



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
13 de enero de 2009  
Español  
Original: inglés

---

### Comité de Expertos en Administración Pública

#### Octavo período de sesiones

Nueva York, 30 de marzo a 3 de abril de 2009

Tema 6 del programa provisional\*

**Perspectiva de la administración pública sobre la aplicación de los objetivos y compromisos acordados internacionalmente en relación con la salud pública mundial**

### **Incorporación de las cuestiones de salud y creación de capacidad humana en la administración pública**

#### **Nota de la Secretaría**

#### *Resumen*

La presente nota de la Secretaría sirve como documento de antecedentes para las deliberaciones y recomendaciones del Comité de Expertos en Administración Pública sobre la incorporación de las cuestiones de salud y la creación de capacidad humana en la administración pública, de conformidad con lo dispuesto en la decisión 2008/254 del Consejo Económico y Social. En el examen ministerial anual de la serie de sesiones de alto nivel de 2009 del Consejo se abordarán los progresos logrados por los Estados Miembros en esa esfera.

La promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud pública mundial se están convirtiendo en un problema cada vez más importante. Algunos riesgos para la salud, como la posibilidad de una pandemia de gripe, hacen necesaria la cooperación de las autoridades de todo el mundo, y otras cuestiones de salud, como la atención primaria, requieren un enfoque integrado y cooperativo entre todas las partes interesadas pertinentes a nivel local. En el presente documento se examinan los ejemplos de la diarrea, la atención primaria de salud y la pandemia de gripe, y se sostiene que el desafío que se plantea no es sólo médico. La orientación sectorial de la salud pública constituye un impedimento a la hora de abordar ese tipo de cuestiones. Con el fin de superar esa dificultad, es necesario incorporar las cuestiones de salud en las actividades del sector público. Todas las instituciones han de ser conscientes de los efectos presentes y potenciales de sus

---

\* E/C.16/2009/1.



actuaciones en la salud pública, y revisar en consecuencia su propia labor administrativa.

La cuestión de la incorporación de las cuestiones de salud está vinculada a la de la creciente demanda de cooperación horizontal y vertical, que a su vez requiere la mejora de los conocimientos y la adopción de enfoques de mayor participación de todas las partes interesadas. Por consiguiente, el factor humano adquiere una importancia todavía más decisiva que antes para el suministro de servicios de salud. En las conclusiones y recomendaciones del presente documento se señala que para abordar la creciente complejidad de los problemas planteados y facilitar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es necesario fortalecer los enfoques participativos e incorporar al mismo tiempo las cuestiones de salud. En ambos aspectos se prevé que la administración pública desempeñe un papel fundamental en el logro de los objetivos relacionados con la salud.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Necesidad de superar la orientación sectorial de la salud pública y de fortalecer los enfoques participativos .....	1–25	4
A. Limitaciones de las políticas y proyectos centrados en un solo problema: el caso de la diarrea .....	5–8	5
B. Políticas más integradas: el caso de la atención primaria de la salud centrada en las personas .....	9–15	6
C. Interdependencia de los sistemas nacionales de salud: el caso de la pandemia de gripe .....	16–19	9
D. Obstáculos al establecimiento de mejores sistemas de prestación de servicios de salud .....	20–25	11
II. Hacia una comprensión más amplia y profunda de los sistemas de salud pública .....	26–44	13
A. El ámbito de la salud pública: observaciones desde una perspectiva centrada en los actores .....	27–36	13
B. Incorporación de las cuestiones de salud pública y creación de capacidad humana reduciendo simultáneamente la complejidad .....	37–44	16
III. Superar la mentalidad de silo .....	45–57	18
A. La medicina tradicional como parte de los sistemas de salud .....	46–47	19
B. Coordinación y armonización de las políticas nacionales a nivel internacional .....	48–49	20
C. Incorporación de las cuestiones de la salud en las políticas exteriores de los países .....	50–51	20
D. Tecnología de la información y las comunicaciones y gobernanza .....	52–57	22
IV. Conclusiones y recomendaciones .....	58–61	23

## I. Necesidad de superar la orientación sectorial de la salud pública y de fortalecer los enfoques participativos

1. La salud no consiste en la mera ausencia de enfermedad y dolor, sino que abarca todo el bienestar físico, mental y social del ser humano. Por su importancia fundamental, “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano ...”<sup>1</sup>. Además de un derecho humano, la salud es una condición para el desarrollo de la persona y de la sociedad.

2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los sistemas de salud como todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Los sistemas de salud que ofrecen atención básica de salud socialmente equitativa y eficiente refuerzan el desarrollo económico y social. La consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), como el de erradicar la pobreza extrema y el hambre, está estrechamente relacionada con la salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio tales como el de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (cuarto Objetivo), el de mejorar la salud materna (quinto Objetivo) y el de combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (sexto Objetivo) están directamente encaminados a promover la salud como condición básica para el desarrollo. Ya queda poco tiempo para alcanzar en 2015 los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los Objetivos relacionados con la salud (el cuarto, el quinto y el sexto) siguen planteando enormes desafíos<sup>2</sup>.

3. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio es primordial introducir criterios de buena gobernanza que permitan establecer y mantener un sistema eficaz de servicios de salud<sup>3</sup>. Al visualizar la prestación de servicios de salud suele imaginarse a doctores asistiendo a niños u otros pacientes. Esas imágenes tienen una atractiva carga simbólica y sirven para ilustrar la esencia de los servicios de salud como relación entre personas. Cualesquiera que sean las medicinas y el equipo médico utilizados, se necesitan también trabajadores de la salud que traten a cada paciente según su situación y sus necesidades concretas. En esas relaciones se pone de manifiesto la importancia del factor humano. La prestación de servicios de salud a los pacientes depende en última instancia de cadenas de suministro altamente complejas en las que las instituciones públicas y la administración pública desempeñan por lo general un papel clave.

4. Esa interrelación entre el sector de la salud, la gobernanza pública y el factor humano se ilustra en las siguientes secciones recurriendo a tres ejemplos. El primero es el de la diarrea, enfermedad contra la que resulta relativamente fácil intervenir, a pesar de lo cual sigue causando la muerte de alrededor de 2 millones de personas cada año. El segundo ejemplo es el de los sistemas de atención primaria de la salud, que entrañan un enfoque más integrado de la salud pública. El tercer ejemplo se refiere a las posibles situaciones de emergencia de salud pública que son fuente de preocupación internacional, de las que la más temida es la amenaza de una pandemia de gripe. Aunque se refieren a aspectos muy diferentes, los tres ejemplos ilustran la necesidad de una política gubernamental y una estrategia de gobernanza

<sup>1</sup> Constitución de la OMC.

<sup>2</sup> Véase <http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/addendum.pdf>.

<sup>3</sup> *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific: Policies and Actions within Health Systems and Beyond* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.07.II.F.19), pág. 19.

amplias y coordinadas para reducir los riesgos y contribuir a mejorar la salud pública mundial.

#### **A. Limitaciones de las políticas y proyectos centrados en un solo problema: el caso de la diarrea**

5. La diarrea no representa actualmente una de las amenazas más graves para la salud pública mundial ni es una enfermedad que requiera esfuerzos de investigación para determinar sus causas y posibles intervenciones. No obstante, tiene importancia para la salud mundial porque se manifiesta en todo el mundo y es la causa del 4% del total de muertes y del 5% de los casos de deterioro de la salud. Su causa más corriente son infecciones gastrointestinales que ocasionan cada año la muerte de alrededor de 2,2 millones de personas en todo el mundo, en su mayoría niños de países en desarrollo<sup>4</sup>. La diarrea constituye un caso relativamente “sencillo”, pues tanto la propia enfermedad como sus efectos en las personas y las intervenciones posibles son bien conocidos. Además, las intervenciones no requieren costosas inversiones en investigación, medicamentos y equipo médico. A pesar de esas ventajas, para reducir las infecciones es necesario contar con una cadena de suministro relativamente compleja y mecanismos adecuados de coordinación.

