



SERIE SALUD UNIVERSAL

LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS

UNA RENOVACIÓN PARA EL SIGLO XXI

Marco conceptual y descripción

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS

UNA RENOVACIÓN PARA EL SIGLO XXI

Marco conceptual y descripción

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.

2020

Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32264-2

eISBN: 978-92-75-32265-9

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/HS-2020

ÍNDICE

Prólogo.....	v
Agradecimientos	vii
INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes de las funciones esenciales de la salud pública en las Américas.....	2
PARTE I. ¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA ACTUALIZACIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS?	5
Cambios en el panorama de la salud pública	5
Desafíos pendientes de la salud pública.....	6
Estrategias regionales recientes sobre salud pública	7
Estrategias mundiales recientes sobre salud pública	9
PARTE II. PILARES PARA ACTUALIZAR Y REVITALIZAR EL CAMPO DE ACCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.....	13
Pilar 1: Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas.....	15
Pilar 2: Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones	16
Pilar 3: Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.....	17
¿Qué constituyen servicios integrales de salud pública?	17
¿Cuál es la relación de las funciones esenciales de la salud pública con las funciones propias del sistema de salud y sus procesos de transformación?	19
Pilar 4: Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.....	22
PARTE III. ABORDAJE INTEGRADO PARA FORTALECER LA SALUD PÚBLICA Y SUS FUNCIONES	31
Modelo integrado basado sobre el ciclo de políticas	32

PARTE IV. NUEVAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA.....	39
Evaluación	40
FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud	40
FESP 2. La vigilancia en la salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias	43
FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud	49
Desarrollo de políticas.....	52
FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población	52
FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia	56
Asignación de recursos	59
FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud	59
FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces	62
FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo	65
Acceso	69
FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad	69
FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables	71
FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud	73
PARTE V. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA	77
Integración del abordaje de las funciones esenciales de la salud pública en la toma de decisiones.....	78
Análisis situacional: el contexto local como referencia del proceso.....	80
La economía política y las políticas de salud pública	81
Reflexiones finales acerca del marco conceptual	81
GLOSARIO	83
REFERENCIAS	87
FIGURAS, CUADROS Y RECUADROS	
Figura 1. Modelo integrado de la salud pública	34
Figura 2. Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública	39
Cuadro 1. Tipos de intervenciones con enfoques intersectoriales para la salud	25
Cuadro 2. Etapas del abordaje integrado de las funciones esenciales de la salud pública basado en el ciclo de políticas	36
Recuadro 1. Objetivo de la salud pública	14
Recuadro 2. El Reglamento Sanitario Internacional y su intersección con las funciones esenciales de la salud pública	20
Recuadro 3. Sobre las autoridades de salud	24

PRÓLOGO

“No dejar a nadie atrás” es un principio central y transformador para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y eje de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. El énfasis de este principio es promover políticas nacionales de salud con las estrategias y acciones concretas y viables que garanticen la equidad y el goce del derecho a la salud para todas las personas. Para alcanzar esta visión inclusiva, es preciso actualizar abordajes y utilizar herramientas que nos ayuden a identificar y evaluar las nuevas capacidades indispensables para asegurar el acceso universal y equitativo a todas las intervenciones necesarias para mejorar la salud de la población. En este documento se expone el trabajo de actualización del campo de acción de la salud pública para abordar los desafíos que enfrenta la Región de las Américas con una plena y explícita utilización de los valores centrales de la salud universal, derecho a la salud, equidad y solidaridad, como pilares fundamentales de esta propuesta.

Sabemos que la salud pública abarca diversas actividades encaminadas a abordar las necesidades y los problemas colectivos en el ámbito de la salud y sus causas. Esta no solo busca garantizar la oferta de servicios y bienes públicos esenciales para proteger la salud de la comunidad y de las personas, sino que también incluye trabajar sobre los determinantes sociales de la salud y establecer los criterios y parámetros que orientan el fortalecimiento y la reforma de los sistemas de salud. Sin embargo, reconocer y alcanzar las contribuciones de la salud pública no es una tarea fácil. Mejorar la salud de las comunidades, considerando las necesidades específicas y diferenciadas de los distintos grupos de población, solo puede lograrse a través de la interrelación entre el sector de la salud y otros sectores de desarrollo. Asimismo, existe la necesidad de una visión más integral para la salud pública y el fortalecimiento de sus funciones esenciales para enfrentar los desafíos del siglo XXI.

La pandemia de COVID-19, enfermedad producida por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), que en la actualidad se ha extendido a los 54 países y territorios de la Región de las Américas desde el reporte de los primeros casos en enero del 2020, es un ejemplo insoslayable de la necesidad de fortalecer las funciones esenciales de la salud pública (FESP). La vida cotidiana de todas las personas en todo el mundo se ha visto alterada de una forma que no tiene precedentes en la historia reciente. La pandemia pone en evidencia las brechas en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, cuyo nivel de fragmentación e inequidad impiden una respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población, incluso en condiciones normales. Como resultado,

los sectores más vulnerables de la población se han visto desproporcionalmente afectados por la COVID-19. Por ello, es necesario apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de planes y políticas integrales que fortalezcan las FESP como una agenda sectorial e intersectorial.

En ese contexto, reconocemos la importancia de esta publicación oportuna del marco conceptual y la descripción de las FESP en las Américas. La renovación de las FESP apoya los objetivos y espíritu de los ODS y de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y ofrece una guía para que los Estados Miembros desarrollen políticas de salud pública integradas a través del fortalecimiento sectorial e intersectorial en las distintas etapas de formulación de políticas. Adaptable al contexto y las necesidades de los países, el documento introduce un nuevo paradigma para la salud pública que se complementará con una herramienta específica, desarrollada para apoyar a los gobiernos a evaluar la capacidad para la ejecución de acciones de salud pública y construir opciones de políticas para fortalecer sistemas de salud que reconozcan y prioricen las acciones de salud pública.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Subdirector

Organización Panamericana de la Salud

James Fitzgerald

Director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud

Organización Panamericana de la Salud

AGRADECIMIENTOS

Este documento se elaboró a través de un proceso iterativo de distintas etapas y de consulta entre los Estados Miembros y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), bajo el liderazgo y la supervisión general de Amalia Del Riego, Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso (HS), y James Fitzgerald, Director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS).

Ernesto Báscolo, Asesor Regional de Gobernanza, Políticas, Liderazgo y Planificación en la Unidad de Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS), es coautor y responsable del desarrollo conceptual del contenido de la propuesta, así como de la coordinación de las reuniones llevadas a cabo con los actores participantes, expertos de escuelas de salud pública, profesionales de los Estados Miembros y expertos de la OPS. Natalia Houghton, Especialista en Análisis, Monitoreo y Evaluación de Sistemas de Salud en la misma unidad, es coautora del desarrollo de esta propuesta y cofacilitadora de las reuniones técnicas.

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento de forma especial a Ximena Aguilera, directora, docente e investigadora de la Universidad del Desarrollo de Chile, y a todo el equipo de consultores de dicha universidad por sus valiosas contribuciones durante la revisión de este documento.

Este documento se desarrolló considerando como antecedentes los distintos repertorios de funciones esenciales de la salud pública (FESP) ya existentes, entre los que se destacan el del estudio Delphi de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el de Estados Unidos de América; el de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); y el del Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud y la OPS. Para ayudar con ese trabajo, se hizo referencia a diversos instrumentos publicados por organismos nacionales e internacionales que han realizado evaluaciones sobre los servicios y capacidades de salud pública. El desarrollo de esta propuesta también incluyó una armonización con las resoluciones actuales de la OPS, las normas y las principales estrategias de cooperación técnica de la OPS.

Diferentes tipos de expertos han realizado contribuciones sustanciales para el desarrollo de esta propuesta. En primer lugar, este documento se nutre de las experiencias y los aportes de los equipos y funcionarios de los ministerios nacionales de salud de (en orden alfabético) Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Ecuador, Panamá y República Dominicana, quienes participaron en talleres nacionales entre los años 2017 y 2019 en torno a esta propuesta conceptual.

En segundo lugar, esta propuesta incorpora los aportes de expertos en salud pública de la Región de las Américas, reconocidos por su destacada carrera académica o profesional en el área y demostrada experiencia como líderes y profesionales involucrados en la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública. Este grupo de expertos participó en dos actividades secuenciales. Primero, en un taller presencial realizado en Bogotá, en agosto del 2018, donde se discutieron componentes clave de un marco conceptual para las FESP, incluyendo definiciones, fundamentos, estructura y alcances de las áreas de acción. Seguidamente, en una encuesta modificada tipo Delphi llevada a cabo entre octubre y diciembre del 2018 para explorar áreas de consenso en el desarrollo de este documento.

Se agradecen especialmente la participación y los aportes de (en orden alfabético) Althea La Foucade (University of the West Indies, Trinidad y Tabago), Anderson Langdon (Barbados Family Planning Association, Barbados), Amparo Hernández (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia), Carina Vance Carlos (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR), David Bishai (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Estados Unidos de América), Donald T. Simeon (University of the West Indies, Trinidad y Tabago), Douglas Slater (CARICOM), Gerardo Espinoza (Universidad de la Frontera, Chile), Guillermo Bernai (Caribbean Alliance of National Psychological Associations, Bahamas), Howard Spencer (Caribbean Associations of Medical Councils, University of the West Indies, Barbados), Jeannie Haggerty McGill (Chair in Family and Community Medicine Research, based at St. Mary's Hospital Centre and McGill University), José Selia (Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana), Joy St. John (Caribbean Public Health Agency, Trinidad y Tabago), Juan Maximilian Herman (Universidad Nacional de Rosario, Argentina), Julio Bello (Asociación Argentina de Salud Pública, Argentina), Laura Altobelli Meier (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú), María Eugenia Ocampo (Instituto Nacional de Salud Pública, México), María Patricia Arbeláez (Universidad de Antioquia, Colombia), Mauricio Vargas Fuentes (Universidad de Costa Rica, Costa Rica), Miguel Orozco Valladares (Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua), Natalia Yavich (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas [CONICET], Argentina), Oscar Noel Ocho (University of the West Indies, Trinidad y Tabago), Óscar Arteaga (Universidad de Chile), Peter Adams (University of the West Indies, Barbados), Patricia Pittman (Health Policy and Management, Director Health Workforce Research Center, George Washington University), Peggy Da Silva (Ministry of Health, Wellness and the Environment, Saint Vincent and the Grenadines), R. Clive Landis (University of the West Indies, Barbados), Raúl del Pozo (Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba), Rian Extavour (The Caribbean Public Health Agency), Rosa Souza (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Brasil), Trevor Hassell (Healthy Caribbean Coalition, Barbados), Tricia Penniecook (Association of Schools and Programs of Public Health, Estados Unidos de América), Velma Newton (University of the West Indies, Barbados), Wayne Wesley (Caribbean Examinations Council, Barbados) y Wendy Sealy (University of the West Indies, Barbados).

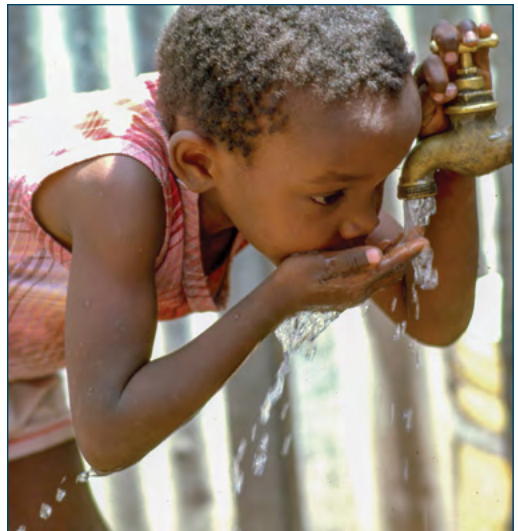
En tercer lugar, esta revisión se hizo y complementó con la experiencia y opinión de un equipo interdepartamental de expertos de la OPS, conformado por coordinadores de todos los departamentos y áreas técnicas de la Organización con incumbencia en las líneas de acción de las FESP (Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud [CDE], Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud [EIH], Sistemas y Servicios de Salud [HSS], Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida [FPL] y Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental [NMH]), quienes participaron en los talleres celebrados en julio del 2016, agosto del 2017 y noviembre y diciembre del 2019 en la sede de Washington, D.C. Los talleres tuvieron sesiones plenas en las que se organizaron debates en torno a los desafíos actuales de la salud pública, las lecciones aprendidas de la agenda anterior de las FESP y las principales dimensiones conceptuales de la función rectora de las autoridades de salud en el ejercicio de la salud pública.

Se valora especialmente la participación y los invaluable aportes de Adriana Bacelar Gomes, Adriana Blanco, Adrienne Cox, Analía Porras, Benjamín Puertas, Camilo Cid, Claudia Pescetto, Enrique Pérez, Enrique Vega, Fabio Da Silva Gomes, Fernanda Lanzagorta Cerecer, Franz Herrera, Gabriel Vivas Francesconi, Gerry Eijkemans, Hernán Luque, Ignacio Ibarra, Jessie Schutt-Aine, Jonás Gonseth-García, José A. Escamilla, José Francisco García, José Luis Castro, Julietta Rodríguez Guzmán, Leendert Neverdeen, Luis Alfonso, Luis Gabriel Cuervo, Luis Gerardo Castellanos, Marcelo Kork, Maristela Monteiro, Marta Sabolla, Murilo Freitas, Orielle Solar, Óscar Mujica, Pilar Ramón-Pardo, Roberta Andraghetti, Rosa Sandoval, Soledad Urrutia, Steven Constantinou, Silvana Luciani y Tomás Pippo.

También queremos expresar un agradecimiento particular a los siguientes colegas de las oficinas en los países por sus valiosas contribuciones en distintas etapas del desarrollo de esta propuesta: Alejandra Carrillo (Panamá), Gustavo Mery (Costa Rica), Hernán Rodríguez (República Dominicana), Javier Uribe (Argentina), Julio Pedroza (Estado Plurinacional de Bolivia), Laura Ramírez (Colombia), Mario Cruz-Peñate (Chile), Pedro López Puig (Paraguay), Ricardo Fábrega (Perú) y Wilson Benia (Uruguay).

INTRODUCCIÓN

Las funciones esenciales de la salud pública (FESP) constituyen el núcleo de la agenda de fortalecimiento del sector de la salud en la Región de las Américas desde la década de 1980. Su desarrollo conceptual y medición regional se dio en respuesta a reformas sectoriales que amenazaban con reducir el papel del Estado y la salud pública, especialmente el ejercicio de la función rectora de las autoridades de salud (1). En ese contexto, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se propusieron en el año 2000 promover un marco conceptual y metodológico de la salud pública y de sus funciones esenciales, y así surgió la iniciativa regional denominada *La salud pública en las Américas (1)*.



Como parte de la iniciativa, se determinaron las funciones esenciales de las autoridades en materia de salud pública, se debatió su relevancia y se alcanzó un amplio consenso regional (2-6), como se explica en el siguiente apartado. Más de 15 años después, y en respuesta a las necesidades actuales, en este documento se presenta una revisión y actualización del marco conceptual de las FESP para la Región de las Américas. Esta renovación se basa en las experiencias y lecciones aprendidas de la aplicación y medición regional de las FESP, los desafíos nuevos y persistentes para la salud de la población y sus determinantes sociales, y las nuevas condiciones institucionales, económicas, sociales y políticas que afectan a la Región.

El documento se estructura en cinco partes. La primera parte presenta las principales experiencias y desafíos que justifican la renovación de las FESP. La segunda parte actualiza los fundamentos del ejercicio de la salud pública, que deben informar el ejercicio de las nuevas funciones esenciales. La tercera parte propone un nuevo enfoque integrado de la puesta en práctica de las FESP. La cuarta parte presenta un nuevo listado de 11 FESP relacionadas con cada etapa del enfoque integrado. La última sección formula consideraciones que sirven como guía para la implementación del abordaje de las FESP en los procesos de fortalecimiento del sector de la salud.

Antecedentes de las funciones esenciales de la salud pública en las Américas

La iniciativa de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) fue impulsada en la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América en respuesta al debilitamiento de la salud pública en el país, con tres funciones centrales: la evaluación de las políticas de salud, la formulación de políticas y la garantía de los servicios. La intención era definir estas funciones como parte fundamental del papel del Estado para asegurar la eficiencia y efectividad de los servicios de los programas de salud pública del país (6).

A partir de estas recomendaciones, se desarrollaron diferentes iniciativas nacionales, regionales y mundiales. Por ejemplo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en Estados Unidos de América, definieron los 10 servicios esenciales de la salud pública en 1994 (7), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo una encuesta Delphi que concluyó con el primer listado mundial de FESP en 1997, cuyo objetivo era ayudar a establecer un consenso internacional sobre prioridades de salud pública y garantizar una provisión mínima de estos servicios para los países en desarrollo (8).

Durante las décadas de 1980 y 1990, casi todos los países de la Región de las Américas iniciaron, o estaban considerando hacerlo, reformas del sector de la salud con el objetivo de mejorar la equidad en materia de salud y el acceso y la eficiencia de los servicios de salud, enfocados principalmente en los cambios estructurales y organizacionales de los sistemas de salud, con ajustes en la prestación de servicios de atención personal (1, 9, 10). Sin embargo, el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud, con su ejercicio de la salud pública como una responsabilidad social e institucional, fue en gran medida descuidado, justamente cuando más necesario era (1, 10).

En ese contexto, los Estados Miembros de la OPS decidieron en el año 2000 promover un marco conceptual y metodológico de la salud pública y de sus funciones esenciales en las Américas para fortalecer la función rectora de las autoridades de salud en materia de salud pública (1, 4, 10, 11). Es así como en el año 2002 la OPS presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP para la Región de las Américas, en la publicación *La salud pública en las Américas* (1).

La iniciativa fue un gran hito en el desarrollo de capacidades institucionales en los países de la Región. Por ejemplo, países y territorios como Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, las Antillas Holandesas y el Caribe de habla inglesa utilizaron el abordaje metodológico propuesto en el 2002 como diagnóstico para el fortalecimiento institucional y la puesta en marcha de planes de mejora del sistema de salud (1). Este proceso también fomentó estrategias y acciones de cooperación, como las desarrolladas en el ámbito de la Red de Servicios de Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), la Comunidad Andina y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) (1).

Más de 15 años después, varios países adaptaron el instrumento a sus realidades locales, como Brasil, que adecuó la herramienta original de la OPS a su sistema de salud descentralizado, redefiniendo las 11 funciones e implementando programas de evaluación en varios estados para apoyar la gestión y la toma de decisiones (12). Entre el 2001 y el 2007, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y los Estados del Caribe oriental también continuaron trabajando en las FESP (13).

Hasta el año 2017, países como Argentina (11), Chile (14), Colombia (15), Costa Rica (16) y Panamá (17) llevaron a cabo ejercicios locales y provinciales que han permitido identificar oportunidades y desafíos para revitalizar y mejorar el ejercicio de las FESP, incorporando programas de formación (11, 18, 19).



PARTE I



¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA ACTUALIZACIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS?

Cambios en el panorama de la salud pública

Contar la primera razón para revisar y actualizar el abordaje de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) surge de la necesidad de una visión más integral para la salud pública a fin de enfrentar los desafíos del siglo XXI. La emergencia de enfermedades infecciosas representa una amenaza creciente para la salud de la población, algo que debe tomarse en cuenta como un componente central de la agenda de fortalecimiento de la salud pública de los países, así como a nivel regional y mundial. Los inmensos desafíos para responder a la pandemia de COVID-19 tienen antecedentes importantes y recientes durante este siglo que no deben soslayarse. En este marco, es necesario mencionar la pandemia por el virus de la gripe H1N1 en el 2009, el brote de la enfermedad causada por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014 y el 2015, y la introducción de los virus del chikunguña (2013) y del Zika (2015) (20). En todos los casos, la emergencia de los brotes de las enfermedades desafiaba la capacidad de respuesta del sistema de salud para garantizar el acceso a intervenciones de salud de calidad.

Al mismo tiempo, hay aspectos políticos, sociales y económicos que determinan la salud y la equidad en la salud de la población que han estado tradicionalmente fuera del ámbito de acción de la salud pública (21) y que demandan respuestas innovadoras. Los cambios socioeconómicos y políticos que han ocurrido desde el desarrollo de las FESP en el 2002 llevaron a la aparición de nuevos problemas de salud pública de alta prevalencia y costos asociados, que demandan cada vez más que los sistemas de salud estén mejor preparados para responder a los retos planteados por los problemas de salud y sus determinantes (11, 20).

El envejecimiento y las nuevas condiciones epidemiológicas y socioeconómicas han llevado al aumento de las enfermedades no transmisibles, del sufrimiento mental, de la discapacidad, de los traumatismos causados por el tránsito y de la violencia doméstica e interpersonal, y estas situaciones han ocupado los primeros lugares entre los principales problemas de salud que requieren de un abordaje intersectorial y el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social y de los sistemas de salud (20).

Asimismo, la migración irregular y forzada, impulsada en gran medida por factores económicos, las actividades ilícitas (tráfico de drogas y delincuencia organizada), el conflicto armado y la violencia, pone a las poblaciones afectadas por estos desplazamientos en situación de vulnerabilidad, en mayor riesgo de sufrir violencia, abuso, traumatismos y enfermedades, a lo que se suma un acceso limitado a la atención y los servicios. El cambio climático también representa una amenaza para la salud pública que requiere de atención inmediata (20). La Región de las Américas es una zona propensa a los desastres naturales, como huracanes, erupciones volcánicas, terremotos e inundaciones, que a menudo causan pérdidas de vidas humanas y daños al medioambiente y las infraestructuras (20).

Por otra parte, la integración del mercado global y el incremento en los flujos internacionales de patógenos, información, mercado, finanzas y personas conllevan desafíos crecientes para las políticas y la práctica de la salud pública. Uno de esos efectos lo constituye el cambio en los patrones epidemiológicos de las enfermedades transmisibles, ya que la apertura de rutas de viaje y comercio entre países se ha visto acompañada de la propagación de estas enfermedades y sus vectores (22). Los cambios en las normas internacionales sobre la protección de patentes que afectan al acceso a los medicamentos esenciales también constituyen ejemplos importantes (23). Estos problemas evidencian la necesidad de la cooperación entre países y organismos en espacios supranacionales para abordar los determinantes sociales de la salud en las políticas mundiales (24).

Desafíos pendientes de la salud pública

La siguiente razón para actualizar las FESP surge de la agudización del deterioro o descuido de la salud pública, que en la actualidad continúa siendo un motivo de reclamo social en la Región (11, 25). Es necesario advertir que intervenciones como los programas relacionados con la seguridad alimentaria, el agua potable, la inmunización y el control de las enfermedades transmisibles se han visto desprotegidas en los últimos años, con menor inversión en ellas y reducción en el valor percibido de dichas intervenciones (26). En algunos países de la Región, la carga atribuible a las enfermedades transmisibles y el número de muertes maternas e infantiles, incluidas las causadas por carencias nutricionales, son aún altos (20). La persistencia y reemergencia de algunas enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza y los cambios socioeconómicos y ambientales, como las enfermedades arbovirales y la reemergencia del cólera, ponen de relieve la necesidad de reforzar actividades de la salud pública (20).

Los triunfos más importantes de las últimas dos décadas, como reducir los niveles de pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad en menores de 1 año y de 5 años, y los avances notables en la sostenibilidad ambiental (20), se enmascaran por las grandes brechas de estos alcances,

tanto entre los países de la Región como entre diferentes grupos sociales de la población en un mismo país, haciendo que persistan inequidades evitables en materia de salud (20).

A lo anterior se suma la fragilidad persistente de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual tiene repercusiones sobre la salud individual y colectiva. Los sistemas inadecuados de vigilancia, respuesta e información de salud, la ejecución deficiente de las estrategias de prevención y promoción, la falta de profesionales de la salud, la persistencia de las distintas barreras de acceso y la existencia de instituciones de salud que no disponen de la infraestructura adecuada, sumado todo ello a la baja inversión, constituyen importantes deficiencias estructurales que continúan estando presentes en los sistemas de salud actuales (20, 27).

Estas deficiencias representan también la falta de coherencia y capacidad de cumplimiento en la planificación de actividades de salud pública, incluyendo la falta de vinculación y coordinación necesarias entre los servicios de salud individual y los servicios de salud colectivos (20) y, de forma más amplia, las dificultades que enfrentan las autoridades de salud para actuar de manera coherente y sistemática con una interpretación integrada de sus funciones de rectoría del sistema de salud (28). Las acciones de salud pública generalmente se gestionan desde diferentes organismos gubernamentales que operan bajo estructuras institucionales fragmentadas, y a menudo de forma incoherente, con distintas intervenciones y programas de salud pública (28). Al mismo tiempo, muchas políticas de salud pública siguen siendo verticales, con su foco exclusivo en enfermedades específicas, y no están bien coordinadas con otros campos sociales relacionados, lo cual limita su impacto en la salud de la población (29). En ese panorama, resulta necesario fortalecer un abordaje integrado para ayudar a los programas individuales de salud pública a lograr rigor y coherencia en su planificación (30).

Estrategias regionales recientes sobre salud pública

En años recientes, las autoridades de salud han adoptado estrategias regionales que explicitan líneas estratégicas de acción que tienen relación con el ejercicio de las FESP. Estas hacen énfasis en un abordaje centrado en el fortalecimiento de las capacidades de las autoridades de salud con una perspectiva de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, entendida esta como una estrategia integral de “organización y operación del sistema de salud como un todo” (31), cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud (31, 32), y que se basa en la atención integral e integrada de acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las intervenciones basadas en la población, ampliando así los límites de una concepción de los sistemas de salud limitada a la provisión de servicios de atención personal.

La primera de estas referencias ineludibles al ejercicio de las FESP es la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en octubre del 2014 (33). Esta estrategia surge en respuesta a los desafíos persistentes que enfrentan los sistemas de salud de la Región, especialmente las inequidades en las condiciones de acceso y el énfasis en los servicios curativos a expensas de los servicios de prevención y promoción que abordan los determinantes de la salud (33).

Para abordar estos desafíos, la estrategia asume la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, ampliando el acceso equitativo a servicios integrales de salud, entendidos estos como aquellas “acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad [...] y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios” (33).

Asimismo, la estrategia aboga por la construcción de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, y plantea el desarrollo de mecanismos para la colaboración entre diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para abordar los determinantes sociales de la salud (11). En ese sentido, garantizar el ejercicio de las FESP es fundamental para el logro del acceso universal, entendido este como la “ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género [...] que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud” (33), en la medida en que las FESP orientan acciones críticas para fortalecer la salud pública y los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

La renovación del ejercicio de las FESP también está motivada por la reciente aprobación del marco de trabajo sobre *Los sistemas de salud resilientes* durante el 55.º Consejo Directivo de la OPS en septiembre del 2016 (34). Esta resolución, junto a la *Estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (33), tiene una vigencia central como expresión de la necesidad de abordar los problemas y retos que tienen los sistemas de salud para dar respuesta a los brotes de enfermedades y desastres con repercusiones directas sobre la salud de la población, con opciones de políticas integrales, más allá de los límites de los servicios de recuperación de la salud.

La trascendencia y las implicaciones disruptivas en términos sanitarios, sociales y económicos de la problemática mundial de la COVID-19 tienen también antecedentes recientes de otras epidemias, como la gripe H1N1 y el brote de enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental. En la Región de las Américas, los brotes de la fiebre del chikunguña y de enfermedad por el virus del Zika, los desastres causados por fenómenos naturales (como los terremotos en Chile y Ecuador y el reciente huracán Matthew en Haití y las Bahamas) y los efectos del cambio climático en la salud y el medioambiente (como en la región del Chaco en Paraguay) son fenómenos que han puesto de manifiesto la fragilidad de los sistemas nacionales de salud.

Estas resoluciones (33, 34) también ofrecen orientación sobre políticas que garantizarán sistemas de salud que tengan capacidad de respuesta y sean adaptativos frente a los riesgos inmediatos y a corto plazo para la salud de la población. En ese marco, se destaca la necesidad de que los países fortalezcan el ejercicio de las FESP como un componente del fortalecimiento de los sistemas de salud, incluyendo las capacidades básicas detalladas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005). Además, se señala que las actividades para lograr la resiliencia de los sistemas de salud deben ampliarse más allá de fortalecer la respuesta frente a los riesgos, los desastres y los brotes de enfermedades, para enmarcarse en el desarrollo sostenible como un componente de los sistemas de protección social en el ámbito de la salud y abordar otros riesgos continuos para la salud y el bienestar de la población, incluidas la inestabilidad social y la carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles.

