

Desarrollo de los sistemas y servicios de salud

4

Con objeto de apoyar el esfuerzo desplegado por los países para desarrollar sus sistemas y servicios de salud, la OSP participó en actividades de cooperación técnica en materia de reforma del sector salud, desarrollo institucional, inversiones en salud, financiamiento de la atención de salud y prestación de servicios de salud.



DEPTO. ENFRIA.

La promoción de la salud fue un importante componente de las funciones esenciales de salud pública, así como del desarrollo de recursos humanos y la reorientación de los servicios de salud, incluidos los de apoyo.

Establecimiento de políticas públicas saludables

Las políticas públicas saludables constituyen la piedra angular del desarrollo de los sistemas y servicios de salud. En el año 2000, se crearon métodos nuevos y se ampliaron los existentes con el fin de mejorar la prestación de servicios esenciales de salud pública y de extender la protección social, incluso la referente al establecimiento de programas nacionales de seguro, a las poblaciones excluidas.

La iniciativa de salud pública en las Américas

En septiembre de 2000, el 42.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD42.R14, en la que se instó a los Estados Miembros a participar en un ejercicio regional de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública. En esa resolución también se solicitó que, en estrecha colaboración con las autoridades nacionales, el Director llevara a cabo en cada país el ejercicio de medición referido, efectuara un análisis regional sobre el estado de salud pública en las Américas e incorporara la línea de trabajo sobre las funciones esenciales de salud pública a las acciones de cooperación técnica. La OSP, en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud en Chile, creó un mecanismo de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, sometido a ensayo piloto y perfeccionado en algunos países antes de divulgarlo por toda la Región en el año 2001.

La OSP lanzó la iniciativa de salud pública en las Américas, que define y mide el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, con lo que proporciona la base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles. La iniciativa, que señala la promoción de la salud como una función esencial de salud pública, medirá su puesta en marcha por parte de las autoridades nacionales de salud. La ejecución de las actividades de promoción de la salud supone la actualización del perfil de proveedores de atención de salud, nuevas habilidades para la promoción de la salud y una definición moderna del modelo de atención.

Un hombre espera su turno en un puesto de salud rural de Guatemala. La OSP trabajó con los Estados Miembros para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud pública en la Región y ampliar su cobertura. Para la Oficina, una de las actividades más importantes en este sentido ha sido la iniciativa de salud pública en las Américas. Dicha iniciativa establece los puntos de referencia y las medidas del desempeño de las funciones esenciales de salud pública. La información obtenida se empleará para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer la función de las autoridades en todo el sistema de atención de salud.

Protección social en salud

Los Estados Miembros y la Oficina han expresado una profunda preocupación por el elevado número de personas —de 20 a 25% de la población de la Región— excluidas del acceso permanente a servicios de salud o a cualquier clase de protección social en salud. Sin embargo, para abordar este problema, es preciso identificar a los grupos excluidos y cuantificarlos, analizar los programas sociales para ampliar la inclusión de estos grupos, y proponer intervenciones adecuadas en cada país. Además, una mayor protección social exige que se realice una consulta sobre las necesidades, los deseos y el potencial de la población, y que el público en general asuma la responsabilidad de adoptar un modo de vida saludable.

Se ha cuestionado si los actuales sistemas de atención de salud pública permiten aumentar el número de personas cubiertas. Por lo general, esos sistemas se diseñan en una oficina central, que quizá no asigne la debida importancia a los grupos formados por poblaciones geográficamente aisladas, las minorías étnicas o culturales, los pobres, los ancianos o los adolescentes.

Por medio de una iniciativa patrocinada conjuntamente con la Organización Internacional del Trabajo, la OSP inició varios estudios y organizó debates para incorporar el concepto de protección social en salud al programa de trabajo en materia de salud. Los adelantos en ese sentido incluyeron la introducción de métodos para medir la exclusión, la realización de evaluaciones de política, la creación de un sistema de acopio y análisis de datos específicos por país y la participación en el diálogo social. El Gobierno de Suecia patrocinó, con financiamiento de la OMS, un estudio sobre la relación entre la pobreza y el acceso a los servicios de salud en Ecuador, Guatemala, Paraguay y la República Dominicana. Con el fin de reducir la exclusión, Bolivia y Ecuador han solicitado recursos para llevar a cabo análisis prospectivos de los planes subnacionales de seguro.

Cerca de 25% de la población de las Américas no tiene acceso permanente a los servicios de salud ni ningún recurso de protección social en salud. Es motivo de particular preocupación el hecho de que los actuales sistemas de salud pública se diseñen desde una oficina central encargada de supervisar la atención prestada a los grupos que viven en zonas remotas, las minorías étnicas o culturales, los adolescentes, los pobres o los ancianos. Al unirse a la Organización Internacional del Trabajo, la OSP participó en varios estudios y debates que llevaron a encontrar la forma de medir la exclusión y de recoger y analizar datos específicos de cada país. En otros estudios se examinó la relación entre la pobreza y el acceso a la atención de salud.



Planes nacionales de seguro

Varios países han logrado impresionantes adelantos en la promoción, la creación y el establecimiento de nuevas formas de acción para asegurarse de que la población reciba la atención necesaria.

Por ejemplo, en Belice se trabaja por establecer un plan nacional de seguro médico como parte de la reforma nacional del sector salud. El Comité de Reforma del Sector Salud del Ministerio de Salud presentó varias recomendaciones al Primer Ministro con el fin de incluir servicios prioritarios de salud reproductiva dentro del plan nacional de seguro médico propuesto, según un conjunto de medidas que incluye componentes de sexualidad humana; atención materna y perinatal; violencia intrafamiliar; prevención y control de la infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual; salud repro-

ductiva de los adolescentes; planificación familiar; prevención y control del cáncer cervicouterino, mamario y de próstata, y participación del hombre en la salud reproductiva.

En relación con los servicios y programas de salud, la Ley Orgánica de Venezuela establece como estrategia orientadora el modelo de atención integral de salud. En este sentido, la OSP colaboró en la formulación de planes, programas y normas que permiten hacer operativo este modelo, el cual se caracteriza por ser más equitativo y aplicar un enfoque integral participativo y multidisciplinario, lo que da continuidad a las intervenciones y a la atención de la salud individual, familiar y comunitaria. El modelo, además, destaca las intervenciones de promoción y educación de la salud como una prioridad en el sistema público nacional de salud.

En el marco normativo del Plan Estratégico de Salud, en Bolivia se ha comenzado a elaborar el nuevo Sistema Boliviano de Salud, con el apoyo de la OSP principalmente en el diseño y la implantación. Entre sus principales características se cuentan el acceso universal sobre la base de la estrategia de atención primaria; la salud familiar y comunitaria; la promoción y la gestión social; el funcionamiento adecuado de las defensorías de la salud, y el fortalecimiento de los consejos municipales, distritales y departamentales de salud para la participación comunitaria en materia de salud.

En Perú, la OSP apoyó técnica y financieramente el desarrollo de las Cuentas Nacionales de Salud correspondientes a los años 1997–1999. También colaboró para la institucionalización de dicho proceso en el Ministerio de Salud, con la finalidad de contar con un instrumento que permita conocer y vigilar la situación del sector en este rubro. A su vez, este proceso se ha convertido en un vehículo para la comunicación y el diálogo con diversos segmentos públicos y privados del sector salud, así como con otras instancias del gobierno central; además, ha servido en el proceso de reorientación de los servicios hacia la atención primaria de salud.

En la República Dominicana se está poniendo en práctica un nuevo modelo de atención. Su objetivo principal es contribuir al mejoramiento de la salud de las personas asegurando servicios de promoción, protección específica, prevención, atención y rehabilitación oportunos, adecuados, y de calidad y cantidad suficientes para toda la población; esto se haría a partir de la articulación de las redes de servicios descentralizadas, haciendo hincapié en el primer nivel de atención mediante la formación de las Unidades de Atención Primaria (UNAP).

El “Club de los Cazabajones” es una iniciativa concebida y formulada con el propósito de disminuir el creciente problema de depresión y suicidios en el Uruguay. Con el patrocinio de la OPS, se contó con la colaboración de algunos medios de comunicación, los que difundieron desinteresadamente los objetivos de la iniciativa.

El Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) fue la estrategia adoptada por la Secretaría de Salud de México para reducir las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud, sobre todo en segmentos de población rural, indígena y de alta marginación social. El PBSS fue especialmente diseñado por un equipo de expertos y

Intervenciones del paquete básico de servicios de salud en México

1. Saneamiento básico en el hogar.
2. Planificación familiar.
3. Atención del embarazo, parto y puerperio.
4. Vigilancia de la nutrición y del crecimiento infantil.
5. Inmunizaciones.
6. Manejo de casos de diarrea en el hogar.
7. Tratamiento antiparasitario para las familias.
8. Manejo de infecciones respiratorias.
9. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.
10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
12. Participación comunitaria para el autocuidado de la salud.
13. Prevención y control del cáncer cervicouterino.

se sustenta en sólidos conocimientos científicos y humanitarios; consta de 13 intervenciones y 67 acciones de salud (clínicas, de salud pública y de promoción de la salud), de aplicación sencilla, bajo costo y alta efectividad, y se ha puesto al alcance de la población en forma gratuita.