6. Según la OMC, las principales medidas que hay que adoptar para reducir el número de casos de diarrea son las siguientes: facilitar el acceso a agua potable, mejorar el saneamiento, promover la higiene personal y alimentaria, e impartir educación sanitaria sobre cómo se propagan las infecciones. Desde el punto de vista de las personas esos objetivos son en muchos casos fáciles de conseguir. Desde el punto de vista de las autoridades públicas, en cambio, promover el acceso a agua potable, a sistemas de saneamiento mejorados, a condiciones adecuadas de higiene y a educación sanitaria es un desafío importante que requiere considerables esfuerzos logísticos y de planificación y otros esfuerzos administrativos, así como la disponibilidad de los fondos necesarios. Al inicio de 2000 una sexta parte de la población mundial (1.100 millones de personas) no tenía acceso a servicios mejorados de suministro de agua, y dos quintas partes (2.400 millones de personas) no tenían acceso a servicios mejorados de saneamiento<sup>5</sup>. Los esfuerzos por subsanar esa situación no han tenido éxito por el momento.

7. Las principales medidas que se pueden adoptar para tratar la diarrea no suelen requerir medicamentos ni equipo médico costosos, sino que se basan sobre todo en la información y la educación. Los pacientes afectados han de ser informados de que una solución de sales de rehidratación puede prevenir la muerte y el deterioro de la salud. Además, es suficiente que esté disponible un trabajador de la salud para atender a consultas. Cumplir esas condiciones parece muy fácil en principio, pero en la práctica se precisan esfuerzos importantes a todos los niveles de gobierno para lograr que la información pertinente llegue a todas las personas en todas las partes del país de que se trate. Otras dificultades que hay que afrontar para que resulten eficaces en todos los países las medidas contra la diarrea son las relacionadas con la formación de los trabajadores de la salud y la financiación de sus sueldos y el establecimiento de la infraestructura necesaria. Puesto que se calcula que cada año

---

<sup>4</sup> [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/diarrhoea](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diarrhoea).

<sup>5</sup> Informe de evaluación mundial del abastecimiento de agua y el saneamiento, OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000.

mueren de diarrea alrededor de 2,2 millones de personas, es evidente que la cadena de suministro de información, consulta y medicamentos esenciales a precio asequible no funciona como debiera.

8. Para reducir ulteriormente el número de casos de diarrea y tratar la enfermedad son necesarias la coordinación y la cooperación entre diversos departamentos de la administración pública, por lo menos entre los de salud, saneamiento, ciencia, educación, información pública, recursos humanos, infraestructura, medio ambiente, abastecimiento de agua, estadística y hacienda. El tratamiento directo de la diarrea no es costoso, pero otras medidas tendentes a reducir el riesgo de infección (por ejemplo, la mejora del saneamiento y del suministro de agua) pueden requerir un mayor desembolso de recursos.

## **B. Políticas más integradas: el caso de la atención primaria de la salud centrada en las personas**

9. Del caso de la diarrea ya se desprende claramente que para mejorar las intervenciones al respecto es necesario aplicar un conjunto integrado de medidas. En general se percibe en el sector de la salud pública “un desplazamiento de la atención hacia la necesidad de enfocar en forma más integrada el funcionamiento del sistema de salud”<sup>6</sup>. Para conseguir eficazmente ese objetivo, en el Informe sobre la salud en el mundo 2008 se propugna el establecimiento de un sistema de atención primaria de salud. Ese sistema, centrado en las personas, va más allá de la atención médica ambulatoria y los programas convencionales de lucha contra las enfermedades (véase cuadro).

10. El enfoque de la atención primaria basada en las personas conjuga en forma segura, eficaz y socialmente productiva las actividades de promoción y prevención, cura y atención en la esfera en que interaccionan la población y el sistema de atención de salud. La OMS ha constatado que el enfoque centrado en las personas contribuye a una atención de salud de mayor calidad y a la obtención de mejores resultados<sup>7</sup>:

- a) Mejora de la intensidad del tratamiento y la calidad de vida;
- b) Mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de los pacientes;
- c) Mayor grado de satisfacción en cuanto a la comunicación;
- d) Aumento de la confianza de los pacientes al tratar problemas delicados;
- e) Aumento de la confianza y de la observancia de los tratamientos;
- f) Mejor integración de la atención preventiva y promocional.

---

<sup>6</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, Mensaje del Director General.

<sup>7</sup> *Ibíd.*, pág. 50.

### Aspectos que distinguen la atención de salud convencional de la atención primaria de salud centrada en las personas<sup>a</sup>

<i>Atención médica ambulatoria convencional en clínicas o departamentos ambulatorios</i>	<i>Programas de control de las enfermedades</i>	<i>Atención primaria centrada en las personas</i>
Se centra la atención en la enfermedad y la curación	Se centra la atención en enfermedades prioritarias	Se centra la atención en las necesidades en materia de salud
La relación se limita al momento de la consulta	La relación se limita a la aplicación del programa	Se establece una relación personal duradera
Se presta atención curativa episódica	Se realizan intervenciones de control de enfermedades definidas por los programas	Se presta atención integral, continua y centrada en las personas
La responsabilidad se limita al asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	La responsabilidad se refiere a objetivos de control de enfermedades en la población destinataria de los programas	La responsabilidad abarca la salud de todos los miembros de la comunidad a lo largo de su vida y la actuación sobre los factores determinantes de los problemas de salud
Los usuarios son consumidores de la atención de salud que compran	Determinados grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de control de enfermedades	Las personas colaboran en la gestión de su propia salud y la de su comunidad

<sup>a</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, pág. 45.

11. Si se analiza este enfoque desde el punto de vista administrativo y de gestión se pone de manifiesto el siguiente desafío: cada centro de atención primaria de salud debe ofrecer una amplia gama de servicios integrados de diagnóstico, curativos, de rehabilitación y paliativos. Debe garantizarse el acceso directo y permanente a esas características distintivas, sin una dependencia indebida de los pagos de los propios pacientes y en el marco de mecanismos de protección social de cobertura universal. También hay otras medidas que tienen una importancia fundamental para la transformación de la atención convencional —ambulatoria y basada en instituciones, generalista y especializada— en redes locales de centros de atención primaria<sup>8</sup>:

a) Acercar los servicios de salud a las personas, en entornos que estén cerca de la comunidad y en relación directa con ella, trasladando el punto de entrada en el sistema de salud de hospitales y especialistas a centros de atención primaria de carácter generalista y más cercanos al cliente;

<sup>8</sup> *Ibíd.*, pág. 56.

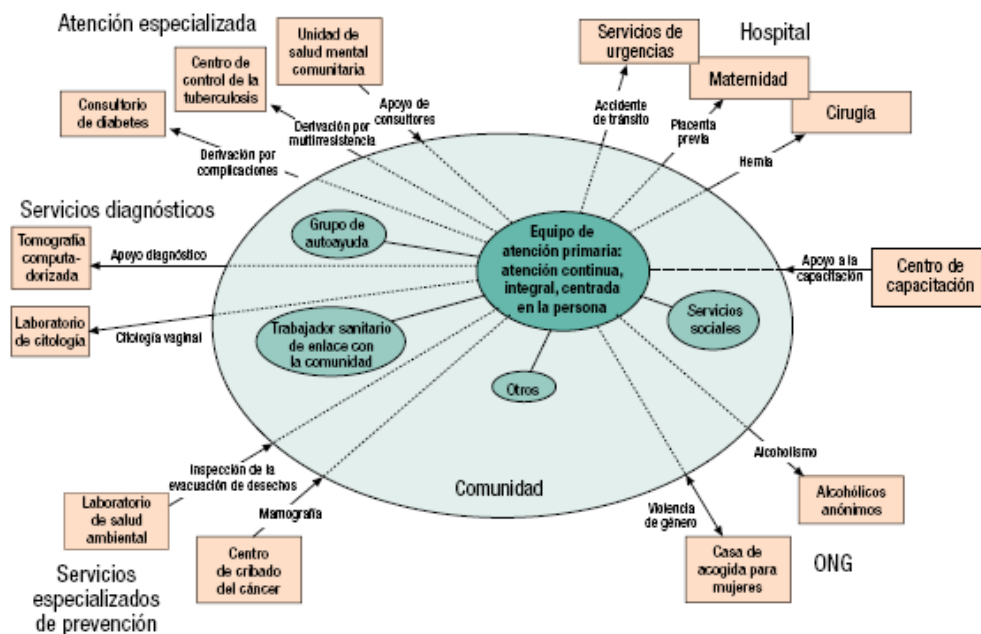
b) Asignar al personal de atención primaria la responsabilidad de la salud del conjunto de una población determinada, incluidas las personas enfermas y las sanas, las que deciden acudir a los servicios de salud y las que optan por no hacerlo;

c) Fortalecer el papel del personal de atención primaria en la coordinación de los insumos de otros niveles de atención, otorgándole autoridad administrativa y poder adquisitivo.