En aras de lograr mejoras sostenibles, se promueve un enfoque integrado en los ámbitos de preparación y respuesta frente a emergencias y reducción del riesgo de desastres, vigilancia de enfermedades y manejo de brotes, y fortalecimiento de los sistemas de salud como un todo, incluso con respecto a la gobernanza y la regulación del sector de la salud. En el marco relativo a los sistemas de salud resilientes se subraya que es fundamental invertir en los servicios de primer nivel de atención y asegurar que haya capacidad de reserva, con el suministro necesario de personal de salud apropiado y de financiamiento, medicamentos y tecnologías sanitarias, para permitir que se pueda ampliar rápidamente la escala de los servicios de salud pública durante eventos de salud graves de evolución rápida o sostenidos.

Otra referencia importante es la *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* (35), aprobada en el 2017 en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. La agenda define objetivos, metas e indicadores como expresión de los compromisos de los países en relación con los retos pendientes y los desafíos nuevos en materia de salud pública, y hace una mención explícita sobre la necesidad de fortalecer las FESP como elemento clave para fortalecer la rectoría y la gobernanza, con una perspectiva transversal en el fortalecimiento del resto de los objetivos definidos. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 integra además la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (33), junto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (36) y las metas inconclusas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Estrategias mundiales recientes sobre salud pública

El debate internacional sobre la necesidad de fortalecer las FESP adquirió un enfoque renovado con la aprobación de la resolución sobre el *Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal* por la Asamblea Mundial de la Salud a finales de mayo del 2016 (37). La resolución impulsó la necesidad de fortalecer las capacidades de salud pública frente al brote de la enfermedad del virus del Ébola en África Occidental, que puso de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para responder mejor a las necesidades de la población (38). Además, proporcionó un impulso renovado para capitalizar, racionalizar y promover la agenda de las FESP en las diferentes oficinas regionales de la OMS, reconociendo que las FESP son un componente importante para el logro de la cobertura universal de salud (para asegurar las capacidades en salud pública y fortalecer el acceso a los servicios de promoción, protección y prevención, entre otras contribuciones) y un enfoque sólido para el análisis y el desarrollo institucional del RSI.

En ese contexto, la OMS ha hecho un llamado a discutir más a fondo las experiencias regionales de las FESP y sus vínculos con el RSI y los sistemas de salud. El énfasis actual sobre la resiliencia de los sistemas de salud y el cumplimiento del RSI por parte de los Estados Miembros ofrece una oportunidad para resaltar cómo se pueden construir sistemas de salud resilientes mediante el fortalecimiento de la salud pública. Revisiones preliminares evidencian una clara superposición entre muchos de los marcos de trabajo regionales sobre las FESP, los sistemas de salud y el RSI, lo cual es respaldado por varios ejemplos prácticos de eventos importantes de salud pública. Dichos vínculos son fundamentales para la planificación de los sistemas de salud y, por consiguiente, es

necesario aclarar y dar operatividad a los vínculos entre las FESP, el RSI y el fortalecimiento de los sistemas de salud (38).

De igual forma, la reciente resolución *Respuesta a la COVID-19*, aprobada durante la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2020 (39), pone de relieve la necesidad de dar una respuesta multisectorial, con participación de todas las instancias gubernamentales y la sociedad en su conjunto, para fortalecer los sistemas de salud y apoyo social de manera sostenible, así como su capacidad de preparación, vigilancia y respuesta. En ese marco, los Estados Miembros de la OMS reconocen el impacto desproporcionado de la pandemia de COVID-19 en la población más vulnerable, y sus repercusiones en los avances en materia de salud y desarrollo, y asumen el compromiso de garantizar el funcionamiento sostenido de los sistemas de salud, necesarios para dar una respuesta efectiva de salud pública a la pandemia de COVID-19 y otras pandemias en curso, y el acceso ininterrumpido a los servicios individuales y colectivos que la población necesita.

Asimismo, los Estados Miembros asumen la necesidad de aplicar planes nacionales de acción que sean integrales y tomen en consideración la edad, la discapacidad y el género, garantizando al mismo tiempo el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situaciones vulnerables, promoviendo la cohesión social, adoptando las medidas necesarias para garantizar la protección social y la protección contra las dificultades financieras, y previniendo la inseguridad, la violencia, la discriminación, la estigmatización y la marginación.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre del 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (36), representa otro cambio importante en el ámbito internacional desde la iniciativa de *La salud pública en las Américas (1)*. El alcance de los 17 ODS asociados a esta agenda requiere de enfoques más integrados y colaborativos para abordar la mejora de la salud y reducir las causas de las inequidades en este ámbito en la Región, asumiendo la salud como un derecho humano en todas sus dimensiones. Esta hoja de ruta demanda que los sistemas de salud adopten una función más decisiva en las actividades dirigidas a mejorar la equidad y la salud de la población, y contribuir a una mayor coherencia y sinergia entre las acciones de otros sectores, tanto a nivel nacional como a nivel local (36).

Para abordar esta tarea, resulta entonces necesario involucrar a múltiples sectores del gobierno, la economía y la sociedad civil, y hacer frente así a los desafíos contemporáneos de salud pública. De esta forma, la renovación de las FESP se enmarca en una acción integral e incluyente para abordar metas específicas de todos los ODS, y contribuir de manera significativa a la salud de la población.

Esta necesidad se ve reforzada por otros marcos, estrategias y resoluciones recientes, como la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud del 2011 (40) y la declaración de Helsinki relativa a la salud en todas las políticas del 2014 (41). Estas declaraciones refuerzan el enfoque de abordar los determinantes sociales de la salud, incluir de manera sistemática todos los sectores cuya acción tiene repercusiones en la salud y aprovechar las sinergias para evitar consecuencias perjudiciales para la salud. Por tanto, constituyen referencias relevantes para

el ejercicio de las FESP que permiten identificar acciones intersectoriales y políticas públicas integrales, centrales en el avance hacia el derecho a la salud y el logro de la equidad.

Finalmente, la reciente Declaración de Astaná sobre la atención primaria de salud, aprobada en octubre del 2018 en conmemoración del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata (42), ofrece otro incentivo para revisar y actualizar las FESP. En esta declaración se establece una visión transformada de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud al explicitar la necesidad de mejorar la capacidad e infraestructura del primer nivel de atención y priorizar las FESP, las acciones de prevención de enfermedades y la promoción de la salud (42). Esta declaración incluye temas altamente prioritarios para la salud pública al reconocer que los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud deberán proporcionar una amplia gama de servicios integrales de prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, que deberán ser accesibles, equitativos, de alta calidad e integrales, para satisfacer las necesidades de salud de todas las personas a lo largo del ciclo de vida (42).

PARTE II



PILARES PARA ACTUALIZAR Y REVITALIZAR EL CAMPO DE ACCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

A medida que se ha profundizado en la comprensión de las causas de las enfermedades, tales como los determinantes sociales de la salud, el ámbito de acción de la salud pública ha ampliado su enfoque para abarcar diversas actividades encaminadas a abordar los problemas y necesidades colectivos de la salud de la población y sus causas (21, 43). Esta perspectiva más amplia, explicitada por las agendas mundiales y regionales de salud de las que ya se habló en la sección anterior, no se ha traducido en un marco analítico de la salud pública y las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que permita tener implicaciones efectivas en términos de líneas de acción de las autoridades de salud y en colaboración con otros actores del Estado y de la sociedad civil (26).

Esto ha dado lugar a intensos debates sobre los límites operativos de la práctica de la salud pública (44), principalmente en su relación con la práctica médica y, más recientemente, con otros sectores más allá del de la salud, cuyas actividades afectan la salud de la población. Entre los temas centrales se incluyen las responsabilidades de los actores públicos, privados e individuales, las estructuras de gobierno necesarias para formular y supervisar políticas tanto dentro como fuera del sistema de salud, y la integración de los servicios de atención individual con los servicios de salud pública tradicionales (26).

La dificultad de definir el ámbito de acción de la salud pública no se centra en desacuerdos sobre sus objetivos fundamentales (11, 21, 25). Proteger y mejorar la salud de la población ha sido, y permanece siendo, una misión ampliamente aceptada y central a todas las definiciones de salud pública (recuadro 1). El desafío entonces radica en dar operatividad al campo de la salud pública con suficiente reconocimiento de su propósito y misión. ¿Cuáles son entonces los principales fundamentos para ampliar el campo de acción de las FESP y ofrecer una guía operativa con influencia sobre la formulación de políticas?

Esta sección propone cuatro pilares que sirven para desarrollar una respuesta, con explicación de los fundamentos para realizar un nuevo marco conceptual de las FESP:

- **Pilar 1.** Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas.
- **Pilar 2.** Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones.
- **Pilar 3.** Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.
- **Pilar 4.** Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.

Recuadro 1. Objetivo de la salud pública

La mayoría de las definiciones modernas de salud pública^{a-c} se remontan a Charles-Edward Amory Winslow, quien en 1920 afirmó que la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medioambiente, el control de las infecciones de la comunidad, la educación del individuo en la higiene personal, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social que garantizará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud^d.

En la iniciativa del 2002 *La salud pública en las Américas*, el concepto de salud pública en el que se basó la definición de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) fue el de “la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas”^e. En tanto, el campo de acción de la salud pública se articuló a través del listado de FESP, entendidas como “las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública”^e.

Esta concepción de la salud pública trataba de superar dicotomías fragmentarias, tales como servicios personales frente a ambientales, preventivos frente a curativos o públicos frente a privados. En ese sentido, ofreció una visión más integral al vincular la responsabilidad de las autoridades de salud de garantizar el derecho al acceso a programas y servicios poblacionales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como a los servicios de atención individual de salud^e. También amplió la noción limitada a bienes públicos con externalidades positivas para la salud, al incorporar bienes semiprivados o privados con repercusión sobre la salud colectiva^e.

a Significados.com [Internet]. Matosinhos (Portugal): 7Graus; c2013-2018. Significado de salud pública; [consultado el 3 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.significados.com/salud-publica>.

b American Public Health Association – For Science. For Action. For Health [Internet]. Washington, D.C.: APHA; c2018. What is public health?; [consultado el 3 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.apha.org/what-is-public-health>.

c CDC Foundation [Internet]. Atlanta (GA): CDC Foundation; c2018. What is public health?; [consultado el 3 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.cdcfoundation.org/what-public-health>.

d Winslow CE. The untilled fields of public health. *Science*. 1920;51:23-33.

e Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2002.

Pilar 1. Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas

Desde hace varios años, pero especialmente en las últimas dos décadas, se ha demostrado que existen importantes diferencias en el estado de salud de las personas según distintos atributos socioeconómicos, geográficos, étnicos y de género. La difusión sistemática de estas diferencias ha permitido un cambio en la política de salud de los gobiernos y organismos internacionales para incluir en sus agendas la garantía del derecho a la salud y la equidad como elementos éticos, es decir, normativos y no meramente descriptivos (45).

La Declaración Universal de Derechos Humanos constituye el principal marco ético que guía la práctica de la salud pública (21). Los derechos humanos y el derecho a la salud no solo proclaman el derecho a la salud para todas las personas, sino que también brindan un mandato a los Estados para “respetarlos, protegerlos y alcanzarlos” en formas que promuevan la salud de la población (46). Este abordaje pone el foco sobre las inequidades socioeconómicas, la distribución desigual del poder y la negación de la dignidad humana, que condicionan las enfermedades prevenibles, la muerte prematura y la incapacidad (47,48).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado el principio de derechos humanos y derecho a la salud, con ambos enfocados en salvaguardar la dignidad humana y promover la justicia social (49). Así mismo lo hicieron los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (33) con la explicitación de los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad, como principios y fundamentos centrales para guiar la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (35) añade a los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad los principios de universalidad e inclusión social. De esta forma, se asume una agenda de desarrollo social y sostenible más integral. Más recientemente, los gobiernos de todo el mundo ratificaron, mediante la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2019 (50), su compromiso político para garantizar el derecho de todas las personas, sin discriminación de ningún tipo, al mayor estándar posible de salud mental y física.

Teniendo en cuenta los lineamientos éticos de las agendas de salud actuales, es indispensable que el logro del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad en la salud deban transformarse en uno de los principales objetivos del ejercicio de la salud pública, para así orientar y mejorar su práctica. Basado en ello, se asume el derecho a la salud como el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud y principio primario y ordenador de los sistemas de salud (51). La solidaridad se considera un principio que sostiene el desarrollo del sistema de protección social, con mecanismos redistributivos a través de contribuciones definidas en función de la capacidad económica de las personas y las necesidades de la población. Por último, la equidad se refiere a la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables entre los grupos de la población en el estado de salud y en el acceso a la salud y a los ambientes saludables. Esta orienta la priorización de los esfuerzos de políticas e intervenciones de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica (51). En ese marco, las FESP deben verse como las capacidades de una acción colectiva integrada por las autoridades de salud y la sociedad civil para alcanzar estos propósitos.

Pilar 2. Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones

El recorrido de los conocimientos y prácticas de la salud pública ha avanzado en la actualidad hacia un consenso mundial sobre la necesidad de abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que afectan la salud de la población (21). Sin embargo, dado que estas condiciones frecuentemente están fuera del ámbito del sector de la salud, este tipo de respuesta tiene una complejidad institucional y política de gran relevancia (21).

El reconocimiento de la influencia de factores externos al ámbito de acción del sector de la salud vino acompañado inicialmente, con su inclusión en versiones previas de las FESP, del abordaje de la salud pública ambiental como determinante de la salud con mayor desarrollo en términos de servicios de salud pública. En cambio, los determinantes sociales, como causas subyacentes y estructurales de los problemas de salud de la población, tuvieron escasa visibilidad y tratamiento.

La introducción de los determinantes sociales, en años más recientes, incorpora en la agenda de salud pública la necesidad de abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que afectan la salud, y la forma en que estas condiciones reproducen inequidades persistentes y evitables en materia de salud y detraen los logros alcanzados en la Región (21, 52-56). Problemáticas como la globalización, la urbanización, la segregación racial, la distribución de ingresos y el envejecimiento han sido incorporadas en las agendas de salud pública nacionales y regionales.

Así, por ejemplo, la *Estrategia regional para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* reconoce la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud por medio de medidas intersectoriales destinadas a asegurar el acceso a la salud para todos, incluyendo no solo el acceso a la atención médica, sino también medidas en torno a los determinantes sociales de la salud y la reducción de las inequidades en la salud.

El abordaje de los determinantes sociales de la salud también está presente en la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* de la OPS. En este documento se reconoce que “los vínculos inextricables entre las personas y su entorno constituyen la base de un enfoque socioecológico de la salud” (57). En esta propuesta, los entornos, compuestos por escuelas, universidades, viviendas, lugares de trabajo, mercados y otros espacios comunes en territorios y comunidades urbanos y rurales, se abordan a través de intervenciones para promover la salud y mejorar la calidad de vida de la población, considerando los aspectos diversos y multiculturales de las comunidades, especialmente en el caso de quienes viven en las condiciones más vulnerables. En este marco, los gobiernos asumen la responsabilidad de formular políticas de salud que aborden la justicia social y los efectos perjudiciales de la producción y el consumo insostenibles. Los gobiernos locales pueden desempeñar un papel fundamental en la promoción de la salud con enfoques intersectoriales en todos los niveles de gobierno para reducir las desigualdades e inequidades en la salud.

Estas estrategias de la OPS expresan el apoyo regional y mundial a la ampliación del alcance de la salud pública para abordar los determinantes sociales y las condiciones de vida de la población que influyen en el proceso de salud-enfermedad. Estos determinantes sociales incluyen no solo las condiciones sociales del entorno de la población con una perspectiva de territorio, sino las estructuras y mecanismos del Estado que ofrecen cobertura y protección social a la población.

Pilar 3. Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos

El debate y la confusión sobre los límites operativos de la salud pública han sido algunos de los factores que han hecho retroceder a la salud pública en la conciencia colectiva, mientras que el componente médico centrado en los servicios de atención médica individual se ha mantenido en crecimiento y se ha situado en una posición de vanguardia con una presencia casi hegemónica en la agenda de reformas y fortalecimiento del sector de la salud (21). En ese contexto, se argumenta que la agenda de fortalecimiento de las FESP debe garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales, tanto individuales como colectivos, y ser parte integral de los procesos de reforma o fortalecimiento de los sistemas de salud.

El concepto de acceso a la salud empleado en este documento se define como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan”, que fue adoptado por los Estados Miembros de la OPS en el 2014 en el marco de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (33). Por servicios integrales de salud se entiende aquellas “acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad [...] y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios” (33).

De lo anterior se desprende la necesidad de responder a dos interrogantes. El primero es: ¿qué constituyen servicios integrales de salud pública?; el segundo, ¿cuál es la relación de las FESP con las funciones propias del sistema de salud y sus procesos de transformación?

¿Qué constituyen servicios integrales de salud pública?

El desafío para llegar a esta definición, tanto en el campo académico como en el político, se da en torno al grado en que la garantía de la prestación de servicios de salud individual puede considerarse una función básica y esencial de la salud pública (26, 58). Es importante comenzar por reconocer el vínculo que existe entre los servicios de salud individuales y colectivos, dada su influencia sobre la salud de la población. A pesar de que puedan persistir tensiones entre los servicios de salud individuales y colectivos, en la actualidad se reconoce que ambos son inevitablemente, y cada vez más, interdependientes (59), al compartir el objetivo común y definitorio de maximizar los beneficios de salud en el mayor número de personas posible (60).

En ese sentido, se puede reconocer que la salud pública incluye la organización de servicios de salud integrales con una base definida de población (61). Por servicios integrales se entiende, como se apuntó antes, acciones poblacionales e individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios (33). Asimismo, los servicios de salud individual y colectiva constituyen intervenciones de salud pública que buscan tener algún efecto sobre las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que afectan la salud de las poblaciones (61).

En la Región de las Américas, existe una trayectoria en la definición de servicios de salud pública, originada en la formulación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

de Estados Unidos de América, basada en promover dichos servicios asociados con servicios de promoción y prevención de base poblacional, asegurando también que las personas se vinculen a la atención individual cuando sea necesario (6). La formulación de la iniciativa de *La salud pública en las Américas* del 2002 (1) asume una perspectiva más integral al incluir como servicios de salud pública los servicios poblacionales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como también los servicios de salud individuales de atención médica. En ese marco, la garantía y mejora de ambos tipos de servicios constituye una función esencial de la salud pública (1).

Desde esta última perspectiva, los servicios de salud pública pueden caracterizarse identificando cinco niveles de intervención. En el primer nivel, se identifican las intervenciones enfocadas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, la reducción de la pobreza y mejoras en la educación); en el segundo, las intervenciones que buscan cambiar factores contextuales que afectan la salud (por ejemplo, el acceso a agua potable y carreteras seguras); en el tercero, las intervenciones de protección con beneficios a largo plazo (por ejemplo, el acceso a inmunizaciones y servicios de tamizaje); en el cuarto, los cuidados de atención individual; y por último, en el quinto nivel, las intervenciones de educación para la salud, usualmente gestionadas desde los establecimientos de salud, para promover cambios en el comportamiento (por ejemplo, aumentar la actividad física y adoptar dietas saludables) (62).

Por lo general, las intervenciones en los primeros dos niveles tienen el mayor potencial para mejorar la salud de la población, pero necesitan de mayor compromiso político al requerir transformaciones sociales más profundas. Por otra parte, las intervenciones en los últimos tres niveles constituyen servicios de salud individuales que pueden tener un impacto a nivel poblacional en la medida en que se garantice su calidad y el acceso universal. Una acción comprensiva de salud pública debe, por lo general, asegurar la implementación de medidas en cada nivel de intervención a fin de maximizar sinergias y la probabilidad de éxito a largo plazo.

Por consiguiente, asegurar el acceso al conjunto de acciones de salud pública, tanto individuales como poblacionales, y en todos sus niveles de intervención, es parte del ámbito de acción de la salud pública y de sus funciones. Ahora bien, aunque se puede hacer una distinción entre los servicios de salud individuales y los servicios de salud colectivos (63), esto no significa que estos deban estar separados; por el contrario, ambos necesitan trabajar de forma integrada para mejorar la salud de la población (1, 64, 65). Con miras a la aplicación práctica de esta relación, diferentes actores nacionales e internacionales han realizado un llamado para la integración de los servicios individuales gestionados desde el primer nivel de atención con los servicios colectivos de salud pública, reconociendo que ambos tienen el objetivo común de prevenir enfermedades y promover la salud de la población (42, 66-68). En algunas áreas, como las inmunizaciones y la preparación para emergencias, esta colaboración tiene una larga historia, pero existen un interés y una necesidad crecientes para que el primer nivel de atención y los servicios colectivos de salud pública amplíen y profundicen su relación para tener mayor impacto en la salud de la población (69-72).

¿Cuál es la relación de las funciones esenciales de la salud pública con las funciones propias del sistema de salud y sus procesos de transformación?

A pesar de que las actividades e intereses del sistema de prestación de servicios de salud y la salud pública se superponen claramente, la concepción frecuente es identificar los sistemas de salud con el sistema de prestación de servicios médicos, con un menor reconocimiento de la interacción que existe, o debería existir, entre esto último y las demás actividades de salud pública. Dicha concepción es el reflejo de la estructura actual de la mayoría de los sistemas de salud de la Región, en donde la separación de los arreglos financieros, institucionales y de prestación de los servicios colectivos de salud pública respecto de los servicios de atención a las personas contribuye de forma importante a la fragmentación de los sistemas de salud.

Desde la versión de las FESP del 2002, se reconoce la salud pública como un componente del sistema de salud (1), entendido este como el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (73). Este comprende una red organizada de actividades para influir sobre los determinantes de la salud, así como acciones directas para mejorar la salud, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, estatales, no estatales y privados que las realizan (1).¹

La separación operativa entre la salud pública y la atención individual resultan del predominio del modelo de atención centrado en la enfermedad, la atención de pacientes agudos y el manejo intrahospitalario, sumado a una concepción de la cobertura restringida a servicios clínicos preventivos y un abordaje limitado de los determinantes de la salud (74). Como disciplinas y campo profesional, la medicina y la salud pública han evolucionado de forma divergente y separada, con mínimos niveles de interacción, y frecuentemente sin reconocimiento de las oportunidades perdidas para mejorar la salud de los individuos y de la población.

Esta concepción contribuye a la restricción de la legitimidad de la salud pública, que conlleva menos recursos y una influencia limitada para esta en las políticas públicas, lo que representa una barrera importante para lograr un abordaje integral e integrado. El menosprecio de la importancia de la salud pública en la organización y el funcionamiento de los sistemas de prestación es, quizás, la causa principal de la baja efectividad social de los sistemas de salud, de los niveles bajos de satisfacción de la población con respecto a la atención recibida y de los fracasos de algunas reformas sectoriales realizadas en los últimos dos decenios (74).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que cualquier iniciativa de renovación y revitalización de la salud pública y sus funciones identifique las implicaciones de esta separación y abogue por una mejor colaboración, abordando los determinantes sociales de la salud, especialmente en lo que respecta a garantizar el acceso a las intervenciones de salud que prioricen la prevención y las asociaciones para tener esfuerzos más amplios de promoción de la salud dentro del sistema de salud (60, 74). Tal abordaje plantea nuevos desafíos para las autoridades de salud y la ejecución

1 En su uso ordinario, los términos *sistema de salud* y *sector de la salud* son casi intercambiables, especialmente cuando se analizan las reformas del sector o sistema de salud. Si un sistema de salud se define de forma más restringida (por ejemplo, como el sistema de prestación de servicios), el sector de la salud incluiría más proveedores y servicios. A la inversa, el sistema de salud podría tener importantes funciones no valoradas. En todo caso, el sector de la salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población. Véase Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2002 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.

de las FESP por parte de ellas, particularmente en relación con su responsabilidad de asegurar que el sistema de prestación de servicios de salud cumpla con sus responsabilidades de salud pública y de dirigir a proveedores y compradores de servicios de salud para involucrarlos más plenamente en la salud pública.

La salud pública tiene la oportunidad de jugar un papel importante en la transformación de los sistemas de salud para que promuevan la prevención y la vida saludable. Su foco en la prevención y los determinantes sociales de la salud puede hacer contribuciones invaluableles al sistema de provisión (60, 74). Las experiencias recientes en torno a las epidemias y emergencias de salud pública, ejemplificadas por la pandemia de COVID-19, la epidemia de gripe H1N1 y el brote de enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental, muestran de manera inequívoca la necesidad de integrar medidas para fortalecer los sistemas de salud con los esfuerzos para garantizar las capacidades básicas en salud pública, muchas presentes en el RSI, como estrategia para garantizar el ejercicio integrado y continuo de las funciones de salud pública y las funciones del sistema de salud (75, 76) (recuadro 2).

Es necesario, por tanto, incorporar las FESP en un marco de fortalecimiento de los sistemas de salud, con el propósito de apoyar a las autoridades de salud en el desarrollo de planes y políticas integrales en colaboración con la comunidad y los diferentes organismos dentro del sector de la salud y fuera del sector, reduciendo así la fragmentación institucional actual.

Recuadro 2. El Reglamento Sanitario Internacional y su intersección con las funciones esenciales de la salud pública

La evaluación de capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005), como un instrumento internacional para ayudar a la comunidad a prevenir y afrontar riesgos de salud pública^a, es útil, desde el punto de vista conceptual y práctico, para visualizar cómo y dónde se pueden aprovechar mejor las intersecciones entre las funciones esenciales de la salud pública (FESP) y el funcionamiento propio del sistema de salud. La capacidad de un país para detectar, informar y responder a las amenazas para la salud requiere el fortalecimiento de componentes propios de los sistemas de salud que se reflejan en el marco de fortalecimiento de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^b. En primera instancia, la función rectora de las autoridades de salud es fundamental para mejorar la implementación del RSI y para contrarrestar los brotes en general. Esta constituye la piedra angular de cualquier esfuerzo para fortalecer la seguridad de la salud.

Además, funciones básicas y esenciales de la salud pública, como la vigilancia y el monitoreo, son un pilar central del RSI (2005) y requieren contribuciones del sistema de salud. La capacidad de activar rápidamente otros componentes básicos del sistema de salud, que abarcan la prestación de servicios, así como los recursos humanos, financieros y tecnológicos, es una prioridad tanto durante las emergencias como para asegurar el fortalecimiento propio de los sistemas de salud. Con respecto a los servicios, la forma en que están organizados, administrados y prestados es la demostración más visible del

funcionamiento general y la eficiencia del sistema de salud, especialmente durante una crisis. Con respecto al RSI (2005), existe también la necesidad de mejorar la coordinación de los sistemas de prestación en relación con la salud pública y la atención clínica en torno a las emergencias^{b,c}.

También es necesaria la colaboración con otras partes interesadas, sobre todo con el sector privado, para mejorar la logística en emergencias. Los proveedores locales de servicios de salud y las comunidades locales, junto con la sociedad civil, también pueden desempeñar un papel crucial en la prestación rápida de servicios clave. Los productos médicos, las vacunas y las tecnologías sanitarias son fundamentales para brindar una respuesta de emergencia en el marco del RSI (2005). Otro tema crucial para la preparación y respuesta ante emergencias lo constituyen los recursos humanos para la salud, en términos de cantidad y disponibilidad, experiencia relevante, capacitación y despliegue. Finalmente, la importancia del financiamiento no puede ser subestimada en la planificación del RSI (2005). Los países deben invertir en su salud pública, instituciones e infraestructura, como los servicios locales de laboratorio y diagnóstico para identificar los peligros y eventos que pueden llevar a emergencias y posibles brotes, así como el personal especializado y los suministros^{b,c}.

