundamental en el escenario cambiante de la salud en nuestra Región.

Bienes de Salud Pública Regionales y Mundiales en el Siglo XXI y su relación con el mandato de la Organización Panamericana de la Salud-OPS (Preparado por Argentina)

Resumen

En función de los acuerdos concretados en la reunión mantenida en ocasión de la Asamblea Mundial de la Salud, Argentina ha preparado un documento detallado sobre Bienes Públicos Regionales de Salud al cual podrán tener acceso en el sitio web del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. La intención del mismo es propiciar una reflexión sobre el tema en la que participen todos los países de la Región, con el propósito de contribuir mediante la colaboración de todos en la promoción de la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de nuestros pueblos. Asimismo, se proponen diversos mecanismos con los que la Organización Panamericana de la Salud puede ayudar a los países a comprender y responder a los retos y las oportunidades que se derivan de las políticas, prácticas y tendencias mundiales y regionales.

El proceso de globalización, acelerado durante las últimas décadas, está produciendo impactos positivos y negativos sobre la salud de la población. La globalización está modificando la naturaleza de las necesidades en salud, así como también el tipo de intervenciones que se requieren para satisfacerlas. Además de los problemas locales, las comunidades en general y los sistemas de salud en particular, deben afrontar ahora de manera creciente la transferencia internacional de riesgos para la salud. Esto nos enfrenta con la necesidad de garantizar ciertos bienes públicos en forma regional o global y plantea cambios trascendentales no sólo a los países sino también a los organismos que cooperan con ellos.

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

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

En el marco de este enfoque entendemos que la salud internacional o salud global puede ser definida como los problemas de salud, desafíos, y acciones que trascienden las fronteras nacionales, que pueden ser influidas por circunstancias de distintos países y que son mejor atendidas por procesos cooperativos. Implica una influencia recíproca entre los asuntos sanitarios y las relaciones internacionales y un abordaje desde una amplia perspectiva en la que no sólo deben intervenir distintas disciplinas sino también el análisis de los determinantes nacionales e internacionales de la salud. La salud global obliga al esfuerzo de los gobiernos y otras organizaciones para producirla y garantizarla como un bien público global.

MODALIDADES DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN MATERIA DE SALUD (Preparado por Costa Rica)

RESUMEN

Durante los últimos decenios, la globalización ha supuesto retos para las diversas sociedades, principalmente debido a la proximidad de los países y de las regiones. El grado elevado de interdependencia e interrelación entre los países y las regiones del mundo no solo genera consecuencias o transformaciones políticas, económicas y comerciales, tecnológicas o ambientales, sino también sociales.

En este contexto, es necesario afianzar los esfuerzos que se llevan a cabo en las esferas nacional, regional, continental y mundial al objeto de enfrentar y resolver situaciones que surgen como consecuencia de estas nuevas tendencias, pero que tienen graves consecuencias para el sector de la salud, con el fin de continuar mejorando los índices de desarrollo humano sostenible. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como organismo especializado de salud pública que durante más de cien años se ha ocupado del tema a nivel continental, debe seguir apoyando a los países del continente en la vigilancia y el mejoramiento de la salud.

Con el objeto de mejorar la estructura y los procedimientos de la Organización, y adaptarse a los cambios y problemas que pudieran surgir como consecuencia de ello, es necesario llevar a cabo un análisis del futuro del desempeño de la cooperación técnica en materia de salud por parte de la OPS, que contemple varios puntos de vista descritos a continuación.

1. INNOVACIÓN Y NUEVAS MODALIDADES DE LA COOPERACIÓN CONTINENTAL

Para generar intervenciones eficaces y oportunas, la OPS debe ser flexible, de modo que siempre apoye los cambios nacionales e internacionales. La Organización debe:

- fortalecer su participación como asociado activo en el proceso de cooperación técnica con los países y fomentar la cooperación entre ellos
- promover y aplicar el concepto de colaboración o cooperación entre todos (todos tienen algo que dar u ofrecer y todos necesitan algo)
- buscar apoyo o servir como apoyo para nuestros países en la búsqueda de alianzas estratégicas con otras entidades o instituciones importantes en materia de salud (no necesariamente gubernamentales o regionales)
- ayudar a los países a identificar, construir y aprovechar sus propias capacidades y puntos fuertes.

Debido a la heterogeneidad de los países, se vuelve necesario clasificarlos en función de sus distintas variables, capacidades y necesidades, y evitar el uso de una sola variable. Asimismo, el esquema tradicional utilizado para agruparlos, como el geográfico, no representa ni refleja uniformidad en las realidades o necesidades de los países. Los países podrían clasificarse según los avances que hayan logrado en cuanto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (principalmente, los relacionados con el sector de la salud), las funciones principales de la salud pública, los grupos vulnerables, etc.

En el plano regional, se podría recomendar la incorporación de otros elementos o temas que sirvan para clasificar a los países de acuerdo con **puntos y capacidades técnicas que los unen**, de modo que las experiencias fructíferas y las capacidades mejores queden agrupadas en "redes", en las que la OPS puede ser de gran ayuda y orientación.

2. ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON LOS PAÍSES

Sería útil definir y planificar de manera satisfactoria la cooperación que la OPS presta a los países, lo cual podría efectuarse mediante un mecanismo que permita evaluar la situación de los países en materia de salud. Este mecanismo:

- ayudaría a los países a realizar análisis internos de los problemas, puntos débiles, necesidades, tendencias, sucesos críticos y nuevas oportunidades en materia de salud, así como los puntos fuertes y la capacidad de sus respuestas o aportaciones nacionales.
- permitiría conocer la situación de los países y definir una mejor asignación o canalización de los recursos (no solo los de la OPS)
- debe determinarse teniendo en consideración las políticas y los planes de cada gobierno en materia de salud, y debe basarse en ellos
- debe llevarse a cabo mediante la participación activa o promoción de las asociaciones entre los diversos grupos técnicos sólidos a nivel de país que están relacionados con el tema de la salud
- es útil para definir y orientar la cooperación hacia los ámbitos donde hay más puntos débiles y necesidades
- podría servir como herramienta para definir o determinar los ámbitos más fuertes de los países o aquellos en los que se podría maximizar su propia cooperación ("las prácticas adecuadas").

3. ENFOQUE DE LAS BRECHAS ENTRE LAS REALIDADES ACTUALES Y LAS DESEADAS EN EL FUTURO

Con el fin de enfrentar nuevos problemas o realidades, es muy importante y necesario visualizar el punto al que se quiere llegar, las herramientas que se tienen, lo que se necesita, los participantes y los posibles mecanismos para lograr lo que se espera. Hay temas que de manera característica la OPS no ha abordado con la suficiente profundidad y seriedad en cada país, por ejemplo, los análisis económicos de las estrategias en materia de salud pública o los sistemas de información general. Es importante:

- implicar poco a poco a los ministerios de economía, de medio ambiente, de planificación, de educación o de cultura en los procesos de discusión y definición de los temas relacionados con la

salud, al objeto de sensibilizarlos más a este respecto y de **dar mayor impulso e integración al sector de la salud** en los países

- que **los países definan la función** de los ministerios de salud, de las instituciones del sector de la salud y de otros actores, con el fin de vigilar y dar seguimiento a las políticas, así como evaluar el desempeño de los sistemas de salud
- proporcionar a las autoridades que intervienen directa o indirectamente en el tema de la salud las bases conceptuales, metodológicas, instrumentales y tecnológicas para vigilar las políticas y las acciones realizadas o para perfeccionar los recursos humanos del sector.

4. LA CONTRATACIÓN, ASIGNACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA FUERZA LABORAL EN LA SEDE DE LA OPS Y EN LAS REPRESENTACIONES DE LA OPS/OMS

La distribución del personal de la Sede de la OPS debe responder mejor a la diversidad geográfica y epidemiológica que la Organización representa en el nivel regional. El perfil de las personas asignadas a las representaciones de la OPS/OMS, así como su capacitación y experiencia, deben coincidir estrictamente con las necesidades y los retos que los países determinen con base en sus problemas de salud prioritarios. Para asignar personal especializado a las representaciones de la OPS/OMS, es necesario considerar seriamente las capacidades técnicas de las que dispone el país, ya que estas pueden variar de manera importante. Es fundamental que el personal de la Sede o los consultores que viajan a los países (independientemente de la duración de su estancia) estén conscientes de que van a trabajar en coordinación con recursos humanos locales. Por esta razón, es de suma importancia tener al personal homólogo bien identificado y preparado. El proceso de asignación del personal de las representaciones de la OPS/OMS debe ser más democrático e inclusivo. La identificación de las "competencias" de los recursos humanos, así como su evaluación continua, puede ser un mecanismo útil para el proceso de contratación, asignación y adaptación de la fuerza laboral, tanto en la Sede como en las representaciones de la OPS/OMS. Además de evaluar y supervisar al personal contratado, es de suma importancia establecer un mecanismo eficaz de evaluación, supervisión y vigilancia de las actividades que reciben el apoyo del personal de recursos humanos o que son realizadas por él, tanto las internas como las externas.

Para concluir, la OPS debe mantener su liderazgo en el continente a fin de colaborar con los países y apoyarlos para enfrentar no solo sus problemas de salud, sino también los que surgen en el mundo como consecuencia de la globalización.

LA GOBERNANZA DE LA OPS

DOCUMENTO PREPARADO PARA

EL GRUPO DE TRABAJO DEL
COMITÉ EJECUTIVO

SOBRE

LA OPS EN EL SIGLO XXI

POR EL GOBIERNO DE
BARBADOS

ABRIL DE 2004

Este documento se centra en la gobernanza de la OPS, que es la atribución que corresponde a Barbados en el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI y se centrará en tres categorías principales de las operaciones de la OPS:

1. Estructura y Cuerpos Directivos
2. Función
3. Proceso con respecto a la relación con los interesados directos

I. LA GOBERNANZA DE LA OPS

La gobernanza institucional puede entenderse en dos dimensiones. La primera se refiere a los medios mediante los cuales se ejerce la autoridad en la gestión de los recursos institucionales, donde son esenciales las cuestiones de la participación, la legitimidad, la responsabilización y la transparencia.

La segunda se refiere a la capacidad de cumplir las funciones eficaz, eficiente y equitativamente mediante la concepción, la formulación y la ejecución de políticas, que es un acto de protección y perfeccionamiento de la Organización. En general, la gobernanza puede entenderse como la estructura y los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones, que incluye tanto a los actores internos como a los interesados directos externos.