12. Ese proceso entraña numerosos cambios y desafíos para los trabajadores y equipos de atención de salud, pero también para las personas y las comunidades. También se precisa el apoyo de servicios especializados, organizaciones, e instituciones de fuera de la comunidad. La coordinación de ese entramado transforma la pirámide de atención primaria en una red. Las relaciones entre el equipo de atención primaria y las otras instituciones y servicios ya no se basan exclusivamente en una jerarquía descendente y procesos de remisión ascendentes, sino también en mecanismos de cooperación y coordinación. La atención primaria se convierte, pues, en un centro de coordinación (véase el gráfico I).

Gráfico I

**La atención primaria como centro de coordinación: establecimiento de redes en la comunidad atendida y con asociados externos<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2008, pág. 59.

13. La función de coordinación proporciona el marco institucional para la movilización entre sectores para preservar la salud de las comunidades locales. La OMS no considera esa función como un elemento suplementario opcional, sino como parte esencial de las responsabilidades de los equipos de atención primaria y aprecia asimismo sus consecuencias normativas:



La coordinación seguirá siendo una ilusión vana a menos que el equipo de atención primaria tenga alguna forma de apoyo, administrativo o financiero. La coordinación también depende de que las diferentes instituciones reconozcan el papel fundamental que desempeñan los equipos de atención primaria. Los sistemas de formación para profesionales, las posibilidades de carrera y los mecanismos de remuneración actuales suelen ir en sentido contrario. Para eliminar esos desincentivos tan arraigados contra la atención primaria se necesita un liderazgo enérgico<sup>9</sup>.

14. La OMS concluye en ese punto su análisis del marco institucional para la atención primaria de salud. En el contexto más amplio de la administración pública y la gobernanza, el análisis ha de ampliarse, pues el sistema de atención primaria de salud no es un sistema cerrado y estanco. Como sistema centrado en las personas, abarca a toda la comunidad, y por sus requisitos administrativos y financieros está estrechamente vinculado a otras partes del sector público. La finalidad de la buena gobernanza en el sector de la salud es establecer y mantener un sistema eficaz de prestación de servicios de salud, pero teniendo en cuenta los problemas que se plantean para la administración, que se han descrito en el caso de la diarrea, y especialmente en el de la atención primaria, los cambios en esa esfera afectarán inevitablemente a todos los planteamientos relacionados con la administración pública y la gobernanza.

15. Por ejemplo, no es suficiente que los trabajadores de la salud digan a los padres que han de proporcionar a sus hijos alimentos sanos. Es importante integrar las cuestiones de salud pública en el programa de estudios de las escuelas. Es posible que el gobierno tenga también que adoptar medidas en relación con los medios de difusión para prohibir o restringir la publicidad de ciertos tipos de productos que afectan negativamente a la salud. Análogamente, los medios de difusión deben promover estilos de vida saludables y sensibilizar a la opinión pública sobre cuestiones más generales de salud pública, como la necesidad de vacunar a los niños. Se establecen así relaciones de asociación entre los departamentos (ministerios) encargados de la educación y de los medios de difusión con miras a la prestación de atención primaria de salud. Otros departamentos gubernamentales, como los de obras públicas, saneamiento y suministro de agua, pueden desempeñar también funciones auxiliares. Como resultado de todas esas interrelaciones y sinergias, la salud se convierte en una cuestión de importancia horizontal para la administración pública y la gobernanza.

### **C. Interdependencia de los sistemas nacionales de salud: el caso de la pandemia de gripe**

16. En cualquier momento pueden adoptarse medidas contra una enfermedad como la diarrea o para establecer sistemas de atención primaria de salud, pero la respuesta a futuras amenazas para la salud mundial plantea problemas más complejos. Las enfermedades infecciosas se propagan más rápidamente que antes, y también parece aumentar la frecuencia de los brotes. Desde los años setenta vienen identificándose nuevas enfermedades al ritmo sin precedentes de una o más por año. La elevada movilidad y la interdependencia e interconexión que caracterizan al mundo actual brindan innumerables oportunidades para la rápida propagación de enfermedades

---

<sup>9</sup> *Ibíd.*, pág. 59.

infecciosas y de amenazas radiactivas, nucleares y tóxicas. Cada año viajan en avión alrededor de 2.000 millones de pasajeros, lo que significa que un brote epidémico en cualquier parte del mundo puede convertirse en pocas horas en un peligro inminente en algún otro lugar. La gravedad de esas amenazas se ha puesto de manifiesto en los últimos años. Entre septiembre de 2003 y 2006, la OMS ha verificado más de 1.100 episodios epidémicos en todo el mundo, y sería extremadamente ingenuo y autocomplaciente suponer que no surgirá en algún momento otra enfermedad como el SIDA, el virus de Ébola o el síndrome respiratorio agudo y grave (SARS)<sup>10</sup>.

17. La OMS puso en marcha en 1996 un sistema mundial de alerta y respuesta contra epidemias para compensar las lagunas de los sistemas de salud de muchos países. La seguridad de la salud pública de todos los países depende de la capacidad de cada país para actuar con eficacia y contribuir así a la seguridad de los demás. Según la OMS, las primeras medidas que hay que adoptar para la seguridad de la salud pública mundial consisten, pues, en establecer en todos los países capacidades básicas de detección y respuesta y mantener nuevos niveles de cooperación entre los países para reducir los riesgos para la seguridad de la salud pública. Para ello es necesario que los países fortalezcan sus sistemas de salud y se aseguren de que cuentan con la capacidad necesaria para prevenir y controlar las epidemias, que pueden propagarse rápidamente a través de las fronteras e incluso de un continente a otro. Cuando los países no están en condiciones de garantizar la prevención y el control por sí solos, hay que establecer redes internacionales especializadas de vigilancia y respuesta rápida contra las enfermedades con el fin de prestarles la ayuda necesaria, y asegurarse de que esos mecanismos configuren una red de seguridad eficiente<sup>11</sup>.

18. Un importante desafío que las emergencias mundiales de salud pública plantean para las estrategias de gobernanza reside en la necesidad de que sean internacionalmente abiertas e integradas. El mensaje del informe de la OMS en lo que respecta a las estrategias de gobernanza es claro:

Ningún país, por más preparado que esté, o por más rico o tecnológicamente avanzado que sea, puede prevenir, detectar y dar respuesta por sí solo a todas las amenazas para la salud pública. Las amenazas emergentes pueden pasar inadvertidas desde una óptica nacional, requerir un análisis mundial para evaluar adecuadamente el riesgo, o exigir una coordinación eficaz a nivel internacional<sup>12</sup>.

Han de intercambiarse conocimientos y aplicarse normas de vigilancia convenidas. El segundo desafío consiste en que los países han de estar preparados para reaccionar con rapidez en el caso de un brote de gripe pandémica. Deben fortalecer sus sistemas de salud y cerciorarse de que disponen de la capacidad necesaria para prevenir y controlar las epidemias susceptibles de propagarse rápidamente.

19. Ya se han tomado medidas importantes para mejorar la coordinación internacional, entre las que destaca el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), que entró en vigor en junio de 2007. Se trata de un acuerdo internacional jurídicamente vinculante que tiene por objetivo lograr la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades. No obstante, el

<sup>10</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2007*, págs. x a xiv.

<sup>11</sup> *Ibíd.*, pág. xiii.