Dichos esfuerzos ayudan al cumplimiento de los requerimientos del RSI (2005) como parte integral de los sistemas de salud, en vez de ser percibidos como un conjunto de estipulaciones impuestas de manera externa. Los mandatos recientes sobre atención primaria de salud^d y acceso universal a la salud y cobertura universal de salud^e, así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible^f, hacen un llamado a fortalecer los sistemas de salud para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud pública. Estas referencias recientes refuerzan la expectativa de que la salud pública sea parte inherente y prioritaria del sistema de salud y, por tanto, la renovación de la iniciativa de las FESP, sin duda, debe dar operatividad a áreas de coordinación y componentes específicos de un sistema de salud que integre y dé preferencia a la salud pública.

- a Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 3.ª ed. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es>.
- b Organización Mundial de la Salud. Health systems, international health regulations, and essential public health functions. Report of the WHO Interregional Internal Working Meeting. Copenhagen, Denmark. 15-16 March 2016 [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 12 de noviembre del 2018] (WHO/HIS/SDS/2016.13). Disponible en: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/CopenhagenMeetingReport.pdf>.
- c Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 12 de noviembre del 2018] (resolución WHA69.1). Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf.
- d Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible; 25 y 26 de octubre del 2018; Astaná (Kazajstán). Astaná: OMS y UNICEF; 2018 [consultado el 12 de noviembre del 2018] (WHO/HIS/SDS/2018.61).
- e Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2).
- f Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre del 2015 al 12 de septiembre del 2016; Nueva York (Estados Unidos de América). Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 12 de noviembre del 2018] (resolución A/RES/70/1). Disponible en: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.

Pilar 4. Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública

En la actualidad, la visión de que la salud pública es una actividad exclusiva del Estado se ha complementado con un amplio reconocimiento de que la salud pública es multisectorial y requiere de la coordinación de actores de otros sectores del gobierno, el ámbito académico, el sector privado y otros sectores no responsables directamente de la salud para poder hacer frente a problemas de salud cada vez más complejos, como las enfermedades crónicas, el envejecimiento, la violencia y el cambio climático (21, 43).

Esta perspectiva se nutre de antecedentes de la OPS, que hacen un llamado a la ampliación de la protección social en materia de salud para poder satisfacer las necesidades y demandas de salud de la sociedad y combatir la exclusión social en relación con la salud, que deberían abordarse a través de intervenciones públicas que procuren garantizar el acceso tanto a los servicios del sistema de salud existentes como a intervenciones que logren mitigar el impacto negativo económico y social de sucesos personales adversos —como las enfermedades o el desempleo— o generales —como los desastres naturales— sobre la población y, en especial, sobre la población en condiciones de mayor vulnerabilidad (77).

Asimismo, las resoluciones regionales e internacionales recientes, incluyendo la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (36), la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (40), la declaración de Helsinki relativa a la salud en todas las políticas (41) y la Declaración de Astaná sobre la atención primaria de salud (42), entre otras, hacen un llamado inequívoco para que las autoridades de salud sean convocantes y líderes de actividades de salud pública que deben ser conducidas de forma colectiva por una variedad de socios externos a las autoridades de salud y el sector de la salud.

Todo esto destaca la necesidad de una perspectiva de rectoría no asociada a una concepción autosuficiente del poder de influencia de las autoridades de salud, expresada exclusivamente por el papel de los ministerios de salud o la autoridad nacional equivalente. Por el contrario, pondera su papel de liderazgo en una acción colectiva en la cual se incluyan también otros actores, integrantes o no de la estructura del Estado (71). Sin embargo, es importante aclarar que comprometer a los actores de la sociedad no significa de ningún modo desplazar la función rectora de las autoridades de salud en relación con el ejercicio de la salud pública. Esta función tiene el papel central de asegurar que los actores sociales sean responsables en relación con las funciones y acciones que les han sido asignadas y la presentación de resultados medibles.

En efecto, las transformaciones que han experimentado los sistemas de salud en la Región de las Américas en los últimos decenios, incluidos una mayor participación del sector privado y un hincapié renovado en la acción multisectorial, han expandido el campo de acción de las autoridades de salud más allá de su función tradicional en la administración de programas y servicios del sector público, con el objeto de incluir innovaciones y nuevas capacidades para el ejercicio de su función rectora en la regulación y la administración de recursos, y las actividades de inteligencia y el empoderamiento de las personas, entre otras. Sin embargo, dicha ampliación

se ha enfrentado con frecuentes limitaciones de personal, las prioridades de salud internacionales que evolucionan rápidamente y que a menudo compiten entre sí, y las relaciones complejas entre actores estatales y no estatales a nivel nacional y subnacional.

La respuesta adecuada de las autoridades de salud para hacer frente a los desafíos actuales requiere que posean capacidades y habilidades específicas. Dichas capacidades son diversas, y entre ellas cabe mencionar las siguientes: capacidades estructurales (como la existencia de mecanismos para la toma de decisiones), capacidades para asumir las funciones conferidas (como el poder y la legitimidad asociadas a tales funciones), capacidades personales (o competencias individuales, como conocimientos y habilidades técnicas, administrativas e interpersonales), capacidades para asumir la carga de trabajo (como el personal suficiente y la existencia de lineamientos claros), capacidades para la mejora del desempeño (como la asignación de los recursos necesarios) y capacidades de supervisión (como la disponibilidad de sistemas de presentación de informes y monitoreo, mecanismos para asegurar la transparencia y disponibilidad de incentivos, y sanciones para facilitar el ejercicio de las funciones).

La OPS consideró recientemente (2017) la rectoría como “la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud” (78). Por gobernanza se ha entendido “los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud” (78).

La rectoría, de acuerdo con lo anterior, no puede transferirse a otras instancias de la sociedad. La acción del gobierno es indispensable para dar orientación al sector y la política pública de salud, en su papel receptor activo del consenso social en materia de salud, y en relación con el uso legal del poder de la autoridad que la democracia le confía (79). Las autoridades de salud también deben esforzarse por la excelencia en su quehacer, para que los grupos que trabajan en la resolución de problemas de salud pública quieran seguir realizando esa contribución a la sociedad. En ese sentido, las acciones de salud pública son de responsabilidad específica o compartida entre múltiples actores sociales, una situación en la que las autoridades de salud (ver recuadro 3) deben liderar y garantizar que los diferentes actores realicen aportes alineados con la construcción de sistemas y políticas de salud pública equitativos, con el objetivo último de defender la salud como un derecho social (79).

Teniendo en cuenta lo anterior, el cumplimiento de las FESP debe considerarse una expresión del ejercicio pleno de la función rectora de las autoridades de salud, en especial por su liderazgo en relación con la creación de las condiciones para garantizar, de forma directa o a través de otros actores sociales, el fortalecimiento de la salud pública. En ese sentido, las FESP deben ser lo suficientemente amplias y versátiles para que se apliquen en los diferentes niveles de autoridad y en contextos políticos y legislativos variados. De esta manera, su ejercicio mantendría un abordaje sistémico que incluya no solo todos los niveles de autoridad, sino también a todos los actores que participan en la promoción, la prevención, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud.

Recuadro 3. Sobre las autoridades de salud

Las autoridades de salud presentan diferencias estructurales en su composición en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector de la salud^a. Las autoridades de salud se interpretan como “el conjunto de organizaciones, entidades o actores del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud”^b. Los ministerios de salud, o la autoridad nacional de salud equivalente, son las principales organizaciones públicas depositarias de la autoridad en el ámbito de la salud y, en ese sentido, son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. No obstante, de acuerdo con el grado de descentralización de las acciones sectoriales, y debido a las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, le corresponderá al ministerio nacional de salud un mayor o menor espectro de competencias^c.

Dentro de la estructura del Estado se pueden mencionar también otros organismos de otros sectores o jurisdicciones (vivienda, educación, finanzas, comercio, desarrollo social, etc.) que son indispensables para sostener iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud^{d,e}. También es necesario considerar tanto actores de jurisdicciones subnacionales (provinciales o municipales), que desempeñan un papel clave para adecuar o implementar iniciativas en contextos locales, como actores no estatales (sociedad civil, organizada o no, y organizaciones privadas con o sin fines de lucro, con mayor o menor formalidad y visibilidad), que realizan funciones de control social, promoción de la causa e influencia^{f,g}.

- a Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C.: OPS; 2007.
- b Vega Romero R, Torres Tovar M. El papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 [consultado el 26 de octubre del 2018];37(2):145-54. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu08211.pdf>.
- c Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2002.
- d Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mapeo de la autoridad sanitaria nacional. Washington, D.C.: OPS; 2005.
- e Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición especial n.º 17 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2007 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf.
- f Báscolo EP, Yavich N, Denis JL. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. *Fam Pract*. 2016; 33(3):207-18.
- g Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica*. 2006;22(Sup.):S35-S45.

La ampliación del campo de acción de las autoridades de salud y la inclusión de otros actores conlleva también la necesidad de un abordaje intersectorial. Desde esta perspectiva, se promueve que diversos sectores (no solo gubernamentales), de manera articulada, atiendan necesidades sociales o prevengan problemas de salud que tienen causas complejas, diversas y relacionadas en sus orígenes. Implica que los sectores actúen conjuntamente a fin de lograr un cambio respecto a la situación actual. Implica, además, relaciones de colaboración, no jerárquicas e incluso no contractuales, y de coordinación entre sectores. Esta última es importante para reunir y aprovechar recursos limitados, evitar la duplicación y utilizar los talentos y activos que ofrece cada socio (80).

Teniendo en cuenta lo anterior, se reconfiguran los alcances de la salud pública y sus funciones, con una extensión de la necesidad de coordinación entre el sector de la salud con otros sectores del Estado, el sector académico, el sector privado (con debida atención a los posibles o reales conflictos de interés) y otros sectores cuyo quehacer tiene un impacto sobre la salud. Este abordaje intersectorial es un criterio central para intervenir sobre los determinantes sociales de la salud, responsables de las condiciones de vida y de los procesos de salud-enfermedad de la población. La ampliación de los ámbitos de acción de las FESP para actuar más allá del sector de la salud se fundamenta entonces por el reconocimiento de la complejidad creciente de las condiciones de salud de la población, explicada por la determinación social, así como por las acciones intersectoriales que sirven como intervenciones del Estado para influir sobre tales determinantes.

La OMS ha promovido enfoques intersectoriales para la salud desde la Declaración de Alma-Ata en 1978 (81), con importantes hitos recientes, incluida la declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas (82), la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (83), la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (40), la declaración de Helsinki relativa a la salud en todas las políticas (41) y la Declaración de Astaná, que reafirmó el compromiso mundial con la atención primaria de salud (42). Durante las últimas décadas, los modelos y estructuras para organizar la acción intersectorial han adquirido una gama muy amplia y heterogénea en los países de la Región de las Américas (84), con implicaciones conceptuales y operativas sobre lo que constituyen las FESP, así como sobre el grado en el cual las autoridades de salud pueden (o deben) asumir el liderazgo en la planificación e implementación de la labor intersectorial para la salud. Según la cuestión que se esté abordando, se pueden caracterizar cinco diferentes tipos de intervenciones con un efecto intersectorial, que se describen como se expone en el cuadro 1.

Cuadro 1. Tipos de intervenciones con enfoques intersectoriales para la salud

1. Acción intersectorial promovida desde los servicios en contacto con la población

A nivel territorial es posible reconocer actividades de coordinación intersectorial promovidas desde los espacios de gestión y provisión de los servicios de salud, en donde las autoridades de salud asumen una función rectora en la coordinación de intervenciones que repercuten en las condiciones de vida de una comunidad determinada. El abordaje territorial permite caracterizar las condiciones de vida de una comunidad, factores demográficos, culturales, de trabajo, de infraestructura social, etc. En estos casos, el liderazgo de las autoridades de salud está justificado por el hecho de que el sector de la salud tiene el máximo nivel de conocimientos, experiencia y control sobre las estrategias para mejorar la equidad en el acceso y los resultados en el ámbito de la salud. Estas iniciativas intersectoriales están enfocadas en la reconfiguración de la forma y el alcance de las intervenciones de salud. Por lo

general, se orientan a estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, incorporando servicios de promoción y prevención, ya sea expandiendo la naturaleza multidisciplinaria de los servicios de salud o expandiendo la participación social en el establecimiento de prioridades o en su implementación.

En estos casos, se procura promover cambios en el modelo de atención en busca de una mayor orientación hacia las necesidades de las personas, las familias y las comunidades para así mejorar la equidad en el acceso a servicios integrales de salud^a. Una parte de estas actividades de coordinación buscan facilitar el acceso a los diferentes tipos de servicios sociales y garantizar o facilitar la continuidad entre estos, principalmente para atender las necesidades de personas en situación de vulnerabilidad que requieren de cuidados profesionales sociales y de salud. También se encuentran actividades intersectoriales con un papel activo de la comunidad en las intervenciones de salud pública promovidas desde el primer nivel de atención. Entre ellas, se destacan la creación y la capacitación de equipos de trabajadores de salud comunitarios, que han sido esenciales para el éxito de muchos esfuerzos para lograr una mejora en los indicadores de salud de la población^b. Asimismo, la creación de espacios de participación social, como los foros de salud, que incorporan una variedad de intereses, enfoques de salud y enfermedad, al igual que alternativas para la formulación de políticas.

2. Acción intersectorial para mejorar la salud de la población de forma directa

Estas son iniciativas intersectoriales que identifican explícitamente la mejora de los resultados de salud como uno de sus objetivos principales. En estos casos, las autoridades de salud asumen una función rectora importante, pero asegurando una estrecha colaboración con los demás sectores. Una parte de estas acciones está dirigida a públicos específicos y busca promover derechos de modo integral a un segmento determinado de la población.

Algunos ejemplos de estas iniciativas son los programas de promoción de la salud en las escuelas, los programas de lucha contra la violencia, los programas de desarrollo infantil temprano y las políticas de envejecimiento que, desde un enfoque intersectorial, buscan crear condiciones para que estas poblaciones sean saludables. De la misma forma, se pueden reconocer algunos casos en el ámbito de la salud pública ambiental, cuando se busca reducir la exposición humana a contaminantes del aire o durante una emergencia química.

En este tipo de programas, las autoridades de salud asumen el liderazgo por su papel central en la supervisión y coordinación de servicios sociales y de salud, o bien contribuyen con una fuerte articulación y un fuerte apoyo desde el sector de la salud.

3. Acción intersectorial para ampliar los sistemas de protección social

Este tipo de iniciativas está constituido por la emergencia de sistemas de protección social con una perspectiva integral y enfoque de derecho, que requieren de la colaboración tanto de los diferentes sectores gubernamentales como entre los distintos niveles de gobierno para propender hacia un sistema integral de protección social. Estas iniciativas articulan políticas que buscan garantizar la asistencia social mediante el establecimiento de beneficios, transferencias y servicios para públicos especialmente vulnerables y ampliar la cobertura de beneficios y servicios sociales relacionados con la vida laboral, así como promover una estructura de oportunidades sólida en el campo de la regulación de los mercados de trabajo y las políticas de empleo, de renta y de acceso al crédito vinculadas con el ámbito de la promoción social^c.

En estos casos, las autoridades de salud desempeñan una función de liderazgo en la medida en que estas políticas explicitan las condiciones de salud de la población, ya sea como uno de los eventos de riesgo con implicaciones para la protección social o bien sobre ciertas condiciones sociales (pobreza) o demográficas (niñez o envejecimiento) con consecuencias sobre la salud de la población. En este caso, la relación del sector de la salud con otros sectores se complementa con los mecanismos regulatorios de los sistemas de protección social y con la inclusión de beneficios específicos de salud y beneficiarios en las iniciativas de extensión de la cobertura.

Otro tipo de acciones intersectoriales buscan coordinar e integrar políticas sociales con el objetivo de enfrentar la pobreza y ampliar las condiciones de acceso a los servicios básicos. Ejemplo emblemático son los programas de transferencias condicionadas que emergen a partir de la década del 2000, como los programas Chile Solidario y Oportunidades en México^d. En estos casos, el sector de la salud tiene conocimientos sobre medidas eficaces para mejorar la salud, pero no tiene el control del escenario o carece de medios para implementar las medidas. Las autoridades sanitarias, entonces, pueden asumir el liderazgo en la promoción de estrategias, pero asegurando una estrecha cooperación con otros sectores y haciendo que participen adoptando la iniciativa como suya. El problema que fundamenta estas iniciativas es la necesidad de integrar las políticas sociales y mejorar su efectividad. Por consiguiente, estas se caracterizan por la creación de entidades o estructuras del Estado, como divisiones, organismos o dispositivos, en las cuales se busca la coordinación y la colaboración en torno a actividades, recursos (económicos, organizacionales, sociales y políticos) y actores vinculados a diferentes sectores y jurisdicciones institucionales del Estado^e. Estas innovaciones dan como resultado programas integrados de prestaciones dirigidas a un mismo grupo de la población, con una institucionalidad única y una ejecución local.

4. Acción intersectorial para abordar un determinante de la salud

Este tipo de iniciativas están dirigidas a mejorar los resultados de salud a través de algunos factores de riesgo y determinantes ambientales. Por ejemplo, el desarrollo de infraestructura (agua potable, saneamiento, energía limpia) y la regulación de bienes y servicios (alcohol, drogas y tabaco) que tienen efecto sobre la salud y que están determinados en otros sectores institucionales (por ejemplo, comercio, agricultura, vivienda, industria, transporte o energía). En estos casos, la promoción de la causa y la capacidad técnica de las autoridades de salud son factores clave para lograr mayor influencia sobre estos espacios de regulación, que anteriormente eran de incumbencia exclusiva de otras áreas de gobierno (ministerios de hacienda, comercio o ganadería).

Este tipo de mecanismos intersectoriales se expresa, en consecuencia, mediante un papel extendido de la rectoría de las autoridades de salud, que extienden su ámbito de acción e influencia sobre la agenda de otras políticas públicas del Estado para lograr un objetivo compartido y una respuesta integrada del Estado a problemas específicos^f. Estas intervenciones buscan fortalecer una gobernanza para la salud^g, que procura influir sobre aquellos mecanismos regulatorios que tienen influencia sobre la salud de la población, más allá de los límites del sector de la salud. Las autoridades de salud, en todos sus niveles, tienen funciones clave para facilitar este tipo de acciones: 1) como coordinadores del análisis y la comunicación del estado de salud de la comunidad y sus factores causales o asociados; y 2) como convocantes y facilitadores de acciones independientes y de colaboración por parte de otras organizaciones y sectores^h.

5. Acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

Este tipo de iniciativas están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud, pero algunos determinantes no necesariamente están bajo el control directo del sector de la salud. Por ejemplo, la calidad de la educación, la fortaleza del mercado laboral, la seguridad del ambiente laboral y la calidad de los vecindariosⁱ. En estas circunstancias, la función principal de las autoridades de salud es la de actuar como socio en el desarrollo y la implementación de las iniciativas, dado que el sector de la salud no controla por sí solo los medios para implementar estas estrategias, ni tiene el mayor grado de conocimientos sobre cómo deberían enmarcarse las actividades^j.

Este tipo de acción intersectorial se encuentra, por lo general, a un nivel macro nacional, pero también incluye acciones en los niveles regional y local. En el último caso, los gobiernos locales a menudo influyen directamente sobre factores que tienen un impacto en la salud y en la equidad de la salud, a través de la promoción de la salud y los procesos de gestión territorial, como el transporte y las políticas de uso de la tierra^k. Las autoridades de salud de los gobiernos locales pueden convertirse en organizaciones principales de esta acción colectiva, al reunir actores comunitarios y otros sectores gubernamentales como

socios en las actividades, los programas y las políticas de promoción de la salud^b. Estos programas de salud comunitaria son una inversión crítica para la extensión del acceso a servicios de salud pública.

De forma complementaria, el propio sistema de salud también puede considerarse como uno de los determinantes sociales de la salud, en la medida en que su arquitectura institucional define la cobertura y el acceso a los servicios de salud de la población, con obvias repercusiones sobre las condiciones de salud de la población. Aunque las autoridades de salud son rectores del sector de la salud, se requiere un esfuerzo de coordinación sectorial, dado que gran parte de sus propios arreglos institucionales requieren de la acción de otros sectores. En este marco, es posible reconocer que el modelo de financiamiento requiere de la intervención de los sectores de finanzas, económico y del trabajo en la estructura del Estado. De la misma forma, así como la regulación de los recursos humanos requiere de la participación del sector de la educación, la regulación de la tecnología en el ámbito de la salud depende de reglas derivadas de los sectores de la ciencia y la tecnología y del comercio.

- a Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición especial n.º 17 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2007 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf.
- b Health Affairs Blog [Internet]. Bethesda (MD): Project HOPE; [2017-]. Implementing the Astana Declaration—What Alma-Ata taught us; 25 de octubre del 2018 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20181024.24072/full>.
- c Cecchini S, Filgueira F, Martínez R, Rossel C, eds. Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 (Libros de la CEPAL, 136).
- d Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. Gest Polít Publica [Internet]. 2014 [consultado el 10 de diciembre del 2018];23(1):5-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n1/v23n1a1.pdf>.
- e Institute of Medicine (Estados Unidos de América). For the public's health: Revitalizing law and policy to meet new challenges. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011. Intersectoral action on health: p. 73-110.
- f Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide (South Australia): Government of South Australia; 2010.
- g Báscolo E, Cid C, Pagano JP, Urrutia MS, Del Riego A. El desafío de la sostenibilidad de los programas ampliados de inmunizaciones. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e160.
- h Pomeranz, J. The unique authority of state and local health departments to address obesity. Am J Public Health. 2011;101(7):1192-7.
- i The Marmot Review. Fair Society, Health Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. Londres: The Marmot Review; 2010.
- j Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008.
- k Adler N, Stewart J, Cohen S, Cullen M, Diez Roux A, Dow W, et al. Reaching for a healthier life: Facts on socioeconomic status and health in the U.S. Chicago (IL): The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health; 2007.
- l Lovasi GS, Hutson MA, Guerra M, Neckerman KM. Built environments and obesity in disadvantaged populations. Epidemiol Rev. 2009;31(1):7-20.
- m Marmot MG, Bell RG. Improving health: Social determinants and personal choice. Am J Prev Med. 2011;40(1Suppl):s73-s77.
- n Alstona JM, Sumnera DA, Vostia SA. Farm subsidies and obesity in the United States: National evidence and international comparisons. Food Policy. 2008;33(6):1-4.
- o Harvie A, Wise TA. Sweetening the pot: Implicit subsidies to corn sweeteners and the U.S. obesity epidemic. Medford (MA): Global Development and Environment Institute (Tufts University); 2009 (Policy Brief No. 09-01).
- p Wallinga D. Agricultural policy and childhood obesity: A food systems and public health commentary. Health Aff (Millwood). 2010;29(3):405-10.
- q Wier M, Sciammas C, Seto E, Bhatia R, Rivard T. Health, traffic, and environmental justice: Collaborative research and community action in San Francisco, California. Am J Public Health. 2009;99(Suppl3):s499-s504.
- r Organización Mundial de la Salud; Agencia de Salud Pública de Canadá. Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países [Internet]. S. l.: OMS/ASPC; 2008 [consultado del 10 de diciembre del 2018]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_es.pdf.
- s Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. Health Promot Int. 2014;29(Suppl1):i92-i102.

PARTE III



ABORDAJE INTEGRADO PARA FORTALECER LA SALUD PÚBLICA Y SUS FUNCIONES

Los fundamentos analizados anteriormente denotan que los enfoques de la salud pública han cambiado desde un foco más centrado en aspectos relacionados con la vigilancia y el control de las enfermedades y los determinantes ambientales hasta tener un abordaje más amplio en el marco de la equidad de la salud pública y los determinantes sociales de la salud.

Asimismo, los argumentos desarrollados refuerzan la idea de que la práctica de la salud pública debe guiarse por un marco de valores ampliamente aceptados. En este marco, adquiere relevancia garantizar el derecho a la salud y la idea fundamental de que la salud pública es una acción colectiva, de responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad civil, con la finalidad de proteger y mejorar la salud de la población a través de intervenciones poblacionales y comunitarias, pero también a través del acceso a una atención de la salud de calidad (11, 21).

A pesar de la dificultad de sintetizar todos estos aspectos en una sola noción conceptual, este documento interpreta la salud pública como la práctica y el campo de conocimiento de la acción colectiva del Estado, junto con la sociedad civil, para proteger y mejorar la salud de las personas y garantizar el derecho a la salud de la población.

La inclusión de la práctica y el campo de conocimiento de la salud pública denota la necesidad de sumar el acervo y la producción académica del ámbito de la salud pública a las intervenciones y prácticas que realiza el Estado en conjunto con otros actores sociales para mejorar la salud de la población. El derecho a la salud como propósito de tales acciones responde a la necesidad de explicitar este valor como elemento central del marco conceptual.

La expresión funcional de esta definición y de este objetivo de salud pública se articula en las funciones esenciales de la salud pública (FESP), entendidas como las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.

En esta definición se asumen las FESP como capacidades de las autoridades de salud, más que la propia existencia o el desempeño de intervenciones de salud requeridas en el ejercicio de las FESP. Por esta razón, la propuesta tiene una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población.

Otro de los rasgos que sobresalen de la definición es reconocer a las autoridades de salud como principal sujeto responsable del ejercicio de las FESP en todos los niveles institucionales. Esta consideración refuerza que el ejercicio de las FESP se enmarca en la función de rectoría de las autoridades de salud. Complementariamente, la necesidad de considerar todos los niveles institucionales da cuenta de que la responsabilidad puede abarcar no solo las autoridades de salud del nivel nacional, sino también niveles subnacionales, como provincias y municipios, dependiendo de la estructura política institucional de cada Estado.

Sin embargo, la responsabilidad de las autoridades de salud para el ejercicio de las FESP no es suficiente por sí sola, ya que se requiere de la participación de la sociedad civil. Esta propuesta refuerza un abordaje, ya destacado en versiones previas, para forjar en las autoridades de salud un liderazgo consolidado y construir alianzas para lograr la integración y coordinación de las actividades de salud pública de las autoridades de salud. Esta visión reconoce que, si bien es el Estado, y especialmente las autoridades de salud, quienes deben asumir la responsabilidad primaria del ejercicio de las FESP, parte de estas mismas responsabilidades es promover la inclusión de actores de la sociedad civil para que participen en este ejercicio.

Dos ingredientes relevantes acompañan esta definición: el ejercicio pleno del derecho a la salud como propósito central de este ejercicio y la inclusión de los determinantes sociales como parte del objeto de intervención, que se incorpora en esta propuesta y que demanda un abordaje multisectorial e integrado.

Modelo integrado basado sobre el ciclo de políticas

Ya desde el surgimiento de la iniciativa de las FESP en las Américas se reconoció la necesidad de un abordaje de estas funciones organizado a partir de una lógica de ciclo de políticas. En 1988, el informe del Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América titulado *El futuro de la salud pública* fue pionero en la comprensión de la salud pública como un ciclo de políticas, organizado en las siguientes tres etapas: 1) la evaluación, que incluía la evaluación, la investigación y el análisis de las necesidades en salud, los riesgos para la salud y sus determinantes; 2) el desarrollo de políticas, que incluía la promoción de la causa, la priorización y la planificación de políticas de salud pública; y 3) la garantía, que incluía la gestión de recursos y la implementación de programas para asegurar el acceso a los servicios

de salud pública (6). La participación de las autoridades de salud en tales actividades debería dar como resultado un mayor hincapié en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (85). Si bien el informe de 1988 fue revolucionario porque muchos departamentos de salud no se configuraban entonces en torno a estas funciones centrales, todavía hoy la mayoría de los organismos e instituciones que ejercen como autoridades de salud no han podido actuar de manera coherente con una interpretación integrada de sus funciones y con un financiamiento adecuado para garantizar su funcionamiento (85).

Como resultado, las funciones de salud pública todavía reproducen dos problemáticas estructurales: presentan una configuración fragmentada y tienen escasa prioridad e incidencia en las agendas de reformas y fortalecimiento de los sistemas de salud.

La configuración fragmentada se manifiesta en la presencia de diversos organismos o programas gubernamentales con responsabilidades en el desarrollo de intervenciones o programas de salud pública, embebidas en muchos departamentos de salud que operan bajo estructuras institucionales diferentes y sin coordinación, y a menudo con un abordaje incoherente. Al mismo tiempo, en la actualidad muchas políticas de salud pública, especialmente aquellas relacionadas con enfermedades específicas, siguen focalizadas de forma exclusiva en ciertas enfermedades y con poca coordinación con otros campos sociales relacionados y escaso impacto en la salud de la población (86).