Con relación a la OPS, la primera dimensión se refiere a la Constitución de la OPS (marco legal y reglamento) y su capacidad para promover y guiar la política en interés de los Estados Miembros. La gobernanza de la OPS se ejerce por conducto de los Cuerpos Directivos: la Conferencia Sanitaria Panamericana, que está compuesta por los treinta y cinco Gobiernos Miembros, el Consejo Directivo, que tiene la misma composición, y el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, compuesto por sólo nueve Gobiernos Miembros.

La segunda dimensión, aunque se superpone a la primera, se relaciona más directamente con la Oficina Sanitaria Panamericana, que es la secretaría de la OPS. Esta dimensión de la gobernanza de la OPS se refiere a la protección y el perfeccionamiento de la Organización en nombre de los Estados Miembros. Esto se expresa mediante el proceso de gestión (planificación, programación y aprobación y ejecución del presupuesto), y al mismo tiempo recalca la responsabilización, el desempeño y la eficiencia en los procesos y en el desarrollo y la evaluación del personal. Al estar centrada en la capacidad para cumplir las funciones eficaz, eficiente y equitativamente mediante la concepción, la formulación y la ejecución de las políticas, en este caso vincula el desarrollo institucional con la gobernanza de la OPS.

Las siguientes cuestiones específicas deben corregirse en la atribución "Gobernanza de la OPS" por el Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

A. Estructura y Cuerpos Directivos

Cuestión específica 1

Mejorar la comunicación dentro de los Cuerpos Directivos y entre los Estados Miembros.

Cuestión específica 2

La estructura orgánica y presupuestaria debe permitir cumplir la misión de los Cuerpos Directivos y satisfacer las necesidades de los países.

Cuestión específica 3

Evaluación de los centros panamericanos.

B. Función

Cuestión específica 1

Acercar la eficiencia de la OPS mediante el uso de las representaciones de la OPS/OMS para crear asociaciones y alianzas, aumentar la capacidad y fortalecer las instituciones, sobre todo en los países en desarrollo.

Cuestión específica 2

Prestar especial atención a la parte operativa de la labor de la OPS.

Cuestión específica 3

Evaluación de la ejecución del mandato de la OPS.

Cuestión específica 4

Evaluación de las estrategias y la asignación de los recursos para llevar a cabo el mandato.

C. Proceso con respecto a la relación con los interesados directos

Cuestión específica 1

Relación entre la OPS y la OMS.

Cuestión específica 2

Reafirmar el compromiso con la Organización como Estados Miembros.

Cuestión específica 3

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

Cuestión específica 4

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

Metodología

El documento se preparó usando una variedad de métodos:

1. Se realizaron entrevistas con los siguientes informantes clave:
 - Ex ministros de salud y secretarios permanentes de autoridades sanitarias nacionales.
 - Personal técnico y administrativo, en funciones o no, de la sede de la OPS y la Coordinación de Programas en el Caribe.
 - Debate sobre el tema de un grupo de discusión formado por el Ministro de Salud de Barbados (que también es Presidente del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI), el Secretario Permanente, el Secretario Permanente Adjunto, el Médico Jefe, el Planificador Sanitario Principal y el Oficial de Salud Ambiental (que fuera consultor de la OPS, Alianzas y Asociaciones Estratégicas / Residencia en Salud Internacional).
2. Examen de la bibliografía y los sitios web de la OPS/OMS
3. Examen de documentos e informes de discusiones o reuniones técnicas de la OPS con otros miembros de la comunidad internacional.

El documento se divulgará oportunamente a otros Gobiernos Miembros, funcionarios de la OPS y otros interesados directos para conocer sus opiniones, sugerencias y observaciones por correo electrónico, y en las reuniones cuando sea posible.

Cronograma del trabajo

1. 30 de abril de 2004, difusión del primer borrador del documento por correo electrónico y colocación del documento en el sitio web de la OPS para conocer opiniones, observaciones y sugerencias de los Gobiernos Miembros.
2. 14 de mayo de 2004, examen de las opiniones, observaciones y sugerencias de los Gobiernos Miembros y otros interesados directos y revisión del documento para presentar el segundo borrador en la reunión de Ginebra en mayo.
3. 21 de junio de 2004, presentación del tercer borrador del documento al Grupo de Trabajo del Comité Ejecutivo. Revisión del documento para la presentación final.
4. Septiembre de 2004, presentación final del documento.

Apoyo de la Oficina

1. Difusión del borrador del documento y colocación en el sitio web de la OPS.
2. Solicitar el apoyo y los aportes de todos los Gobiernos Miembros para el documento.
3. Facilitar bibliografía y otra documentación pertinente para fines de investigación.
4. Identificación y contacto con los informantes clave para fines de recopilación de datos.

LOS RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XXI

ANÁLISIS PRELIMINAR: BORRADOR PARA EL DEBATE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
PENSAR EN TIEMPO FUTURO	4
LA FUNCIÓN DE LOS FUTUROS Y DE LOS ESCENARIOS	4
FACTORES IMPULSORES Y TENDENCIAS CLAVE	5
GLOBALIZACIÓN	5
CAMBIOS AMBIENTALES Y CALIDAD DE LOS RECURSOS NATURALES	7
CIENCIA Y TECNOLOGÍA	8
LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD: TENDENCIAS QUE INFLUYEN EN LAS CONDICIONES SANITARIAS	9
DEMOGRAFÍA Y TENDENCIAS SOCIALES	9
FACTORES POLÍTICOS	12
FACTORES ECONÓMICOS	13
EL SECTOR DE LA SALUD Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS SANITARIOS	16
TENDENCIAS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	18
EL CONTEXTO DE LA SALUD	20
LA POLARIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	21
EL CICLO DE VIDA	23
GRUPOS ESPECIALES	23
PROBLEMAS DE SALUD ESPECÍFICOS	24
LA AGENDA INCONCLUSA	25
LA NUEVA AGENDA	28

Introducción

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

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

Terminar la agenda inconclusa que muchos países tienen incorporado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas.