<sup>12</sup> *Ibíd.*, pág. xxii.

Reglamento por sí mismo no basta para detener la tendencia, que se ha traducido en más de 1.100 brotes epidémicos en todo el mundo desde septiembre de 2003 hasta 2006. Para actuar contra la gripe aviaria o el SARS es necesaria una firme voluntad de cambio. Teniendo en cuenta los numerosos desafíos que se plantean para la política y la administración (entre ellos las actuales crisis financieras), la eficacia de la coordinación de las medidas sanitarias y otras medidas prioritarias a nivel internacional, nacional y regional/local todavía no está garantizada, y se pone a prueba con cada brote epidémico.

#### **D. Obstáculos al establecimiento de mejores sistemas de prestación de servicios de salud**

20. Son muchos los obstáculos que se oponen al logro del objetivo general de salud pública, y la mayoría de ellos se han mencionado en relación con los ejemplos analizados. En la búsqueda de un enfoque más integral y coordinado, es necesario examinar también los obstáculos en forma más coherente. Con ese fin se volvieron a examinar los ejemplos analizados y se evaluaron también las publicaciones pertinentes<sup>13</sup>. El resultado fue una lista de obstáculos, clasificados según se ubicaran “dentro” o “fuera” de los sistemas sanitarios tradicionales.

##### **1. Obstáculos dentro de los propios sistemas de salud**

21. En su estudio sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en Asia y el Pacífico<sup>14</sup>, la Comisión Económica y Social Para Asia y el Pacífico (CESPAP), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Asiático de Desarrollo (BASD) se refieren a tres tipos de deficiencias en los sistemas de salud:

- a) Deficiencias de la infraestructura física;
- b) Deficiencias de los recursos humanos;
- c) Deficiencias del acceso a medicamentos y vacunas esenciales y fiables.

22. Esas deficiencias, que debilitan la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar servicios de atención de salud de calidad, responden a su vez, a un nivel más básico, a numerosos factores relacionados entre sí:

- a) Nivel de gasto insuficiente;
- b) Escaso desarrollo de los sistemas de protección sanitaria;
- c) Desigualdades en la asignación de los presupuestos de salud;
- d) Carencias de las condiciones laborales, las perspectivas profesionales y la ética de trabajo;
- e) Bajo nivel de gobernanza y de eficiencia en los sistemas de salud;
- f) Deficiencias de los sistemas de información sobre salud;

<sup>13</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2006, 2007 y 2008, y Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific, op. cit.*

<sup>14</sup> *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific, op. cit.*

g) Bajos niveles de capacidad a nivel local en sistemas de salud descentralizados.

## **2. Obstáculos fuera de los sistemas de salud**

23. Tanto la lucha contra una sola enfermedad como los esfuerzos por establecer sistemas de atención primaria de salud y las actividades de prevención y respuesta a brotes epidémicos van mucho más allá del círculo de los trabajadores de la salud y sus instituciones y actividades. Además, la salud pública de cada país depende cada vez más de medidas adoptadas en otros países.

24. Entre los obstáculos externos a los sistemas de salud cabe destacar, en particular, los siguientes:

- a) Determinantes socioeconómicos;
  - i) Pobreza y hambre;
  - ii) Nivel de educación y conocimientos sobre salud;
  - iii) Desigualdad entre los géneros;
  - iv) Exclusión, estigmatización y discriminación;
- b) Condiciones ambientales;
  - i) Suministro de agua y saneamiento;
  - ii) Calidad del aire y contaminación;
  - iii) Calidad de los alimentos;
- c) Determinantes vinculados a los regímenes económicos internacionales;
  - i) Sesgos de las actividades de investigación y desarrollo;
  - ii) Acuerdos comerciales y producción y comercio de medicamentos genéricos.

## **3. El obstáculo de la descoordinación**

25. Además de los obstáculos enumerados, la falta de coordinación constituye un obstáculo horizontal que influye en todos los demás. En muchos casos parece posible obtener avances más rápidos con intervenciones fragmentarias sobre cuestiones concretas que con esfuerzos coordinados sobre cuestiones complejas. Al parecer, sin embargo, ni siquiera la prevención de la diarrea resulta tan sencilla. Lamentablemente, cuando los problemas complejos se abordan con medidas fragmentarias, la consecución de los objetivos de salud se convierte en una cuestión de suerte. Aumentan además las probabilidades de que los fondos disponibles no se utilicen en la forma más económica para reducir los riesgos para la salud. Tanto en lo referente a la atención primaria de salud como para la prevención de brotes pandémicos, los enfoques basados en políticas y actividades no coordinadas no sólo resultan demasiado arriesgados, sino también demasiado costosos. La coordinación requiere más esfuerzos y recursos financieros iniciales, pero cabe suponer que las sinergias y otras ventajas que conlleva reducirán a largo plazo tanto los riesgos para la salud como los gastos en salud pública.

## II. Hacia una comprensión más amplia y profunda de los sistemas de salud pública

26. Es interesante observar que, en su estudio, la CESPAP, el PNUD y el BAsD se ocupan de los cambios institucionales necesarios para implementar más eficazmente políticas dentro y fuera del sector de la salud, con objeto de prestar servicios sanitarios de forma equitativa y eficiente. En consecuencia, en el informe se subrayan las interconexiones existentes entre los factores determinantes que operan dentro y fuera del sector de la salud. Así, por ejemplo, se afirma que la pobreza (es decir, uno de los factores determinantes que se encuentran fuera de los sistemas de salud) está en la raíz de la falta de progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y es al mismo tiempo consecuencia de la mala salud. Es posible que esta diferenciación entre factores internos y externos al sistema sea tradicional y de uso corriente, pero ni resulta convincente ni ayuda tampoco a alcanzar los objetivos de las políticas de salud.

### A. El ámbito de la salud pública: observaciones desde una perspectiva centrada en los actores

27. Según la OMS, un sistema de salud abarca “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”<sup>15</sup>. De esta fórmula se desprende que la división entre “dentro” y “fuera” depende de la definición de “finalidad principal”. El personal médico y de enfermería, los medicamentos o los hospitales comparten en efecto la finalidad principal, pero ello no basta como criterio. La política presupuestaria de los gobiernos también tiene importantes repercusiones para la salud pública, pero sería erróneo afirmar que la salud es la principal finalidad de la política presupuestaria. En China casi 13.000 niños enfermaron tras consumir leche contaminada. En este caso se produjo un impacto negativo en la salud pública por la falta de ética de un fabricante de leche en polvo, pero ello no permite concluir que su finalidad fuera dicha incidencia en la salud pública. De un modo análogo, muchas otras políticas y orientaciones de grupos de actores inciden en la salud sin que ello sea una de sus finalidades principales. Todo ello lleva a la conclusión de que la interpretación tradicional del concepto de sector y sistemas de salud resulta demasiado restrictiva.

28. En este contexto, conviene examinar la salud pública desde un punto de vista diferente y teórico, que se aparta de la concepción tradicional del sector de la salud. En el presente documento se ha optado por utilizar la perspectiva del institucionalismo centrado en los actores. Este enfoque, desarrollado por Renate Mayntz y Fritz Scharpf<sup>16</sup>, no es una teoría en sí misma, sino más bien un modelo de base teórica para realizar análisis de las novedades que aparecen en el ámbito de las políticas, tanto a nivel sistémico como en cuanto a sus aspectos individuales. En lo que a las políticas de salud pública se refiere, ello supone que la constelación de los actores principales en este terreno no debe considerarse desde una perspectiva estática, sino que es importante examinar a los actores, sus orientaciones y

<sup>15</sup> OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, pág. 6.