Con respecto a la escasa priorización e incidencia sobre las agendas de fortalecimiento del sistema de salud, es necesario recordar que estos habían sido argumentos centrales que dieron soporte a las primeras propuestas de FESP. Aunque estas propuestas, focalizadas en la promoción de intervenciones de salud pública en contraposición a las agendas de reforma del aseguramiento y provisión de servicios médicos, lograron visibilidad, mantuvieron un curso paralelo a ese tipo de agendas y se vieron desfavorecidas debido a una menor atención y priorización.

En ese panorama, resulta necesario fortalecer un abordaje que permita priorizar los servicios de salud pública de forma que se integren a una agenda de fortalecimiento de los sistemas de salud. La propuesta de este nuevo abordaje integrado, basado en la lógica de ciclo de políticas, contiene dos innovaciones importantes.

En primer lugar, los fundamentos que se desarrollaron previamente para justificar una nueva versión de las FESP incluyen asegurar el acceso al conjunto de acciones de salud pública, tanto individuales como poblacionales. En esta visión, es necesario considerar como ámbito de acción de la salud pública y de sus funciones todos sus niveles de intervención, ya sean servicios colectivos o individuales (63). Por este motivo, un abordaje integrado de ambos tipos de acciones no solo amplía el campo de acción, sino que es parte también del abordaje integrado que se propone para mejorar la salud de la población en el marco de las agendas de fortalecimiento de los sistemas de salud (1, 64, 65).

En segundo lugar, la propuesta de ciclo de políticas se organiza en cuatro etapas de la siguiente forma: 1) evaluación, 2) desarrollo de políticas, 3) asignación de recursos y 4) acceso (cuadro 2).

En la figura 1 se ofrece una representación gráfica de estas acciones. El proceso se inicia con la evaluación, donde se lleva a cabo el análisis de las causas y los problemas de salud de la población y las limitaciones de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para abordarlos. Esta evidencia sirve como insumo para la formulación de políticas de salud y sociales. Seguidamente aparece la fase de desarrollo de políticas, en la que las autoridades de salud, en diálogo con la sociedad civil y la comunidad, definen las líneas de acción para abordar los problemas de salud y sus causas. La asignación de recursos, a continuación, se refiere a los diferentes recursos críticos (humanos, tecnología y financiamiento) del sistema de salud que deberían asignarse para fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud a los problemas de salud de la población. El ciclo termina con la etapa del acceso, expresada en las condiciones de acceso equitativo y universal a la salud.

Las innovaciones de las últimas dos etapas merecen un comentario. La introducción de una tercera etapa, referida a la asignación de recursos, da cuenta de la necesidad de otorgar relevancia y visibilidad a las capacidades para producir y sostener mecanismos de asignación de recursos que deberían desprenderse de los procesos de formulación de políticas. Sin la asignación de recursos suficientes, con insuficientes recursos humanos, tecnología y financiamiento, el desarrollo de políticas tiene escasa influencia para garantizar el acceso a la salud.

Figura 1. Modelo integrado de la salud pública



Fuente: Elaboración propia. Parcialmente adaptado de Institute of Medicine (Estados Unidos de América), Committee for the Study of the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1988.

Nota: Las primeras dos etapas (evaluación y desarrollo de políticas) están asociadas a las definidas previamente por el Instituto de Medicina. La tercera y la cuarta (asignación de recursos y acceso) incorporan innovaciones que responden a los criterios que se han consensuado en esta revisión de las FESP. La tercera introduce aquellos elementos institucionales que implican mecanismos de asignación de recursos en el sector de la salud, con repercusiones sobre el fortalecimiento del sistema de salud y los objetivos de la salud pública. La cuarta se refiere a la implementación de políticas que garantizan las condiciones de acceso a la amplia gama de intervenciones con impacto sobre la salud de la población. De esta forma, se procura integrar tanto los servicios individuales como los colectivos, y los estrictamente integrados en el sector de la salud con aquellas intervenciones intersectoriales con influencia sobre la salud de la población.

La última etapa, dirigida a producir condiciones de acceso a la salud, incluye las capacidades para producir intervenciones de salud pública tanto individuales como colectivas que aborden factores de riesgo, la salud pública ambiental y determinantes sociales de la salud. Este alcance, mayor que el de las versiones previas de las FESP en cuanto a las intervenciones de salud garantizadas, explica que se exprese el acceso a la salud más que a ciertas intervenciones definidas de forma más selectiva.

Este proceso de ciclo de las FESP debe interpretarse como un ciclo que se retroalimenta. Los resultados de la evaluación son insumos que ayudan a definir lo que está funcionando o no y, por tanto, deben ser considerados en el proceso de formulación de políticas, tanto de funciones facilitadoras como de aquellas que garantizan el acceso a los servicios de salud pública.

Resulta importante aclarar que, a pesar de la división en distintas etapas, el ciclo no es un proceso lineal. De hecho, muchas de las etapas de este proceso se superponen con frecuencia. Por lo tanto, la figura 1 debe interpretarse como una simplificación esquemática de la complejidad del proceso de formulación y aplicación de intervenciones de salud pública. En la práctica, fortalecer la salud pública requiere mejorar la coordinación entre diferentes niveles nacionales y subnacionales del Estado y entre varios actores y organismos dentro y fuera del sector de la salud, tanto públicos como privados. La salud pública abarca diferentes actividades y estructuras dentro de los sistemas de salud, que se han convertido en una colección de programas verticales, bastante distintos y separados en la forma en que se planifican, financian e implementan.

El enfoque presentado en esta sección busca apoyar la planificación de diversas actividades que contribuyen a la mejora de la salud pública con un enfoque sistémico y colaborativo, para lograr rigor y coherencia en la planificación de acciones de salud pública. A partir de ello se puede tener claridad sobre la responsabilidad de cada actor y sobre la infraestructura necesaria para apoyar la acción, para así tomar mejores decisiones sobre la inversión en salud pública. Asimismo, el esquema promueve la integración de la acción mediante el análisis exhaustivo de las causas de los problemas de salud pública y la búsqueda de soluciones integrales. El reconocimiento de puntos en común sobre las problemáticas de la salud pública promueve el trabajo colaborativo y supera los límites artificiales de la administración y las barreras entre las disciplinas y los programas verticales (30, 87).

En esta caracterización del ejercicio de las FESP cada función tiene igual relevancia y no puede verse aislada de las otras. Asimismo, permite incorporar explícitamente el papel de las FESP en el fortalecimiento de los mecanismos y estructuras institucionales del sistema de salud. La formulación se adecua a la necesidad de ampliar el campo de acción de la salud pública, y busca fortalecer la efectividad de sus resultados al crear un vínculo efectivo entre la salud pública y la planificación del sistema de salud. También reconoce que existe una superposición entre los servicios y funciones de salud pública, que se benefician de un enfoque integrado e intersectorial para responder a la complejidad creciente de los problemas actuales y emergentes de salud pública.

Cuadro 2. Etapas del abordaje integrado de las funciones esenciales de la salud pública basado en el ciclo de políticas

Evaluación

Para cumplir con el objetivo de mejorar la salud pública, las autoridades de salud primero deben evaluar el estado de salud de sus comunidades, identificar las variaciones en el estado de salud y analizar los factores responsables de la mala salud. Esto supone el análisis de las causas de las necesidades de salud y, por lo tanto, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud. Las autoridades de salud también deben conducir la evaluación de servicios personales, poblacionales y comunitarios. Para tales fines, es necesario fortalecer las capacidades de inteligencia que se refieren al análisis de la situación de salud de la población y sus determinantes, la evaluación y el monitoreo del desempeño de los sistemas de salud, y la investigación en el ámbito de la salud. Datos empíricos recopilados durante estos procesos ofrecen evidencia sobre la eficacia de las políticas de salud y sobre la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de salud de la población. Todos estos son antecedentes necesarios para el desarrollo de políticas que involucran la movilización de comunidades y la educación de las personas sobre los temas de salud.

Desarrollo de políticas

Esta etapa se refiere a aquellas condiciones y capacidades necesarias para el desarrollo de políticas de salud y políticas sociales y de desarrollo social orientadas a mejorar la salud de la población a través del fortalecimiento de los sistemas de salud, abordando los factores de riesgo y los determinantes de la salud a través de políticas intersectoriales. Para esto se requieren capacidades técnicas para la formulación de políticas que aborden las causas de los problemas de salud de la población y que expliciten las intervenciones orientadas a fortalecer los sistemas de salud y abordar los factores causantes de la mala salud. Es necesario también fortalecer las capacidades del sector de la salud para trabajar con otros sectores, abogar por políticas en favor de la salud y posicionar la salud en la agenda de otros sectores para que consideren el impacto de sus políticas en la salud. Por último, se requieren también las capacidades políticas necesarias para asegurar mecanismos de participación de actores clave, incluyendo la sociedad civil y la comunidad, en los procesos decisorios y de rendición de cuentas, que hagan viable el proceso de implementación de las estrategias de fortalecimiento de los sistemas de salud y los cambios promovidos.

Asignación de recursos

Se consideran como recursos críticos los servicios de salud, los recursos financieros, los recursos humanos y las tecnologías de la salud^{a-d}. En cuanto a los recursos financieros, es necesario promover cambios que permitan la generación y disponibilidad de recursos públicos suficientes, y una asignación de recursos financieros que fomente la prevención, la promoción, la eficiencia y la equidad del sistema de salud y de la protección social en relación con la salud. En cuanto a los recursos humanos, es necesaria una formación que permita alcanzar un perfil de profesionales alineado con un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, con competencias de salud pública, y una distribución de los profesionales en servicios, organizaciones y territorios que permita dar respuesta a las necesidades de servicios de salud de toda la población. En cuanto a las tecnologías relacionadas con la salud, es necesario impulsar mecanismos que promuevan la innovación tecnológica, enfocada a dar respuesta a las necesidades de salud de la población, favoreciendo la transparencia de precios y el fortalecimiento del sistema regulador para garantizar la calidad de los medicamentos y mejorar la utilización de los mecanismos de compras conjuntas^e.

Acceso

Esta etapa se refiere a la implementación de políticas que garantizan las condiciones de acceso a la gama de intervenciones, individuales y poblacionales, con influencia directa sobre el estado de salud de la población. Las condiciones de acceso a estas intervenciones son el resultado de políticas e iniciativas que buscan mejorar el acceso a los servicios de atención primaria de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a intervenciones multisectoriales y comunitarias con influencia sobre los determinantes de la salud, y a la vigilancia, la prevención y el control de eventos y emergencias que afectan la salud de la población.

Esta etapa incluye también una perspectiva integral de intervenciones y problemas de salud pública en la que se pueda promover el acceso a servicios de salud pública integrales e integrados a través de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, en el que los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se gestionan con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. La ejecución de estas FESP abarca la coordinación de los servicios de salud con otros actores públicos y privados, sectores del desarrollo y gobiernos locales para abordar las demandas y las prioridades de la comunidad.

a Fligstein N, McAdam D. A Theory of fields. Nueva York: Oxford University Press; 2012.

b Lawrence T, Suddaby R, Leca B. Institutional work: refocusing institutional studies of organization. *J Manage Inq*. 2011;20:52-8.

c Greenwood R, Raynard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lounsbury M. Institutional complexity and organizational responses. *Acad Manag Ann*. 2011;5:317-71.

d Seo MG, Creed WD. Institutional contradictions, praxis, and institutional change: a dialectical perspective. *Acad Manage Rev*. 2002;27:222-47.

e Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OMS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2).

PARTE IV



NUEVAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

En esta sección se presentan 11 funciones esenciales de la salud pública (FESP) que se consideran apropiadas para la Región las Américas. Estas funciones se definen alrededor de las cuatro etapas del abordaje integrado discutido en la sección anterior, donde cada función tiene igual relevancia y no puede verse aislada de las otras (figura 2).

Figura 2. Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública



Fuente: Elaboración propia.

Las FESP resultantes de esta propuesta, su alcance, su situación actual y las prácticas asociadas se presentan en las siguientes páginas.

EVALUACIÓN ▶

Las FESP relacionadas con la evaluación, la investigación y la vigilancia del estado de salud de las comunidades, la identificación de las inequidades en el estado de salud y el análisis de los factores responsables de la mala salud suponen el análisis de las causas de las necesidades de salud y, por lo tanto, de los determinantes sociales de la salud. Estas FESP son necesarias para fortalecer las capacidades de inteligencia, es decir, de análisis de la situación de salud de la población, la evaluación y el monitoreo del desempeño de los sistemas de salud, y la investigación en salud. Datos empíricos recopilados durante estos procesos ofrecen evidencia sobre la eficacia de las políticas de salud, y sobre la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de salud de la población. Todos estos son antecedentes necesarios para el desarrollo de políticas, e implican la movilización de comunidades y la educación de las personas sobre los temas de salud.

FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud

Descripción de la función

La FESP 1 contiene las acciones que aseguran la disponibilidad, el análisis y el uso de información sobre el estado de salud y bienestar de la población, la equidad en relación con la salud, los determinantes sociales de la salud, la capacidad de respuesta del sistema de salud y las acciones de salud pública de tipo poblacional e individual. Esta función se orienta a fortalecer las capacidades de las autoridades de salud para implementar los procesos de monitoreo y evaluación, incluyendo el uso de tecnologías de la información, la administración de datos, la previsión y la configuración de escenarios, y el análisis y la utilización de esta información en los procesos de formulación de políticas para la salud y de planificación sectorial para responder a las necesidades de salud de la población (88, 89).

Situación de la función

La institucionalización de los sistemas de monitoreo y evaluación en la Región, específicamente en América Latina y el Caribe, se aceleró con mayor fuerza a partir del siglo XXI debido a la creación de unidades y componentes de esta función por parte de varios gobiernos de países de la Región, y por el creciente interés de las organizaciones de la sociedad civil, que promovieron su uso como estrategia para asegurar la transparencia y rendición de cuentas (89).

En cuanto a las estructuras gubernamentales dentro del sector de la salud, se destacan principalmente la creación de dependencias a cargo de coordinar la evaluación y la producción de información científica sobre la efectividad, los costos y el impacto de las tecnologías sanitarias. Dichas evaluaciones constituyen una herramienta clave para la toma de decisiones de manera racional en muchos países de la Región. Asimismo, las dependencias a cargo de la gestión de servicios asistenciales han promovido el desarrollo de unidades cuya función primaria es coordinar e implementar la supervisión, el monitoreo y la evaluación de la gestión de establecimientos de salud.

En muchos casos, estas iniciativas contribuyeron a la creación de sistemas de información sectorial en el ámbito de la salud con avances significativos, particularmente en la integración de datos e indicadores sobre producción, calidad, costos, cobertura y desempeño de bienes y servicios, así como indicadores sobre el estado de salud de la población. Estos sistemas registran y hacen que esté disponible información de forma exhaustiva y, en buena parte, se encuentran articulados con la planificación y los objetivos de mediano plazo (90).

Por otra parte, existen desafíos en términos de las limitaciones sobre la capacidad de la mayoría de los países para ejercer el monitoreo y la evaluación de la equidad en el ámbito de la salud y sus determinantes. Estas obedecen principalmente a la capacidad de los sistemas de información para suministrar datos que permitan realizar comparaciones entre subgrupos poblacionales y al desarrollo de competencias técnicas para efectuar el seguimiento, el análisis y la comunicación de dicha información. Por ejemplo, en muchos países no existen encuestas de hogares sobre salud con datos sobre las distintas dimensiones de la equidad, como la posición económica, la residencia urbana o rural y el sexo, entre otros aspectos (91).

En el caso de las estrategias nacionales de salud, muchos países de la Región cuentan con algún tipo de mecanismo de monitoreo y evaluación, que incluye el desarrollo de encuestas y sistemas de indicadores para resultados, así como la evaluación de estas políticas, y que implican el uso de diferentes instrumentos. Además, se destaca la existencia de distintos proyectos en el ámbito de la salud con financiamiento internacional que presentan, entre sus compromisos, la realización de evaluaciones de medio término y el monitoreo con utilización de indicadores o metas. Como complemento, también se realizan evaluaciones externas, finales o de impacto (90).

A pesar de estos avances, aún se identifican brechas en la institucionalización del monitoreo y la evaluación como estrategia para mejorar la calidad y la gestión de políticas, de tal forma que se favorezca la utilización de sus hallazgos y recomendaciones (92). Si bien un número creciente de gobiernos de países de la Región actualmente reconocen su función de monitoreo y evaluación, principalmente mediante la promulgación de leyes, decretos o modificaciones administrativas que establecen su obligatoriedad, el nivel de desarrollo en materia de planeación y metodologías empleadas es menor, dado que son pocos los países que han desarrollado de manera coherente reglas y procedimientos que normen formas específicas de la evaluación o la aplicación sistemática de técnicas concretas y con un proceso de planeación de la actividad (92).

El alcance y uso de los resultados también demuestra retos importantes, puesto que no existen mecanismos concretos mediante los cuales los hallazgos se conviertan en insumos para el proceso de políticas públicas (90). Estudios recientes sobre las estructuras y los procesos desarrollados en relación con el monitoreo y la evaluación muestran que casi todos los países de la Región tienen puntajes muy bajos cuando se evalúan sus sistemas de monitoreo y evaluación en función de la existencia de instituciones con función para realizar actividades de monitoreo, sus alcances y articulación con los programas y proyectos, el uso y difusión de la información producida, la calidad de los sistemas de información estadística y el marco legal e institucional (93).

Si bien los países de la Región han logrado avances sustanciales en la mejora de los sistemas de información para la salud, aún enfrentan desafíos importantes para garantizar datos confiables, seguros y oportunos en el formato adecuado (94). Por otra parte, la gran mayoría de esfuerzos se han

limitado al desarrollo de tecnologías de *software* y la adopción de soluciones tecnológicas aisladas, mientras que el fortalecimiento de capacidades para el uso efectivo de la información en la toma de decisiones ha recibido menor atención. Al mismo tiempo, varios desafíos persisten en relación con el alcance limitado de los sistemas de información actuales, por su énfasis exclusivo en la captura de datos del sector público, la falta de capacidad para el análisis de datos, la inhabilidad de ofrecer datos desagregados para el análisis de la equidad, el sesgo hacia los datos cuantitativos y las irregularidades en las encuestas poblacionales. En la actualidad, también existe una multiplicidad de sistemas de información vinculados a programas para enfermedades específicos, sin ninguna articulación entre sí (94). En muchos casos, estos sistemas de información no abordan todas las necesidades de monitoreo y evaluación de las autoridades de salud, en gran medida por la falta de interoperabilidad y de procedimientos institucionalizados para compartir y gestionar la información (95). En este mismo sentido, también es necesario fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para utilizar e integrar información con una producción más informal y menos sistematizada, como la producida en las redes sociales y otros medios relacionados con la ciber salud.

Mecanismos para fortalecer la función

La ejecución de esta función requiere de la existencia de instancias legítimas e institucionalizadas con incumbencia y responsabilidad para definir y asumir las funciones relacionadas con los componentes del sistema de monitoreo y evaluación de las políticas y programas de salud pública. La existencia de una gobernanza sólida y mecanismos de coordinación entre actores, en conjunto con un plan integral de monitoreo y evaluación, son componentes que ayudan en este proceso (96). Dada la naturaleza intersectorial de la salud pública y el abordaje de los determinantes sociales, también es necesario mejorar la coordinación intersectorial para lograr armonizar y promover un abordaje estatal e integrado del monitoreo y la evaluación (94).

Asimismo, se necesitan sistemas de información integrados para la salud que respalden la función de liderazgo y gobernanza de las autoridades sanitarias. El *Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023* (94), aprobado por los Estados Miembros de la OPS en octubre del 2019, presenta elementos clave de acción para asegurar la innovación, integración y convergencia, incluido el fortalecimiento de los mecanismos de gobernanza de los sistemas de información para la salud, mediante la promoción del desarrollo de sistemas de información interconectados e interoperables y la producción e intercambio de información técnica y científica para apoyar el funcionamiento de los sistemas de información, y el establecimiento de una red de instituciones y expertos para asesorar a la OPS y los Estados Miembros en la introducción de modelos innovadores para el desarrollo de información y mejorar la formación de recursos humanos en todos los aspectos de los sistemas de información para la salud.

El proceso de generación de información relacionada con la situación de salud y la equidad requiere de un abordaje intersectorial y de la interconectividad e interoperabilidad de los sistemas de información participantes, que promueva la calidad, la transparencia, la seguridad, la privacidad y la confidencialidad del flujo de información. El liderazgo de las autoridades de salud, en el que se priorice el desarrollo de capacidades a largo plazo en lugar de las necesidades urgentes, junto con un enfoque integral para fortalecer un sistema de información unificado en lugar de enfoques selectivos que se centran en las necesidades de datos específicos, es un elemento que ayuda en el desarrollo de los sistemas de información (97).

Existe también la necesidad de reforzar el rol de las autoridades de salud para vigilar y asegurar que el sector privado cumpla con los requerimientos de notificación de información sobre salud (98). El liderazgo de las autoridades de salud es también importante en los procesos de negociación con organismos internacionales en relación con el financiamiento, para asegurar un desarrollo holístico de sistemas de información en el que se prioricen las necesidades nacionales de monitoreo y evaluación en lugar de las necesidades externas (99).

Los marcos regulatorios y operativos deben fortalecer las instituciones que generan y analizan la información (por ejemplo, institutos de estadística, oficinas de registro civil o salas de situación de salud), así como el desarrollo de estándares de interoperabilidad y la modernización de los procesos de monitoreo y evaluación a través de nuevas oportunidades de innovación y producción de datos.

Este proceso debe incluir todos los niveles institucionales del sistema, nacionales y subnacionales, interinstitucionales y entre países, con desglose de los diferentes niveles poblacionales y énfasis en las necesidades de las personas, comunidades, poblaciones y sus mayores vulnerabilidades (100). En este sentido, el fortalecimiento de los sistemas de información para la inclusión de métricas sobre los determinantes sociales de la salud en los sistemas de monitoreo y evaluación, tales como las diferencias en ingreso, educación, empleo y necesidades básicas insatisfechas, sirven como base para fortalecer la gestión pública y las políticas y programas sociales que influyen sobre la salud y la equidad (100).

En ese marco, se necesitan iniciativas que mejoren la recopilación, la calidad y el uso de los datos para el monitoreo y la evaluación de la equidad en el ámbito de la salud y el desarrollo de las competencias técnicas necesarias para el seguimiento y el análisis de esta información. Es necesario fortalecer las fuentes de datos mediante esfuerzos para ampliar y realizar encuestas de hogares de manera regular y recurrente, idealmente cada pocos años en todos los países, y armonizar los datos recopilados a partir de los establecimientos por medios como la estandarización de los registros electrónicos de todas las instituciones (91).

De igual forma, es importante asegurar que los diseños de evaluación incluyan el análisis de aquellos aspectos políticos y sociales que conducen a las inequidades en relación con la salud, tales como las desigualdades económicas, la influencia política y las carencias de los sistemas de protección social (101). En este marco, los sistemas de monitoreo y evaluación para la salud, y el análisis que se nutre de ellos, son instrumentos que sirven para la planificación, la implementación y la evaluación de las políticas en el ámbito de la salud, proceso que debe complementarse con un diálogo social que permita una rendición de cuentas de las autoridades de salud con los actores de la sociedad.

FESP 2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias

Descripción de la función

Esta función considera el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, las emergencias y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, la salud mental y lesiones, entre otros temas.

Es así como esta función está constituida por diferentes tipos de prácticas, cuyo eje común reside en el procesamiento sistemático de información para la acción. Dentro de dichas prácticas se incluyen la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles (102) y la vigilancia en el ámbito de la salud pública para subsidiar la toma de decisiones sobre medidas de prevención y control de eventos relacionados con la salud (riesgos y daños) o para recomendar acciones de promoción de la salud (102).

Esta función también abarca otras condiciones positivas de salud, como la nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la lactancia materna y la salud ocupacional (103, 104). Asimismo, incluye la vigilancia de los determinantes de la salud en un territorio concreto, bajo la responsabilidad del gobierno local, fuertemente vinculada a las prácticas individuales y colectivas de promoción de la salud y desde una perspectiva intersectorial (105).

La función incluye también la vigilancia de los riesgos y problemas de salud derivados de los procesos de producción y consumo de bienes (por ejemplo, los alimentos) y de la prestación de servicios de salud (por ejemplo, los medicamentos y las tecnologías de la salud) (106, 107), que por lo general recae en organismos pertenecientes a las autoridades de salud, figura administrativa que le otorga cierta autonomía (108).

Finalmente, también comprende la vigilancia ambiental de salud, comprometida con acciones de detección de factores medioambientales que interfieren en la salud humana para proponer medidas de prevención y control (109, 110). Un ámbito de aplicación específico de esta vigilancia lo constituye la vigilancia y respuesta en emergencias (111-113).

Situación de la función

Muchos países de la Región presentan avances importantes en los distintos componentes que integran el sistema de vigilancia epidemiológica, principalmente de enfermedades transmisibles, incluidos elementos relacionados con los eventos, las normas y protocolos, la articulación de estrategias de vigilancia clínica, de laboratorio y centinela, los circuitos y los productos (boletines e informes). Es decir, que en líneas generales cumplen con los lineamientos que determinan la función de vigilancia: recopilación sistemática y oportuna de información para acciones de control (114-130).

Algunos países de la Región también han avanzado en experiencias de evaluación de los sistemas de vigilancia (131, 132), como también en experiencias innovadoras. Ejemplo de ello son el desarrollo de estrategias para el control de la malaria en las zonas fronterizas de la región andina (133) y Suriname (134), la vigilancia de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales de Belo Horizonte (135) y las acciones de control de las grandes endemias, como el dengue en Brasil (136).

La Región inició el desarrollo de redes de vigilancia en el ámbito de aplicación supranacional. Ejemplo de ello es la Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud, promovida por el Consejo de Salud Sudamericano de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) en el 2009 (137). Esta red surgió de la integración de dos propuestas subregionales: la elaborada por la comunidad de países del área andina en 1996, conocida como Red Andina de Vigilancia Epidemiológica, y la del MERCOSUR de 1998, denominada Comisión de Vigilancia en Salud del MERCOSUR. La red avanzó

con acuerdos sobre la priorización de eventos bajo vigilancia y el desarrollo de una herramienta informática común para la notificación (VIGISAS) (138), así como la revisión y la adecuación del instrumento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el monitoreo de las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005 (139).

Otra experiencia importante en lo que respecta a la vigilancia supranacional es la elaboración del documento *Sistemas de vigilancia de influenza y otros virus respiratorios en las Américas*, coordinado por la OPS. La información facilitada por cada país de las Américas permite la vigilancia oportuna de los virus respiratorios circulantes en todo el continente, y muestra a la vez que es factible el desarrollo de redes amplias de vigilancia (140).

Estas capacidades han sido cruciales para responder a emergencias de salud pública como la pandemia de COVID-19 del 2020, pero también en otras experiencias del pasado reciente, como la pandemia de gripe H1N1 en el 2009, el brote epidémico del virus del Ébola en el 2014 y los del virus del Zika y el cólera (Haití) en el 2016. No obstante, estas crisis han dejado también al descubierto los desafíos que aún enfrentan la comunidad internacional y las autoridades de salud de los países para dar respuesta a estos eventos graves y de rápida evolución. El resurgimiento de la fiebre amarilla ha sido el último evento que ha requerido una respuesta coordinada entre los países y actores externos en la Región (141).

Varios países también han desarrollado experiencias a través de organismos relacionados con la regulación de los alimentos y las tecnologías de la salud: en Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT); en el Estado Plurinacional de Bolivia, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (Dinamed); en Brasil, la Agencia Nacional de Vigilancia (Anvisa); en Chile, la Agencia Nacional de Medicamentos (Anamed); en Colombia, el Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos (Invima); en Ecuador, la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (Arcsa); en Paraguay, la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria; en Perú, la Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria; en Suriname y Uruguay, sendas direcciones de Evaluación Sanitaria; y en la República Bolivariana de Venezuela, el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (108).