Mantener los logros de los dos últimos decenios (enfermedades prevenibles por vacunación, esperanza de vida, mejorar la calidad de vida en los años ganados): proteger a los países vulnerables y a las poblaciones con mayores desigualdades, impulsar los preparativos para situaciones de emergencia a fin de enfrentar los desastres naturales y los brotes epidémicos.

Acometer la nueva agenda con un enfoque basado en la población, en una mejor capacidad de previsión y en estrategias de colaboración, centrando la atención en fomentar las aptitudes y competencias adecuadas.

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

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

¹ La resolución CD44R.14, adoptada en el 44.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, establece por mandato la formación de este grupo de trabajo con la finalidad de examinar la situación de la OPS en el siglo XXI.

análisis y entre los que se encuentran los mencionados por los miembros del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI.

PENSAR EN TIEMPO FUTURO

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

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

La función de los futuros y de los escenarios

El campo de los estudios sobre los futuros está estrechamente relacionado con las disciplinas de la previsión, como la planificación a largo plazo, el análisis de políticas y la gestión estratégica.² A medida que la incertidumbre y la complejidad aumentan, los gobiernos, los organismos y diversas organizaciones utilizan más los métodos y las

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

herramientas de previsión para explorar los múltiples futuros alternativos, examinar de nuevo las metas y las prioridades, apoyar la renovación de las estrategias e impulsar la acción mediante la participación, con lo cual se reúne a las personas para crear futuros y metas compartidos.

La mayoría de los trabajos sobre los futuros contemplan algún tipo de escenario. Los escenarios son representaciones de los futuros posibles, verosímiles, deseables o indeseables, pero no son predicciones, sino herramientas de aprendizaje que permiten cambiar los modelos mentales y aumentar la capacidad de previsión. El análisis creativo y estratégico que se realiza con ayuda de los escenarios confiere flexibilidad institucional y respalda la formulación de políticas. El proceso permite aplicar un enfoque colectivo a los problemas desde perspectivas multidimensionales e interdisciplinarias.

Factores impulsores y tendencias clave

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

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

Globalización

La globalización se ha definido y descrito de muchas maneras y resulta difícil no coincidir en que es un factor impulsor fundamental, complejo e incierto de las transformaciones económicas, políticas, ambientales, sociales, culturales, tecnológicas y cognoscitivas, con consecuencias a largo plazo. La globalización ha impulsado un mayor flujo e intercambio

de bienes y servicios entre las naciones, y un flujo de capital, trabajo e información por conducto de las empresas o los individuos.³

A pesar de ser asimétricas e incompletas, las transformaciones han contribuido a intensificar la integración de las economías nacionales y subregionales mediante el comercio, las finanzas y la producción en un mercado mundial que funciona mediante la comunicación interactiva y las redes de productores, proveedores y clientes. La aceleración de la interconectividad ha creado "espacios virtuales comunes" por medio de la expansión exponencial de internet, mientras que el comercio por internet está convirtiéndose rápidamente en una nueva manera de comerciar, comprar y realizar operaciones bancarias. Al mismo tiempo, la globalización también ha intensificado la transmisión internacional de los riesgos para la salud por conducto de los seres humanos, los animales y los productos alimenticios, además de haber generado mayores inquietudes en cuanto a la seguridad nacional.

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

Posibles consecuencias de la globalización para la salud pública

Transnacionalización y modificación de los modelos de distribución de las enfermedades, los riesgos para la salud, el trabajo, los modos de vida, los comportamientos, las creencias, las actitudes y los símbolos.

Mayor interés en abordar las brechas que existen entre los individuos o grupos que tienen acceso a los beneficios del desarrollo y aquellos que carecen de él.

Mayor atención a los temas relacionados con el comercio y la reglamentación de los dispositivos médicos, los fármacos y los derechos de propiedad intelectual.

Mayor conciencia de las oportunidades que surgen del aumento del flujo de información y conocimiento, a fin de crear sinergias en materia de cooperación mediante asociaciones.

Mayor inquietud por la gobernanza de salud y los temas de equidad conforme la toma de decisiones a nivel nacional se vuelve más interdependiente y a menudo se configura con base en los intereses y las decisiones en las esferas regional y mundial.

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

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

Cambios ambientales y calidad de los recursos naturales

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

La incidencia y la prevalencia de las enfermedades transmisibles (por ejemplo, el dengue y la malaria), las lesiones laborales y las enfermedades crónicas asociadas con agentes químicos y físicos reflejan los efectos de la mala calidad del ambiente sobre la salud. Además, los cambios climáticos contribuyen a la contaminación del aire; a la concentración de alérgenos; al aspecto y distribución de los alimentos, del agua y de las enfermedades transmitidas por vectores; al riesgo de desnutrición, sequías y hambrunas; a la escasez de agua; y al aumento de la frecuencia o gravedad de los desastres naturales. Estos últimos causan devastación física y humana, desplazamientos de las poblaciones, accidentes, muertes y pérdidas sociales y económicas; a veces ocasionan un retroceso de varios años en el desarrollo nacional.⁵

Posibles consecuencias de los cambios ambientales para la salud pública

Un mejor conocimiento de los efectos de la contaminación de los recursos esenciales sobre las enfermedades diarreicas, respiratorias y de transmisión vectorial; y los efectos de la exposición ambiental y laboral a contaminantes biológicos y químicos sobre las enfermedades respiratorias, cánceres, malformaciones congénitas y afecciones neurales.