Los aportes esenciales de la OSP han sido el diseño metodológico e instrumental para evaluar los progresos de la ampliación de cobertura con este paquete básico, y el conjunto de conclusiones y recomendaciones dadas a los estados para mejorar la entrega de los servicios de salud incluidos en el PBSS y resolver los problemas de salud identificados en las evaluaciones realizadas. La metodología para verificar la cobertura universal con el PBSS ha sido adoptada por las direcciones estatales de salud para sus labores de supervisión y seguimiento. En el último año se verificó la cobertura universal con el PBSS a la población no asegurada de México.

En Chile, la OSP ha colaborado con la Comisión Técnica de Reforma en la formulación del Plan de Salud Universal Garantizado y Regulado. Este Plan se concibe como una herramienta para el mejoramiento de la calidad, ya que establece el conjunto de intervenciones necesarias para resolver los principales problemas de salud que afectan a la población. Dentro de este contexto, una de las dimensiones del proceso de reforma programática corresponde al cambio en el modelo de atención, que ha adoptado un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y la comunidad, y centrado en la prevención; la OSP ha proporcionado apoyo en estos aspectos.

La salud de las poblaciones indígenas

La Oficina se preocupa cada vez más por las deficientes condiciones sanitarias y sociales en que vive la mayor parte de las poblaciones indígenas. Por ejemplo, la pobreza y las tasas de morbilidad y mortalidad de esas poblaciones siguen siendo mucho más altas en comparación con otros grupos. Además, las comunidades indígenas están localizadas con frecuencia en zonas rurales y remotas, con limitado acceso a oportunidades económicas y a programas sociales y de atención de salud. Con más de 400 grupos indígenas en las Américas —que representan aproximadamente 43 millones de personas— la promoción de la salud y del bienestar de las poblaciones indígenas sigue planteando un desafío para la Oficina.

En el año 2000, la OSP dirigió sus actividades de cooperación técnica a apoyar a los países en la formulación de políticas públicas y estrategias para desarrollar los sistemas de salud y lograr el acceso equitativo de las poblaciones indígenas a la atención de salud; aumentar la sensibilidad cultural y la eficacia con respecto a asuntos propios de esas poblaciones dentro de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria, y mejorar el acopio, el análisis y la divulgación de información sobre las condiciones sanitarias y sociales de la población indígena. Un aspecto importante en materia de cooperación técnica incluyó el fortalecimiento de la colaboración entre los países y con otras partes interesadas.

En abril de 2000, la OSP, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo patrocinaron un taller técnico sobre poblaciones indígenas y proyectos del sector social. El taller facilitó la formación de alianzas intersectoriales para alcanzar objetivos comunes relacionados con los factores determinantes de la salud. El trabajo por medio de una agenda compartida para la promoción de la salud y el bienestar de las poblaciones indígenas reviste importancia crítica para poner en práctica programas y servicios eficaces y sostenibles.

En la Argentina se apoyó la ejecución del programa de salud a comunidades indígenas (ANAHI) creado por el Ministerio de Salud en el presente año. Específicamente se estimuló la creación de un programa de saneamiento básico de la comunidad indígena fronteriza del Chaco argentino, boliviano y paraguayo. En diciembre de 2000 se llevó a cabo un taller de capacitación de líderes indígenas de los tres países para la puesta en práctica del proyecto mencionado.

En Chile se colaboró en la realización de estudios sobre la realidad de la medicina indígena en las poblaciones mapuches, en virtud de lo cual se firmó un contrato con la Universidad de la Frontera, en Temuco, para la realización de una investigación sobre este tema. La primera etapa de recopilación de información y de entrevistas está concluida; la segunda consistirá en la elaboración de un marco conceptual sobre la medicina indígena. El Ministerio de Salud y la OSP organizaron el encuentro interna-

La mayoría de los 43 millones de indígenas americanos son más pobres y se enferman y mueren en proporción mucho más elevada que el resto de la población de la Región. La OSP ha canalizado su cooperación técnica para apoyar la elaboración de políticas y estrategias destinadas a crear sistemas de atención de salud para los pueblos indígenas, a mejorar su acceso a servicios de salud y a aumentar la sensibilidad cultural frente a las cuestiones que afectan a los indígenas, dentro del sistema de atención de salud. La Oficina también ha trabajado para fortalecer la colaboración entre los países en favor de la salud de las poblaciones indígenas.



cional “Salud y Pueblos Indígenas: Logros y Desafíos en la Región de las Américas”. La reunión se llevó a cabo en Puerto Varas del 13 al 15 de noviembre de 2000 y contó con la presencia de 65 participantes, que representaron a 11 países y a varios organismos de cooperación. La reunión permitió alcanzar cuatro grandes logros: a) confirmar la pertinencia de la Iniciativa Regional para la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, así como del plan de acción correspondiente; b) identificar las “mejores prácticas” en relación con el desarrollo de modelos interculturales de salud en los países; c) constituir redes, intercambiar áreas de interés mutuo e identificar oportunidades de cooperación técnica entre países y con organismos de desarrollo, y d) incorporar el tema de la salud de los pueblos indígenas en la preparación de la Tercera Cumbre de las Américas.

Con la participación de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud de Honduras y de las organizaciones indígenas locales y nacionales, la OSP redefinió el modelo de salud con un enfoque intercultural que se aplica en los pueblos indígenas y negros de Honduras. El cambio consistió en la introducción de programas de formación de recursos humanos en la categoría de auxiliares de enfermería indígenas; como resultado, se han incorporado más de 200 auxiliares a los servicios de salud en sus propias comunidades.

Habilitación de las comunidades

Las autoridades nacionales de salud han establecido indicadores para medir los resultados obtenidos con la habilitación de las comunidades. Entre los aspectos objeto de medición cabe citar la capacidad de la ciudadanía para adoptar decisiones en materia de salud pública, el fortalecimiento de la participación social y el apoyo técnico en el ámbito regional. En el año 2002, cuando se obtengan los resultados de la primera ronda de medición del desempeño, habrá una buena base para delinear estrategias tendientes a mejorar la ejecución de esa función esencial.

En Jamaica, en virtud de las actividades de descentralización dentro de la reforma del sector nacional de salud, se ha traspasado la responsabilidad de la prestación de servicios de salud y la ejecución de programas a las regiones de salud. Las autoridades sanitarias regionales están facultadas para actuar bajo la orientación de la oficina principal, pero con plena autonomía para adoptar decisiones. La OSP está discutiendo con esas autoridades un nuevo modelo de prestación de servicios locales de salud, basado en la promoción de la salud y la medicina familiar. En septiembre de 2001, el Departamento de Medicina Comunitaria y Psiquiatría de la Universidad de las Indias Occidentales ofrecerá un programa de maestría en medicina familiar para profesionales del ámbito local, por medio del sistema de aprendizaje a distancia. Este nuevo modelo se

pondrá en servicio junto con sistemas regionales de información en salud para la adopción de decisiones. En ese sentido, la cooperación técnica de la OSP se destina a apoyar al Ministerio de Salud de Jamaica en su empeño por poner en marcha un servicio de salud sensible a las necesidades de la población, en que se tenga en cuenta la adquisición de habilidades para una vida saludable, la movilización social y la participación.

En el Perú, con el asesoramiento de la OSP se ha logrado la integración de múltiples actores del sector salud en el desarrollo de la bioética: universidades, colegios profesionales, comunidades religiosas y pastorales, y otros grupos de la sociedad civil. Se diseñaron estrategias de reorientación de los servicios de salud y de habilitación de la comunidad, a partir de una mayor participación de la ciudadanía en el análisis y discusión de las repercusiones éticas de las actividades en salud, así como en el establecimiento de equipos interdisciplinarios que abordan la problemática de salud y enfermedad en la comunidad desde la perspectiva bioética.

En Honduras, dentro del marco del Proyecto de Extensión, Consolidación y Profundización del Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud, se ha gestado un movimiento de solidaridad intermunicipal y de equidad social. Este movimiento, que cuenta con el apoyo del proyecto del Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI) y de la OPS para la reforma del sector salud, procura incorporar el tema de la salud en las agendas de más del 50% de los municipios del país, así como nuevas formas organizativas tales como las mancomunidades, o consorcios intermunicipales, que agrupan a los municipios débiles con los más fuertes en el desarrollo de servicios de salud.

En El Salvador se ha implantado la estrategia de participación de la sociedad civil mediante la conformación de 16 asociaciones de desarrollo intersectorial de salud (ACODIS), las cuales cuentan con personalidad jurídica y apoyan el desarrollo institucional y social. Estos procesos se han puesto en marcha bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la OSP ha colaborado básicamente en el desarrollo de capacidades individuales e institucionales que han posibilitado su sostenibilidad.