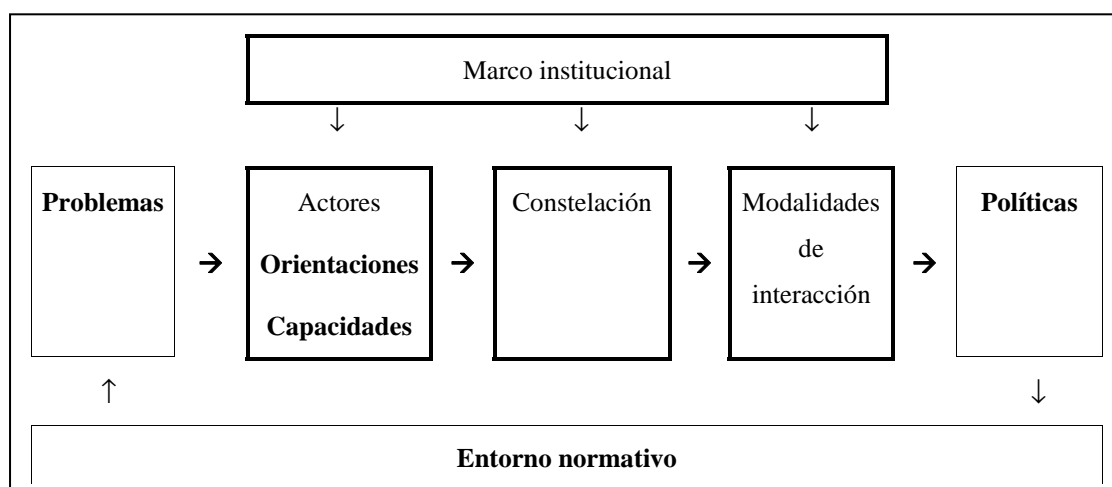
<sup>16</sup> Scharpf, Fritz, *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research* (Westview Press, Boulder (Estados Unidos de América) y Oxford (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), 1997).

capacidades y analizar sus modalidades de interacción en el marco institucional de que se trate. Si no se tienen en cuenta las interacciones, parece poco probable que puedan extraerse conclusiones relacionadas con el factor humano y la creación de capacidad en el contexto de los sistemas de salud y la administración pública.

29. En el gráfico II se muestra un esquema de la investigación de políticas orientada a la interacción. En este ámbito no se utilizan términos tales como “sistema” o “sector”. En lugar de ello, la investigación empieza por los problemas (por ejemplo los riesgos para la salud) y examina el proceso para formular e implementar las políticas conexas (por ejemplo decidir y aplicar las medidas de reducción de los riesgos para la salud facilitando los servicios correspondientes).

Gráfico II

**El ámbito de la investigación de políticas orientada a la interacción<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Scharpf, *op. cit.*, pág. 44.

30. Siguiendo este esquema, la siguiente celda del gráfico II se refiere a los actores, individuales y corporativos. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio depende en gran parte de actores individuales bien formados y motivados, como los profesionales de la salud, actores corporativos, como los ministerios de salud, y actores colectivos (por ejemplo, las asociaciones médicas o de la industria farmacéutica). Cada uno de ellos sigue orientaciones específicas en sus actuaciones, es decir sus propias percepciones de los problemas y sus preferencias en cuanto a las medidas que es preciso adoptar. En este punto también entran en juego las orientaciones éticas. Estas orientaciones pueden permanecer estables o evolucionar por medio del aprendizaje y la persuasión. Además, se definirán y pondrán en marcha a partir del estímulo proporcionado por una cuestión o problema de políticas específico.

31. La OMS dedicó su Informe sobre la salud en el mundo 2006 a la potenciación de los profesionales de la salud como grupo central de actores en el ámbito de la ciber salud pública. A pesar de la atención que presta a los profesionales de la salud, la OMS va más allá de este grupo de actores e incluye en el mismo informe una constelación más amplia, que abarca a gobiernos nacionales e instituciones

financieras. Sin embargo, para lograr una visión de conjunto de todos los actores pertinentes y su constelación, es necesario incluir todos aquellos (no asociados) que, aun careciendo de un interés directo en la salud pública, llevan a cabo actividades que inciden en ella (conflictos militares, contaminación ambiental, financiación de actividades ajenas a la salud pública, etc.).

32. De este modo, del lado de la oferta, entre los actores de los servicios de salud se encontrarían los profesionales de la salud, los ministerios de salud, la OMS y todos los demás movimientos, asociaciones y organizaciones que se ocupan de la salud. Además, los departamentos encargados de la alimentación, el medio ambiente, el saneamiento, la educación y el presupuesto llevan a cabo actuaciones relacionadas con la salud. La mayoría de estos actores no tienen como misión principal promover, restablecer o mantener la salud, pero sin ellos los sistemas de salud no podrían funcionar. La administración pública es en este contexto un actor corporativo, pero sus empleados también son actores individuales. En su condición institucional y también individual, deben tener una noción clara del impacto de sus actuaciones en las cuestiones relacionadas con la salud. La falta de una incorporación coordinada de las cuestiones de la salud puede provocar conflictos horizontales (entre empleados de distintos departamentos) y verticales (entre empleados de la misma organización —en las relaciones entre director y agente). En consecuencia, es esencial que los actores pertinentes tengan la capacidad necesaria para hacer frente a estos desafíos.

33. Además del lado de la demanda, hay que tener presente el lado de la oferta: son siempre los individuos (potencialmente, pues, cualquier persona) quienes sufren enfermedades, reciben servicios de atención primaria de la salud o se ven amenazados por una pandemia de gripe. Estos individuos son también los que sufragan y contribuyen a la financiación de los servicios de salud y quienes gracias a la salud de que gozan realizan sus aportaciones a la economía y la sociedad. Además, junto con las organizaciones de la sociedad civil, determinan el establecimiento y la prestación de los servicios de salud de una comunidad.

34. En esta constelación completa de actores, es probable que la administración pública presente percepciones y preferencias diferentes y en ocasiones, enfrentadas. Los ministerios de salud y otros órganos de la administración a cargo de la salud pública tienen el mandato claro de promoverla, mientras que los ministerios de asuntos exteriores, defensa o finanzas tienen prioridades distintas. En realidad, el mandato de la mayoría de las instituciones públicas no incluye la salud pública entre sus prioridades. La salud pública puede no estar en su campo de visión, por lo que es necesario un análisis para determinar el impacto potencial o efectivo de sus actividades en la promoción, el restablecimiento o el mantenimiento de la salud. Especialmente cuando los intereses de la salud entran en conflicto con los de otro tipo (por ejemplo los presupuestarios o financieros) es probable que las autoridades públicas encargadas de cuadrar los presupuestos y las que deben velar por la salud pública, siguiendo el ejemplo anterior, tengan preferencias contradictorias. En estos casos, los esfuerzos de una parte de la administración pública por promover, restablecer o mantener la salud pueden verse menoscabados o incluso anulados por otros actores del sector público.

35. Para evitar esta situación es necesario desarrollar a todos los niveles de la administración una política de salud integrada, es decir, coordinada con las demás políticas que tengan un impacto directo o indirecto en la salud pública y la

prestación de servicios de salud. Esto permitiría, por ejemplo, que las inversiones en salud pública y los programas de comedores escolares redundaran en beneficios presupuestarios al reducir los gastos en tratamientos costosos, etc.

36. Junto al desarrollo de una política de salud integrada, también hay que referirse a la elaboración y ejecución de la correspondiente estrategia de gestión. En este punto, las administraciones públicas no sólo deben considerar los problemas que es preciso resolver, los actores interesados y la constelación de actores, sino también las modalidades de interacción entre dichos actores. Desde la perspectiva del institucionalismo centrado en los actores, un país no es un actor único sino una constelación de actores dentro de un territorio determinado. Como ya se ha indicado, incluso dentro de la misma administración pública (por no hablar de los múltiples actores privados) pueden coexistir distintas percepciones y preferencias. Se necesitan estrategias de gestión que permitan coordinar las interacciones dentro de los países y a nivel internacional. Las modalidades de interacción pueden consistir en directrices jerárquicas, acciones unilaterales, acuerdos negociados y votaciones mayoritarias. Los actores deben ser conscientes en todo momento de las modalidades de interacción posibles y adecuadas para lograr los objetivos acordados.