Efectos de la perturbación de los ecosistemas y de la pérdida de la diversidad biológica sobre la salud humana, la sanidad animal, la producción agropecuaria, la productividad económica y la sostenibilidad de las fuentes de alimentos.

La disminución de las fuentes de agua dulce constituye una amenaza grave para la salud humana y también puede generar conflictos políticos y armados que atenten contra la paz y la democracia.

Mayor demanda de una mejor reglamentación y acatamiento de esta, y de tecnologías inocuas para el ambiente.

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

Ciencia y tecnología

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

Los nuevos descubrimientos de la biotecnología, la nanotecnología⁶ y la farmacogenética⁷ revolucionarán la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Las telecomunicaciones adaptadas a la salud, la imaginología médica, la tecnología vía satélite y otros sistemas de información transformarán radicalmente la asistencia sanitaria mediante la telerradiología, la telemedicina y la telesalud.⁸

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

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

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

<http://www.nigms.nih.gov/pharmacogenetics/>

⁸ Daar, A.S. et al. Top ten biotechnologies for improving health in developing countries. *Nat Genet*. 2002 Oct; 32(2):229-32. Oct 2002. <http://www.utoronto.ca/jcb/pdf/toptennng.pdf>.

Pang, T. The impact of genomics on global health. *Am J Public Health*. 2002; 92: 1077-1079. <http://www.ajph.org/cgi/content/full/92/7/1077>

catástrofes naturales, la invasión de los sistemas, la extorsión, el espionaje industrial y el robo de datos.⁹

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

Mayor conciencia de los aspectos éticos de la salud y la asistencia sanitaria, como la equidad en salud, el acceso a la atención, el financiamiento y la reglamentación, los trasplantes, la confidencialidad de la información médica, así como los temas relacionados con la vida y la muerte.

Valoración de las oportunidades para aplicar las innovaciones científicas y tecnológicas a fin de mejorar la salud y la medicina, incluida la búsqueda de tecnologías equitativas para proyectar y administrar la salud, la vigilancia epidemiológica en "tiempo real", y la telesalud en las zonas rurales, entre otras.

Aplicaciones al desarrollo social: redes para fortalecer la gobernanza y la responsabilización; conductos y lugares para recuperar y compartir datos; y generar conocimientos como un recurso renovable que se pueda compartir a través de las fronteras.

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

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

Demografía y tendencias sociales

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

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

¹⁰ Oficina de Referencias Demográficas. www.prb.org

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

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

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

Un problema regional importante es el abandono escolar; cerca de 40% de los niños no terminan la educación primaria, y 72% a 96% de los jefes de familia pobres tienen nueve años de escolaridad o menos. Estos hechos tienen consecuencias para la salud y la reducción de la pobreza, ya que para salir de la pobreza o no caer en ella se requieren entre 11 y 12 años de enseñanza escolar, que capacitan para conseguir un trabajo que proporcione un ingreso suficiente.¹³

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

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

¹³ Hopenhayn, Martin. Educación, comunicación y cultura en la sociedad de la información: una perspectiva latinoamericana. *Revista de la CEPAL*, No. 81, diciembre

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

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

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

2003, pp. 175-194.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/6/LCG2216PE/lcg2216e-Hopenhayn.pdf>

Factores políticos

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

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

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

El contexto actual ha redefinido una nueva era para la política pública, en la cual la salud se superpone cada vez más con la política nacional y exterior, la seguridad nacional y mundial, la soberanía, la gobernanza, las estrategias multilaterales y bilaterales, y los intereses nacionales e internacionales.¹⁴ La seguridad humana se ha colocado en el primer plano del programa mundial, y se concibe como un complemento de la seguridad estatal que promueve el desarrollo humano y los derechos humanos. Este enfoque

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

integrado se centra en varios temas para la acción encaminada a proteger las libertades fundamentales del pueblo y a fomentar la concesión del poder de decisión.¹⁵

Factores económicos

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

Por otro lado, la reducción de la pobreza y a las tasas de indigencia se mantienen estacionarias desde 1997. Entre 1999 y 2002, la tasa de pobreza subió de 43,8% a 44,0%, mientras que la pobreza extrema alcanzó 19,4% de la población de la región. Actualmente, cerca de 225 millones de personas son consideradas pobres, y alrededor de 100 millones, indigentes.

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

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

		Número (en millones) y porcentaje de pobres e indigentes ¹⁷							
		2000		2001		2002		2003	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Pobres		207	41,1	212	42,5	220	43,4	225	43,9
Indigentes		88	17,9	91	18,2	95	18,8	100	19,4

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

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

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

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

Las tendencias en el estado y la función de las mujeres en la sociedad son pertinentes para comprender la dinámica de la salud, la pobreza y la igualdad entre los sexos. A pesar de las mejoras en la educación y en la posición social, las mujeres todavía tienen más

probabilidad de estar desempleadas y sobrerrepresentadas en el sector no estructurado, de concentrarse en los trabajos de menores sueldos y de estar sujetas a discriminación salarial. Las mujeres que están a la cabeza de sus hogares suelen ser empujadas, junto con sus hijos, a ocupar puestos más desfavorecidos.