En el marco de algunos de estos organismos se destacan experiencias exitosas de vigilancia sanitaria. Ejemplo de ello son el Observatorio ANMAT en Argentina (142), Educанvisa en Brasil (143) y la evaluación de la incorporación de tecnologías en Uruguay (144). En este terreno, específicamente en el ámbito de la farmacovigilancia, y con el apoyo de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica promovida por la OPS, se desarrollaron experiencias de reconocido éxito en Brasil, México, Perú y Uruguay (145).

En la última década, varios países de la Región ampliaron el campo de acción de la vigilancia en el ámbito de la salud pública, incluyendo otros eventos y sus factores de riesgo. En este sentido, varios países desarrollaron estrategias de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles frecuentes y sus factores de riesgo. La estrategia implica la realización de encuestas domiciliarias de base poblacional que permiten conocer la prevalencia de eventos y factores de riesgo, como la existencia de diabetes, hipertensión, obesidad, sobrepeso, sedentarismo, consumo de tabaco y hábitos alimentarios (encuestas nacionales de factores de riesgo). Según el país, la encuesta se realiza con una periodicidad de tres a cinco años y permite el monitoreo de los eventos y

la evaluación de políticas de prevención y promoción. Algunos de los países de la Región que avanzaron en esta línea son Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay (146).

En la línea de la vigilancia de eventos distintos de las enfermedades transmisibles, hay diversas experiencias que responden a las necesidades locales. Ejemplo de ello son los sistemas implementados para la vigilancia de lesiones y violencia en las ciudades de Rio de Janeiro (Brasil), Cali y Bogotá (Colombia) y Quito (Ecuador) (103), la vigilancia de la mortalidad materna en Jamaica (147) y el análisis de situación en Argentina (148).

La situación de la función que se acaba de describir aplicada a determinados ámbitos contrasta con el menor desarrollo de la vigilancia en otros campos, como, por ejemplo, los incidentes causados por la liberación natural, accidental o deliberada de material químico o biológico o de radiación nuclear, la vigilancia ambiental y, muy especialmente, el creciente problema de la resistencia microbiana múltiple. Si bien es mayor la prevalencia de la resistencia microbiana en enfermedades bacterianas, esta se reporta también en enfermedades fúngicas, parasíticas y virales, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (149). Por lo tanto, en un contexto en el que no se incluya la resistencia microbiana múltiple en los programas de vigilancia, prevención y gestión de riesgos, las proyecciones estimadas de muertes anuales atribuibles a este problema para el 2050 serán de alrededor de 10 millones, con un costo estimado a nivel mundial de 100 billones de dólares estadounidenses y una reducción del producto interno bruto (PIB) entre 2% y 3,5% (150, 151).

El uso inadecuado y la falta de programas de uso racional de medicamentos, la presencia de microorganismos multirresistentes en ambientes hospitalarios, las infraestructuras hospitalarias y los diagnósticos microbiológicos de baja calidad, y la falta de control de las infecciones asociadas a la atención en salud son algunos de los determinantes de la resistencia microbiana múltiple. Hasta el 2015, en la Región de las Américas, únicamente 9% de los países reportaban la existencia de un plan de acción nacional sobre resistencia microbiana, 15% de los países habían presentado un informe de progreso de cinco años y 37% de los países presentaron informes sobre sus sistemas de vigilancia. Con respecto al uso inadecuado de antimicrobianos, en 50% de los países de la Región se venden estos medicamentos sin prescripción médica, únicamente 49% de los países notificaron tener una autoridad nacional regulatoria, 40% presentaban estándares de calidad y solo 40% daban cuenta de procesos de fiscalización de sus estándares de calidad en este ámbito (151).

En relación con los riesgos ambientales, en el año 2016 se presentó un aumento significativo del número de personas afectadas por desastres (hidrológicos, meteorológicos o geofísicos). A nivel mundial, la cifra se situó en 569,4 millones de personas, y las Américas fue, nuevamente, la segunda región con la mayor cantidad de desastres notificados (24,3% del total) (152). Ese año, el terremoto en Ecuador y el huracán Matthew en Haití fueron los fenómenos naturales con mayor mortalidad a escala mundial. Además, los costos en daños alcanzaron 3790 millones de dólares estadounidenses en América del Sur, 4600 millones en el Caribe y 48000 millones en América del Norte (152). En la región de América del Sur, si bien se constata la existencia de algunas experiencias importantes, como la Red de Gestión de Riesgos de Desastres, la vigilancia en el contexto de desastres es un ámbito que se debe fortalecer (153).

En lo relativo a la vigilancia de los determinantes sociales, las experiencias son menores. No obstante, hay algunos ejemplos interesantes, como el Programa Nacional de Municipios Saludables de Argentina (154), que, poniendo el foco en los gobiernos locales, desarrolla estrategias integrales de vigilancia, en especial de los determinantes sociales, junto a acciones de promoción de la salud. Iniciado en el 2009, los gobiernos locales (municipios y comunas) comienzan un proceso que finaliza con la obtención de la categoría de “saludable”. Para ello deben cumplir varios objetivos, como la institucionalización de una mesa de gestión local, elaborar proyectos de intervención que aborden los determinantes sociales, y monitorear y evaluar el impacto del programa. En la actualidad, 1012 de los 2200 municipios y comunas de Argentina están participando en el programa (155).

Mecanismos para fortalecer la función

El principal reto que enfrentan los sistemas de vigilancia es su integración en las funciones de las autoridades de salud, con un enfoque basado en los eventos y capacidad para detectar riesgos y eventos de forma más expedita (141, 156). De igual manera, el fortalecimiento de la vigilancia requiere de un flujo de datos constante e ininterrumpido al grupo de actores involucrados en la gestión de la respuesta a los eventos, tanto nacionales como internacionales. Finalmente, debe haber una adecuada gestión de los recursos para poder transformar oportunamente ese flujo de datos en evidencia para una toma de decisiones acertada por parte de las autoridades de salud en el momento de gestionar una respuesta (141, 156).

A partir de este contexto, las autoridades de salud deben fortalecer los sistemas de vigilancia, priorizando la formulación de políticas que involucren a la sociedad civil para reducir la incidencia de las infecciones, optimizar el uso de antimicrobianos y promover inversiones sostenibles que tengan en cuenta el contexto de cada uno de los países. De manera similar a la vigilancia de los brotes de enfermedades, la vigilancia de laboratorio y la vigilancia epidemiológica son funciones que deben fortalecerse para la generación de información que permita la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud de manera costoefectiva. Adicionalmente, se deben crear marcos regulatorios y de fiscalización para el uso inadecuado de antimicrobianos tanto en humanos como en animales, y un sistema de monitoreo que fortalezca el papel de los comités de uso de antibióticos (75).

Los organismos supranacionales demandan fortalecer las actividades de vigilancia enmarcadas en las capacidades básicas explicitadas en el RSI (156). Específicamente, el fortalecimiento de la gobernanza y rectoría y la institucionalización del sistema de vigilancia y monitoreo son pilares fundamentales de las capacidades que permitirán una vigilancia adecuada en el ámbito de la salud pública. A nivel nacional, las brechas y fallas de implementación del RSI pueden enfrentarse a partir de la creación de una base legal fortalecida que establezca un marco regulatorio formal y asegure una capacidad de respuesta coordinada y rápida del sistema de salud (75).

También es fundamental que las autoridades de salud fortalezcan sus capacidades para prevenir y reducir los riesgos y responder a los desastres. En este sentido, deben considerar ciertas prioridades, como el conocimiento de la magnitud y las características del riesgo de desastres, el fortalecimiento de los arreglos institucionales que permitan gestionar estos riesgos y la inversión para crear sistemas resilientes. Estas capacidades son cruciales para adaptar los sistemas de salud

a los diferentes desafíos que se deben abordar en materia de salud pública en la preparación para una respuesta, una recuperación y una reconstrucción eficaces. El desarrollo de estas capacidades también debe contemplar el cumplimiento de los marcos internacionales, con la responsabilidad compartida entre las autoridades de salud y los actores nacionales y subnacionales pertinentes, y la correspondiente cooperación internacional (157, 158).

En este marco, es indispensable una optimización de la evaluación de riesgos que conduzca al desarrollo de estrategias e intervenciones basadas en la evidencia. Esto permitirá fortalecer los sistemas de alerta temprana y de predicción de peligros, establecer una adecuada estructura organizativa de las oficinas de gestión de riesgo y articular estas oficinas con las autoridades de salud (159). De manera similar, se deben fortalecer las capacidades para determinar las repercusiones del cambio climático en la salud a los niveles nacionales y subnacionales, entendiendo que esas repercusiones se verán directamente asociadas con los determinantes sociales de la salud.

La capacidad del sector de la salud para la vigilancia y la respuesta ante estos riesgos dependerá de la calidad y la articulación de los centros de operaciones de emergencias, los equipos de respuesta y los equipos médicos de emergencia. Adicionalmente, se deben fortalecer la definición de las líneas de autoridad, las responsabilidades y la coordinación con la sociedad civil, los voluntarios, las organizaciones comunitarias, el ámbito académico y el sector privado (159).

La vigilancia y la reducción del riesgo de desastres implica una alta capacidad de gestión de recursos críticos (humanos, financieros, tecnológicos y físicos), especialmente de aquellos localizados en las zonas de alto riesgo de desastres. Desde el 2005, en múltiples marcos de carácter internacional y en el *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021* de la OPS (159) también se han considerado fundamentales la implementación de estrategias y la inversión financiera y tecnológica para contrarrestar los efectos del cambio climático y mejorar las redes de servicios de salud con hospitales seguros e inteligentes. La implementación de estas estrategias tendrá implicaciones no solo en lo estructural y lo funcional, sino que además fortalecerá todo el proceso de preparación, respuesta y recuperación del sistema frente a desastres y emergencias.

A partir del inicio del nuevo milenio, se han acelerado los procesos de globalización, la interconexión y la interdependencia entre los países y regiones. En este contexto, cobra suma importancia asegurar la salud de las poblaciones en los eventos de carácter extraordinario e imprevisto que constituyen un riesgo para la salud y que en algunos casos se presentan como una emergencia de salud pública con alcance nacional e internacional, los incidentes causados por la liberación natural, accidental o deliberada de material químico o biológico o de radiación nuclear, y los riesgos emergentes en relación con la salud. De igual manera, los efectos del cambio climático y los desastres naturales sobre la salud constituyen eventos que requieren de una adecuada y rápida capacidad de respuesta por parte de los sistemas de salud.

Como propuesta de fortalecimiento de la función, las autoridades de salud deberían explorar el desarrollo de propuestas de vigilancia de la salud. No se trata de tomar en consideración solo los posibles daños y los riesgos en la salud, sino también los determinantes sociales de la salud. Este planteamiento involucra a actores más allá del sector de la salud, como los gobiernos locales, otros sectores y la comunidad, y está estrechamente vinculado a la promoción de la salud (160).

FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud

Descripción de la función

Esta función comprende la producción de conocimiento científico y su integración al proceso de formulación de políticas de salud de las autoridades de salud para garantizar estas contribuciones fundamentales para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud pública.

Situación de la función

En los últimos años se ha producido una evolución considerable que ha modificado el marco político, los paradigmas y las formas en que se lleva a cabo y se promueve la investigación en el ámbito de la salud. En el 2009, la OPS acordó una *Política de investigación para la salud*, y las Américas se ha convertido así en la primera región de la OMS en disponer de un instrumento específico sobre este tema (161). La Asamblea Mundial de la Salud, a su vez, adoptó la estrategia de la OMS de investigación para la salud (162) en el 2010, que es sinérgica con la política de la OPS del año anterior. La formulación de estas políticas fue seguida por el desarrollo de políticas de investigación, legislación y agendas en varios países de las Américas (163). En el 2017, 16 países informaron tener una política de investigación para la salud y 18 países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) habían adoptado una política común (164).

Si bien la mayoría de los países de la Región cuentan con una política nacional sobre investigación para la salud siguen existiendo diferencias notables en cuanto a su capacidad para ofrecer, utilizar y organizar investigaciones para la salud, o para monitorear su capacidad de investigación y para mantener vigentes sus políticas y agendas nacionales a medida que cambian las circunstancias (por ejemplo, las condiciones epidemiológicas, el conocimiento científico o las prioridades gubernamentales).

Las Américas, incluida el área del Caribe, produce 46% de la investigación mundial sobre salud pública, pero la mayor parte de estas investigaciones (37%) proviene de Estados Unidos de América (165), y esa producción no siempre es relevante para el contexto nacional de otros países de la Región (166). Al mismo tiempo, los territorios del Caribe son los que presentan menor producción científica en la Región, a pesar del incremento que ha tenido lugar en el ámbito de la investigación en otros países (167) y los importantes esfuerzos que se han hecho para impulsar el desarrollo de equipos competitivos de investigación (168). La inversión regional en investigación también es baja en comparación con la de otras regiones. En promedio, los países de América Latina y el Caribe invierten 0,6% de su PIB en investigación y desarrollo, en comparación con el 2%-3% invertido por otros países, como Alemania, Estados Unidos de América y Japón (169). Pocos países informan de forma sistemática y estandarizada sobre la inversión en investigación para la salud (170).

En la última década, los estándares de informes de investigación han mejorado y los registros de ensayos clínicos han aportado transparencia a la investigación. También ha habido un desarrollo creciente de la síntesis de la evidencia y de metodologías que facilitan la transferencia del conocimiento, así como un énfasis en incrementar el valor de la investigación y evitar que se desaproveche (171). Los países han desarrollado plataformas destinadas a aumentar la

transparencia y la participación pública en la investigación para la salud (172), al tiempo que se ha hecho hincapié en la necesidad de dar un mayor impulso a la investigación sobre la salud pública y los servicios y sistemas de salud (33, 173).

Sin embargo, sigue existiendo la necesidad de integrar estos avances de forma que beneficien a los ciudadanos, de ampliarlos para cubrir otras formas de investigación y otros recursos y productos de la investigación, y de hacerlo de forma coherente en todos los países. Asimismo, la organización y la gestión de la investigación no existen en algunos lugares, y las estructuras y los procesos que mejor apoyan la investigación sobre políticas, sistemas de salud y salud pública aún deben ser desarrollados y aprovechados por la comunidad científica (163). Los procesos de planificación de las inversiones en investigación también deben mejorarse para que los descubrimientos se traduzcan en beneficios para la salud pública y los sistemas de salud (173). Es significativo el hecho de que no se cuente con consolas que aporten información estandarizada, válida y oportuna de los recursos, capacidades y productos de investigación de los países; además, muchos informes se producen utilizando metodologías obsoletas y llevan a que la información esté desactualizada cuando se hace disponible.

Mecanismos para fortalecer la función

Esta función requiere de mecanismos efectivos y eficientes de rectoría y gobernanza de la investigación, que contribuyan a la formulación y al financiamiento de líneas de investigación alineadas con las políticas y prioridades definidas por las autoridades de salud. Estas deben tomar en consideración los determinantes sociales de la salud y los desafíos del marco regulatorio sectorial e intersectorial y su influencia sobre las limitaciones y desafíos de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud (161, 174), así como los aportes de la investigación necesarios para que los países logren los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con los que están comprometidos. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México ha sido un modelo de financiamiento sostenible de la investigación para la salud en los países de la Región. Otros países de la Región, como Argentina, Chile, Colombia y Uruguay, han implementado abordajes similares para la distribución de fondos para la investigación, a través de convocatorias anuales para propuestas de investigación, como estrategia para aumentar la coordinación entre el financiamiento y las prioridades de investigación para la salud (175).

De forma complementaria, la creación de la capacidad de investigación para apoyar la formulación de políticas sobre la salud requiere fortalecer el capital humano adecuado, su conformación y su formación. Además, es necesario crear o reformular una gobernanza de la investigación para la salud, con estructuras y mecanismos institucionales que implementen códigos de práctica sobre aspectos éticos y transparencia en los procesos y productos obtenidos (162, 176). De esta manera, se podrá favorecer la articulación entre la producción de conocimiento y los procesos de toma de decisiones en la formulación e implementación de políticas de salud.

La articulación entre la gestión de la producción del conocimiento y la formulación de políticas debe ir más allá de la utilización instrumental por las autoridades de salud de los resultados finales publicados en el ámbito académico. Las respuestas elaboradas mediante la investigación para la salud requieren ser inteligibles para quienes vayan a utilizarlas. Por lo tanto, la integración

de la evidencia científica con aspectos contextuales y de implementación en la formulación de políticas, al igual que todo el continuo del proceso de producción de conocimiento, requiere de mecanismos colaborativos entre la ciencia, el ámbito académico y la política. Las iniciativas de transferencia y aplicación de los conocimientos en las Américas no se han sometido a una revisión exhaustiva. Sin embargo, algunos estudios de casos resaltan el establecimiento por parte de las autoridades de salud de estructuras formales (unidades) a cargo de implementar propuestas de transferencia de conocimiento a nivel nacional como estrategias efectivas para vincular la investigación con la formulación de políticas de salud (171).

A pesar de los diversos desafíos que plantea la creación de capacidad de investigación en países de la Región, algunas experiencias regionales muestran que es posible obtener resultados positivos mediante el uso coordinado de las redes existentes y fondos limitados (177). Estas experiencias resaltan la promoción de la colaboración internacional como mecanismo para potenciar la producción del conocimiento de los países y contribuir a reducir las brechas en términos de desafíos y capacidades instaladas, especialmente para los países con menor desarrollo de sus propias capacidades (178, 179).

Estas experiencias también resaltan la importancia de la colaboración Norte-Sur y Sur-Sur para aumentar la capacidad de investigación para mejorar la salud en las Américas. Entre los componentes clave de su éxito se incluyen apoyar a líderes comprometidos, brindar capacitación a partir de iniciativas de capacitación regionales existentes y crear buenas asociaciones regionales e internacionales. La presencia de instituciones de investigación competentes en América Latina y el Caribe será crucial para la investigación sostenible y equitativa para la salud en el futuro.

De forma complementaria, es necesario fortalecer los sistemas de ética en la investigación y garantizar que la ética esté integrada en los procesos de toma de decisiones que repercuten en la población de los países de la Región de las Américas. Para lograr estos objetivos, es necesario desarrollar iniciativas de capacitación para integrar un enfoque ético en las investigaciones de la Región relacionadas con la salud, la vigilancia, la respuesta a emergencias, la inmunización y la formulación de políticas.

Finalmente, las autoridades de salud deben asegurar la participación social y difundir las nuevas evidencias y los nuevos conocimientos con transparencia y en formatos y medios que faciliten su comprensión y aprovechamiento (162). Se debe aumentar la participación en evaluaciones abiertas y debates políticos, así como la disseminación a través de medios de comunicación con las adaptaciones necesarias para cada público.

DESARROLLO DE POLÍTICAS ▶

Estas FESP desarrollan la capacidad técnica para la formulación de políticas de salud que abordan la salud de la población, con explicitación de las intervenciones orientadas a abordar las causas de la mala salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Se incluyen también las capacidades políticas referidas a asegurar mecanismos de participación de actores claves en los procesos de toma de decisiones y de rendición de cuentas que hagan viable el proceso de implementación de las estrategias de fortalecimiento de los sistemas de salud o los cambios promovidos.

FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población

Descripción de la función

Esta función comprende de forma integral dos componentes: el desarrollo de las capacidades de las autoridades de salud para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población y estén informadas por el mejor conocimiento disponible y relevante, y el fortalecimiento de su influencia sobre la producción de un cuerpo legislativo que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud. Ambos componentes deberían estar guiados por los valores, las premisas y los objetivos de avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud a través del fortalecimiento de la estructura institucional del sector de la salud como respuesta a los desafíos y problemas de salud de la población.²

Para formular e implementar políticas de salud se requiere interpretar la problemática responsable de las condiciones de salud y de la inequidad en relación con la salud de la población, diseñar estrategias con intervenciones efectivas, eficientes y seguras sobre los factores institucionales, organizacionales y sociales responsables, y contar con las habilidades técnicas y políticas que garanticen su implementación y su cumplimiento. La formulación e implementación de políticas de salud también debe considerar los determinantes sociales de la salud tanto en su proceso de elaboración como en su implementación, así como la importancia del trabajo intersectorial durante el ciclo de la política, es decir, durante la formulación, la planificación, la implementación y la evaluación.

La efectividad en la ejecución de esta función se ve expresada por el contenido de las políticas y sus regulaciones con influencia sobre la asignación de los recursos del sistema de salud (incluidos los recursos humanos, financieros y tecnológicos). La promoción de un cuerpo legislativo debería contemplar los valores, las concepciones y una estructura institucional formal del Estado que definan competencias institucionales de las entidades y organismos que integran el sistema de salud.

² Esta función abarca las capacidades generales necesarias para la formulación de políticas de salud y su cumplimiento. La efectividad en la ejecución de esta función se ve expresada también en el desarrollo de políticas con influencia sobre los determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo y la promoción de la salud. Estas políticas específicas se abordan con mayor detalle en las funciones 6, 7, 8 y 10.

Situación de la función

Los países de la Región presentan distintos avances y desafíos en torno a la formulación de políticas y legislación relacionadas con la salud.

La gran mayoría de los países de la Región han producido planes de política en el ámbito de la salud con especificación de objetivos asociados con la expansión de las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (78); el aprovechamiento del conocimiento y las tecnologías para responder a las problemáticas locales; y el abordaje específico de factores de riesgo comportamentales, ambientales y sociales (164). Estas políticas han llevado a la priorización de temáticas y abordajes con intervenciones sobre diferentes tipos de problemáticas de salud, frecuentemente alineadas con las prioridades nacionales (78).

A pesar de los avances logrados, uno de los desafíos centrales es el limitado desarrollo de las capacidades técnicas y políticas necesarias para construir una visión integrada y consensuada para el fortalecimiento y la transformación de los sistemas de salud. Tener una visión unificada garantizará la coherencia en la legislación y las políticas de salud, y la integración de una perspectiva del derecho a la salud en el marco de los derechos humanos (78, 180). Si bien los países cuentan con personal capacitado en la elaboración de políticas, principalmente con conocimientos y experiencia en planificación estratégica y gestión, preparación de instrumentos legales y priorización de políticas de salud pública, existe una distribución desigual de tales capacidades y competencias entre países y en sus espacios nacionales y subnacionales (180).

Asimismo, existe una limitada coordinación entre el poder legislativo (principalmente las comisiones de salud) y las autoridades de salud en lo que respecta a la adopción e implementación de normas ejecutivas, leyes, decretos reglamentarios y regulaciones vinculadas con la salud (180), así como también hay debilidades en la actualización de las prioridades en el ámbito de la salud, desconocimiento de obligaciones adquiridas (por ejemplo, las relacionadas con el Convenio Marco para el Control del Tabaco [CMCT] de la OMS) y limitaciones con relación a la articulación y coherencia entre las diferentes intervenciones y el conocimiento de los efectos e implicaciones asociadas a dichas intervenciones.

Los procesos de formulación de políticas no siempre cuentan con la participación de los actores pertinentes, tales como la sociedad civil, el sector privado (con la debida atención a los conflictos de interés), gestores del conocimiento y la comunidad. Una limitación importante es el escaso esfuerzo para producir actividades de mapeo de aliados actuales y potenciales para determinar el grado de apoyo y la viabilidad en la ejecución de políticas de salud (78, 181). En relación con el apoyo a las instancias subnacionales (estados provinciales y municipios), existen dificultades para reconocer las necesidades de apoyo y los desafíos pendientes en la capacidad de gestión de esas instancias.

Asimismo, en los últimos 15 años, algunas constituciones nacionales se han reformado para garantizar los derechos humanos en el marco del fortalecimiento de los sistemas de protección social, mientras que otras han incorporado el derecho al “buen vivir”, la diversidad cultural y étnica y el acceso a la medicina tradicional, el agua potable, el saneamiento y una alimentación adecuada, entre otros (180).

Algunas leyes nacionales se han reformado para garantizar el acceso universal a los servicios de salud para poblaciones específicas, como las personas con infección por el VIH, discapacidad o trastornos mentales, las madres y los niños, los adolescentes y las personas mayores, mientras que otros países han sancionado legislaciones para garantizar el acceso universal a seguros de salud y otros beneficios médicos, incluido el derecho a bienes de salud como las vacunas y los medicamentos esenciales (180). Asimismo, se han introducido leyes nacionales o subnacionales para la regulación de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las relativas al control del tabaco, que responden a la aplicación del CMCT, tratado internacional legalmente vinculante que ha sido ratificado por 30 de los 35 Estados Miembros de la OPS.

Mecanismos para fortalecer la función

Las políticas, estrategias y planes del sector de la salud deben articular todas las metas, objetivos y actividades de una forma integral y coherente, guiados por los principios y líneas estratégicas de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (33). Se deben considerar todos los programas y servicios del sector, para facilitar la coordinación y evitar la fragmentación debido a la planificación y la implementación paralelas (181). Para ello es importante que la planificación de políticas incluya todos los aspectos que tienen impacto en el sector de la salud, como los recursos humanos, las tecnologías de la salud, los arreglos financieros, los servicios de salud personales y colectivos, los programas específicos, los determinantes sociales y todos los actores, públicos y privados, así como las políticas externas al ámbito del sector de la salud que tienen un impacto directo en la salud de la población (181).

La planificación de las políticas de salud orientadas a producir cambios en el sistema de salud debe buscar la definición de responsabilidades y la asignación de recursos a las intervenciones, así como la colaboración y la coordinación entre las autoridades de salud con diferentes sectores sociales involucrados o con influencia sobre la salud. Especialmente relevante es la colaboración con el poder legislativo, la cual debe abarcar e integrar las diferentes funciones esenciales de la salud pública como una guía para una agenda legislativa que respalde los valores sociales del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad (33).

Las medidas deben orientarse a producir cambios en arreglos institucionales tanto sectoriales como intersectoriales, que faciliten la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud pública, individuales y poblacionales y den lugar a mejoras en la capacidad de respuesta del sistema de salud (182). Esto abarca la planificación de políticas sobre la provisión y el acceso a servicios de salud integrales, incluso los personales y poblacionales, clínicos y no clínicos.

Por otra parte, también es necesario que las políticas y los recursos dirigidos a la mejora de la salud se reenfoquen en el abordaje de los determinantes sociales estructurales e intermedios y los factores de riesgo. Dicho paradigma favorecerá las intervenciones que tienen efectos múltiples, amplios y beneficiosos, creando entornos que conviertan a la opción más saludable en la opción más fácil. Esto requiere nuevas capacidades de inteligencia, de análisis y de desarrollo de políticas y de gestión de cambios acordes con un nuevo enfoque que favorezca el abordaje de los entornos sociales y físicos y un mayor compromiso con los socios intersectoriales (183).

En el interior del Estado, son indispensables otros ministerios con competencia en políticas sociales para sostener iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales a través del fortalecimiento de los sistemas de protección social. También es importante para estas iniciativas considerar las áreas estatales que actúan directa o indirectamente en los determinantes sociales de la salud (medioambiente, producción, trabajo, etc.). Para ciertos contextos, es necesario considerar tanto los actores de jurisdicciones subnacionales (provinciales o municipales) que asumen un papel clave para adecuar o implementar iniciativas en contextos locales como los actores no estatales (sociedad civil organizada o no organizada y organizaciones privadas con o sin fines de lucro, con mayor o menor formalidad y visibilidad) que asumen funciones de control social, promoción de la causa e influencia en los procesos de cambio y de producción de servicios.

Para lograr coherencia, es importante que las políticas de salud pública se basen en las políticas y los objetivos del Estado y estén armonizadas con ellos. Para ello, la formulación debe incluir los elementos que forman parte de la agenda de otros sectores, con metas definidas que guíen la asignación de recursos y la planificación de acciones intersectoriales, así como aquellas que se encuentran en tratados legalmente vinculantes, como es el caso del CMCT. Asimismo, es importante que la información y las actividades sean consensuadas por un rango amplio de actores del sector de la salud, incluidos los programas, los servicios y las funciones de apoyo, así como de otros sectores (181).

Es importante que el proceso de formulación de políticas se lleve a cabo en todos los niveles institucionales, tanto en el ámbito nacional como en los espacios subnacionales. Se debe prestar la debida atención a la agenda de salud global, y a la participación en tratados internacionales y en espacios de debate y consenso de políticas y regulaciones con repercusiones en la salud de la población. Los niveles nacionales también deben tener las capacidades para apoyar el proceso de formulación e implementación de políticas a nivel subnacional, con el involucramiento del mayor número de actores posible. Las autoridades de salud a nivel central tienen el papel esencial de guiar y colaborar con las diferentes instituciones del sector de la salud y entidades subnacionales para asegurar un alineamiento con los direccionamientos establecidos en las estrategias nacionales de salud (181). También deben buscar que las decisiones y políticas estén informadas por el mejor conocimiento disponible, y que en la implementación se consideren los contextos y valores locales.