En la reforma del sector salud en Bolivia, también se ha incorporado el componente de promoción y protección de la salud en la separación de funciones y en los nuevos perfiles de las instituciones y servicios. Se trabaja con juntas de vecinos, comunidades campesinas y comunidades indígenas, así como con organizaciones de mujeres y de jóvenes y adolescentes de las ciudades y de la zona rural, en acciones de promoción de la salud y mejor uso de los servicios. El Seguro Básico de Salud y el Escudo Epidemiológico (programas del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, apoyados por la OSP), llevan a cabo acciones de prevención y atención de enfermedades prevalentes, con un componente de comunicación educativa para promover la participación de los ciudadanos en el cuidado de su salud y la preservación de un ambiente sano y libre de riesgos.

El Sistema Nacional de Salud de Cuba estableció 14 prioridades, 12 de las cuales están vinculadas a la promoción de la salud, tanto para el ámbito nacional como el

En San Salvador, los miembros y dirigentes de la comunidad se reúnen para tratar asuntos de importancia para la salud. El Salvador ha buscado en forma activa la participación de la sociedad civil fomentando la creación de asociaciones interinstitucionales y concediéndoles personalidad jurídica. La OSP y el Ministerio de Salud Pública del país han trabajado juntos para fortalecer la capacidad individual e institucional que asegurará que esas asociaciones sigan funcionando eficazmente a lo largo del tiempo.



En el centro de salud del Valle de la Paz en Belice, una trabajadora de salud atiende a uno de los miles de refugiados ahí establecidos al huir de los conflictos armados de los países centroamericanos vecinos. La OSP ha bregado por la ampliación del acceso a los servicios prestados a las poblaciones desplazadas, grupo que fácilmente queda sin la cobertura, y por el mejoramiento de la calidad de esos servicios. Por ejemplo, junto con el Ministerio de Salud de Colombia, la Oficina ayudó a establecer servicios de atención de salud para grupos desplazados en 15 departamentos. En Costa Rica, apoyó un proyecto para mejorar los servicios de salud en zonas hacia las que hubo migración masiva después del huracán Mitch.



municipal. Estas prioridades están relacionadas con la competencia y el desempeño del personal de salud; el perfeccionamiento de los componentes de promoción y prevención en los programas y servicios; el mejoramiento de la atención de grupos prioritarios, y el apoyo al proceso de descentralización y de desarrollo local, haciendo hincapié en la participación social, la acción intersectorial y la movilización de recursos. La cooperación de la OSP para la descentralización técnica y administrativa ha permitido alcanzar altos índices de eficiencia y de efectividad en el ámbito local, mediante la ejecución de proyectos que incluyen la incorporación de la promoción de la salud en los programas y servicios, así como en proyectos integrales de desarrollo local.

El Ministerio de Salud de Haití ha empleado las unidades de salud comunitaria como forma de descentralizar el sistema de salud y mejorar el acceso de la población a los servicios de salud. La OSP trabaja estrechamente con el Ministerio para aplicar este método al proceso de reforma del sector salud.

Con la participación de la OSP, en Colombia se diseñó el proyecto “Implantación de un nuevo modelo de atención a la salud en el municipio de Calarca”. Después de concluida la etapa inicial de apoyo, el proyecto cuenta hoy con los recursos descentralizados para la operación del modelo por medio del Fondo Local de Salud. El modelo, que fue certificado como descentralizado, construyó alianzas estratégicas con el gobierno local y distintos sectores del desarrollo y la sociedad civil, y está capacitando al personal de salud en la nueva modalidad de atención con objeto de alcanzar la cobertura universal.

En el Brasil, la OSP ha respaldado la estrategia denominada la Salud de la Familia, que es fundamental en la reorganización de los servicios de salud. Esta estrategia constituye el eje estructural de la atención básica y de la reorientación del modelo asistencial para alcanzar los principios de universalidad, equidad e integridad, proclamados por el Sistema Único de Salud (SUS). El número de equipos de Salud de la Familia prácticamente se ha incrementado 10 veces entre 1994 (328 equipos) y el primer semestre de 1999 (3.201); la meta para el 2002 es contar con 20.000 equipos.

En el Brasil, los instrumentos de consolidación del poder público municipal, estatal y federal son actualmente el Piso de Atención Básica (PAB), implantado desde 1998, y el Manual de Atención Básica. Los municipios que recibían recursos directamente del Ministerio de Salud en 1997 eran 144, y en 2000, 5.388 municipios habían incorporado el PAB. Uno de los logros históricos del sector salud en el Brasil fue que el Congreso Nacional aprobó en septiembre de 2000 el Proyecto de Enmienda Constitucional de la Salud, que vincula los recursos destinados a este rubro con el crecimiento de la riqueza nacional, proporciona estabilidad financiera al sector y define las responsabilidades de las tres esferas de gobierno respecto a la salud. La OSP ha colaborado en estos procesos.

La OSP también ha estado presente en Colombia. En el proyecto de desplazados se han establecido 48 convenios de atención departamental y municipal, por un monto de aproximadamente US\$ 4 millones provenientes del Ministerio de Salud; ello ha fa-

El Salvador promueve Sistemas Básicos de Salud Integral

En el Departamento de Cabañas, en El Salvador, se lleva a cabo un proyecto de desarrollo de sistemas locales de salud, financiado por el Gobierno de los Países Bajos a través de la OSP. El objetivo es la creación de estructuras descentralizadas a nivel local, con un enfoque de equidad, eficiencia y calidad. Estas estructuras se denominan Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) y se han implantado con la participación de la sociedad civil por conducto de las asociaciones de desarrollo intersectorial de salud (ACODIS), que apoyan el desarrollo institucional y social. Asimismo, se han efectuado diagnósticos de situación participativos que han permitido la formulación y ejecución de proyectos en diversas áreas. Los alcaldes han desempeñado un papel significativo, al favorecer la intersectorialidad y fortalecer el compromiso de la población para el fomento de modos de vida saludables y protección del ambiente. En cuatro municipios ya se han realizado acciones integrales orientadas al establecimiento de municipios saludables, y la población civil está llevando a cabo actividades de saneamiento básico, con el apoyo de las instituciones del sector salud en materia de prevención de enfermedades y de promoción de la salud.

Se buscaron alternativas de producción en comunidades postergadas, con la participación de organizaciones no gubernamentales, alcaldías e instituciones de salud de la zona. En la primera fase se pusieron en marcha 12 proyectos productivos, y en la segunda, hacia finales de 2000, ocho proyectos más. Actualmente existen 10 ACODIS en los 10 municipios del departamento que trabajan con otras instituciones, como ocurre en Tejutepeque, Ilobasco, Ciudad Dolores y Victoria, donde se han construido o remodelado las unidades de salud.

Este proyecto fortalece la integración familiar, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y el compromiso de los alcaldes; promueve la creación de microempresas y de fondos solidarios, y conduce al reforzamiento de la autogestión comunitaria. Además, se ha mejorado la calidad de vida de las personas, al mismo tiempo que se ha aumentado la relación y colaboración entre distintos grupos generacionales.

cilitado el acceso de la población desplazada a los servicios de salud en 15 departamentos. El fortalecimiento del sector salud en las difíciles condiciones que impone el conflicto armado se ha logrado mediante la capacitación de cerca de 1.650 funcionarios en materia de desplazamiento forzado y salud, en 40 municipios críticos de 10 departamentos. Además, se ha utilizado la Internet como herramienta de conocimiento y facilitación de espacios entre diferentes organismos.

En Costa Rica, la OSP apoya la ejecución de un proyecto que se inició durante el segundo semestre de 2000. Su objetivo es mejorar los servicios de salud en 21 zonas de alta inmigración afectadas por el huracán Mitch. El proyecto beneficiará a 300.000 personas; cabe señalar que su componente de atención incluye la promoción de modos de vida saludables, la provisión de saneamiento básico y la detección oportuna de enfermedades crónicas y agudas de alta prevalencia en esas zonas. Por otra parte,

en el componente de salud pública se definen acciones de control de vectores, con el fin de disminuir el riesgo de enfermar por malaria y dengue.

En la selva peruana se continúa apoyando el proyecto de salud integral para poblaciones indígenas de Tahuania, en el Departamento de Ucayali. También se trabaja en la habilitación de la comunidad mediante la capacitación de promotores, parteras, curanderos y personal de salud de 16 comunidades Shipibo-Conibo y Asháninca, respetando y valorando su cultura. Se han reorientado los servicios de salud hacia la promoción y el mejoramiento del acceso a los servicios. Asimismo, se brindó apoyo técnico para el diseño y la aplicación inicial del Nuevo Modelo de Atención Integral en EsSALUD (antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social, con cerca de 7 millones de beneficiarios, que representan 23% de la población del país). Este modelo incorpora las cinco estrategias de promoción de la salud, tanto en el campo conceptual como en el operativo; también considera que los beneficiarios, sus familias y sus comunidades comparten la responsabilidad con la institución y con el resto de la sociedad, para promover y mantener su salud.