## **B. Incorporación de las cuestiones de salud pública y creación de capacidad humana reduciendo simultáneamente la complejidad**

37. En la década de 1980 se popularizó el lema “pensad globalmente, actuad localmente”, con el que se trataba de responder a las crecientes interrelaciones globales y a la consiguiente necesidad de que cada individuo encontrara la forma de hacer frente a una complejidad cada vez mayor dentro de sus propias limitaciones. De acuerdo con la estrategia del institucionalismo centrado en los actores, parece que actualmente la complejidad a la que nos enfrentamos es aún mayor. Cierto es que las interrelaciones van en aumento y que todos los individuos e instituciones deben ser conscientes de esa realidad, pero sería incorrecto considerar que para realizar elecciones de un modo racional cada actor debe estar plenamente informado no sólo sobre las políticas de salud, sino sobre todas las políticas mundiales y sus posibles interacciones y efectos recíprocos. Ello abrumaría a cualquiera. Tampoco parecería productivo establecer una especie de autoridad central en materia de salud que sustituyera las actuaciones individuales de acuerdo con una estrategia central y jerárquica porque no parece probable ni que dicha autoridad pudiera reunir toda la información necesaria ni tampoco que estuviera en condiciones de adoptar correctamente todas las medidas adecuadas para promover, restablecer y mantener la salud en todo momento y en todos los lugares del mundo.

38. Si no es posible que todo el mundo participe directamente en todas las actividades ni que toda la información y los procedimientos de adopción de decisiones, estén centralizados, ¿cómo van a poder enfrentarse los actores que operan en el ámbito de la salud pública a toda la complejidad del sector tal y como se presenta en la realidad? El modo de hacer frente a ese desafío podría consistir en una combinación de dos actividades: la sensibilización y el acoplamiento débil de los distintos foros.



## 1. Sensibilización, formación y educación

39. En primer lugar, todos los actores directa e indirectamente interesados en la salud pública y los sistemas de prestación de servicios de salud deben tener presente que en el siglo XXI la salud pública es un desafío mundial y que las acciones que un actor lleva a cabo en un determinado país tienen repercusiones en la salud de los habitantes de otros países. Ser conscientes del principio de interconexión es más importante que tratar de lograr que todo el mundo esté perfectamente informado sobre todas las cuestiones.

40. En segundo lugar, todos los actores individuales y corporativos deben ser conscientes de su situación y sus oportunidades específicas respecto de la salud. Ello comprende la conciencia de los individuos sobre su propia salud personal y sus efectos en el entorno así como también la de las instituciones sobre el impacto directo o indirecto de sus actuaciones. Como ocurre con la incorporación de la perspectiva de género, en el caso de las cuestiones relacionadas con la salud es igualmente necesario que todas las instituciones reflexionen sobre su relación con la salud pública y determinen si hay aspectos en los que no apoyan o incluso impiden la promoción, el restablecimiento o el mantenimiento de la salud.

41. En tercer lugar, la mayor conciencia debe dar lugar a una revisión de la formación que reciben los profesionales de la salud y otros empleados pertinentes de la administración pública. Además, esta sensibilización de los expertos debe incorporarse a los programas de estudios, por ejemplo en los colegios, pero también a los cursos para directivos de la administración pública. De este modo, la incorporación de las cuestiones de la salud y la creación de capacidad humana se integran y benefician mutuamente.

## 2. Acoplamiento débil

42. El patrón de acoplamiento débil<sup>17</sup> se elaboró en el ámbito de la ciencia de las organizaciones y está concebido como instrumento para evitar la trampa de la decisión conjunta. El riesgo de caer en una trampa de decisión conjunta existe siempre que los intereses y competencias de actores y foros se superponen e interfieren entre sí. Naturalmente, en el ámbito de la salud pública este riesgo es extremo: uno de los mayores peligros es el solapamiento entre políticas horizontales (por ejemplo presupuestarias) y políticas verticales (por ejemplo de salud). La falta de entendimiento mutuo entre las autoridades sanitarias y otros departamentos puede dar lugar a una financiación insuficiente. Otros ejemplos son el reparto de competencias en materia de salud entre las autoridades nacionales, regionales o locales. Cuando las acciones en un ámbito dependen de las de otros foros, la necesidad de coordinación para evitar bloqueos se vuelve mucho más acuciante.

43. Organizar la salud pública según el patrón del acoplamiento débil permitiría asignar las competencias de adopción de decisiones al contexto (o foro) más adecuado. Los doctores seguirían decidiendo sobre la medicación de sus pacientes, los gobiernos determinarían las políticas nacionales de salud y las organizaciones internacionales cumplirían sus funciones en el marco de sus mandatos respectivos. El vínculo entre los actores en su contexto específico sería “débil”, en la medida en que las decisiones adoptadas en un foro no siempre vincularían a los actores de foros diferentes. El problema es que actualmente muchos actores no están

---

<sup>17</sup> Weick, Karl E., *Der Prozeß des Organisierens* (Suhrkamp (Frankfurt), 1995).

vinculados en absoluto. Si las instituciones públicas desconocen los efectos potenciales y prácticos de sus actividades en la salud, no existirá acoplamiento de ningún tipo. La situación sería diferente si todas las instituciones públicas tuvieran conciencia de la repercusión posible o real de sus actuaciones. También convendría que todos los actores recibiesen directrices (procedentes bien de otras autoridades, del público o de principios definidos por ellos mismos). El acoplamiento debería ser suficientemente débil para proteger la autonomía de los actores y permitir actuaciones independientes y descentralizadas. Al mismo tiempo, debería ser suficientemente sólido para permitir que las decisiones se adoptaron de manera eficiente y se aplicasen medidas integradas.

44. El significado para la administración pública de la sensibilización y el acoplamiento débil debe analizarse y definirse caso por caso. Parece sin duda conveniente que el sector público en su totalidad se someta a un análisis sobre sus efectos directos e indirectos en la salud pública y su contribución posible y efectiva en la promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de los sistemas de prestación de servicios de salud. Es de esperar que, una vez culmine este proceso, pueda obtenerse una visión mucho más amplia y clara de los sistemas de salud. Los individuos e instituciones pertenecientes a lo que tradicionalmente se ha conocido como sector de la salud comprenderán mejor el papel que desempeñan en relación con los actores externos. El cambio resultará probablemente más difícil para quienes actualmente se consideran fuera del sistema de salud. Muchos de ellos se encontrarán súbitamente incluidos en un concepto más amplio del sistema de salud, lo que podría ser el punto de partida de un diálogo fructífero, una mejor coordinación y el desarrollo de sistemas de prestación de servicios de salud más efectivos y eficientes.

### **III. Superar la mentalidad de silo**

45. El 24 de octubre de 2008, la Oficina de Coordinación y Apoyo al Consejo Económico y Social del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales organizó en Nueva York una mesa redonda sobre la globalización y la salud. En esa ocasión, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud mencionó en su presentación que la “mentalidad de silo” era un problema muy importante. El análisis contenido en las secciones I y II de este documento sobre la insuficiente coordinación intersectorial en materia de salud, confirma la posición de la OMS, y avanza en el tratamiento del tema, examinándolo en el contexto más amplio de la administración pública. La presente sección contiene ejemplos de las medidas que se pueden tomar o que ya se han tomado para superar las carencias a ese respecto. Los ejemplos no pretenden presentar un panorama completo de lo que está sucediendo. No obstante, dejan en claro que es posible mejorar la coordinación y la cooperación trascendiendo las fronteras tradicionales de las políticas y los servicios de salud, y que, además, ya se han comenzado a emprender algunas actividades en ese sentido.