La formulación de políticas efectivas en el ámbito de la salud pública también requiere del fortalecimiento de las capacidades analíticas, operacionales y políticas de las autoridades de salud. Respecto de las capacidades analíticas, las autoridades de salud requieren de un número significativo de oficiales con capacidad de pensamiento crítico y competentes en el acceso a conocimientos técnicos y científicos y su aplicación en relación con la formulación de políticas efectivas, el fortalecimiento de marcos legislativos informados por la evidencia y los mecanismos de monitoreo, evaluación y refinamiento e implementación de las intervenciones.

El fortalecimiento de las habilidades para la gestión de políticas públicas requiere mejoras en la organización interna de los organismos públicos y en la relación de estos organismos con instituciones de la rama legislativa y ejecutiva, como también de otros actores. La mejora de habilidades políticas requiere el mapeo estratégico de actores (sus intereses, ideologías y las

relaciones entre ellos), la creación de alianzas estratégicas y el aseguramiento de mecanismos de diálogo social que faciliten la viabilidad de los procesos de cambio promovidos (78).

Finalmente, las autoridades de salud deben contemplar la existencia de mecanismos de control y fiscalización de estas políticas. Una vez formuladas, el proceso de integración de la salud en las políticas públicas debe ir acompañado de un análisis de las repercusiones de dicha formulación y de mejora continua. Es decir, las autoridades de salud deben fortalecer los mecanismos de vigilancia del cumplimiento de estas políticas y marcos regulatorios, y contar con mecanismos para corregir el curso cuando sea necesario y con base en datos y análisis confiables.

FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia

Descripción de la función

Esta función comprende la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en el desarrollo de la salud, de una manera deliberada, democrática y concertada (184). La función abarca las acciones colectivas mediante las cuales la sociedad civil y la comunidad organizada intervienen e influyen directamente en la organización, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones y del sistema de salud en su conjunto (185).

Situación de la función

La participación de la sociedad civil y de la comunidad³ en la formulación y el diseño de políticas en el ámbito de la salud se promovió con mayor fuerza a partir de la aprobación de la Declaración de Alma-Ata en 1978 (81) y la posterior difusión y puesta en marcha de la Carta de Ottawa, aprobada en 1986 (186). Como práctica social durante este período, se identifica que las poblaciones participaban para construir puestos de salud o acceder a programas de salud preventiva.

Durante la década de 1990, muchos países de las Américas impulsaron transformaciones políticas y administrativas caracterizadas por la descentralización a nivel regional y local como una forma de democratización de los sistemas de salud, y en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema (9,187). En ese contexto, se explicita la necesidad de fortalecer la participación social en los procesos de planeación, de los cuales surgen los comités de participación comunitaria como instancias para la canalización de la participación y la voz de la comunidad en la planeación y la descentralización (187,188).

3 La OPS, en *Salud en las Américas+*, edición del 2017, define *sociedad civil* como los grupos no pertenecientes al Gobierno cuyo propósito es promover la salud pública y el bien público en general, y reconoce que esta sociedad civil incluye grupos con intereses muy diferentes, como los grupos de fachada, que, bajo la apariencia de grupos independientes, tienen como finalidad defender solapadamente los intereses de un tercero. Véanse Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas+*, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 6 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf> y Organización Panamericana de la Salud. *Américas+*, edición del 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. La función de la sociedad civil y la comunidad en la definición de políticas públicas en salud; [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=306&lang=es. Se entiende por *comunidad* un grupo específico de personas que suelen vivir en una zona geográfica definida, tienen los mismos valores, normas y cultura, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que el propio grupo ha forjado a lo largo del tiempo.

Hasta la fecha, muchos países de la Región han continuado el desarrollo de formas y mecanismos de participación social, de los cuales se destacan la conformación de asociaciones de usuarios y comités para la inclusión de la participación en los procesos de diagnóstico locales. Los foros sociales son también ejemplos característicos de este tipo de iniciativas (78).

Simultáneamente, la Región ha visto el desarrollo de movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil que buscan asegurar el derecho a la salud y promover normas y regulaciones que reconozcan la situación o las condiciones que afectan su salud y su calidad de vida, como es el caso de las personas con infección por el VIH, las asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas o los grupos de población LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales) (189).

A través de distintos mecanismos e iniciativas sociales, estos grupos han asumido de forma gradual un papel más activo en la generación de procesos de transformación del sistema de salud que rompen el statu quo y promueven políticas con criterios de equidad y modelos basados en el principio del buen vivir (el concepto *Sumak Kawsay* de los pueblos originarios de América Latina) y del bien común. Su participación también se observa en diferentes niveles. La participación de las personas con el VIH, por ejemplo, ocurre en consejos asesores comunitarios, consejos nacionales sobre el sida, el Consejo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la junta coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Comité Técnico Asesor de la OPS, entre otros (189).

A pesar de las diferentes experiencias de participación de la sociedad civil y la comunidad, aún en muchos casos estas no cumplen con el espíritu de las declaraciones que promovieron su participación inicialmente. Muchas de las experiencias de los últimos 30 años se limitan a una participación no efectiva o meramente simbólica, que se circunscribe a la validación de decisiones ya tomadas por las autoridades (189). En esos casos, los procesos de participación se han promovido principalmente desde las estructuras del poder (el Estado u organizaciones no gubernamentales que ejecutan proyectos con fondos públicos o de donantes) y no corresponden a esfuerzos propios de las organizaciones sociales (189).

La fragmentación y la limitada institucionalización de los procesos de participación, la participación de la comunidad como respuesta a exigencias circunstanciales provenientes de la lógica institucional, la falta de reconocimiento de las dinámicas territoriales, y la inadecuada información, la falta de financiamiento y el mínimo alcance de la participación en la toma de decisiones son algunos de los principales problemas que afectan la participación social en salud en la Región. Hay también otros factores, relacionados con la sociedad civil en sí misma, como puede verse en los casos en los que la sociedad civil no está suficientemente organizada, o cuando se producen luchas internas por la visibilidad y los fondos. En otros casos, hay elementos del contexto, como pueden ser la falta de voluntad política y la interferencia de grupos de interés.

Mecanismos para fortalecer la función

Es necesario empoderar a la sociedad civil y la comunidad para que asuman su función de promover y exigir que las políticas de salud establezcan un contexto social, económico

y ambiental en el que se garantice el derecho universal a la salud, además de asegurar que cuenten con mecanismos de financiamiento transparentes y equitativos, ajenos a los conflictos de interés. Al mismo tiempo, el Estado debe garantizar espacios de formulación de políticas y toma de decisiones genuinamente democráticos y asegurar la participación efectiva de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, de modo que las políticas reflejen respuestas a sus necesidades. Un aumento en la transparencia de los procesos y en la información que la población recibe es esencial a fin de que esta pueda tomar decisiones fundamentadas en la realidad.

Esta participación debe ir más allá de la mera representación de la sociedad civil y la comunidad, y debe hacerse énfasis en la función central de la sociedad en la vigilancia social y en los mecanismos de rendición de cuentas, tanto del desempeño del Estado como del sector privado. Para ello es esencial identificar y capacitar a las partes interesadas que deben sumarse a la participación social, a fin de fortalecer los mecanismos sociales de rendición de cuentas. Este control social es fundamental para brindar transparencia y evitar incumplimientos u omisiones en los compromisos, o que las acciones se disocien del interés público o se distancien de la salud pública (190).

Los escenarios y contextos en los que tiene lugar la participación habitualmente son fuente de tensiones, resistencias, acuerdos y confrontación con el poder establecido. Por tanto, es necesario que la sociedad civil y la comunidad aumenten sus niveles de participación y, al mismo tiempo, que las autoridades de salud tengan una mayor apertura a esta participación, al ampliar, facilitar y fortalecer las instancias para que esta se concrete de forma efectiva. Para ello es importante fortalecer los organismos institucionales que facilitan la defensa de la sociedad civil y desarrollar canales efectivos de participación. La sostenibilidad de esta participación, principalmente debido a la financiación de dichas funciones, es otro aspecto que debe abordarse (189).

Las autoridades de salud tienen una función central en la conformación de una acción colectiva de actores claves que faciliten la viabilidad (capacidad política) y factibilidad (capacidad técnica) de los cambios promovidos en los sistemas de salud, pero guiados por los mismos principios y valores éticos. La configuración de los actores que deberían ser convocados es dinámica y depende de la naturaleza de los problemas abordados, de las estructuras y de los arreglos institucionales comprometidos en tales procesos de cambio y de la economía política (182). El análisis cuidadoso de posibles conflictos de interés es particularmente importante cuando se consideren asociaciones entre la sociedad civil y el sector privado.

■ ASIGNACIÓN DE RECURSOS ▶

Se desarrollan a continuación las FESP relacionadas con la implementación de políticas orientadas a fortalecer los arreglos y mecanismos institucionales, formales o informales, que tienen influencia sobre la cobertura y la asignación de recursos críticos de los sistemas de salud, incluidos los recursos financieros, los recursos humanos y las tecnologías de la salud (191, 192).

FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud

Descripción de la función

Esta FESP incluye la ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa, y la reglamentación de la educación y la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública. Aunque dichas acciones están bajo la rectoría de las autoridades de salud, la función también requiere acciones de planificación estratégica con capacidad técnica y política para elaborar e implementar intervenciones sinérgicas en sectores distintos al de la salud, cada uno de los cuales incluye a actores diversos con responsabilidades, objetivos e intereses específicos (193).

Situación de la función

La Región de las Américas ha tenido avances importantes en relación con el desarrollo de políticas y planes sobre recursos humanos para la salud, con mejoras en cuanto a su disponibilidad y distribución en los servicios de salud, especialmente con la constitución de equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención (194). Varios países de la Región cuentan con la dotación mínima recomendada por la OMS en el 2006 (23 profesionales médicos, de enfermería y de partería por 10 000 habitantes) y están haciendo avances hacia los niveles establecidos en el 2015 (44,5 profesionales médicos, de enfermería y de partería por 10 000 habitantes) (195).

No obstante, la subestimación de la inversión en recursos humanos y los desafíos pendientes en materia de gobernanza y mecanismos regulatorios perpetúan las inequidades en el acceso, la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud (entre países y dentro de los países, entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado) (196). Esto se acentúa por la problemática de la baja retención en zonas rurales y desatendidas y las altas tasas de movilidad y migración, así como las condiciones laborales precarias y la baja productividad y calidad del desempeño (197-199). Asimismo, el énfasis excesivo en la atención del tercer nivel y la oferta de especialidades compite con la formación de profesionales con competencias de salud pública necesarios para mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Las debilidades en la conducción de procesos intersectoriales, evidenciadas en la fragmentación de los marcos legislativos entre los sectores de la salud, la educación, el trabajo, las finanzas y el ejercicio profesional, limitan la cooperación intersectorial necesaria para unas adecuadas formación, profesionalización, regulación de las prácticas profesionales y condiciones de trabajo del personal de salud, así como la incorporación de los equipos interprofesionales requeridos para la provisión de servicios de salud integrales (200, 201).

Mecanismos para fortalecer la función

Se debe consolidar la gobernanza de los recursos humanos para la salud, la regulación y la fiscalización del proceso de formación, la regulación del mercado de trabajo y la regulación profesional (202). El fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud para conducir procesos intersectoriales (incluso con los sectores de educación, trabajo y finanzas) es esencial para el desarrollo del personal de salud, de acuerdo con las necesidades de salud de la población y en consonancia con un sistema de salud basado en la atención primaria de salud (202).

Es fundamental garantizar que durante su proceso formativo todo el personal de salud desarrolle competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades, en virtud de un modelo de atención basado en las personas, las familias y las comunidades. Para ello es necesario fortalecer la regulación de la formación del personal de salud, incluyendo la definición de los estándares y criterios requeridos en la educación de pregrado, residencias y posgrados, la educación continua y la educación técnica y vocacional. Asimismo, debe avanzarse en la definición de perfiles de competencias de las profesiones y sus especialidades, y en la acreditación y la fiscalización de los profesionales para el ejercicio de su práctica profesional en función de la definición de estándares y de instrumentos e instancias de evaluación de su desempeño (202).

Para cumplir con estos objetivos se requiere la rectoría del Estado y la articulación permanente de las autoridades nacionales de salud y de educación con las instituciones académicas y las comunidades, así como el establecimiento de acuerdos de alto nivel entre estos sectores. Estos mecanismos de regulación abarcan un continuo de intervenciones rectoras que incluye la reorientación de la educación de pregrado hacia la apropiación de la salud pública por parte del sector académico y un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, la adquisición de habilidades para el trabajo colaborativo e interprofesional, la producción de perfiles profesionales diversos y la estandarización nacional de las evaluaciones (202).

En relación con lo anterior, es necesario que los profesionales de la salud pública adquieran nuevas habilidades para el trabajo intersectorial y las políticas públicas, incluidas aquellas relacionadas con el análisis de la situación de salud, la vigilancia y el control de riesgos, la promoción de la salud y la participación social, el desarrollo de políticas y la legislación relacionada con la salud, el concepto de salud global y el abordaje de los determinantes sociales de la salud (203). Además de las competencias tradicionales, como la medicina, la epidemiología, el laboratorio, el trabajo comunitario, la educación en salud o la salud pública ambiental, se requieren nuevas competencias y habilidades, como el análisis de políticas, la comunicación, el monitoreo y la evaluación y mejora de la calidad, y un entendimiento más profundo de la determinación social y la asociación con otros sectores diferentes al de la salud para abordar los determinantes de la salud (183).

Las escuelas de salud pública requieren de formadores con extensa experiencia profesional en estas disciplinas, para dar salida a profesionales con capacidad para acceder, analizar y aplicar conocimientos técnicos y científicos en la formulación de políticas de salud efectivas e informadas por la evidencia. La epidemiología, como especialidad, necesita incorporar nuevas competencias, como la vigilancia y el modelamiento de sistemas complejos y métodos sólidos de evaluación de intervenciones con múltiples componentes, además de abrirse a la colaboración con distintas disciplinas, como el derecho, la educación y el transporte (183).

Las escuelas de salud pública también deben asegurar que los profesionales graduados tengan habilidades en exposición oral, escritura y comunicación persuasiva, así como un entendimiento sólido de conceptos básicos sobre el establecimiento de prioridades, la evidencia, la formulación de políticas, la implementación de programas, la evaluación, la mejora de la calidad y la planificación. Los currículos deben permitir que los profesionales graduados tengan habilidades para determinar la magnitud y la complejidad de los problemas de salud, identificar posibles intervenciones y seleccionar las más apropiadas y aceptables usando la evidencia disponible, y desarrollar planes prácticos para implementar y evaluar su progreso (183).

Estas características en la formación de profesionales deben incorporarse en el currículo desde el pregrado hasta los programas de residencia, posgrado y educación continua, para así poder facilitar la recertificación periódica. De igual manera, este proceso debe acompañarse de un proceso de acreditación institucional en el que estén contemplados los principios de la atención primaria de salud, el compromiso social, la educación interprofesional, las perspectivas en salud pública y los determinantes sociales de la salud (204).

El proceso de formación debe fortalecerse con garantías de condiciones laborales atractivas, estables y dignas, haciendo particular énfasis en los casos en que se proveen servicios en el primer nivel de atención y zonas desatendidas y servicios de salud pública de alcance poblacional (202). Esta provisión debe desarrollarse en el marco de sistemas organizados en red, e incluir el análisis de todos los niveles de atención y la integración de servicios de salud pública con el objetivo de mejorar las capacidades resolutivas del personal de salud.

La regulación del mercado de trabajo requiere la planificación de la oferta y la distribución del empleo en los servicios de salud, la definición de las condiciones dignas de trabajo junto con sistemas de protección contra riesgos del trabajo, y mecanismos de retribución adecuados y alineados con las necesidades de salud de la población y las responsabilidades profesionales y de trabajo (carga horaria, ubicación del lugar de trabajo, etc.).

Estas definiciones deben garantizar una distribución geográfica adecuada a las necesidades de salud de la población, incentivos de formación y desarrollo profesional y motivación para el ejercicio del trabajo. De forma similar, se debe abogar por la inclusión de nuevos perfiles y formas de organización del trabajo (delegación y redistribución de tareas) y la incorporación de perspectivas de género e incluyentes en los nuevos modelos de contratación, de modo de lograr un máximo despliegue de los recursos con los que cuenta el país.

Es necesario fortalecer la planificación estratégica de los equipos de gestión de las autoridades de salud y otras entidades a través de la capacitación conjunta y el intercambio de experiencias, así como el desarrollo de sistemas de información sobre recursos humanos para la salud orientados a apoyar la formulación y el seguimiento de políticas y estrategias. Estas políticas y estrategias deben contemplar la puesta en marcha de mecanismos para facilitar una dotación y distribución de recursos humanos para la salud adecuados y acordes a las necesidades específicas de cada comunidad, incluyendo mecanismos de retención y rotación de personal en los que se combinen distintos tipos de incentivos (económicos y de desarrollo profesional, condiciones de trabajo e infraestructura).

Es importante priorizar la conformación de equipos interprofesionales en el primer nivel de atención a través de normas específicas y la oferta de empleo público. Para ello se requieren mecanismos para evaluar y adecuar las capacidades y perfiles de los equipos del primer nivel para asegurar el ejercicio de todas las FESP, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de la interculturalidad.

FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces

Descripción de la función

El acceso equitativo a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias es una prioridad mundial que fue acordada en el 2016 como parte de los ODS (36)⁴. A nivel regional, la resolución de la OPS sobre *El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías de alto costo (205)* da cuenta de la importancia del acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias y postula cómo los países pueden fortalecer la función de asegurar su acceso a través de diferentes opciones de política.

Los medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales son una de las principales herramientas terapéuticas empleadas por los profesionales de la salud para la prevención, la detección y el tratamiento de enfermedades, incluidos la rehabilitación y los cuidados paliativos.

El aseguramiento del acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales es una función con impacto social que se extiende a toda la comunidad. Las externalidades positivas originadas por los programas de vacunación que previenen enfermedades⁵, el imperativo ético-social que demanda el acceso universal y equitativo a dichos medicamentos y tecnologías sanitarias como parte del derecho a la salud, y el alcance poblacional de la regulación sanitaria, la cual beneficia a todos garantizando que los productos médicos que se comercializan en los países son seguros, de calidad y eficaces, son algunos ejemplos de su alcance como función esencial de salud pública.

Entendido así, el aseguramiento del acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales requiere la creación de capacidades específicas en los sistemas de salud universales. Esta función aborda tres dimensiones fundamentales: 1) la regulación y fiscalización de la seguridad, la calidad y la eficacia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias; 2) la selección, la evaluación, la incorporación y el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales; y 3) la promoción, la provisión y el financiamiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.

4 En particular, en las metas 3.8, “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular [...] el acceso a [...] medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”, y 3.b, “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos”. Véase Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre del 2015 al 12 de septiembre del 2016; Nueva York (Estados Unidos de América). Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.

5 La 73.ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció “la función de la inmunización extensiva contra la COVID-19 como bien de salud pública mundial en la prevención, la contención y la detención de la transmisión”. Véase Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la COVID-19 [Internet]. 73.ª Asamblea Mundial de la Salud; 18 y 19 de mayo del 2020; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 25 de junio del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf.

Situación de la función

La insuficiente medición periódica sobre el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias es uno de los desafíos que prevalecen en la Región de las Américas y dificultan un diagnóstico actualizado y preciso sobre la situación de las Américas. Pese a ello, no resulta arriesgado afirmar que, aun considerando los grandes esfuerzos realizados por los países, todavía persisten importantes asimetrías en el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales o estratégicas, y que esas asimetrías se replican tanto entre países como al interior de ellos.

La OMS señaló que aproximadamente 2000 millones de personas no tienen acceso a medicamentos esenciales y que los países de ingresos medianos y bajos asignan 20% y 60% de su gasto en salud a los productos farmacéuticos, respectivamente, en comparación con 18% en los países de ingresos altos (206, 207).

A pesar de los progresos realizados, la Región de las Américas enfrenta desafíos que se renuevan en forma permanente y requieren acciones continuas para mejorar el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Como un ejemplo de ello, se pueden mencionar los importantes avances para ampliar el acceso a tratamientos para la infección por el virus de la hepatitis C. Aun así, se calcula que solo alrededor de 25% de las personas que padecen esa infección en la Región de las Américas han sido diagnosticadas (14% en América Latina y el Caribe) y que en el 2016 solo 16% de la población diagnosticada de la Región recibió tratamiento, porcentaje que disminuyó a 5% si se consideran América Latina y el Caribe únicamente (208).

A nivel regional, la promoción del uso racional de medicamentos y tecnologías de la salud, y el fortalecimiento de la innovación, la evaluación y la investigación de nuevas tecnologías sanitarias, contribuyen a continuar reduciendo las necesidades no satisfechas en relación con las personas y las comunidades.

Estas y otras problemáticas repercuten en el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales, con presupuestos que se ven desbordados por las cargas financieras causadas por la creciente utilización de medicamentos y otras tecnologías sanitarias de alto costo, y limitaciones de disponibilidad por dificultades en la cadena de suministros, desde la fabricación o importación hasta la dispensación al paciente.

El desarrollo del mercado de medicamentos genéricos es otro de los principales elementos de una política de medicamentos centrada en el acceso, para cuyo fortalecimiento existen grandes oportunidades en la Región. Mientras que el grado de penetración del segmento de medicamentos genéricos ha registrado un crecimiento sostenido y ha alcanzado hasta 34% del mercado en algunos países de América Latina, en otros países este segmento apenas alcanzó a representar 5% del mercado total⁶.

Mecanismos para fortalecer la función

La OMS ha señalado que “mejorar el acceso a los productos sanitarios es un reto multidimensional que requiere políticas y estrategias nacionales de carácter integral. Dichas políticas y estrategias deben armonizar las necesidades de salud pública con los objetivos de desarrollo económico y

⁶ Datos presentados durante la reunión presencial del Comité de Expertos de la Capacidad Regulatoria de las Américas en junio del 2019 en la sede de la OPS en Washington D.C. (Estados Unidos de América).

social y promover la colaboración con otros sectores, asociados y partes interesadas; también deben ajustarse a los marcos legislativo y reglamentario y cubrir todo el ciclo de vida de los productos, desde la investigación y el desarrollo hasta el aseguramiento de la calidad, la gestión de la cadena de suministro y la utilización” (209).

El fortalecimiento de un marco institucional, orgánico y normativo, y al desarrollo de políticas de medicamentos y otras tecnologías sanitarias centradas en el acceso son la base estructurante de las capacidades esenciales para asegurar la cobertura, el acceso y el uso racional a medicamentos y otras tecnologías sanitarias de calidad, seguras, eficaces y asequibles.

Los mecanismos para fortalecer la función deben adecuarse a las necesidades, al contexto nacional y al tipo de tecnología sanitaria; por ejemplo, estrategias y políticas para medicamentos y otras tecnologías de alto costo y fuentes limitadas, o políticas y estrategias para el desarrollo y la producción de medicamentos y otras tecnologías para enfermedades desatendidas.

Hay una variedad de opciones no excluyentes que pueden implementarse para fortalecer la función de aseguramiento del acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales y estratégicas, así como su cobertura. Entre ellas, se destacan las siguientes:

- Fortalecimiento del sistema regulatorio. La OPS y la OMS han reconocido la importancia de contar con sistemas regulatorios sólidos para apoyar el buen funcionamiento de los sistemas de salud y el logro de los ODS relacionados con la salud y la salud universal (210, 211), basando el fortalecimiento del sistema en el establecimiento y la ejecución de reglas, leyes y políticas, así como la dotación de las capacidades necesarias para asegurar que los medicamentos y otras tecnologías sanitarias sean seguros, eficaces y cumplan con las especificaciones de calidad ofrecidas.
- Fortalecimiento de un enfoque integrado en la selección o evaluación, la incorporación y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales. Para ello, es indispensable la definición de las responsabilidades y funciones de los organismos del Estado responsables en los procesos de toma de decisiones, desde la selección o evaluación y la incorporación a la cobertura hasta el uso racional y seguro, incluyendo la formulación de guías de práctica clínica, prescripción y dispensación y, en todos los casos, con mecanismos explícitos de priorización, transparentes y basados en la evidencia disponible. La regulación de los procesos de incorporación incluye la cobertura de estos productos en los sistemas de salud, y garantiza su adecuación a las necesidades de salud de la población, la evaluación y la priorización de tecnologías considerando criterios de costoefectividad, la utilización de criterios de equidad, y mecanismos de protección financiera que permitan el acceso a los servicios de salud.
- Fortalecimiento de las capacidades para coordinar a nivel nacional las funciones de promoción, provisión y financiamiento de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales para sostener una ampliación progresiva al acceso equitativo y la cobertura universal de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales, y evitar los gastos directos de las familias en el punto de atención.
- Implementación de estrategias que promuevan la pronta entrada y la competencia de productos genéricos multifuente en los sistemas de salud, dado que esto tiende a reducir los precios y ampliar el acceso a los medicamentos.
- Fortalecimiento de la innovación y el desarrollo de medicamentos y otras tecnologías de la salud a través de la implementación de políticas de transparencia y de propiedad intelectual que tomen en cuenta una perspectiva de salud pública, promoviendo el desarrollo de medicamentos

innovadores, evitando la extensión inapropiada de la exclusividad de mercado y facilitando la entrada oportuna de productos genéricos de múltiples fuentes (212).

- Fortalecimiento de los procesos de transferencia tecnológica y de las capacidades industriales nacionales, según corresponda, a fin de impulsar el desarrollo y la producción de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales y estratégicas de interés regional.
- Fortalecimiento de los mecanismos de adquisición y asignación de medicamentos y tecnologías de la salud. Entre las opciones figuran la mejora de la transparencia en los precios de tales productos a través de mecanismos institucionales que promuevan mercados eficientes y con equidad en el acceso. De forma complementaria, el fortalecimiento de la capacidad de compras de las instituciones públicas, incluidas las compras nacionales centralizadas y las compras conjuntas regionales, es una alternativa que puede favorecer condiciones de precios y equidad en el acceso.

FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo

Descripción de la función

Esta función corresponde al abordaje de cada uno de los elementos del proceso de financiamiento del sector de la salud, cuya expresión más tangible para el ente rector, aunque no se reduce solo a ello, es el presupuesto sectorial. La inclusión de esta función permite dos contribuciones importantes. En primer lugar, esta FESP abarca las diferentes funciones del modelo de financiamiento del sistema de salud, con una perspectiva de integración de todas las acciones de salud pública, tanto individuales como colectivas, con el objetivo de mejorar la equidad y la eficiencia del sistema de salud (33,182). En segundo lugar, y de forma complementaria, esta FESP asume un papel facilitador de la realización de este abordaje integral de las FESP, como herramienta de financiamiento del conjunto de dichas FESP (33,182).

Esta función abarca las funciones institucionales del proceso de recaudación de ingresos de diversas fuentes y la mancomunación, la asignación y la planificación estratégica de recursos financieros en el ámbito de la salud. La recaudación de recursos financieros depende de los tipos de esquemas de financiamiento, de si los pagos son obligatorios o voluntarios y del origen de los recursos o ingresos (impuestos generales o específicos, contribuciones obligatorias o voluntarias, pagos directos de los hogares o fuentes externas). La mancomunación se refiere a la adopción de mecanismos de solidaridad en la acumulación y la gestión de los recursos financieros, así como a la distribución de riesgos y la búsqueda de equidad y eficiencia en el gasto entre los diferentes grupos de población, de tal manera que el riesgo de tener que pagar por las intervenciones de salud sea compartido por todos los miembros del fondo común. La asignación de estos recursos se refiere a los mecanismos de transferencia y distribución de los recursos financieros a los servicios de salud y los sistemas de pagos a los proveedores de servicios de salud. Finalmente, la planificación financiero-presupuestaria corresponde al proceso de priorización, el análisis de sostenibilidad de la inversión pública en salud, la auditoría y la direccionalidad de los recursos hacia objetivos de salud (33).