Tecnología de la información

Las organizaciones de salud y el modelo de prestación de asistencia sanitaria han evolucionado de un concepto centrado en las instituciones a otro basado en la ciudadanía. Las principales características de este nuevo paradigma son el énfasis en la continuidad de los servicios; la promoción y el mantenimiento de la salud; la creación de un grupo de ciudadanos informados que se preocupan por su salud, y la participación de un conjunto diverso de partes interesadas responsables de la planificación, el financiamiento y la prestación de servicios de salud en una región geográfica determinada. La tecnología de la información desempeña una función crítica de apoyo al propósito de mejorar el acceso a una atención de salud de buena calidad y eficaz en función del costo, y al funcionamiento y la administración de los nuevos modelos de organización y servicios de salud introducidos en la Región. En este marco, las aplicaciones de la tecnología de la información incluyen automatización de los datos personales, clínicos y epidemiológicos; apoyo para servicios diagnósticos y terapéuticos; sistemas de imagenología; gestión de recursos; integración de datos administrativos y clínicos; acceso remoto a información médica y a bases de datos especializadas; apoyo para la adopción de decisiones; comunicación a través de medios interactivos, y administración de recursos físicos y financieros.

Los profesionales de la promoción de la salud aprovechan el gran potencial de la tecnología de la información y las comunicaciones interactivas para ofrecer formas de comunicación económicas o más eficaces, así como la oportunidad de ampliar la gama y el volumen de información que se intercambia, y la posibilidad de poner en marcha

Cooperación técnica en el campo de tecnología de la información

Prioridades

- Difundir información sobre las oportunidades para la puesta en marcha de servicios de salud, sistemas de información y tecnología que contribuyan al progreso social y económico y a la promoción de pautas de comportamiento saludables; establecer y promover normas, políticas y directrices, y ofrecer asesoramiento sobre expectativas factibles, beneficios y restricciones referentes a la introducción de sistemas y tecnologías informáticos.
- Promover la selección, la adquisición, el despliegue y el funcionamiento de sistemas apropiados de información sobre servicios, incluidas las aplicaciones que apoyen las intervenciones o actividades de promoción de la salud.
- Apoyar la creación, la ejecución y el funcionamiento de las aplicaciones de la tecnología informática que fomenten el intercambio de experiencias nacionales; buscar soluciones locales, e investigar y difundir métodos de evaluación de tecnología de la información sobre servicios de salud.
- Ampliar la capacidad de liderazgo y la habilidad de los profesionales de la salud de cada país en el campo de la informática, por ejemplo, en materia de sistemas, tecnología y gestión de la función de la información en las organizaciones de salud.
- Formar asociaciones externas con organizaciones multilaterales, gubernamentales, no gubernamentales, académicas y de investigación, así como con centros de excelencia y representantes de la industria de la tecnología de la información.

Principales resultados obtenidos en el año 2000

- Se celebraron talleres de consulta con especialistas nacionales, cuyos temas cubrieron desde las especificaciones para sistemas de información sobre servicios de salud hasta adquisiciones y contratación de servicios; se prepararon listas de vocabulario, clasificaciones y normas de acopio de datos para el personal de enfermería, y se exploraron los principios de ética en la práctica de la atención médica, la educación para la salud y la divulgación de información por medio de la Internet.
- Se editaron publicaciones sobre análisis de requisitos, especificación de aplicaciones y adquisición de sistemas de información sobre servicios de atención de salud; la ley y la ética en el espacio cibernético, telemática de salud; y la función de la tecnología de la información en la práctica basada en pruebas.
- Se realizaron investigaciones sobre el uso de métodos de evaluación de proyectos de telecomunicación en salud; los indicadores para la medición del desarrollo de la tecnología de la información; la exploración del ambiente externo, las fuerzas y las tendencias en salud en el medio electrónico; el uso de computadoras de mano en el campo de la salud comunitaria; la comunicación de datos clínicos y administrativos entre los niveles primarios y de referencia; la educación y capacitación en informática en salud, y los aspectos jurídicos de las bases de datos personales clínicos y administrativos.

- Se prestó apoyo a importantes iniciativas nacionales y regionales, entre ellas un componente de promoción de la salud en Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Colombia, Cuba, Estados Unidos y México, enfocadas en los siguientes campos: el registro automatizado de medicamentos y vigilancia de los productos farmacéuticos; las tarjetas nacionales de salud y los sistemas nacionales de gestión de la atención; los proyectos de telemática de salud; el desarrollo de recursos humanos en materia de las aplicaciones de la tecnología informática en salud; la puesta en práctica de las recomendaciones de la Segunda Cumbre de las Américas; la iniciativa de la red de Internet de información sobre salud de las Naciones Unidas, y la elaboración de planes nacionales de información y tecnología de salud.
- Se realizaron actividades conjuntas con la OMS, dos Centros Colaboradores de la OPS/OMS (el Instituto Danés de Investigación en Salud y Enfermería, Copenhague, y el Departamento de Información de la Universidad de Maryland, Estados Unidos), instituciones académicas, sociedades profesionales y científicas, organismos multilaterales, industrias, y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales tanto nacionales como internacionales. Se suscribió un acuerdo de asociación con la unidad de la industria de la salud de la IBM para abordar cuestiones relacionadas con las comunicaciones interactivas en salud y el establecimiento de un nuevo Centro Colaborador para la Investigación y Educación en Informática de la Enfermería Clínica con la Escuela de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins.

nuevos servicios individuales y comunitarios. Campos de rápido desarrollo son la divulgación de información sobre el bienestar y la salud; la búsqueda fundamentada de proveedores, servicios, medicamentos recetados y de venta libre, y productos para el cuidado de la salud; la realización de pruebas de evaluación de riesgos, y la comunicación dentro de grupos de intereses especiales. Aunque la tecnología de la información y de las telecomunicaciones avanza a paso acelerado en las Américas, ciertas barreras estructurales como la educación, el ingreso, las características demográficas de los usuarios de Internet y el acceso a recursos basados en las telecomunicaciones obstaculizan mucho la mayor difusión de las aplicaciones de la tecnología informática interactiva en apoyo a la promoción de la salud.

Reorientación de los servicios de salud

El desarrollo de sistemas y servicios de salud equitativos, sostenibles y eficaces en función de los costos sigue exigiendo mucha atención en las Américas. En los últimos años, las reformas del sector salud que han abordado esta dificultad se han concentrado sobre todo en cambios financieros, estructurales y de organización en los siste-

mas de salud y en ajustes de la organización y del manejo de la provisión de servicios de salud. Se ha prestado menos atención a las cuestiones relacionadas con la reducción de la inequidad en salud y en atención de salud, la mayor eficacia de las intervenciones sanitarias, la promoción de la calidad de la atención y la mejora de la práctica de la salud pública.

Sin embargo, no basta con tener programas innovadores para ampliar la protección social en el campo de la salud. Esos programas deben ir aparejados con una reorientación de los sistemas y servicios de salud basada en criterios emanados de la promoción de la salud. Los pobres no solo reciben servicios de menor calidad, sino que son el grupo que realmente necesita más servicios preventivos y de promoción de la salud. Sin una transformación del modelo de atención, seguirá habiendo una grave falta de equidad en la calidad y cantidad de los servicios.

En este contexto, la reorientación de los sistemas y servicios de salud se convierte en un objetivo primario para el sector. Esa reorientación debe guiar la reforma del sector salud, incluida la reforma institucional y las estrategias de desarrollo de recursos humanos. La actual coyuntura histórica en la reforma del sector salud brinda una importante oportunidad para las iniciativas de promoción de la salud. El reto está tanto en poner en práctica las estrategias de reorientación como en lograr consenso sobre su importancia para la próxima generación de reformas del sector salud. Los servicios de salud son apenas uno de los factores determinantes del estado de salud y, en realidad, ni siquiera el más importante. Con todo, son un campo de importancia crítica de la política social. Se podrían lograr grandes adelantos por medio de la asignación apropiada de recursos. La reorientación de los servicios mejorará la calidad de la atención sanitaria y el efecto de esos servicios para la salud y el bienestar de la población de la Región.

En el año 2000, la OSP encabezó el trabajo de preparación de uno de los seis informes técnicos discutidos durante la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en junio de 2000 en la Ciudad de México. Este informe trata de la reorientación de los sistemas y servicios de salud con base en criterios de promoción de la salud y estipula que, con el fin de lograr la reorientación de los servicios de salud, es preciso definir varios objetivos y estrategias indicativos de campos de acción complementarios pero específicos, dentro de las dos orientaciones siguientes (cuadro 1):

1. **Desarrollo de sistemas de salud**, que se refiere a la estructura institucional del sector salud y a la forma en que se organizan y cumplen las funciones del sistema de salud (función directiva de las autoridades sanitarias, financiamiento, seguros y prestación de servicios).
2. **Prestación de servicios de salud**, que se refiere al diseño y a la puesta en práctica de los modelos de provisión de esos servicios, así como a la forma específica en que se deben organizar y administrar para realizar intervenciones comunitarias y clínicas.