## A. La medicina tradicional como parte de los sistemas de salud

46. En algunos países de África, Asia y América Latina, la medicina tradicional contribuye a satisfacer algunas de las necesidades de atención primaria de la salud. En África, hasta el 80% de la población utiliza la medicina tradicional como forma de atención primaria de la salud. En los países industrializados, algunas adaptaciones prácticas de la medicina tradicional reciben el nombre de “complementarias” o “alternativas”. La medicina tradicional ha mantenido su popularidad en todas las regiones en desarrollo del mundo y su uso se está extendiendo rápidamente en los países industrializados<sup>18</sup>:

a) En China, los preparados herbarios tradicionales representan entre el 30% y el 50% del consumo total de medicamentos;

b) En Ghana, Malí, Nigeria y Zambia, la primera línea de tratamiento para el 60% de los niños con fiebre alta producida por la malaria es el uso de medicamentos herbarios en el hogar;

c) La OMS estima que en varios países africanos la mayor parte de los partos son atendidos por parteras tradicionales;

d) En Europa, América del Norte y otras regiones industrializadas, más del 50% de la población ha recurrido por lo menos una vez a la medicina complementaria o alternativa;

e) En el Canadá, el 70% de la población ha recurrido por lo menos una vez a la medicina complementaria;

f) En Alemania, el 90% de la población ha utilizado un remedio natural en algún momento de su vida;

g) En los Estados Unidos de América, 158 millones de adultos utilizan medicamentos complementarios y, según la Comisión de Política sobre Medicina Complementaria y Alternativa de los Estados Unidos, en 2000 se gastaron 17.000 millones de dólares en remedios tradicionales;

h) Actualmente, el mercado mundial de medicamentos herbarios asciende a más de 60.000 millones de dólares anuales y su crecimiento es constante. Si bien hay 70 países que cuentan con una normativa nacional sobre medicamentos herbarios, el control legislativo de las plantas medicinales no ha seguido un modelo estructurado;

i) China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Viet Nam han integrado plenamente la medicina tradicional en sus sistemas de atención de la salud, pero todavía quedan muchos países que no han reunido ni integrado datos normalizados sobre este tipo de atención de la salud.

47. Estos ejemplos demuestran dos cosas: primero, que el propio concepto de medicina se está ampliando y, segundo, que es importante tener en cuenta que la población no solamente recibe servicios, sino que también los demanda. Esto no hace más que reafirmar la necesidad de rever el concepto de sistema de salud y el papel específico de los distintos actores del sistema.

<sup>18</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134>.

## **B. Coordinación y armonización de las políticas nacionales a nivel internacional**

48. La relación entre las cuestiones sanitarias y la ayuda para el desarrollo es sumamente importante para alcanzar los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente. En la Declaración de París<sup>19</sup>, formulada el 2 de marzo de 2005, se establece una hoja de ruta práctica y orientada a la acción que incluye indicadores para mejorar la calidad de la ayuda y sus efectos en el desarrollo. El logro de esos indicadores es mensurable porque fueron acordados conjuntamente con metas para alcanzar antes de 2010. Habida cuenta de la importancia de este acuerdo, en particular para los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud, a saber, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, reducir la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, la Declaración de París es un importante paso hacia una mayor coordinación de la cooperación horizontal y vertical.

49. La Declaración de París incluye una estrategia de gobernanza por la cual los países socios y los donantes reconocen la necesidad de compromisos. Si bien ambas partes deben comprometerse, en el párrafo 13 de la Declaración se establece que “los compromisos tienen que ser interpretados a la luz de la situación específica de cada país socio”. Si bien esta cláusula no conlleva la posibilidad de evadir las responsabilidades, puede limitar la eficacia de la Declaración, ya que la interpretación de ésta queda prácticamente librada a los gobiernos nacionales. Por ejemplo, se podría propiciar un brote de pandemia si un país decidiera postergar la aplicación de medidas preventivas escudándose en su “situación específica”.

## **C. Incorporación de las cuestiones de la salud en las políticas exteriores de los países**

50. Si bien la relación entre la salud y la eficiencia de la gestión de la ayuda ha figurado en el programa desde hace varios años, el tema sólo se ha comenzado a examinar recientemente. En marzo de 2007, los ministros de relaciones exteriores del Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, el Senegal, Sudáfrica y Tailandia aprobaron en Oslo una declaración y programa de acción sobre la política exterior y la salud mundial. En ésta se reconocía que “ningún país puede aislarse de los riesgos y amenazas transfronterizos que se ciernen sobre su seguridad sanitaria nacional”. Al emplear el término “seguridad sanitaria mundial” resaltaron la interrelación existente entre la salud y el mantenimiento de la seguridad nacional, en el contexto de la política exterior. Los ministros signatarios de la declaración reconocieron que “las medidas de política exterior adoptadas en relación con la seguridad, el comercio, los conflictos y las crisis, el medio ambiente y los derechos humanos influyen de manera determinante en nuestra capacidad para lograr la seguridad sanitaria nacional y mundial”. También sostuvieron que las respuestas más eficaces a los problemas sanitarios a escala mundial eran las alianzas, la cooperación y las asociaciones. Además, en el espíritu de la Declaración de París, subrayaron que esos esfuerzos debían ser transparentes, fiables, responsables y equitativos.

---

<sup>19</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>.

51. Los ministros de relaciones exteriores determinaron las esferas en que las posiciones que adoptaran en sus políticas podían influir decididamente en la seguridad sanitaria mundial. Su programa contenía tres componentes principales; para cada uno de ellos se establecieron medidas. Es sumamente interesante constatar cuántas cuestiones fueron incluidas en la lista de asuntos en que las oficinas exteriores podían influir decididamente para mejorar la salud mundial:

**Capacidad para contribuir a la seguridad sanitaria mundial**

1. Capacidad de respuesta y política exterior
2. Lucha contra nuevas enfermedades infecciosas y política exterior
3. Recursos humanos del sector de la salud y política exterior

**Amenazas a la seguridad sanitaria mundial**

4. Conflictos (situaciones de conflicto y anteriores y posteriores a un conflicto y procesos de consolidación de la paz)
5. Desastres naturales y crisis de otro tipo
6. Respuesta al VIH/SIDA
7. Salud y medio ambiente

**Una globalización en beneficio de todos**

8. Salud y desarrollo
9. Políticas y medidas comerciales para la aplicación y el seguimiento de acuerdos
10. Gobernanza para la seguridad sanitaria mundial

**Incorporación de las cuestiones sanitarias en la reforma del sector público de Mozambique**

El proyecto de reforma del sector público conocido por las siglas UTRESP fue implementado desde 2003 hasta finales de 2006 con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Este proyecto comprendía una amplia variedad de actividades. En cuanto al componente de “Apoyo a la labor en materia de VIH/SIDA y género”, el proyecto contribuyó a la incorporación en la programación de las políticas de género y la prevención y gestión del VIH/SIDA. Una de las conclusiones fue que la incorporación de las cuestiones de género y el VIH/SIDA en el sector público era clave y que debía ser considerada como una importante estrategia intersectorial en todas las iniciativas de reforma del sector público, cuando correspondiera. El ejemplo demuestra que, en las reformas del sector público, los Estados Miembros ya están aplicando un enfoque que combina los riesgos sanitarios (por ejemplo, el VIH/SIDA) con otras políticas (por ejemplo, las cuestiones de género). Cabe señalar que, la incorporación de ambas políticas en la programación es necesaria y factible.

*Fuente:* Proyecto MOZ/01/015 del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

## **D. Tecnología de la información y las comunicaciones y gobernanza**

### **1. Cibersalud**

52. La necesidad de elaborar y organizar nuevos medios para prestar servicios de cibersalud eficientes ha provocado un fuerte aumento de la aplicación de la tecnología de la información y las comunicaciones a la atención de la salud, lo que ha dado lugar al concepto de cibersalud o telemedicina. La cibersalud se refiere al uso, en el sector de la salud, de datos digitales transmitidos, almacenados o recuperados electrónicamente para apoyar la atención de la salud, tanto *in situ* como a distancia. Actualmente, la integración y la asimilación de la cibersalud en la labor diaria del personal de la salud están volviéndose realidad tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Queda por determinar si las actividades de cibersalud no desviarán los preciosos recursos que se necesitan para atender las necesidades básicas de los países pobres que carecen de todo.

53. Hoy en día, la cibersalud puede dar apoyo a las diferentes funciones del sistema de salud, proporcionando una oportunidad única para fortalecer sus procesos de información, inteligencia y conocimientos. Como es evidente, también facilita la promoción de la medicina alternativa o la medicina tradicional. Además, la tecnología de la información y las comunicaciones favorece el contacto entre las autoridades de la salud, otros departamentos y el público. Según la OMS, la cibersalud debería ser un componente esencial de todo plan y estrategia de reforma del sistema de salud en el siglo XXI. Los países en desarrollo necesitan, entre otras cosas, mejorar su capacidad y formar a los funcionarios públicos en el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones.