Para garantizar un diseño institucional de las funciones de financiamiento como facilitadoras del funcionamiento efectivo del ciclo de políticas, detallado en el primer capítulo de esta propuesta, es necesario un abordaje sistemático del apoyo financiero de cada una de las FESP integradas en la propuesta.

Situación de la función

En la Región, en general, los aspectos centrales de esta función acompañan los problemas diagnosticados de los sistemas de salud de los países (33). En tal sentido, el financiamiento se encuentra segmentado en distintos subsistemas, lo que limita la solidaridad y la eficiencia. Por otra parte, el aporte público es insuficiente y, como contrapartida, el gasto directo de las familias es demasiado alto y la protección financiera no logra evitar las barreras de acceso, el empobrecimiento ni la exposición a gastos catastróficos por eventos de salud en grupos relevantes de la población. Los procesos de presupuestación del espacio fiscal del sector público son complejos y muchas veces no representan el grado de prioridad necesario y no logran expresar en la práctica la decisión de alcanzar objetivos de salud, y las formas de distribución de los recursos no ofrecen incentivos a la eficiencia de sistemas que promuevan el acceso equitativo para la salud.

En este marco, si bien en los últimos años se han registrado incrementos graduales de la inversión pública en materia de salud en la Región de las Américas, la gran mayoría del gasto público en el ámbito de la salud está destinado a la atención médica individual y al tratamiento de la enfermedad, y una proporción mucho más pequeña e inadecuada se destina, de manera muchas veces inefectiva, a apoyar los esfuerzos nacionales para mejorar la salud pública (213).

Además de ser insuficiente, la propia inversión en salud pública es también fragmentada (213), dado que la gran mayoría de recursos se asignan a programas específicos, pero sin una perspectiva más amplia en la que se priorice el financiamiento del conjunto de los servicios de salud pública. Al respecto, es importante tener presente la necesidad de centralizar en algunos casos la asignación de los recursos con la finalidad de proteger los servicios colectivos. Muchos de los servicios de salud pública poseen características de bienes públicos: la imposibilidad de excluir a alguien de su consumo y la ausencia de rivalidad por dicho consumo (214). Más aún, los procesos de globalización tienden a convertir en globales algunos de los bienes asociados a la salud. Así, por ejemplo, el control del tabaquismo tiene elementos de bien público global en un mundo donde el comercio, el contrabando y la difusión de estilos de vida dificultan que las acciones nacionales por sí solas tengan éxito y, por lo tanto, son necesarias acciones coordinadas a nivel internacional (215).

El impacto de las acciones de salud pública ha quedado demostrado por diferentes intervenciones exitosas que han dado lugar a cambios positivos en relación con los factores de riesgo y los resultados de salud. Sin embargo, muchas veces el financiamiento inadecuado ha tenido como resultado estrategias no lo suficientemente sólidas para proteger la salud de la población, que han conducido a pérdidas humanas y económicas considerables.

Asimismo, se ha evidenciado una inestabilidad histórica en el financiamiento de la salud pública y la ausencia de un compromiso a largo plazo por parte de legisladores y tomadores de decisiones (213). A raíz de esta situación, se aboga por mayor financiamiento, suficiente y estable, generado de manera sinérgica y colaborativa entre los gobiernos nacionales y subnacionales (183). Si no se cuenta con un financiamiento adecuado para garantizar todas las FESP, se debilita sustancialmente la capacidad de respuesta del sistema de salud para proteger la salud de la población.

Mecanismos para fortalecer la función

Garantizar la disponibilidad de recursos financieros es importante para aumentar y sostener las mejoras en las condiciones de acceso a la salud, reducir las inequidades e implementar intervenciones de salud pública efectivas. Un mayor espacio fiscal para salud (con mayor recaudación, priorización sobre la salud y mayor eficiencia) y su reflejo en el presupuesto, en tanto forma de planificación financiera para el logro de objetivos de salud, se vuelve una condición necesaria para las autoridades de salud (213).

Los recursos pueden provenir de los hogares, del gobierno general (y a veces de fuentes externas), ya sea por la vía de impuestos generales o específicos, de contribuciones obligatorias o voluntarias a la seguridad social o a los seguros privados, y de pagos directos de bolsillo (216,217). Aunque la preponderancia de uno u otro de estos mecanismos institucionales dependerá de la situación particular de cada país, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* reconoce que el gasto público en salud, al ser una fuente de recursos más estable, permite abordar con mayor equidad y eficiencia las necesidades de salud de la población y, por ello, aboga por una meta de referencia de 6% del PIB (33). Se trata de un aumento que, de manera sostenible, permita ampliar el acceso, reducir las inequidades en salud, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficientes, dirigidas prioritariamente al primer nivel de atención para mejorar su capacidad resolutive y de articulación de las redes de servicios.

El avance hacia la eliminación del pago directo y el aumento consecuente de la protección financiera debe darse a través de la orientación hacia mecanismos mancomunados solidarios que consideren fuentes de financiamiento público para su reemplazo. La mancomunación solidaria de fondos es, por tanto, una estrategia para eliminar las barreras de acceso de tipo financiero a los servicios de salud pública ofrecidos desde el primer nivel de atención, que es más efectiva en la medida en que el fondo (el volumen de población que participa) es mayor, pues se distribuyen mejor los riesgos entre sanos y enfermos, jóvenes y adultos mayores, pobres y ricos. Esta define la integración o coordinación de diferentes fuentes de financiamiento de los sistemas de salud, con lo cual mejora la solidaridad de los recursos financieros y, por lo tanto, la equidad y eficiencia del sistema de salud (33, 182).

La asignación del gasto público destinado a la salud implica el funcionamiento de mecanismos de asignación equitativos y eficientes, con una estructura de incentivos a prestadores individuales e institucionales que promueva una mayor coordinación de los servicios. Estos deben organizarse en redes integradas que respondan a un modelo de atención basado en las personas y las comunidades y que priorice la inversión en el primer nivel de atención y los servicios de salud pública, es decir, que pongan en práctica una estrategia de atención primaria de salud (62).

Asimismo, es importante que las autoridades de salud diseñen e implementen estrategias de financiamiento que incentiven la coordinación entre los diferentes actores involucrados, con un abordaje integrador entre los servicios de salud y los servicios de salud pública. Las actividades y acciones enumeradas en cada una de las FESP deben servir como guía para la planificación y la definición de prioridades para el uso de los limitados recursos para la salud pública. Cambiar la forma en que los fondos se distribuyen también requiere modificaciones en la organización de las autoridades de salud para mejorar la rectoría, apoyar funciones claves y ofrecer flexibilidad programática (213).

No obstante, existe suficiente evidencia de que la salud pública no recibe el suficiente financiamiento a pesar de su capacidad para proteger y mejorar la salud de la población. Para avanzar en la mejora de la salud de la población, es necesario que los sistemas nacionales de salud maximicen la eficiencia y la efectividad del gasto de los recursos disponibles para la salud pública y reconozcan la necesidad de mayor inversión (213).

El desenvolvimiento de las autoridades de salud en las funciones de financiamiento anteriormente mencionadas (recaudación, mancomunación y asignación) debe ser alimentado por un proceso de planificación presupuestaria estratégica orientado a fortalecer la salud pública. Este proceso debe garantizar la calidad, la eficiencia y la transparencia de esas funciones a través de mecanismos de auditoría institucional y regulación. Esto permitirá analizar las estrategias de recaudación, mancomunación y asignación de recursos con mecanismos presupuestarios efectivos y sustentabilidad financiera. Finalmente, esta planificación permitirá asegurar que los recursos se dirijan de la forma adecuada, de acuerdo con la suficiencia, la sostenibilidad, la progresividad y el acceso universal de los servicios de salud pública.

ACCESO ▶

Las siguientes tres funciones esenciales son de naturaleza operacional. En ellas se evalúan las capacidades necesarias para llevar a buen término las intervenciones de salud pública, individuales y colectivas, correspondientes a distintos niveles de intervención (218). Así, la FESP 9 se refiere a garantizar el acceso a servicios integrales de salud y de calidad, que corresponden a intervenciones de salud pública de tipo individual que se ejecutan a través del sistema asistencial. Estos abarcan tanto la prevención primaria de protección específica y los programas de prevención secundaria (tamizaje) y terciaria (rehabilitación) como los cuidados de atención individual y las intervenciones multisectoriales y comunitarias que habitualmente se gestionan desde los establecimientos de salud. La FESP 10 incluye las intervenciones destinadas a la protección de la salud, que corresponden básicamente a intervenciones de salud pública de tipo colectivo que buscan reducir factores de riesgo y crear entornos saludables (por ejemplo, el acceso a agua potable y carreteras seguras, ambientes libres de humo de tabaco, etiquetado frontal de los alimentos). Por último, la FESP 11 incluye las intervenciones enfocadas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, la reducción de la pobreza y mejoras en la educación) y la promoción de la salud, que corresponde a la prevención primordial y primaria.

FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad

Descripción de la función

Esta función incluye las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. La calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y el bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales en su definición. El logro de estos atributos viene determinado por la disponibilidad de los servicios y su adecuada organización y gestión (219).

La atención centrada en las personas, sus familias y las comunidades es aquella que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que puedan responder efectivamente a las necesidades de salud, que inspiren confianza, que estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y que respeten las preferencias sociales. Este tipo de atención exige también que las personas, sus familias y las comunidades reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención, y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de

un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la función crucial que desempeña la población en la configuración de las políticas y los servicios de salud (220).

Esta función también abarca la ejecución de estrategias para asegurar el acceso equitativo, universal, costoefectivo y sostenible a medicamentos y tecnologías de la salud (221). La ejecución de esta FESP abarca la integración y la coordinación de los servicios de salud con otros actores públicos y privados, sectores del desarrollo y gobiernos locales para abogar y abordar las necesidades de las personas y las prioridades de salud. Garantizar el acceso equitativo de los servicios de salud integrales y de calidad responde a los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad que sustentan las principales referencias y mandatos regionales y mundiales actuales (33, 218).

Situación de la función

La persistencia de barreras de acceso a servicios de salud representa un grave problema de salud pública: entre el 2013 y el 2014 se podrían haber evitado más de 1,2 millones de muertes en la Región de las Américas si los sistemas de salud hubieran ofrecido servicios accesibles, oportunos y de calidad (25). La responsabilidad de las autoridades de salud en esta materia es la esencia y fundamento de esta función (182). La caracterización integral del acceso a los servicios por la que aboga esta función se explica por la persistencia de un enfoque fragmentado de la atención y gestión de los servicios, centrado en la enfermedad y limitado a los cuidados curativos, con vínculos episódicos entre las personas y los profesionales de la salud. Asimismo, aunque los programas de promoción y prevención han logrado avances significativos, aún predominan los programas verticales, con enfoque de cobertura sin énfasis en el acceso y la calidad. Otros retos de esta función son la baja capacidad resolutive de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención; las dificultades en la implementación y el control de las normas de calidad; la existencia de contextos que no favorecen la cultura de calidad; la inadecuada disponibilidad, capacitación y educación continua de los recursos humanos de salud; el limitado acceso a medicamentos y otras tecnologías de la salud; y el financiamiento insuficiente e inadecuado. A menudo, los medicamentos y otras tecnologías sanitarias representan el porcentaje más alto del costo del tratamiento y la atención. En América Latina y el Caribe, los medicamentos antirretrovirales, por ejemplo, representan 75% del costo de la atención de los pacientes con el VIH, y llegan a ser más de 90% en algunos casos (222).

Mecanismos para fortalecer la función

Es necesario asegurar el acceso a servicios de salud integrales mediante un primer nivel de atención con capacidad resolutive, en el marco de redes de servicios de salud, para responder a la mayoría de las necesidades de salud individuales y colectivas de la población, con intervenciones para la protección de la salud de la población.

La integración y la coordinación con servicios de atención individual de mayor complejidad y servicios provistos a nivel comunitario por otros actores sectoriales, intersectoriales, gubernamentales y no gubernamentales permitirán facilitar mecanismos de articulación y complementariedad como

estrategia para fortalecer la capacidad resolutive y profundizar en los logros alcanzados (218). Un modelo de atención basado en las personas, las familias y las comunidades busca integrar acciones intersectoriales en la medida que busca coordinar con actores, organismos, instituciones, dispositivos y políticas sociales, ubicadas en el espacio territorial de su población a cargo.

Se requieren intervenciones desde los sistemas de salud y la intersectorialidad; el fortalecimiento del primer nivel de atención y su articulación con el resto de los niveles; el empoderamiento y la participación de las personas, incluidos los trabajadores de la salud, en las acciones para mejorar la calidad de la atención; y la orientación a los resultados en salud y a mejorar la experiencia y la confianza de las personas, las familias y las comunidades en los servicios de salud, más allá de la optimización de los procesos.

El abordaje individual y comunitario de la salud implica el desarrollo de condiciones que promueven el empoderamiento de las personas de su propia salud, la coparticipación de la población organizada en la gestión de la salud y el desarrollo de políticas para incidir en los determinantes como protagonistas de la producción social de salud. El modelo centrado en las personas y comunidades busca establecer lazos profundos con las personas y comunidades que fortalezcan su participación y empoderamiento (182). Su base, más allá de los cuidados curativos, son las necesidades de salud, con miras a consolidar un cuidado continuo, integral y proactivo, y a aumentar la participación, la responsabilidad y la conciencia del autocuidado de las poblaciones.

La adopción de estrategias innovadoras para mejorar el acceso a servicios de salud que sean de calidad a partir de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación hace posible transformar los procedimientos de trabajo y mejorar la interacción participativa, la gestión de riesgo y el uso de la evidencia científica (223). Este enfoque, aplicado a la atención médica, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población, y estos servicios, como la telemedicina, la historia clínica electrónica, la georreferencia y la utilización de dispositivos móviles, producirán un impacto más amplio, integral y continuo. De esta manera, aumentará la eficiencia del tiempo y los recursos, aumentará la equidad en el acceso y, en algunos contextos, disminuirán las limitaciones ocasionadas por la insuficiencia de infraestructura y de recursos humanos y financieros. De igual manera, todas estas estrategias permitirán garantizar un acceso equitativo a servicios de calidad, tanto técnica como percibida.

FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables

Descripción de la función

Esta función contempla las acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo y favorecer los entornos saludables (62). Entre ellas se pueden mencionar las políticas de prevención de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como las políticas fiscales (por ejemplo, impuestos para el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas), la regulación de la comercialización y la promoción de determinados productos (por ejemplo, la regulación o prohibición de la promoción del tabaco

y el alcohol), las regulaciones de etiquetado (tabaco, alimentos), la promoción y la protección de la lactancia materna o la promoción de la actividad física y los ambientes libres de humo de tabaco. También se incluyen las políticas cuyo objetivo es el aseguramiento del saneamiento, el transporte seguro, el control vectorial, el control de la contaminación del aire, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, la seguridad química, la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos y la salud ambiental y la protección de la salud de los trabajadores. La provisión de estos servicios poblacionales permitirá que se produzca una mejoría en el estado de salud en cohortes más amplias de la población. Para ello es fundamental que las autoridades de salud recuperen el liderazgo de las alianzas intersectoriales, dejadas a un lado a partir de la imposición del modelo biomédico.

Situación de la función

En la actualidad, muchos programas y servicios poblacionales de salud pública, como los relacionados con la inocuidad alimentaria, el saneamiento o el control de enfermedades prevenibles por vacunas, son susceptibles de sufrir recortes presupuestarios y de desarrollarse en el contexto de estructuras de gobernanza debilitadas (224). Además, las políticas y los programas que abordan la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la salud mental no se priorizan en la agenda de salud pública, aunque estas ocupen la mayor carga de enfermedad. En cambio, existe un predominio del modelo biomédico de salud, con su énfasis en la fisiopatología de la enfermedad y la prestación de servicios clínicos a individuos, que consume una porción cada vez mayor de recursos económicos (183).

Además, muchos organismos gubernamentales de salud pública están mal organizados y cuentan con personal inadecuado para abordar esta complejidad, no colaboran o tienen objetivos distintos, y la influencia y los intereses comerciales y económicos pueden impactar negativamente en el desarrollo de políticas en el ámbito de salud. Así ocurre, por ejemplo, con los intereses de las industrias tabacalera, del alcohol o de las bebidas azucaradas, que influyen en las políticas públicas y a veces interfieren con políticas para la prevención de las enfermedades no transmisibles.

Mecanismos para fortalecer la función

En primer lugar, esta función requiere de las primeras ocho funciones ya expuestas y de una capacidad de liderazgo y coordinación para trabajar con los otros sectores. Igualmente, precisa que se extienda la coordinación entre el sector de la salud y otros sectores del Estado, la academia, el sector privado y otros sectores cuyo quehacer tiene repercusiones sobre la salud. Esto requiere del fortalecimiento de las iniciativas intersectoriales que identifican explícitamente la mejora de los resultados de salud como uno de sus objetivos principales. En estos casos, las autoridades de salud deben asumir el liderazgo en la supervisión y coordinación de los servicios sociales y de salud y asegurar una estrecha colaboración con los demás sectores.

Asimismo, es necesario fortalecer iniciativas que no están explícitamente dirigidas a mejorar los resultados de salud, pero que buscan mejorar alguno de sus determinantes y factores de riesgo. Por ejemplo, el desarrollo de infraestructura (parques, calles seguras, agua potable y alcantarillado) y la regulación de bienes y servicios con efectos sobre la salud (seguridad vial, etiquetado frontal de alimentos y consumo de alcohol, drogas y tabaco, entre otros) y que están

regulados en otros sectores institucionales (por ejemplo, transporte, educación, comercio, agricultura o medioambiente). Para ello es necesario ampliar el ámbito de acción e influencia de las autoridades de salud sobre la agenda de otras políticas públicas del Estado, creando alianzas y mesas intersectoriales y estableciendo objetivos en común para fortalecer las políticas de salud (225).

El fortalecimiento de la influencia de las autoridades de salud sobre otros sectores institucionales se ve reflejado en el surgimiento y el desarrollo de esquemas de regulación de la producción y el consumo de bienes masivos (por ejemplo, la industria alimentaria, los usos de pesticidas, la regulación del consumo de alcohol, drogas y tabaco, el ambiente o la seguridad vial) para impactar sobre los factores de riesgo y la salud de la población. Con el objetivo de disminuir el número de muertes prevenibles y la carga de enfermedad a lo largo del curso de la vida, estas estrategias son mecanismos de regulación de actividades y procesos, ubicados algunos de ellos fuera del alcance del sector de la salud, con incumbencia especialmente en un nivel macronacional y con relevante influencia sobre las condiciones de salud de la población (226).

Los esfuerzos mencionados deben complementarse con intervenciones comunitarias a nivel local, las cuales se ejecutan en las escuelas, los lugares de trabajo, los mercados o las áreas residenciales, entre otros ámbitos, para abordar problemas prioritarios de salud a través de intervenciones que consideran la complejidad de factores determinantes como el comportamiento o las creencias culturales, y que operan en los lugares donde las personas viven y trabajan (227). Asimismo, en los establecimientos de salud deberían abordarse aspectos como el acceso al agua potable y el saneamiento seguros, el manejo adecuado de residuos y el manejo adecuado de materiales peligrosos. Estas intervenciones locales también facilitan la integración de acciones de promoción de la salud dentro de las actividades sociales con mayor consideración del contexto local (228).

FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

Descripción de la función

Esta función abarca el conjunto de iniciativas intersectoriales que están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud, aunque gran parte de estos no se encuentren bajo el control directo del sector de la salud. Si bien el propio sistema de salud es un determinante importante, otros determinantes, como la calidad de la educación, la fortaleza del mercado laboral, la seguridad del ambiente laboral y la calidad de los vecindarios, deben ser abordados de forma intersectorial (54, 229-233). El papel principal de las autoridades de salud para el ejercicio de esta función es actuar como socios en el desarrollo y la implementación de las iniciativas (234). En estos casos, se busca promover una gobernanza de salud en todas las políticas.

Situación de la función

El estatus socioeconómico, el nivel de educación, las condiciones responsables del aumento de la violencia, la discriminación y el racismo estructural y las características del vecindario, entre otros, son determinantes críticos de la salud y las inequidades en relación con la salud. Las mejoras en el entorno económico, físico, social y de servicios de una comunidad pueden ayudar a

garantizar oportunidades para la salud y apoyar conductas saludables. Sin embargo, el papel de las autoridades de salud y de la salud pública en el abordaje de estos determinantes no está bien definido (183). Los organismos de salud rara vez tienen el mandato, la autoridad o la capacidad organizativa para realizar cambios en las políticas, los sistemas y el medioambiente que puedan promover una vida saludable. Esa responsabilidad recae en los organismos de vivienda, transporte, educación, calidad del aire, parques, justicia penal, agricultura, energía y empleo, entre otras (84).

Mecanismos para fortalecer la función

Las soluciones a los problemas mencionados requieren de esfuerzos de colaboración entre distintos sectores a nivel local, estatal, regional y nacional, incluidos los organismos gubernamentales, el sector privado y las organizaciones comunitarias. La colaboración entre sectores también puede materializarse a través del análisis del impacto en la salud, la promoción de mejoras mediante la identificación de oportunidades para compartir recursos y reducir ineficiencias en el uso de los recursos del Estado, o la promoción de las innovaciones intersectoriales.

Las autoridades de salud deben extender el alcance de sus responsabilidades para garantizar que los tomadores de decisiones en otros sectores económicos y sociales distintos del de la salud reconozcan las implicaciones de sus decisiones para la salud pública. Las autoridades de salud pueden sugerir formas de ajustar las políticas y los programas para que tengan efectos más positivos para la salud, o recomendar modificaciones para reducir los daños evitables a través de la evaluación del impacto sobre la salud y la equidad en relación con la salud. También pueden participar en el desarrollo de políticas estatales o en la realización de intervenciones efectivas y pertinentes en relación con la realidad social y cultural de quienes las necesitan, además de intervenir en la educación y movilización de la comunidad (183).

Es posible reconocer diferentes tipos de influencia. Existen mecanismos intersectoriales que se originan desde otros sectores hacia el sector de la salud a partir de acciones directas sobre condiciones sociales, económicas y ambientales que afectan la salud, pero también iniciativas impulsadas desde el sector de la salud para incidir de manera directa e indirecta sobre políticas, programas e intervenciones de otros sectores sociales que tienen un impacto en la salud y la calidad de vida de la población (235). Esta última opción se ubica en la estrategia de salud en todas las políticas, en donde las autoridades de salud asumen el liderazgo para dar visibilidad a dichos problemas e impulsar y fortalecer la voluntad política, o bien participan de la regulación de aquellos factores que inciden sobre la salud de la población.

El establecimiento de dichas alianzas colaborativas de coordinación, cooperación e integración, así como de regulación intersectorial, representa experiencias efectivas para abordar los determinantes sociales de la salud (190, 236, 237). La coordinación intersectorial entre las autoridades de salud con instituciones de otros sectores procura un abordaje integral e integrado de los problemas sociales de la población (33). En términos meso y macro, existen numerosas y heterogéneas experiencias intersectoriales en la coordinación entre las políticas de salud y otras políticas sociales a nivel nacional, y sobre todo a todo nivel de los gobiernos locales (78, 236). Este tipo de iniciativas intersectoriales incluye estructuras de gobernanza intersectoriales que buscan coordinar diferentes jurisdicciones ministeriales (finanzas, vivienda, desarrollo social, cultura, seguridad y salud) para mejorar la efectividad de sus políticas e intervenciones, así

como los distintos niveles administrativos en la formulación e implementación de políticas e intervenciones.

Las experiencias en torno a la promoción de una gobernanza de salud en todas las políticas demuestran que el éxito de estas iniciativas depende de distintos elementos. En primer lugar, es necesaria la acción conjunta de los organismos del Estado, con amplia participación del sector de la salud, en la formulación de políticas sociales con un abordaje integral e integrado sobre las necesidades sociales de la población, con metas y objetivos compartidos, y el fomento holístico del desarrollo humano con un enfoque de equidad y desarrollo sostenible, sin interferencia de intereses comerciales. Para ello es fundamental contar con un liderazgo colectivo, fuerte y visionario, que incluya al sector de la salud, con compromiso con el abordaje intersectorial al más alto nivel de gobierno, apoyado por un marco legal y con una priorización explícita del desarrollo humano, la salud, la equidad y la sostenibilidad como responsabilidad central y objetivos del Estado (41, 84).

El involucramiento decidido y efectivo de la comunidad y de distintos actores clave es también importante para dar legitimidad y asegurar el éxito de cualquier iniciativa de coordinación intersectorial, dado que estos ofrecen información acerca de las barreras y las oportunidades para la salud, incluidos los posibles escenarios en los cuales los diferentes organismos y políticas del Estado pueden impedir o promover la salud (84). Ejemplos de tales actores son los miembros de la comunidad, los expertos políticos, la sociedad civil organizada, el sector privado (tomando en consideración potenciales o reales conflictos de interés), los organismos nacionales y subnacionales, y los gobiernos locales y regionales. Cabe resaltar la importancia y el aporte fundamental de los actores comunitarios para el entendimiento del impacto en la salud y la equidad de cualquier intervención y las posibles soluciones para mejorar ese impacto. Estos actores comunitarios son también socios fundamentales para movilizar la comunidad durante la implementación de intervenciones intersectoriales.

También es necesario institucionalizar la coordinación intersectorial dentro de las estructuras y los procesos del gobierno, y asegurar la coherencia entre las políticas de cada sector del gobierno con potencial influencia en la salud (por ejemplo, los impuestos), de tal forma que la salud, la equidad y la sostenibilidad se tomen en cuenta desde los estadios tempranos del desarrollo de los programas y la planificación y la formulación de políticas. Esto representa un cambio fundamental en las funciones del gobierno, con implicaciones en el desarrollo de capacidades (infraestructura, personal, presupuesto, políticas y procedimientos) para habilitar estructuras organizacionales con fondos permanentes y adecuados, idealmente ubicadas en los niveles más altos de decisión, así como recursos y capacidad organizacional para la colaboración.

Los mecanismos de coordinación entre diferentes políticas sociales también requieren una lógica territorial, tanto en la formulación como en la implementación de las políticas sociales del Estado y el funcionamiento de las estructuras organizacionales de las diferentes jurisdicciones, con la priorización de grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad, como aquellos en situación de exclusión social, los desempleados o quienes están en condiciones precarias e informales de trabajo, las minorías étnicas, la población LGBTI, los desplazados, los refugiados y los migrantes (238-240).

PARTE V



RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

Los aspectos analizados anteriormente reafirman la necesidad vista hace 15 años de abordar los servicios de salud pública incluidos en las funciones esenciales de la salud pública (FESP) desde una perspectiva integral, no solo considerando los servicios de promoción y prevención de la salud de base poblacional, sino también garantizando el acceso a los servicios de atención médica necesarios a través de un modelo de atención basado en las personas, las familias y las comunidades y abordando los determinantes sociales de la salud.

Este abordaje no implica diluir el énfasis y los recursos en los servicios y acciones poblacionales y comunitarias que influyen sobre la salud de la población. Los logros más importantes de estas acciones, como la inocuidad y la calidad de los alimentos, el agua y el saneamiento básicos o el control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación, paradójicamente, se han acompañado de una reducción de su valor percibido entre los votantes y los políticos, lo que los hace vulnerables a recortes presupuestarios y estructuras de gobierno debilitadas (225).

A medida que cambian las dinámicas del mercado y se profundiza en la globalización, aumenta la necesidad de contar con acciones de salud pública efectivas. Por tanto, es necesario revitalizar la salud pública dentro de la agenda de fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, que prioricen la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar. En ese marco, el análisis de la problemática de la equidad en el acceso y la continuidad de los servicios de salud pública debe ser una actividad crítica de la agenda de fortalecimiento de los sistemas de salud. Este criterio refuerza la necesidad de estructurar los procesos de formulación de políticas públicas a partir del análisis de los problemas de salud de la población y sus determinantes, así como los desafíos o brechas de la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población como parte del ámbito de acción de las FESP.

Teniendo en cuenta lo anterior, este documento concluye con las recomendaciones que se exponen a continuación.