Varias mujeres esperan su turno para recibir atención de salud en Haití. Hasta la fecha, los intentos de reorientar los servicios de atención de salud de la Región se han centrado sobre todo en cambios financieros, estructurales y orgánicos en los sistemas de atención de salud y en la prestación de servicios pertinentes; lamentablemente, el empeño por reducir la falta de equidad en la atención de salud se ha quedado corto. Si realmente se pretende mejorar la calidad y cobertura de la atención de salud de los pobres —que son quienes reciben el peor cuidado asistencial y quienes más necesitan servicios preventivos— en la reorientación de los servicios de salud se debe contar con criterios de promoción de la salud.



PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS
Organización Panamericana de la Salud

CUADRO 1. Objetivos y estrategias para la reorientación de los sistemas y servicios de salud.

Objetivos	Estrategias
<i>Desarrollo de sistemas de salud</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Definir, establecer y evaluar las funciones esenciales de salud pública que son responsabilidad de las autoridades de salud dentro de su función directiva. • Poner en práctica procedimientos financieros y de asignación de recursos en los que se privilegie el desarrollo de la infraestructura de salud pública y la reorientación de la prestación de servicios de salud basada en criterios de promoción de la salud. • Incorporar modelos para reorientar la prestación de servicios de salud hacia el paquete básico de derechos de los planes de seguro social y privado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar y facilitar el diálogo entre las partes interesadas para lograr consenso de un mayor número de ellas sobre la necesidad de reorientar y aumentar al máximo los recursos para la promoción de la salud. • Incorporar los objetivos de la reorientación de los sistemas y servicios de salud a los mecanismos de asignación de recursos y pago, vinculando el pago a los resultados en materia de salud, cuando sea posible. • Desarrollar la infraestructura de salud pública y evaluar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública. • Incluir criterios de promoción de la salud en los mecanismos de reglamentación, tales como certificación, autorización y acreditación de establecimientos, redes de proveedores, profesionales de la salud y planes de seguro.
<i>Prestación de servicios de salud</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la composición y el equilibrio del tipo de atención de salud e incorporar la promoción y prevención como parte integrante del modelo de prestación de servicios de salud. • Incorporar la defensa de los principios de promoción de la salud en los modelos de administración de servicios de salud. • Tomar conciencia de las necesidades y expectativas de subgrupos específicos de la comunidad, incluidas las diferencias de sexo y edad, así como los factores religiosos, étnicos y otros determinantes culturales. • Interesar a las personas en el proceso de adopción fundamentada de decisiones sobre su propia salud y la de sus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la capacidad tecnológica y de respuesta del sector de atención de salud como requisito para establecer la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población. • Ampliar la importancia relativa de los puntos de entrada al sistema de atención de salud y establecer programas con proveedores de atención primaria de salud que asuman responsabilidad por los pacientes, sus familias y las comunidades y que ayuden a los usuarios a recorrer el sistema. • Fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de desarrollo de recursos humanos, tanto en las instituciones académicas como en los programas de educación continua de los profesionales de salud. • Promover el consenso entre especialistas en la formulación de directrices de prevención en el medio clínico, eliminando las prácticas ineficientes, y ofrecer adiestramiento, supervisión y evaluación para la puesta en práctica de las directrices. • Asegurar que las condiciones de organización faciliten el cumplimiento de las directrices, incluidas las estrategias para modificar las prácticas seguidas por los proveedores. • Mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, así como con los servicios de salud y las comunidades, con el fin de incrementar la eficacia y utilidad de las medidas tomadas. • Crear mecanismos que establezcan un compromiso formal y un sentido de responsabilidad compartida entre los servicios, las personas y las comunidades, y que incluyan mecanismos de retroinformación destinada a la comunidad.

La reorientación de los servicios de salud requiere que se le asigne al sistema de atención primaria la responsabilidad por la salud individual. La puesta en marcha de programas de promoción de la salud en todo el sistema de atención supone la asignación de suficientes recursos administrativos, técnicos y financieros a los niveles de atención primaria para asegurar la dirección, coordinación y orientación de todo el sistema.

Uno de los factores cruciales para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención es la existencia y aplicación de pautas, es decir, normas, recomendaciones, algoritmos, protocolos y otros instrumentos similares que guíen y permitan controlar la atención de los pacientes. La iniciativa sobre formas pautadas de atención, que se ha probado en Bolivia, Colombia, Costa Rica y México, tiende a disminuir la mortalidad por causas evitables y a prolongar la vida por causas controlables; también promueve la equidad, al asegurar a cada paciente un mínimo de prestaciones para una enfermedad dada sin tener en cuenta sus características personales o sociales, o su capacidad o forma de pago.

Uno de los componentes más importantes de esta iniciativa, desde su mismo origen, es el de promoción y protección de la salud. Para su aplicación se recurre a diversos mecanismos: a) identificación de personas y poblaciones en riesgo; b) inclusión y ejecución de pautas preventivas; c) detección y tratamiento precoz; d) manejo del riesgo de las intervenciones; e) vigilancia y control de eventos indeseados, y f) participación comunitaria como estrategia para apoyar los puntos precedentes.

En Costa Rica, la reorientación de los servicios de salud es el componente de promoción de la salud con menor desarrollo. Por lo tanto, se estimuló una mayor apertura de los servicios a actividades de promoción y prevención, sobre todo las relacionadas con la atención de factores de riesgo. En este sentido se inscriben los intentos por establecer Clínicas de Cesación del Tabaquismo.

Recursos humanos: una estrategia de reorientación de los servicios de salud

En el ámbito de la promoción de la salud, la OSP trabaja en el marco de un concepto ampliado de recursos humanos que va más allá del conjunto del personal empleado en los servicios. Así, incluye a otros trabajadores, tales como los educadores, periodistas y comunicadores en salud responsables de las actividades de educación permanente y de la organización y promoción de la participación de las personas en las acciones de salud. También se da particular relevancia a la incorporación de la participación activa y protagónica de la comunidad.

En la formación profesional y técnica del personal de salud, así como en la capacitación en servicio, se ha identificado un déficit de objetivos y contenidos relativos a la promoción de la salud. Debido a ello, la OSP ha impulsado la incorporación de dichos contenidos en las facultades y escuelas de medicina, enfermería y salud pública de la Región. Otras acciones son el aumento de títulos que tratan de este tema del Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX) y la producción conjunta con la Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública de un libro de texto sobre promoción de la salud, que destaca la importancia de las intervenciones sociales e institucionales promotoras de la salud.

Un grupo de promotores de la salud del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Ciudad de México recibe adiestramiento antes del inicio de una campaña contra el sida. Al analizar la forma de optimizar los recursos humanos para la salud en la Región, la Oficina considera toda la gama de trabajadores de la salud, desde los empleados en los servicios de salud propiamente dichos hasta los educadores, periodistas y comunicadores especializados en promoción de la salud.



La educación a distancia mediante las nuevas tecnologías de información y comunicación es una poderosa estrategia para la promoción de la salud, ya que propicia el acceso universal del personal de salud a una educación de calidad, contribuye a mejorar la eficiencia de los procesos de aprendizaje, y facilita la comunicación y el intercambio de experiencias, prácticas y conocimientos entre los países de la Región. Sobre este particular, en colaboración con el Consorcio Red de Educación a Distancia (CREAD), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE), la OSP realizó en México la Primera Conferencia Interamericana de Educación a Distancia para Personal de Salud, vía satélite, en la que participaron 1.000 personas, desde 18 subsedes en 11 países de la Región. Esta Conferencia sirvió de plataforma para el lanzamiento del Campus Virtual en Salud Pública, iniciativa conjunta de la OPS, la Universidad Oberta de Cataluña, la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESP). La iniciativa busca mejorar el acceso y la calidad de la formación de recursos humanos mediante la articulación de instituciones de servicio, entidades formadoras y centros generadores de conocimiento en el campo de la salud pública, a fin de responder a los cambios sectoriales y al desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública.

El Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales, constituido en 1999, es otra estrategia que contribuye a la construcción de capacidades nacionales para la promoción de la salud, en la medida en que permite fortalecer políticas de desarrollo de recursos humanos en la Región. El Observatorio se creó con la finalidad de posibilitar instancias intersectoriales e interinstitucionales para promover políticas de recursos humanos, asegurando la producción y el intercambio de información oportuna y de calidad, así como el conocimiento sobre la situación y las tendencias del personal de salud. Ya se han incorporado 14 países, algunos de los cuales han superado la fase de establecimiento de la base de datos y recolección de información, y se encuentran en la etapa de análisis de resultados y generación de propuestas de nuevas funciones laborales y cambios en las políticas de personal. Otras actividades de la Oficina contribuyeron a la promoción de la salud al impulsar la calidad de la enseñanza y afianzar el crecimiento del personal de salud. Destacan, entre otras, la puesta en marcha de procesos de acreditación de programas de educación médica y de enfermería; la identificación de competencias en las áreas de formación de personal técnico, comunicadores y periodistas en salud, y el avance del Programa de Formación en Salud Internacional para promover la creación de un liderazgo panamericano, acorde a las nuevas tendencias mundiales en el desarrollo de la salud.