### **2. Plataformas de información, diálogo y capacitación**

54. Con el fin de seguir promoviendo el establecimiento de redes de contactos y el intercambio de información, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales ofrece un conjunto de instrumentos. Uno de ellos es la Red en línea de las Naciones Unidas sobre administración y finanzas públicas (UNPAN), que es un portal central en línea<sup>20</sup>, diseñado para ayudar a los países, en particular a los países en desarrollo y países de economía en transición, a responder a los retos a que se enfrentan los gobiernos para acortar la brecha digital entre los ricos y los pobres y alcanzar los objetivos de desarrollo. En pocas palabras, la misión de la red UNPAN es promover el intercambio de conocimientos, experiencias y mejores prácticas en todo el mundo mediante el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones, la formulación de políticas públicas acertadas, el logro de una administración pública eficaz que preste servicios eficientes, y el fomento de la capacidad y la cooperación entre los Estados Miembros.

55. La red UNPAN publica noticias de todas partes del mundo sobre gobernanza pública y ofrece oportunidades de capacitación en línea. Además, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales realiza encuestas sobre gobierno electrónico y publica sus resultados. Para asegurar la congruencia de la información, la encuesta

---

<sup>20</sup> [www.unpan.org](http://www.unpan.org).

mundial sobre gobierno electrónico de 2008<sup>21</sup> evaluó el mismo número de servicios prestados a través de los sitios web de ministerios u otros órganos equivalentes de cada país. En concordancia con su marco conceptual de desarrollo humano, participaron en la encuesta los ministerios o departamentos de salud, educación, bienestar social, trabajo y finanzas, que son representativos de los servicios gubernamentales más solicitados por los ciudadanos. Se formularon las mismas preguntas a cada ministerio.

56. La Alianza Mundial en favor de las tecnologías de la información y las comunicaciones y el desarrollo<sup>22</sup> es un foro mundial que analiza en forma amplia las cuestiones intersectoriales relacionadas con la tecnología de la información y las comunicaciones en el desarrollo. La salud es una de las esferas de trabajo.

57. El objetivo del programa de ciber salud de la OMS es apoyar a los países a seguir desarrollando sus sistemas de salud, mejorando el acceso, la calidad y la eficiencia a través del uso de la tecnología de la información y las comunicaciones. Los principales objetivos del programa son:

- a) Ayudar a los Estados Miembros a determinar las aplicaciones más adecuadas habida cuenta de las necesidades, los objetivos y el contexto del país;
- b) Facilitar la formulación de políticas éticas y jurídicas en relación con la reunión, el almacenamiento y la utilización de la información sobre salud, a fin de garantizar la privacidad y la confidencialidad;
- c) Facilitar el intercambio de mejores prácticas entre los Estados Miembros;
- d) Apoyar la implementación de programas técnicos en los países, proporcionando información sobre las oportunidades y los riesgos.

#### IV. Conclusiones y recomendaciones

58. Aunque las medidas sectoriales y verticales hayan logrado ciertos resultados, el documento demuestra que la salud pública mundial depende cada vez más de las interrelaciones y la cooperación entre las políticas y los sectores. Las instituciones sanitarias tradicionales no han perdido relevancia. Por el contrario, su importancia va en aumento, por ejemplo, cuando se convierten en el centro de una red. No obstante, a fin de promover, restablecer y mantener la salud pública, es preciso concienciar a todas las instituciones y, en especial, a las administraciones públicas. Las instituciones deben tomar conciencia de su repercusión actual y su potencial repercusión futura en la salud pública y la prestación de servicios sanitarios. Esta mayor concienciación podría ser el punto de partida para lograr una mejor coordinación y generar sistemas de prestación de servicios de salud que sean más eficaces y eficientes.

59. La mayor colaboración requiere enfoques cooperativos y, en lo que se refiere al público, esto supone la aplicación de enfoques participativos de gobernanza. Las instituciones públicas y privadas deben intensificar sus relaciones. Las instituciones privadas deben apoyar los esfuerzos públicos y colaborar en ellos, pero son las

<sup>21</sup> <http://www.unpan.org/Library/MajorPublications/UNEGovernmentSurvey/tabid/646/Default.aspx>.

<sup>22</sup> Naciones Unidas, *Fundaciones de la Alianza Mundial en favor de las tecnologías de la información y las comunicaciones y el desarrollo*, 2007. Véase también <http://www.un-gaid.org>.

instituciones públicas las que deben liderar el proceso. Esto no quiere decir que la población no sea una parte interesada fundamental. La población es la que padece problemas de salud y la que necesita recibir servicios sanitarios. Por ello, es evidente que deben aplicarse enfoques participativos.

60. A continuación figuran recomendaciones para los Estados Miembros:

**a) Aumentar la concienciación en todos los sectores y todos los niveles gubernamentales sobre sus respectivas responsabilidades y oportunidades para promover, restablecer y mantener la salud pública y prestar servicios de atención de la salud;**

**b) Elaborar políticas de salud integradas, por ejemplo, una política de salud coordinada con todas las demás políticas que repercutan directa o indirectamente en la salud pública y la prestación de servicios de salud;**

**c) Adoptar enfoques participativos y centrados en los actores para la formulación de políticas nacionales de salud. Entre los medios que se deberían utilizar para lograr una participación adecuada figuran los instrumentos de tecnología de la información y las comunicaciones aplicados a la gobernanza;**

**d) Mejorar la cooperación y la gestión intersectoriales como parte integral de la administración pública. El personal sanitario y otros funcionarios públicos deben recibir capacitación en la materia;**

**e) Fortalecer la contribución de la administración pública a los sistemas de información de salud, por ejemplo, mediante la participación de sus oficinas de estadística, pero también mediante la creación de sitios web fáciles de utilizar y la inclusión de la cibersalud como componente esencial de todo plan y estrategia de reforma del sistema de salud;**

**f) Mantener una actitud abierta e integrada a nivel internacional. Como parte de los esfuerzos de salud pública mundial, es preciso seguir desarrollando sistemas de preparación y respuesta (prevención y seguimiento de las enfermedades infecciosas);**

**g) Promover la financiación a largo plazo, incluidas las asociaciones entre el sector público y el sector privado, cuando corresponda, para investigar y producir nuevos medicamentos y tratamientos. Habida cuenta de que, si bien es costosa, la salud pública es esencial para el desarrollo de la economía y la sociedad, los Estados Miembros deben considerar el aumento de la inversión de fondos en la salud pública y tener presente que esos fondos son inversiones para el desarrollo económico y social del país;**

**h) Alentar la participación de las organizaciones de la sociedad civil para lograr que las diferentes partes interesadas y los proveedores de servicios públicos tomen conciencia sobre las cuestiones relativas a la salud.**

61. A continuación figuran recomendaciones para los organismos de las Naciones Unidas:

**a) Los organismos pertinentes de las Naciones Unidas deben seguir ayudando a los Estados Miembros a promover, restablecer y mantener la salud pública y prestar servicios de atención de la salud;**



b) Los organismos pertinentes de las Naciones Unidas deben seguir haciendo análisis sobre la coordinación horizontal y vertical de políticas a fin de prestar asistencia a los Estados Miembros para la formulación de políticas nacionales integradas;

c) La elaboración de instrumentos de tecnología de la información y las comunicaciones y sistemas de seguimiento de la prestación de servicios de salud es una valiosa contribución de los organismos pertinentes de las Naciones Unidas; esta labor debe seguir realizándose e incluir el análisis de las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades en relación con los diversos instrumentos de gobernanza, en particular los utilizados en el contexto de la gobernanza electrónica y la ciberseguridad;

d) Por último, pero no por ello menos importante, los organismos de las Naciones Unidas competentes en el sector de la salud deberían incluir enfoques centrados en los actores en sus actividades de investigación y prestar asesoramiento tomando en cuenta los enfoques participativos en relación con la gobernanza del sector de la salud.

---