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

En el Caribe, medir la pobreza y las desigualdades resulta más difícil debido a la falta de encuestas de los hogares y de datos comparables. Sin embargo, algunos estudios revelan que la incidencia de la pobreza es más elevada en Haití (80% de indigencia). Las tasas de pobreza de Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas y Suriname son inferiores a las de Haití, pero mayores que las del resto de los países. En cambio, la de Bahamas es muy baja y supera incluso la de los países que tienen una tasa elevada de desarrollo económico.

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

El sector de la salud y los sistemas y servicios sanitarios

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

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

Equidad: Hay pocos ejemplos de que las reformas hayan contribuido a reducir las brechas en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, y en la mayoría de los países, no están influyendo en la reducción de las brechas en la distribución de los recursos.

Eficacia y calidad: Se han logrado relativamente pocos adelantos para mejorar la eficacia global del sistema, la adherencia a los aspectos normativos de la calidad de atención o la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad.

Eficiencia: Se obtienen más beneficios de la productividad y el desarrollo de las prácticas de adquisición que de reorientar la asignación de los recursos (por ejemplo, no hacer transferencias importantes de recursos para canalizarlos hacia problemas con muchos factores externos, o para aumentar el grado de protección social en materia de salud).

Sostenibilidad: Hay tentativas para ajustar los gastos a los ingresos del sistema, pero muy pocos países están mejorando la generación de recursos a mediano o largo plazo para ampliar o mantener el nivel actual de la prestación de servicios. Un factor más grave parece ser el grado elevado de dependencia del financiamiento externo que muchos países presentan, y la falta de mecanismos para sustituir estos flujos de recursos una vez que estos cesan.

Participación social: Los gobiernos parecen más receptivos como consecuencia de los planes de reforma del sector de la salud; sin embargo, queda por comprobar si una participación social mayor en realidad influye en la reorientación de las reformas del sector de la salud.

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

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

Es probable que los sistemas de salud sigan evolucionando progresivamente con mayor participación del sector privado y tentativas claras para mejorar el desempeño, la calidad

y la participación de los pacientes. Un elemento importante que debe considerarse en la evolución de los sistemas de salud son los costos elevados de la tecnología médica y de los productos farmacéuticos, que ya están ejerciendo más presión en algunos sistemas.

La teoría y la práctica de la salud pública siguen evolucionando para abarcar cada vez más un enfoque basado en la población, la prevención de enfermedades y las estrategias de promoción de la salud; un fuerte hincapié en la habilitación de los pacientes; la responsabilidad de la atención médica y el reconocimiento de sus aspectos bioéticos; y la inclusión de medidas sanitarias de prevención.²⁴ Se reconoce la función crucial de los factores conductuales y socioculturales en el proceso continuo de la salud y de la enfermedad, y se entienden mejor los caminos para lograr la salud mediante factores determinantes no médicos. Más aún, el mayor reconocimiento de las prácticas médicas tradicionales y alternativas ejemplifica la aceptación de maneras diversas de percibir la salud, proteger y fomentar el bienestar, e identificar y controlar las enfermedades. A pesar de los cambios positivos, el modelo curativo todavía prevalece en los servicios de salud, y aún se puede aumentar la atención que se presta a las necesidades y la participación de los consumidores.

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

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

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

La teoría sobre el desarrollo ha evolucionado rápidamente en el último decenio para entender y aplicar el concepto de desarrollo humano, reconocer que el desarrollo abarca metas más amplias y conceptualizar el "desarrollo como libertad".²⁵ La aportación mutua de la salud y el desarrollo socioeconómico al bienestar se conoce más a fondo, y se refleja en la complementariedad reconocida de las asociaciones. Más aún, poco a poco se está creando un concepto que concibe la salud como una inversión, en lugar de un mero gasto.

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

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

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

Por último, hay tentativas importantes para ampliar las fuentes tradicionales de financiamiento conocidas como asistencia oficial para el desarrollo (AOD).²⁷ La AOD neta aumentó de \$51.400 millones en 2001 a \$58.000 millones en 2002, un aumento de casi 13% en valores absolutos (5%) que tiene en cuenta la inflación y las fluctuaciones de las tasas de cambio. Dos terceras partes de la AOD son de carácter bilateral y representan 0,23% del INB, en comparación con 0,22% en 2001. Desde los años setenta, la AOD en materia de salud mostró una tendencia ascendente a largo plazo cuyo promedio alcanzó 3,3% de crecimiento anual. Basándose en los cálculos recientes, la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud solicita a los donantes que recauden AOD para la salud a partir del actual cálculo anual de \$6.000 millones a \$27.000 millones por año en 2007 y \$38.000 millones en 2015, instando a los países en desarrollo a destinar 1% adicional del PNB a la salud para 2007 y 2% para 2015.²⁸ Con base en los compromisos,

la cantidad de AOD en materia de salud aumentó \$1.700 millones a partir de un promedio de \$6.400 millones entre 1997 y 1999 a \$8.100 millones en 2002. Se debe continuar con esta tendencia, siempre y cuando se materialicen los compromisos contraídos en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Financiación para el Desarrollo, celebrada en 2002 en Monterrey. Sin embargo, la dificultad sigue residiendo en procurar que estos recursos realmente apoyen el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.²⁹

EL CONTEXTO DE LA SALUD

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

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

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

La esperanza de vida al nacer aumentó casi seis años entre 1980 y 2000, debido en parte a la disminución del riesgo de morir de una enfermedad transmisible o perinatal, a la reducción de la mortalidad por diarreas, carencias nutricionales, infecciones respiratorias agudas y enfermedades prevenibles por vacunación. La viruela y la poliomielitis han sido erradicadas y el sarampión pronto será una enfermedad del pasado.