La OSP colaboró con la Universidad de Belice para la revisión del plan de estudios de la escuela de enfermería. El nuevo plan de estudios une los enfoques de promoción de la salud y de género e incorpora campos programáticos específicos, como los de salud reproductiva, violencia intrafamiliar, salud mental e intoxicación por plaguicidas.

En el período 1998–2000, con la cooperación de la OSP, en Chile se diseñaron modelos de capacitación para directivos y personal de salud, equipos intersectoriales de

Desarrollo institucional: el ejemplo de Costa Rica

En el campo de los recursos humanos para la salud, se destaca el apoyo brindado al Ministerio de Salud de Costa Rica para fortalecer su capacidad de rendición de cuentas institucionales y gerenciales. Se ha diseñado y llevado a la práctica el Sistema de Evaluación y Desarrollo Institucional (SEDI), que permite a las autoridades de la institución evaluar el cumplimiento de metas por parte de las diferentes direcciones y regiones, así como de sus gerentes. También en este campo, se han realizado investigaciones de gran relevancia en el ámbito nacional y regional acerca de los efectos laborales de las nuevas formas de gestión, como parte del análisis y establecimiento de aspectos regulatorios. Vinculado al tema de la regulación de recursos humanos cabe destacar el apoyo brindado a diversos colegios y grupos profesionales para el análisis y la iniciación de procesos de recertificación profesional. También se han creado varios proyectos en el campo de los recursos humanos y la información, de gran importancia y potencialidad como catalizadores de procesos nacionales, entre otros:

- El proyecto de desarrollo de la enfermería.
- El proyecto subregional de capacitación de técnicos en salud.
- El proyecto de difusión de la información en el ámbito nacional (TUSALUD).
- La elaboración de un plan para instrumentar las funciones esenciales de la salud pública.

municipios y líderes comunitarios. Se inició también un trabajo de revisión curricular de las profesiones de la salud, para la incorporación de criterios y metodologías de promoción de salud.

En el Perú, la OSP ha continuado apoyando las actividades de capacitación para la planificación con enfoque de género; de manera especial, se ha contribuido a la Reorientación de los Servicios de Salud con la Sanidad Policial, el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), y varios organismos de cooperación. También en el Perú, la Oficina colaboró para la reestructuración curricular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes, que incluye las cinco estrategias de promoción de la salud como componentes de sus ejes conceptuales y programáticos. El proceso, ampliamente participativo, contó con los aportes del Ministerio de Salud y de la comunidad, lo que permitió una mayor aproximación al conocimiento de la realidad de la región y de sus necesidades.

Reorientación de los servicios de apoyo

En el campo de la cooperación técnica en materia de medicamentos esenciales y tecnología, se insistió en la orientación de los servicios de apoyo, farmacia, laboratorio y radiología, empleando criterios de promoción de la salud. En esos criterios se ha tenido en cuenta la asignación de recursos, la elaboración de programas de gestión y

Promoción de la salud durante los desastres naturales y provocados por el ser humano

La devastación posterior a los desastres naturales o provocados por el ser humano es bien conocida. Pero esos acontecimientos también pueden ofrecer una oportunidad, un llamamiento a la unión, o constituir un motivo para que los países consigan el apoyo multisectorial necesario para promover la reducción del riesgo para la población y la infraestructura de salud.

La promoción de la salud en el marco de la mitigación de los desastres abarca diversas estrategias, muchas de las cuales se han integrado a un proyecto de varios años para reducir la vulnerabilidad humana e institucional en los países de América Central más afectados por el huracán Mitch. La habilitación de las comunidades para tomar parte activa en la adopción de decisiones sobre desastres figura en un lugar destacado en esta actividad. Los dirigentes municipales y comunitarios han recibido materiales informativos y otros instrumentos con el fin de prepararse para los desastres y abordarlos. Los profesionales del campo de desastres de la OPS en los países participantes apoyan a los departamentos locales de los Ministerios de Salud Pública en la realización de actividades en ciertas comunidades. Por ejemplo, en Nicaragua, los subdirectores de 17 sistemas locales de atención integral en salud, conocidos como SILAIS, y otros empleados del Ministerio de Salud recibieron capacitación intensiva con miras a establecer medidas integrales de preparación para casos de desastre. Varios epidemiólogos de los SILAIS tomaron un curso de posgrado en desastres ofrecido por el Centro de Investigación y Educación para la Salud. En Honduras y Nicaragua se evaluaron los sistemas de comunicación y educación para entender las necesidades y los recursos disponibles para adiestramiento y difusión de información. Los municipios guatemaltecos de Gualán y Zacapa participan activamente en la identificación de riesgos locales, la preparación de planes de respuesta, la determinación de las responsabilidades de los diferentes grupos dentro de la comunidad y la coordinación con otros proyectos de salud de la zona.

La creación de un ambiente saludable para vivir es una meta difícil de alcanzar en Colombia, donde la violencia ha desplazado a un sinnúmero de habitantes de las zonas rurales. La equidad es un asunto de importancia en el debate sobre el acceso a los servicios de salud para esa población. Varias fuentes estiman que de 500.000 a 2 millones de personas se han visto privadas de tales servicios. La OPS trabaja en varios departamentos de Colombia para mejorar el acceso a la atención de salud de la población expuesta a riesgo. Este proyecto permite vigilar la situación de salud de estas personas y sirve de medio de comunicación entre los principales asociados que trabajan en esas cuestiones. El problema del desplazamiento de la población se extiende ahora a países vecinos, y la OPS ha proporcionado servicios de capacitación y asesoramiento a los países que acogen a los refugiados.

Las políticas públicas de salud de los Países Miembros de la OPS abordan con frecuencia cada vez mayor las cuestiones relativas a la reducción de los desastres. Las prioridades en materia de prevención y mitigación de desastres se han incorporado sistemáticamente a los programas de instituciones nacionales, incluso a varias comisiones nacionales de emergencia y comités de defensa civil. Como resultado, una nueva cultura de gestión del riesgo (representada por la institucionalización de las actividades de prevención y mitigación de desastres) reemplazará a los programas de respuesta obsoletos, que funcionan solo después de que ocurre el desastre y que están orientados principal-

mente hacia los aspectos de bienestar social. Esto representa un cambio radical que ha tardado varios años en producirse, y la OPS ha desempeñado una función decisiva en el trabajo con los gobiernos para facilitar la discusión, revisión y reforma de la legislación nacional sobre gestión de desastres. Continúa el trabajo con instituciones internacionales de financiamiento como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco de Desarrollo del Caribe, la Corporación Andina de Fomento y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) para incorporar los principios de prevención y mitigación de desastres entre los requisitos para la aprobación de préstamos destinados a proyectos de desarrollo en los países de la Región.

En el campo de la gestión de desastres, que cambia a gran velocidad, la reorientación de los servicios de salud incluye la adquisición de competencias críticas en el sector para mantener el máximo nivel de servicio durante un desastre y después de ocurrido. En los últimos años, los Ministerios de Salud de los Países Miembros de la OPS han logrado aumentar el grado de conciencia con respecto a los desastres y ahora el sector salud espera que sus coordinadores en situaciones de desastre manejen todos los aspectos y no solo los técnicos. Obviamente, los coordinadores con sólida experiencia gerencial y una posición de liderazgo dentro de su institución pueden hacer un mejor aporte a la respuesta del sector salud en situaciones de desastre; también son quienes más éxito tienen para lograr que se incluyan medidas de mitigación en las actividades de rehabilitación, reconstrucción y desarrollo.

Para apoyar la adquisición de esas aptitudes básicas, la OPS colaboró en el diseño y la enseñanza del primer curso anual de capacitación, de dos semanas de duración. En este primer curso participaron 30 personas de alto nivel con amplia experiencia en situaciones de desastre de muchas organizaciones y diferentes sectores (ministerios de salud, oficinas nacionales de desastres, la Cruz Roja, instituciones de financiamiento, las Naciones Unidas y otros organismos de cooperación). Los temas tratados fueron aspectos administrativos de los desastres, reducción del riesgo, sistemas de información geográfica, movilización de recursos, formulación de proyectos, uso de la Internet y otras tecnologías en situaciones de desastre, salud mental, transparencia en la gestión de suministros de emergencia y emergencias complejas.

