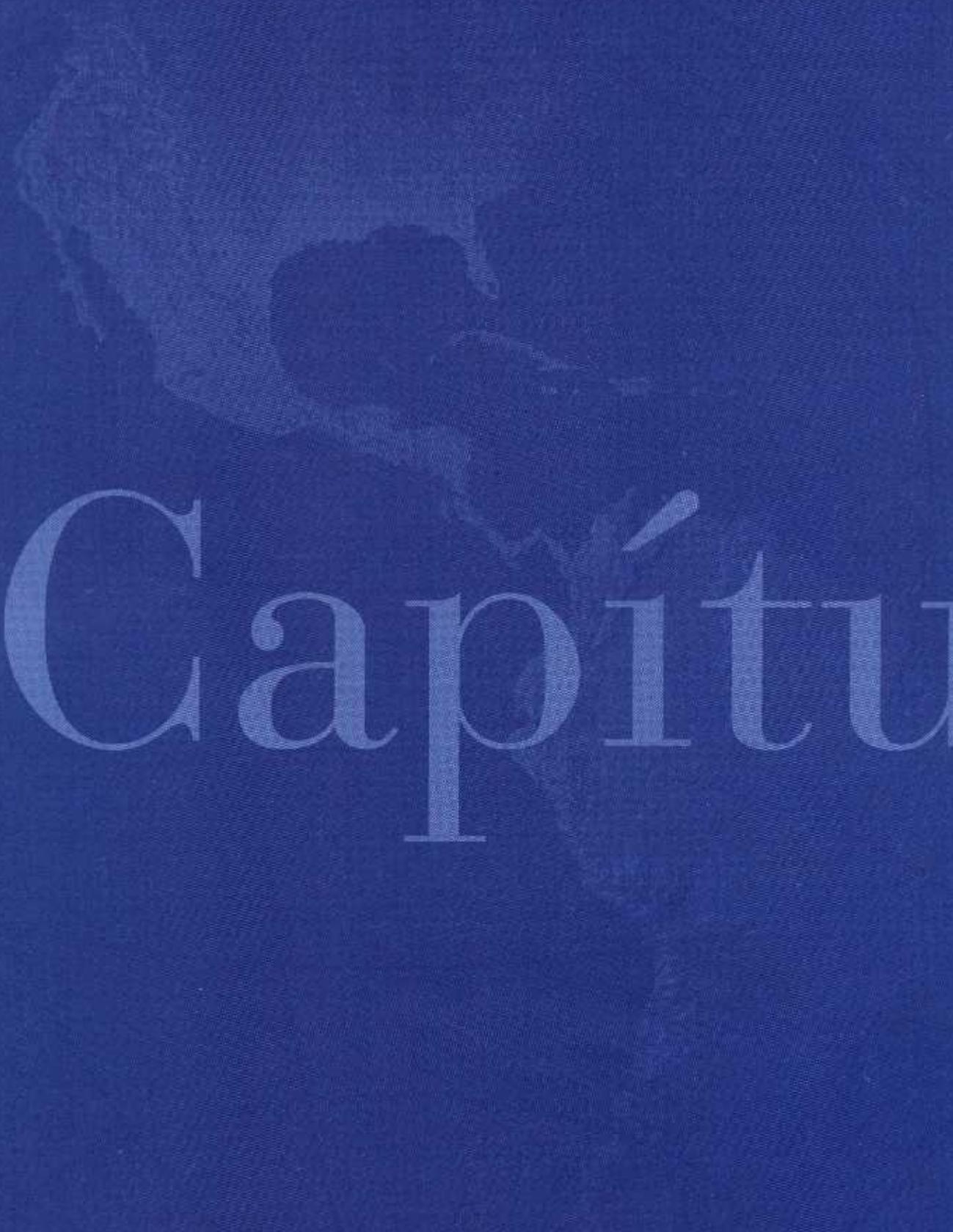


2001

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



Capítulo

Desarrollo de los sistemas y servicios de salud

O **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.



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.

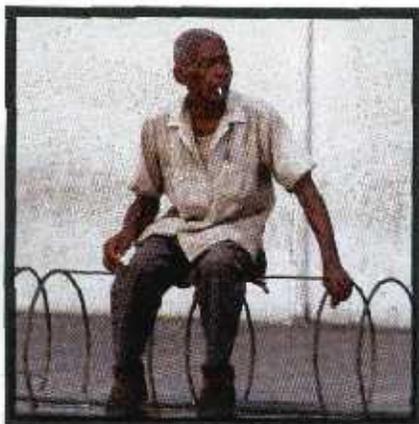
Protección social en salud

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