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

envejecimiento, debido a las consecuencias económicas que tienen las mayores tasas de carga familiar sobre la sociedad.

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

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

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

La polarización epidemiológica

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

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

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

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

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

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

El ciclo de vida

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

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

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

Grupos especiales

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

Trabajadores: El tipo de trabajo realizado es un factor de riesgo que influye en la mortalidad, los años de vida potencial perdidos, los años de vida con discapacidad y los años de vida ajustados en función de la discapacidad. La mortalidad ocupacional fue igual en magnitud a la mortalidad por el consumo de tabaco. En América Latina y el Caribe, tan solo entre 1% y 5% de los casos de enfermedades ocupacionales se notifican, debido al subdiagnóstico, subregistro y subnotificación de la morbilidad y la mortalidad en el lugar

de trabajo. Por lo tanto, los datos no reflejan los tradicionales problemas de salud ocupacionales o emergentes que provienen de la aplicación de las nuevas tecnologías, mucho menos los problemas relacionados con el trabajo. Tampoco reflejan los problemas de salud de los trabajadores sin cobertura de seguridad social.

Grupos raciales y étnicos

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

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

Problemas de salud específicos

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

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

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

Posibles consecuencias para la salud pública

Documentación sobre las desigualdades en materia de salud

Medir y analizar las desigualdades en materia de salud para mejorar la toma de decisiones con base en criterios de equidad, y vigilar la capacidad de las sociedades para adaptarse a los entornos en transformación.

Permitir una mejor comprensión de las relaciones entre los factores determinantes socioeconómicos y los resultados en materia de salud.

Advertencia temprana y capacidad de respuesta

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

Uso de la epidemiología en la política y planificación sanitarias

Afirmar la institucionalización y profesionalización de la epidemiología en las estructuras gubernamentales de formulación de políticas y en el ámbito académico.

Crear capital humano y fomentar la capacidad nacional en materia de salud pública, incluidos el uso preventivo de la epidemiología en la gestión sanitaria, la planificación y el análisis y la evaluación de las políticas.

Generación de información epidemiológica especial

Estimular la producción y generar datos epidemiológicos y conocimientos pertinentes para apoyar la función rectora en materia de salud y el cumplimiento de las funciones de salud pública con herramientas y aptitudes nuevas.

Generar análisis de calidad elevada de las situaciones, con miras a mejorar la capacidad de formulación de políticas, así como el ejercicio y la promoción de la causa pública.

LA AGENDA INCONCLUSA

La atención que las Naciones Unidas prestan a la salud como componente fundamental del desarrollo humano se ha puesto claramente de manifiesto en muchas de las cumbres mundiales celebradas durante los dos últimos decenios, y sobre todo, en la 8.^a sesión plenaria, que tuvo lugar el 8 de septiembre de 2000 y durante la cual la Organización adoptó la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (A/55/L.2) 5/2. Los Estados Miembros solicitaron a las Naciones Unidas que ideara una guía para la Declaración del

Milenio de las Naciones Unidas y posteriormente, consultas entre los organismos internacionales (el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y los organismos especializados de las Naciones Unidas). La Asamblea General reconoció que los Objetivos de Desarrollo del Milenio forman parte de esta guía para poner en práctica la Declaración del Milenio.

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

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

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

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

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

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

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Objetivo 7: Velar por la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Las soluciones eficaces para el futuro requieren una capacidad nacional fortalecida para alcanzar las metas de erradicar y eliminar enfermedades como la poliomielitis causada por el poliovirus salvaje, el sarampión, el tétanos neonatal, la sífilis congénita, la enfermedad de Chagas, el tracoma, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y las carencias de micronutrientes (vitamina A, yodo, hierro y ácido fólico) y controlar la intoxicación por plomo y la silicosis.

La distribución de los ingresos tiene efectos positivos sobre la reducción de la pobreza. Considerando la distribución actual y esperada en América Latina y el Caribe, la meta

de reducción de la pobreza establecida en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas no se alcanzará, a menos que la concentración del ingreso mejore en la mayoría de los países.

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

La mayor perceptibilidad de la salud ha estado acompañada de la creación de fondos e iniciativas especiales que acometerán la agenda inconclusa y evitarán el deterioro adicional del estado de salud en muchos países. Algunas de estas iniciativas son el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), "Hacer Retroceder la Malaria" y "Detener la Tuberculosis". En realidad, el *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro* describe el programa de salud mundial para el próximo decenio, con la advertencia de que: "Si los países, tanto desarrollados como en desarrollo, no refuerzan notablemente

sus compromisos, va a ser imposible asegurar el cumplimiento de los ODM en el plano mundial; además, los resultados obtenidos en algunos de los países más pobres serán muy inferiores a los logros esperados".³²