Dos desastres sucedidos en el año 2000 subrayaron la forma en que la capacitación y los preparativos pueden influir en la respuesta a una catástrofe. Por ejemplo, durante los terremotos que afectaron a El Salvador a comienzos del año, la capacitación de personal crítico, tanto dentro como fuera del país, permitió establecer en tiempo récord el Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA) ideado por la OPS. Más de 40 especialistas nacionales clasificaron los artículos donados por orden de prioridad y registraron las donaciones en especie, lo que dio como resultado mayor transparencia y eficiencia en el manejo de los recursos. El hecho de que antes del desastre el Gobierno de El Salvador hubiera establecido pautas claras sobre donaciones para su cuerpo diplomático y consular en el exterior también ayudó a contener las donaciones innecesarias. En un segundo ejemplo, mientras el huracán Keith azotaba a Belice con vientos hasta de 160 km por hora, el Ministerio de Salud y el Servicio Público de ese país ya había activado su plan de contingencia en caso de huracanes. Al cabo de unos días, el Ministerio envió un equipo de evaluación y vigilancia de la salud formado por miembros del Ministerio y de la OPS, que realizó una rápida valoración de las condiciones de salud de la población después del desastre y también proporcionó algunos servicios clínicos y de salud pública a las comunidades afectadas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS
Organización Panamericana de la Salud

En el puesto de emergencia del Ministerio de Salud Pública, instalado en un campamento de refugiados, se brinda asistencia a las víctimas de los terremotos que devastaron a El Salvador a comienzos del año 2001. Inmediatamente después del desastre, la OSP coordinó el trabajo de un grupo de ingenieros y arquitectos nacionales y extranjeros para que evaluara sin demora el estado de los hospitales y puestos de salud de todo el país. Primero, se pusieron nuevamente en servicio las camas de los hospitales que estaban en lugares seguros; luego, se repararon las instalaciones que podían seguir funcionando. La Oficina también ayudó a planear el cuidado de emergencia, prestando asistencia en la preparación de planes para situaciones imprevistas en los servicios de salud, apoyando al personal local de atención de emergencia y facilitando la coordinación con otros sectores. Mucho tiempo antes de que ocurriera el desastre, la OSP y el Ministerio de Salud Pública del país habían trabajado estrechamente para evaluar la solidez estructural de las instalaciones, establecer normas de ingeniería para reducir la vulnerabilidad y realizar ejercicios de simulacro.



garantía de la calidad, las medidas de reglamentación, las actividades de capacitación y la elaboración de pautas que ponen el acento en la incorporación de tecnología apropiada, los procedimientos de detección temprana, el apoyo para el mantenimiento y las normas de tecnología de la información.

El acceso a los medicamentos sigue siendo la preocupación central en la política sobre productos farmacéuticos en la Región. Se considera que los precios de los medicamentos, la obtención de patentes y la calidad de los productos farmacéuticos son los factores que más influyen en el acceso a los mismos. Los países tratan de responder a estas cuestiones con la formulación de políticas farmacológicas amplias y unificadas por medio de grupos como el MERCOSUR y la introducción de políticas sobre medicamentos genéricos, haciendo hincapié en la posibilidad de intercambio basado en la equivalencia terapéutica de esos productos. Para mejorar el acceso a los medicamentos, la OSP ha promovido estrategias tales como la creación de un sistema de información sobre precios de medicamentos establecido por el MERCOSUR, la ampliación de los mercados abiertos de productos farmacéuticos en algunos países de América Central, y la aprobación de un sistema común de registro de medicamentos en la Comunidad Andina. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica fue reconocida por el 43.º Consejo Directivo de la OPS como una forma de apoyar y fomentar el consenso en la reglamentación farmacéutica en las Américas. La misión de la red es promover que se uniformen los requisitos de reglamentación referentes a la calidad, la inocuidad y la eficacia de los productos farmacéuticos como forma de mejorar la calidad de vida y la atención de salud de los ciudadanos de las Américas. La red promueve y mantiene un diálogo constructivo entre los organismos de reglamentación en las Américas, la industria farmacéutica y las asociaciones de consumidores; procura la conciliación de los sistemas de reglamentación farmacológica dentro de la Región; efectúa recomendaciones para la puesta en práctica de políticas pertinentes en los ámbitos nacional y regional, y favorece la cooperación técnica entre los países. La OSP, como Secretaría de la Red, apoya el trabajo técnico en campos clave tales como buenas prácticas de fabricación, equivalencia biológica, buenas prácticas clínicas y búsqueda de estrategias comunes para combatir la falsificación de productos.

La Oficina, junto con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras instituciones de América Latina, España y los Estados Unidos, trabaja en el diseño de un centro de información farmacológica que proporcionará indicadores y datos acopiados sistemáticamente para facilitar el análisis de tendencias de los productos farmacéuticos y apoyar la adopción racional de decisiones en materia de política farmacológica.

El uso inapropiado de medicamentos ha sido la causa del aumento del número de hospitalizaciones de pacientes y de días de estancia hospitalaria, así como de la reducción de la productividad laboral y, como resultado, del aumento de los costos de la atención de salud. No basta con tener acceso a medicamentos y asegurar su calidad; también debe garantizarse su uso racional. En ese sentido, la OSP ha trabajado con

Colombia inició el Servicio Ambulatorio Local de Atención Farmacéutica

En Colombia, con el apoyo de la OSP, el proyecto de Servicio Ambulatorio Local de Atención Farmacéutica de Cocorná-Antioquia puso en práctica un servicio de atención farmacéutica en un puesto de salud del hospital de Cocorná. Sobre la base de una nueva concepción de la salud pública y con la participación de directivos del hospital, se diseñaron estrategias de promoción de la salud y de uso racional de medicamentos, así como procesos administrativos para optimizar el suministro de medicamentos esenciales. De esta manera se redujo la inequidad en el acceso a servicios de salud.

varias escuelas de medicina en la puesta en práctica de un método de enseñanza de la farmacología basado en la resolución de problemas; la Oficina también ha promovido, por medio del Foro Farmacéutico de las Américas, el concepto y la práctica de la asistencia farmacéutica, así como la introducción de un plan de estudios básico común en las escuelas farmacéuticas.

PROMESS, el organismo central de Haití para la adquisición y distribución de medicamentos esenciales y suministros médicos, sigue promoviendo la descentralización de la provisión de fármacos en el país por medio de 12 depósitos provinciales. El porcentaje de distribución (valor en dólares estadounidenses) a los depósitos periféricos y a las autoridades de salud locales fuera de la zona metropolitana aumentó de 58% del total a cargo de PROMESS en el primer semestre de 2000, a 68% en el segundo. La distribución de medicamentos esenciales y suministros médicos por medio de PROMESS sigue aumentando anualmente y el valor total se acercó a US\$ 7 millones en el año 2000. La cooperación técnica directa entre la OSP y el Ministerio de Salud ha llevado a la elaboración de indicadores del desempeño gerencial de PROMESS, generados cada tres meses para informar sobre el manejo y la distribución de existencias, las finanzas y la administración y gestión de calidad.

En Honduras, la OSP colaboró en la formulación de la Política Nacional de Medicamentos. Esta fue elaborada en el seno de un comité multisectorial, conducido por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud e integrado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, la Secretaría de Industria y Comercio, y la Asociación de Propietarios de Farmacia y Colegios Profesionales, así como la industria farmacéutica, distribuidores, mayoristas y universidades.

En el Perú, a partir de la promoción del uso racional de medicamentos y otros insumos y mediante la aplicación del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales y de acciones de capacitación a profesionales y técnicos de salud, la OSP ha apoyado la reorientación de los servicios de salud, tanto del primer nivel de atención como de hospitales.

En Venezuela, la recién aprobada Ley de Medicamentos, que entró en vigencia a comienzos de 2001, fue el resultado de la cooperación de la OSP con la Comisión de Salud del extinto Congreso de la República. Vale la pena mencionar algunos aspectos

considerados en dicha ley; se acoge el concepto de medicamentos esenciales de acuerdo con las indicaciones y recomendaciones de la OMS; se le da gran relevancia al Formulario Terapéutico Nacional, al hacerlo de uso obligatorio en las instituciones públicas de salud, y se proporcionan directrices sobre el uso racional de medicamentos y sobre la farmacovigilancia.

Salud radiológica

La radiación desempeña una importante función en el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente las cardiovasculares y el cáncer. En lo que respecta a la promoción de la salud, la detección temprana es decisiva, ya que conduce a modalidades de tratamiento más sencillas y con mejores resultados en lo que respecta a la supervivencia y la calidad de la vida; los programas de garantía de la calidad son indispensables para asegurar esos resultados. Con objeto de determinar los parámetros más importantes en esos programas, la OSP apoyó un proyecto de investigación sobre la evaluación de la calidad de los servicios radiológicos, realizado en Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México. El estudio se ha diseñado con miras a correlacionar los indicadores de calidad de los servicios radiológicos para el tratamiento de ciertas enfermedades, incluidos los tumores de la mama, con la exactitud de la interpretación radiológica determinada por un grupo de especialistas.

Además, en el año 2000 se realizaron varias encuestas de servicios radiológicos, principalmente con el fin de ofrecer una base para que los gobiernos pudieran establecer normas para esos servicios, lo que representa un punto de partida para el fortalecimiento de la promoción de la salud. En Trinidad y Tabago se evaluó el funcionamiento del equipo de imaginología y revelado, así como el sistema de capacitación del personal. En Haití se actualizó una encuesta de los servicios radiológicos equipados con el sistema de imaginología y radiografía de la Organización Mundial de la Salud y se inició una evaluación completa de los servicios de radioterapia en Colombia.

Otras actividades en este campo incluyeron un taller sobre garantía de la calidad de la radiología diagnóstica realizado en Trinidad y dirigido a radiólogos y gerentes encargados del mejoramiento de la calidad. Cabe destacar la continua participación de la OSP en la verificación del equipo de radioterapia por medio de un servicio de dosimetría postal por el método de termoluminiscencia, hecha por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) junto con la OMS. En 2000, esa actividad permitió verificar la calibración de 107 equipos de radioterapia de alta energía empleados para el tratamiento del cáncer en 16 países. Esta fue la mayor participación observada en todas las Regiones de la OMS y representó casi 40% del total del programa del OIEA/OMS.

El Programa de Emergencias Radiológicas, establecido por la OSP, se presentó en la octava reunión de la Red de Preparación y Asistencia Médica para las Situaciones de Emergencia relacionadas con la Radiación (REMPAN) en el Reino Unido y se publicará en las actas de la reunión. La OSP también recibió una invitación a participar en la Conferencia Internacional sobre la Seguridad en el Manejo de los Desechos Radiactivos patrocinada por el OIEA, la Comunidad Europea y la OMS, en Córdoba, España. La OSP seguirá promoviendo debates sobre el tema de los accidentes radiológicos y la evacuación de desechos radiactivos, para que figuren en el programa de formulación de política de los países de América Latina y el Caribe en el año 2001.

Servicios de laboratorio y bancos de sangre

Como parte básica de los sistemas de prestación de servicios de salud pública, los laboratorios están vinculados a todos los sectores de la infraestructura sanitaria. A medida que surjan nuevos desafíos para la salud pública, la efectividad de la respuesta del sistema de salud dependerá, al menos en parte, de la eficacia y calidad de la red de laboratorios.

La OSP siguió apoyando a los países, especialmente a los participantes en el programa de reconstrucción de los sistemas de atención de salud pública con posterioridad a los huracanes, patrocinado por la USAID. En las actividades de cooperación de la Oficina se destaca la puesta en servicio del sistema de garantía de la calidad, diseñado para fortalecer la capacidad institucional de los laboratorios de salud pública, con el fin de apoyar el sistema de vigilancia y ayudar a divulgar información precisa y oportuna.

Según el nuevo concepto de la OSP en materia de cooperación técnica, la garantía de la calidad, el desarrollo de recursos humanos, la reglamentación y la coordinación interinstitucional son los ejes de la estrategia para reducir la discontinuidad entre los laboratorios y las intervenciones en el campo de la salud pública.

La Oficina colaboró para fortalecer la red regional de vigilancia de la resistencia a los antibióticos de la Argentina y de Chile mediante la introducción de un mecanismo externo de evaluación de los resultados de las pruebas de resistencia a los antibióticos. Además, en Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú se realizaron talleres sobre sistemas de garantía de la calidad, conceptos de calidad general y establecimiento de normas de seguridad biológica, incluida la manipulación y transporte de muestras de material infeccioso. En colaboración con el Comité Nacional de Normas para Laboratorios Clínicos y la Sociedad Canadiense de Ciencias de Laboratorio Médico, se buscaron más asociados y se diseñaron diferentes estrategias para establecer nuevas normas. Se celebraron talleres regionales de fortalecimiento de la capacidad de liderazgo y de administración en todos los países centroamericanos, Haití y la República Dominicana.

A diario se emplean transfusiones sanguíneas para tratar varios problemas de salud que no responden a ningún otro tratamiento; también se necesitan para tratar a mu-

Una empleada verifica el inventario en un depósito de productos farmacéuticos en Cobán, Guatemala. Por mucho tiempo, el acceso equitativo a productos medicinales en las Américas ha sido motivo de preocupación para la Oficina Sanitaria Panamericana, y su cooperación técnica en este sentido se ha centrado en la fijación de precios, la adquisición de patentes y el control de la calidad. Así, la OSP ha promovido el uso del sistema de información sobre precios de los medicamentos establecido por los países del MERCOSUR, ha fomentado la expansión de mercados abiertos para los productos farmacéuticos en algunos países centroamericanos, y ha respaldado la aprobación de un sistema común de registro de medicamentos en los países de la comunidad andina.



chas víctimas de accidentes, violencia y desastres naturales, así como para realizar intervenciones quirúrgicas importantes y atender enfermedades crónicas, trastornos de la coagulación y complicaciones del embarazo y del parto. Por consiguiente, es necesario reforzar la capacidad técnica y operativa de los servicios de transfusión, ya que es esencial disponer de manera constante de sangre y hemoderivados seguros en los establecimientos de salud.

La OSP, junto con el Comité Asesor sobre Normas de la Asociación Estadounidense de Bancos de Sangre (AABB), publicó directrices para mejorar las normas de trabajo de los bancos de sangre, distribuidas a todos los países. Se realizaron actividades de educación referentes a la puesta en práctica de esas normas en Colombia, El Salvador, Nicaragua y Uruguay. Además, se establecieron programas referentes a marcadores de enfermedades infecciosas y se hicieron evaluaciones externas de los resultados de los análisis de inmunohematología en los bancos de sangre de los países.

El 7 de abril, todos los países de la Región realizaron diversas actividades para celebrar el Día Mundial de la Salud, cuyo tema de este año fue “La seguridad de la sangre depende de mí: la sangre salva vidas”. Para colaborar con los programas nacionales de suministro de sangre en la promoción de diferentes actividades y destacar la importancia de las donaciones de sangre voluntarias, no remuneradas, se produjeron carteles, calcomanías y folletos en español, francés, inglés y portugués, que fueron distribuidos a todos los países. Se realizó una ceremonia en la sede de la OPS en Washington, DC (Estados Unidos), a la que asistieron consultores de América Latina y el Caribe y representantes de los centros colaboradores, la Federación Mundial de Hemofilia, la Cruz Roja Estadounidense y la AABB.

En este contexto, merece destacarse la celebración del Día Mundial de la Salud en Chile, actividad que puso de relieve las experiencias del país en cuanto a la promoción de la donación altruista de sangre. Esta iniciativa también posibilitó la firma del Acta de Valparaíso, en la cual varias instituciones públicas y privadas comprometieron su apoyo a favor de la donación altruista y de la calidad de las transfusiones. Complementariamente, puede destacarse el apoyo técnico de la OSP en el asesoramiento del Ministerio de Salud en aspectos relacionados con la preparación de estudios de conocimientos, actitudes y prácticas relativos a la percepción de la donación de sangre, por parte de la población y del personal de salud.

Se ha progresado mucho en la realización de investigaciones sobre los factores socioculturales relacionados con la donación de sangre, de manera que ahora se dispone de más datos sobre las actitudes y conceptos de la población con respecto a la donación de sangre voluntaria, no remunerada, en Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Nicaragua y la República Dominicana. Se prestó apoyo al grupo de trabajo de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, con el fin de establecer directrices para conseguir y retener donantes de sangre voluntarios y no remunerados.

Ingeniería y mantenimiento de servicios de salud

La OSP trabaja conjuntamente con los países de la Región en el fortalecimiento y desarrollo de los campos de regulación y gestión tecnológica del equipamiento, y de operación y mantenimiento de los establecimientos de salud. Estos aspectos son esenciales para la efectividad, calidad y seguridad de los servicios.

Los logros más relevantes en estos campos fueron:

- Fortalecimiento del desarrollo de la cooperación técnica para la organización de programas de regulación de equipos y dispositivos médicos.
- Organización del grupo de autoridades reguladoras de América Latina y el Caribe.
- Participación en la Conferencia del Grupo Especial de Armonización (GHTE) y sus grupos de estudio.
- Puesta en marcha de la red de comunicación e intercambio de información para autoridades reguladoras MED-DEVICES.
- Apoyo a los países por medio de la información y el asesoramiento de expertos de los centros colaboradores: US-FDA, Medical Devices Bureau de Canadá y el Instituto de Investigación en Atención de Urgencia (ECRI).
- Capacitación de profesionales en la gestión de tecnología y la organización de programas de ingeniería clínica, mediante la realización de talleres avanzados de ingeniería clínica en los Estados Unidos (Chicago), Panamá y la República Dominicana; los talleres fueron coordinados por el Colegio Estadounidense de Ingeniería Clínica y contaron con la participación de la OMS, Health Canada y ECRI.
- Preparación del Plan Regional para la Planificación, Regulación y Gestión de la Infraestructura Física y Tecnológica de los Servicios de Salud.
- Organización y puesta en práctica de la red global de comunicación e intercambio de información sobre infraestructura física y tecnología en los servicios de salud.
- Traducción y publicación mensual del Boletín de Tecnología en Salud de ECRI-MONITOR en el sitio de la OPS en Internet.