LA NUEVA AGENDA

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

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

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

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

Resumen de los retos de la salud pública³⁵

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

Problemas de salud	
	<p>Persistencia de tasas elevadas de mortalidad infantil y de fecundidad en algunos países o zonas de ciertos países</p> <p>Persistencia de tasas inadmisibles de mortalidad materna</p> <p>Enfermedades no transmisibles, aumento de las lesiones, de la obesidad y de las nuevas enfermedades emergentes</p> <p>Malnutrición</p> <p>Enfermedades transmisibles y problemas emergentes (por ejemplo, el SARS, la gripe aviar y las enfermedades farmacorresistentes, entre otras).</p> <p>Las situaciones y los factores sociales que influyen en la propagación de la drogadicción y la violencia, incluida la violencia intrafamiliar.</p> <p>Resistencia a los antibióticos: la incapacidad de la legislación internacional vigente para hacer frente a la responsabilidad colectiva de actuar eficazmente frente a las epidemias y pandemias mundiales.</p>
Investigación	<p>Medir las desigualdades e inequidades en materia de salud, considerando el sexo, la raza y las características del grupo étnico.</p> <p>Generar datos de buena calidad y fidedignos para la toma de decisiones basada en pruebas.</p> <p>Considerar las necesidades de la investigación aplicada en función de las prioridades y necesidades de salud.</p> <p>Necesidad de mejorar la definición de las características epidemiológicas.</p>
Bioética	<p>Mayor preocupación por abordar problemas éticos que plantean los trasplantes, la clonación y la genética.</p>
Recursos	<p>Humanos</p> <p>Velar por que las competencias y aptitudes sean adecuadas para responder a las dificultades que es necesario afrontar.</p> <p>Abordar a los niveles mundial, regional y nacional la fuga de cerebros, lo cual requiere estabilidad política y economías estables para retener a los profesionales competentes.</p>

	<p>Económicos (internos o externos)</p> <p>Mejorar los niveles de financiamiento interno y externo (el financiamiento total proveniente de las fuentes externas ha disminuido y el financiamiento también es un obstáculo).</p> <p>Mejorar la equidad en la distribución y la utilización de los recursos financieros.</p> <p>Intangibles</p> <p>Preservar y mejorar los recursos intangibles necesarios para alcanzar las metas, como el conocimiento, el prestigio, el capital intelectual, la credibilidad, el respeto, la reputación, la confianza, etc.</p>
<p>Instituciones del sector público</p>	<p>Abordar los temas relacionados con la eficacia y la equidad de la cooperación internacional en materia de salud.</p> <p>Comprender que las reformas del servicio público necesitan mejorar el rendimiento, y que "si el servicio es malo, el trabajo fracasará o se retrasará".</p> <p>Buscar las maneras de fortalecer la gobernanza, la calidad técnica y la gestión de los recursos financieros y humanos disponibles.</p> <p>Fomentar y mejorar la visión y el liderazgo.</p>
<p>Los sistemas y servicios de salud</p>	<p>Mejorar la cobertura de los servicios de salud y la remisión de los pacientes.</p> <p>Crear sistemas más productivos, eficaces y equitativos.</p> <p>Invertir para lograr el acceso universal a la asistencia sanitaria</p> <p>Comprender y abordar los cambios en los tipos de demandas, así como los temas relacionados con la calidad de la asistencia sanitaria y la satisfacción de los pacientes que resulta de las asimetrías reducidas entre el paciente y el proveedor.</p> <p>Se necesita un mayor rendimiento de los gastos sanitarios y una mejor asignación y gestión de los recursos, además de otros recursos financieros.</p> <p>Abordar y controlar la utilización excesiva de las intervenciones médicas.</p> <p>Fomentar los incentivos apropiados y reducir la inseguridad económica.</p>

	Manejar el costo creciente de la tecnología médica y su distribución.
Cooperación para el desarrollo	<p>Adaptar la ayuda que se necesita al logro de los ODM relacionados con la salud en la Región.</p> <p>Perfeccionar la capacidad nacional para planificar y gestionar la cooperación internacional, considerando las tendencias actuales hacia una mayor cooperación bilateral y el cambio sistémico para pasar de los proyectos a corto plazo al apoyo a los programas y a los enfoques sectoriales.</p> <p>Mejorar los enfoques multilaterales y la colaboración en materia de preparativos y mitigación como parte del programa nacional.</p> <p>Reforzar la promoción de la causa para mejorar el lugar que ocupa la salud en los programas internacionales de política y economía, crear conciencia de los vínculos entre la salud y el desarrollo, y establecer asociaciones eficaces.</p>

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

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

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

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

Entender la interacción entre la geopolítica, la economía, la religión y la tecnología, así como sus efectos sobre la salud y el ambiente.

Equilibrar las necesidades contrapuestas del crecimiento de la población y de los recursos.

Incorporar consideraciones éticas en las decisiones mundiales.

Reconocer y poner en práctica acciones adecuadas derivadas de la mayor complejidad de los puntos de intersección entre el grupo étnico, la raza, el sexo, la orientación sexual y la clase social, y sus consecuencias para la salud, la asistencia sanitaria y el respeto a los derechos humanos.

Fomentar y mantener la capacidad de recuperación de la democracia para conservar la estabilidad socioeconómica y la paz.

Procurar que la convergencia mundial de la información y las tecnologías de la comunicación funcionen para todos.³⁷

Evitar los riesgos de actos terroristas más destructores y controlarlos.

Impedir que la delincuencia organizada transnacional se transforme en empresas mundiales poderosas y complejas con capacidad para influir en la toma de decisiones y en la salud.

Abordar los problemas que plantea el comercio ilícito de drogas, armas, propiedad intelectual, personas, órganos humanos y desechos tóxicos para reducir sus efectos sobre la salud y el bienestar.³⁸

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