Integración del abordaje de las funciones esenciales de la salud pública en la toma de decisiones

Si bien la iniciativa de *La salud pública en las Américas* del 2002 (1) tuvo logros muy importantes, principalmente en términos de la movilización de actores en torno al debate de esta temática y los avances significativos en la medición de las FESP, hubo también una tendencia a identificar las FESP con su medición, sin profundizar en su papel como facilitadoras de los procesos de fortalecimiento de las autoridades de salud y su impacto en la transformación de los sistemas de salud (11).

La mayor fortaleza identificada de la iniciativa de las FESP en las Américas del 2002 ha sido tanto su contenido teórico como su operativización (11). En cuanto a los ejercicios de evaluación regional, su visibilidad política y el enfoque comparativo implícito entre los países pudo haber debilitado su rigor y el uso de los resultados en la práctica (241). Los ejercicios de evaluación de las FESP tuvieron mayor éxito en la medida en que mayores fueron el sinceramiento y el liderazgo político de las personas convocadas para este efecto (11). Por otra parte, las FESP quedaron restringidas, en lo referencial y metodológico, al ámbito de los sectores de la salud, con una débil colaboración intersectorial y escasa inclusión de las organizaciones de la sociedad civil y los servicios privados de salud, lo que afectó al aprovechamiento y alcance de las FESP en la Región (11).

Una de las principales lecciones aprendidas de las experiencias pasadas de evaluación de las FESP es la necesidad de que este abordaje sea parte integral del ciclo de formulación y aplicación de las políticas públicas de salud (30, 241). Esto significa que cualquier implementación del enfoque de las FESP debe comprometerse con ciclos repetidos de evaluación compartida, que sean seguidos por una acción coherente, es decir, la aceptación de los hallazgos y su inclusión sistémica en el ciclo más amplio de la política de salud pública (30, 241).

La experiencia en las Américas denota que la realización de ejercicios aislados de medición de las FESP no necesariamente conduce a cambios para mejorar la práctica y las políticas de salud pública. Para gestionar estos cambios, se requiere una adopción más sistemática de estrategias informadas por los hallazgos de los ejercicios de evaluación de las FESP (242, 243). Para ello, las autoridades de salud y demás actores responsables de la salud pública deben, en primer lugar, llegar a un consenso sobre la definición operativa de sus funciones, para, a continuación, poder realizar una evaluación sólida de esas funciones y planificar y ejecutar acciones fundamentadas por esta evidencia (244).

Desafortunadamente, los esfuerzos regionales anteriores carecían de un marco conceptual adecuado que permitiera reconocer la naturaleza contextual e interconectada de cada una de las FESP (241). Como resultado, estos esfuerzos se centraron en medir aspectos de la salud pública que solo caracterizaron de manera indirecta y parcial las funciones incorporadas en la práctica de la salud pública. En consecuencia, las oportunidades para comprender, controlar y mejorar su práctica y sus políticas fueron limitadas.

Sin un sistema de evaluación de las FESP que sea integral, no es posible producir los cambios necesarios para mejorar la práctica y las políticas de salud pública (243). Sin embargo, el compromiso de los actores responsables del ejercicio de la salud pública y el liderazgo de las autoridades de salud son ingredientes esenciales para trascender el análisis de las FESP y garantizar su fortalecimiento efectivo. Esto también requiere una mayor atención a las prácticas organizacionales e institucionales de las autoridades de salud, lo cual incluye el desarrollo de la fuerza laboral, el liderazgo, los procesos de asignación de recursos financieros y los procesos de conducción y cambio del sector de la salud (243).

La demanda social para obtener mejores resultados de salud frente a un escenario de escasos recursos no puede lograrse con la estructura ni las capacidades de los sistemas de salud actuales (243). Las experiencias de algunos países de la Región, principalmente Canadá y Estados Unidos de América (244-254), denotan que los ejercicios de evaluación de las FESP pueden contribuir significativamente, en la medida en que formen parte de un abordaje sistemático en la toma de decisiones y que estén incorporados en un ciclo continuo de mejora de la calidad, donde la recopilación de información y la producción y la interpretación de resultados en la evaluación de la capacidad de respuesta sean utilizadas para abordar los problemas de salud y sus determinantes (244-254). La lección aprendida de estas experiencias es una señal de que las evaluaciones requieren de una reconfiguración de las autoridades de salud, de tal forma que el personal de salud pueda integrar su práctica profesional cotidiana con un abordaje de evaluación de las FESP (255).

El proceso de formulación e implementación de políticas públicas de salud comprende diferentes tipos de intervenciones, sean estas en la forma de nuevas leyes, regulaciones, directrices, prácticas organizacionales o prioridades de financiamiento, con efecto sobre el estado de salud y el bienestar de la población (256,257). La inclusión de estas intervenciones en los procesos de formulación e implementación de las políticas públicas de salud debería estar alineada con transformaciones institucionales y organizacionales promovidas en el marco de la estrategia de salud universal (33).

La estrategia de salud universal representa una guía de orientación sobre las acciones estratégicas que deberían promoverse en los procesos de transformación de los sistemas de salud, basada en los valores del derecho a la salud de la población, la solidaridad y la equidad. Esta propuesta conceptual de FESP representa un marco analítico que sirve para identificar e integrar diferentes tipos de intervenciones con influencia tanto sobre el sistema de salud como sobre los determinantes sociales de la salud, en ambos casos con repercusiones sobre la salud de la población.

La experiencia con la aplicación del ejercicio de las FESP demuestra que la realización de un ejercicio aislado de medición no conduce a cambios sistémicos para mejorar la salud pública (66,241). Las lecciones aprendidas en este aspecto, tanto a nivel regional como mundial, identifican elementos clave para que esto suceda:

- La apropiación del proceso de evaluación de forma compartida entre socios y tomadores de decisiones a nivel nacional y local resulta fundamental para asegurar no solo la adaptación de la evaluación a competencias y objetivos institucionales específicos, sino también la capacidad de seguir el proceso más allá de un solo ejercicio de medición mediante el uso de evaluaciones repetidas basadas en un marco común (30,241).

- El proceso de evaluación debe integrarse explícitamente en un ciclo de políticas más amplio desde el principio, con el apoyo de responsables políticos de alto nivel y la movilización de recursos de todo el sistema de salud para asegurar transformaciones institucionales relevantes con repercusiones en la salud de la población (30,241). En este contexto, la propuesta de este marco conceptual de FESP debe integrarse al proceso de formulación de políticas para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal (33).
- Al mismo tiempo, el ejercicio de evaluación no debe ser exclusivo de un abordaje de arriba abajo, sino que debe lograr el consenso de actores locales sobre cuáles son las medidas de desempeño y su relevancia para su trabajo. En ese sentido, la flexibilidad y la adaptación de las herramientas a las circunstancias y necesidades locales es fundamental, ya que ofrecen una oportunidad para iniciativas diversas de un amplio abanico de actores sociales.
- Para lograr la aceptación local por parte de los profesionales de salud pública, es necesario contar con su opinión en el desarrollo del plan de evaluación, así como acerca de las herramientas específicas para la evaluación de las FESP que se examinarán y utilizarán para guiar la mejora de la calidad y las capacidades.
- Las aplicaciones efectivas del enfoque de FESP son aquellas en las cuales se han institucionalizado estructuras de gobernanza que buscan la mejora continua de la capacidad y la práctica de la salud pública. Entre las experiencias exitosas, principalmente en Estados Unidos de América, cabe citar la creación de unidades de mejora de la calidad, donde el personal logra establecer un vínculo entre su quehacer diario y las mediciones de las FESP, de tal forma que los distintos actores se hacen responsables de usar las medidas de desempeño y realizar las acciones correspondientes (258,259).
- Finalmente, los formuladores de políticas deberían contar con asistencia técnica de expertos, cuando sea necesario, para implementar mejoras en diferentes esferas y tipos de intervenciones, ya sea por parte de organismos nacionales (académicos y no académicos) u organizaciones internacionales (30,241).

Análisis situacional: el contexto local como referencia del proceso

Los procesos de fortalecimiento de los sistemas de salud no tienen una dinámica lineal ni uniforme en todos los países de la Región de las Américas. En virtud de la existencia de múltiples formas para organizar los sistemas de salud, y de las especificidades que comprenden los procesos de fortalecimiento, es crucial enfatizar que los países deben definir su plan de acción en concordancia con sus propios contextos sociales, económicos, políticos, legales, demográficos, históricos y culturales, considerando sus correspondientes retos y prioridades en el ámbito de la salud.

Por esta razón, el análisis de las FESP debe adecuarse también a las características y a los desafíos particulares de los procesos de fortalecimiento de los sistemas de salud de cada país. Para ello, se debe partir del análisis de la problemática de cada caso y las trayectorias políticas, institucionales y culturales de cada país, profundizando en la identificación y el fortalecimiento de las capacidades de las autoridades de salud para la promoción y el sostenimiento de una agenda

de fortalecimiento de los sistemas, basados en la atención primaria de salud y que garanticen el acceso y la cobertura universal.

De la misma manera, en función del nuevo contexto y los nuevos desafíos de los sistemas de salud de los países de la Región, se debe dar lugar a un fortalecimiento sostenible hacia el acceso universal y equitativo a partir de la dinamización del cambio producido a nivel institucional (260), la redefinición de los términos de la acción colectiva a partir del contexto y la integración constante de nuevas intervenciones intersectoriales.

La economía política y las políticas de salud pública

Al igual que con cualquier proceso de toma de decisiones en la práctica de salud pública, la formulación de políticas de salud es compleja y depende de una variedad de factores institucionales, científicos, económicos, sociales y políticos (261). Con frecuencia, las políticas de salud se implementan (o no logran implementarse) como resultado de presiones políticas o de las demandas e intereses de ciertos actores de la sociedad civil.

En ese sentido, el ejercicio de las FESP, como herramienta para el proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud, asume una complejidad política que no debería soslayarse. En otras palabras, para sostener tales procesos, se requiere abordar aquellas contradicciones y aquellos desafíos derivados de potenciales conflictos de intereses y concepciones diferentes entre los actores involucrados en el quehacer de la salud pública (262-264).

Para ello, el papel de conducción que desempeñan las autoridades de salud en cuanto los procesos de fortalecimiento del sistema de salud requiere de la conformación de alianzas con otros actores sociales que faciliten la viabilidad política y la aceptabilidad social de las propuestas de mejora de la salud pública, sin por ello perder de vista los valores propuestos para las FESP ni el papel de las autoridades de salud. La conformación de un liderazgo colectivo, entre autoridades de salud y actores sociales, constituye un componente político clave que influye sobre la formulación e implementación del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud (33, 191, 192).

En este marco, una nueva perspectiva de las FESP debería incluir las capacidades políticas que facilitan este proceso, asumiendo la gestión de los posibles conflictos a través de la conformación de una acción colectiva que permita legitimar los cambios necesarios (260). Por esta razón, un análisis de economía política debería considerarse como parte del abordaje de las FESP.

Reflexiones finales acerca del marco conceptual

La propuesta del marco conceptual de las FESP responde a la necesidad de revisar y mejorar el abordaje de estas funciones utilizado en la Región de las Américas en las últimas décadas. Esta revisión considera tanto los desafíos pendientes ya identificados desde finales del decenio de 1980 del siglo pasado como también los nuevos desafíos relacionados con la profundización de la globalización en este siglo. Al mismo tiempo, se ha logrado un avance significativo en la visibilidad de las FESP como una agenda estratégica para fortalecer la salud pública. No obstante, estos esfuerzos han tendido a limitarse a un ejercicio de medición, sin profundizar en los procesos de fortalecimiento de las autoridades de salud y del sistema de salud, condiciones necesarias para influir sobre los factores que tienen incidencia sobre la salud de la población (11).

La producción de esta propuesta de FESP requirió una revisión y el consenso entre múltiples actores involucrados y comprometidos con los objetivos de la salud pública en relación con su definición conceptual. Este ejercicio permitió una revisión sobre los alcances de los ámbitos de acción de las FESP, considerando como criterios centrales el papel de las autoridades de salud y la sociedad civil, el papel de la intersectorialidad y el acceso a los servicios de salud pública.

Estos fundamentos sirvieron para revalorizar un marco conceptual de las FESP integrado al ciclo de las políticas de salud. Tomando como referencia e insumo la definición del ciclo de políticas del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América (6), se establecieron cuatro etapas, referidas a la evaluación como capacidad de inteligencia en relación con los problemas de salud por parte de las autoridades de salud, la formulación de políticas para intervenir sobre los factores que influyen sobre dichos problemas, la asignación de recursos necesarios para dar cuenta de la implementación de esas políticas y el acceso referido a las actividades que deben realizarse como condiciones necesarias. Estas etapas no deberían interpretarse como lineales y secuenciales sino como el ejercicio de funciones que se articulan en los procesos de formulación de políticas a través de las autoridades de salud y de la acción colectiva de diferentes actores comprometidos con la salud de la población. Estos procesos deben interpretarse en función del contexto institucional, político y social de cada país e integrarse a los procesos de transformación sectorial e intersectorial que promueven los Estados para mejorar las condiciones de salud de la población.

GLOSARIO

Acceso a la salud: Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan (33).

Acción de salud: Intervención dirigida a la atención médica individual, los servicios poblacionales y las iniciativas intersectoriales cuyo principal propósito es mejorar la salud (265).

Acción intersectorial: Intervención coordinada de más de un sector institucional destinada a la mejora de la salud y el bienestar de la población. Esta incluye tanto las acciones puramente horizontales entre ministerios y organismos como las acciones entre diferentes niveles del gobierno (266).

Actores estratégicos: Individuos, grupos u organizaciones que tienen interés e influencia en la configuración institucional del sistema de salud y la provisión de servicios de salud (236).

Análisis de la situación de salud: Método de revisión sistemática de los problemas de salud de una población que conduce a consensuar prioridades y formular políticas para mejorar la salud y reducir las inequidades (267).

Autoridades de salud: Conjunto de organizaciones, entidades o actores del Estado responsables de velar por el bien público en materia de salud (79). Las autoridades de salud presentan diferencias estructurales en su composición en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector de la salud.

Calidad de los servicios de salud: Grado en que los servicios de atención en salud incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en relación con la salud y responden a la aplicación de conocimientos profesionales actualizados. A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de la calidad que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios (226).

Calidad de vida: Percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.

Capacidad de respuesta del sistema de salud: Capacidad del sistema de salud para ejercer sus funciones, incluidas la prestación de servicios, la gestión de la infraestructura y de los recursos humanos necesarios para la prestación de esos servicios, la recaudación y mancomunación de recursos financieros, y la función rectora para establecer y hacer cumplir las normas y proporcionar dirección estratégica a todos los actores involucrados. Estas funciones se desempeñan con ánimo de dar respuesta a las necesidades, las prioridades y la situación de salud de la población.

Cobertura de salud: Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento (33).

Cuidados de salud: Atención ajustada a las necesidades en materia de salud de toda la población, efectiva y basada en la mejor evidencia científica disponible, que se presta mediante intervenciones seguras y que no causan daños o perjuicios de ningún tipo y de acuerdo con prioridades respecto de la asignación y organización de los recursos establecidas según criterios de equidad y eficiencia económica (costoefectividad) (268).

Derecho a la salud: Derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud y de la equidad y la solidaridad en relación con la salud (33).

Determinantes sociales de la salud: Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (269). Los determinantes sociales explican las desigualdades sociales en relación con la salud y, desde una perspectiva operativo-analítica, estas pueden diferenciarse entre desigualdades de la situación de salud y desigualdades en la atención de la salud (223).

Emergencia de salud pública de importancia internacional: Evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada (141).

Equidad: Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables entre los grupos de la población en el estado de salud y en el acceso a la salud y a los ambientes saludables. Orienta la priorización de los esfuerzos de políticas e intervenciones de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica (265).

Funciones esenciales de la salud pública (FESP): Capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno de la salud pública, actuando sobre los factores y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.

Gobernanza: Arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a la salud (260).

Integración: Referida a la atención primaria y la salud pública, se entiende como la vinculación de programas y actividades para promover la eficiencia y la eficacia en general y lograr ganancias en la salud de la población (86).

Mancomunidad solidaria de fondos: Unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos) con carácter solidario, es decir, cada uno aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para aquellos individuos que no tienen capacidad para aportar (pobres e indigentes) (33).

Modelo de atención: Planteamiento teórico y operacional que establece y describe la forma óptima de organizar las acciones de las autoridades de salud con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población, centrándose en la vinculación de las personas y comunidades con los servicios de salud (270).

Pagos directos de bolsillo: También conocidos como pagos directos, son los honorarios o cargos que suelen cobrarse por llevar a cabo las consultas médicas y los procedimientos médicos o de investigación, por los medicamentos y otros suministros, así como por los análisis clínicos. En función del país, lo recaudan las organizaciones gubernamentales, los centros de salud religiosos y los privados. A pesar de estar cubiertos por el seguro, los usuarios deben compartir estos gastos (normalmente en forma de coseguros, copagos o deducibles) y pagar de su propio bolsillo en el momento de utilizar el servicio, ya que estos gastos no están cubiertos por el plan de seguros (271).

Participación social en salud: Proceso mediante el cual las personas y comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan las condiciones de salud de la población (272).

Plan nacional de acción: Plan maestro para atender los objetivos nacionales de salud a través de la implementación de una estrategia sectorial e intersectorial. Es el marco de referencia que conduce a la programación más detallada, la generación de presupuesto, la implementación y la evaluación (273).

Política nacional de salud: Declaración o procedimiento formal llevado a cabo dentro de una institución rectora del sistema de salud (generalmente, el gobierno), la cual define los objetivos, las prioridades y los parámetros de acción para dar respuesta a las necesidades de salud dentro del contexto de los recursos disponibles (273).

Primer nivel de atención: Provisión de servicios integrados y accesibles por parte de personal de salud y en el contexto de la familia y la comunidad, con la intención de resolver la mayoría de las necesidades de salud de los individuos y con el establecimiento de una relación sostenida con las personas que reciben esos servicios (268).

Promoción de la salud: Proceso que permite que las personas tengan mayor control sobre su propia salud y mejoren su salud (272).

Rectoría: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud (260).

Recursos humanos para la salud: Todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es proteger y mejorar la salud, curar y prevenir la enfermedad (195).

Redes integradas de servicios de salud (RISS): Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (268).

Reglamento Sanitario Internacional (RSI): Reglamento adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Estados Miembros con el objetivo de prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y que evite al mismo tiempo interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales (156).

Riesgo para la salud pública: Probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo (156).

Salud en todas las políticas: Enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que tiene en cuenta de forma sistemática las implicaciones de las decisiones sobre la salud, que busca sinergias y que evita efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud (190).

Salud pública: Práctica y campo de conocimiento de la acción colectiva del Estado, junto con la sociedad civil, para proteger y mejorar la salud de las personas y garantizar el derecho a la salud de la población.

Salud: Estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sector de la salud: Conjunto de servicios organizados de salud, públicos y privados (incluida la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los servicios de diagnóstico, tratamiento y atención), las políticas y las actividades de los departamentos de salud y los ministerios de salud, y las organizaciones no gubernamentales, los grupos de la comunidad y las asociaciones profesionales relacionados con la salud (272).

Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (274).

Servicios de atención de salud: Sistemas coordinados de información e intervenciones de salud para personas que sufren enfermedades en los que se comparte el valor de los autocuidados en el tratamiento y control de dichas enfermedades. Se centran en la atención a pacientes con diagnósticos específicos y se orientan al tratamiento de enfermedades que requieren abordajes preventivos, curativos o de rehabilitación. Los servicios de atención de salud se dividen en niveles asistenciales (primero, segundo y tercer nivel de atención) (268).

Servicios integrales de salud: Acciones poblacionales o individuales, cultural, étnica y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que toman en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios (33).

Sistema de información en salud: Conjunto de actividades y procedimientos para recopilar, procesar, analizar, diseminar, catalogar y archivar datos provenientes de fuentes primarias y secundarias, y que transforma esos datos en información útil para apoyar la toma de decisiones en el sector de la salud (275).

Sistema de salud: Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar o mejorar la salud (73).

Sociedad civil: Espacio extenso y complejo en el que toman lugar las confrontaciones ideológicas, políticas y culturales y en el que puede definirse la hegemonía de un bloque de poder sobre el conjunto de la sociedad (276).

Solidaridad: Principio que sostiene el desarrollo de sistemas de protección social, con mecanismos redistributivos a través de contribuciones definidas en función de la capacidad económica de las personas y las empresas y asignadas para satisfacer las necesidades de la población (265).

Vigilancia en el ámbito de la salud pública: Compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, así como la difusión oportuna para realizar la evaluación y dar la respuesta de salud pública que sea procedente (156).

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2002 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.
2. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(4):905-25.
3. Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *Nueva Soc*. 1998;156:72-94.
4. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública [Internet]. 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2000; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2000 (resolución CD42.R14) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1423/CD42.R14sp.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2001 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf.
6. Institute of Medicine (Estados Unidos de América), Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services. *The future of public health*. Washington, D.C.: National Academies Press; 1988.
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América). 10 essential public health services [Internet]. Atlanta: CDC; 2013 [consultado el 10 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/stltpublichealth/publichealthservices/essentialhealthservices.html>.
8. Bettcher D, Sapirie S, Goon E. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*. 1998;51(1):44-54.
9. Atun R, De Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-47.
10. Muñoz F, López-Acuna D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(1/2):126-34.
11. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia la salud universal: experiencia federal. Buenos Aires: OPS; 2017.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Organización Panamericana de la Salud. *A gestão da saúde nos estados: Avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília: CONASS; 2007.
13. Ramagem C, Ruales J. The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2008 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/file/20186/download?token=1QYBPPAH>.

14. Muñoz-Navarro SR. Evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en las SEREMIS de salud de Chile. Informe técnico final [Internet]. Santiago de Chile: FONIS; 2017 [consultado el 18 de noviembre del 2018]. Proyecto SA14ID0042. Disponible en: <http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/214531/SA14ID0042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Chávez BM, Arango AM, Serna LM, Zuleta AM. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia, 2011. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2011;29(3):272-80.
16. República de Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública [Internet]. San José de Costa Rica: MINSA/OPS; 2014 [consultado el 18 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=312-medicion-del-desempeno-de-las-funciones-esenciales-de-salud-publica-fesp-2014&Itemid=222.
17. República de Panamá, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de las funciones de salud pública. Resultados del Taller de aplicación del instrumento de medición de las funciones esenciales de Salud Pública, llevado a cabo del 27 al 29 de junio de 2001 [Internet]. Ciudad de Panamá: Ministerio de Salud; 2014 [consultado el 18 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=26-evaluacion-de-las-funciones-de-salud-publica&category_slug=publications&Itemid=224.
18. Magaña-Valladares L, Nigenda-López G, Sosa-Delgado N, Ruiz-Larios JA. Public health workforce in Latin America and the Caribbean: assessment of education and labor in 17 countries. *Salud Publica Mex*. 2009;51(1):62-75.
19. Organización Panamericana de la Salud. Campus Virtual de Salud Pública [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2000. Curso Virtual de Funciones Esenciales de Salud; 2013 [consultado el 1 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso-virtual-de-funciones-esenciales-de-salud-publica>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 6 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
21. Galea S. *Healthier: fifty thoughts on the foundations of population health*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
22. Tatem AJ, Hay SI, Rogers DJ. Global traffic and disease vector dispersal. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006;103:6242-7.
23. Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial del Comercio. WTO agreements and public health. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat [Internet]. Ginebra: Secretaría de la OMC; 2002 [consultado el 11 de diciembre del 2011]. Disponible en: http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf.
24. Labonte R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization on health and public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:263-83.
25. Galea S, Annas GJ. Aspirations and strategies for public health. *JAMA*. 2016;315(7):655-56.
26. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:335-55.
27. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e11.

28. American Public Health Association. The role of public health in ensuring healthy communities. Washington, D.C.: APHA; 1995. Policy Number: 9521 (PP).
29. Lomazzi M. A. Global Charter for the Public's Health – the public health system: role, functions, competencies and education requirements. *Eur J Public Health*. 2016;26:210-2.
30. The Commonwealth; World Federation of Public Health Associations. A systems framework for healthy policy [Internet]. Londres: Commonwealth Secretariat; 2016 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/OB8wr6920suOaeXNVRO1IeHdTYmc/view>.
31. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010 (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n.º 4).
32. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73-84.
33. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28276>.
34. Organización Panamericana de la Salud. Los sistemas de salud resilientes [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento CD55/9) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-9-s.pdf>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/6, Rev. 3) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf>.
36. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre del 2015 al 12 de septiembre del 2016; Nueva York (Estados Unidos de América). Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.
37. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 (resolución WHA69.1) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf.
38. Organización Mundial de la Salud. Health systems, international health regulations, and essential public health functions. Report of the WHO Interregional Internal Working Meeting [Internet]. WHO Meeting on Health Systems, IHR and Essential Public Health Functions; 15 y 16 de marzo del 2016; Copenhagen (Dinamarca). Ginebra: OMS; 2016 (WHO/HIS/

- SDS/2016.13) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/CopenhagenMeetingReport.pdf>.
39. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la COVID-19 [Internet]. 73.ª Asamblea Mundial de la Salud; 18 y 19 de mayo del 2020; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 25 de junio del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf.
 40. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; del 19 al 21 de octubre del 2011; Rio de Janeiro (Brasil). Ginebra: OMS; 2011.
 41. Organización Mundial de la Salud. The Helsinki Statement on Health in All Policies. 8.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; del 10 al 14 de junio del 2013; Helsinki, Finlandia. Ginebra: OMS; 2013.
 42. Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible; 25 y 26 de octubre del 2018; Astaná (Kazajstán). Ginebra: OMS; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61).
 43. Detels R, Tan CC. The scope and concerns of public health. En: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. Oxford Textbook of Global Public Health. 6.ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
 44. Annas GJ, Glantz LH, Scotch NA. Back to the future: the IOM report reconsidered. *Am J Public Health*. 1991;81(7):835-7.
 45. Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2003 [consultado el 10 de abril del 2020];9(1):113-26. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es&nrm=iso.
 46. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas; 10 de diciembre de 1948; París (Francia). París: Naciones Unidas; 1948 [Resolución 217 A(III)].
 47. Annas GJ, Mariner WK. Public health and human rights in practice. *J Health Polit Policy Law*. 2016;41(1):129-39.
 48. Galea S, Annas GJ. Public Health and Human Rights—Reply. *JAMA*. 2016;316(1):104-05.
 49. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de Salud. Nueva York: OMS; 1946.
 50. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal [Internet]. Septuagésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 17 de septiembre del 2019 al 14 de septiembre del 2020; Nueva York (Estados Unidos de América). Nueva York: ONU; 2019 (resolución A/RES/74/2) [consultado el 10 de abril del 2020]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/74/2>.
 51. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. Valores y principios de la salud universal; [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=286&lang=es.
 52. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. The determinants and scope of public health interventions to tackle the global problem of hypertension. *Int J Prev Med*. 2014;5(7):807-12.
 53. The Marmot Review. Fair Society, Health Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. Londres: The Marmot Review; 2010.

54. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008.
55. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*. 2006 Apr;62(7):1768-84. Epub 2005 Oct 13.
56. Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001 Sep-Oct;116(5):404-16.
57. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 [Internet]. 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OPS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2019 (documento CD57/10) [consultado el 10 de abril del 2002]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-s.pdf>.
58. Ballabeni A. The definition of public health - where to shift the focus: prevention or population? *Perspect Public Health*. 2015 Jul;135(4):166.
59. Fee E, Brown TM. The unfulfilled promise of public health: déjà vu all over again. *Health Aff (Millwood)*2002;21:31-43.
60. Frieden T. The Future of Public Health. *N Engl J Med*. 2015;373:1748-54.
61. Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Publica Mex*. 1988;30(2):246-54.
62. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health*. 2010;100(4):590-5.
63. Frenk J. The new public health. En: Organización Panamericana de la Salud. The crisis of public health: reflections for the debate. Washington, D.C.: OPS; 1992.
64. Montoya-Aguilar C. Qué se entiende hoy por salud pública. *Cuad Med Soc*. 2006;46(3):212-27.
65. Erondy NA, Martin J, Marten R, Ooms G, Yates R, Heymann DL. Building the case for embedding global health security into universal health coverage: a proposal for a unified health system that includes public health. *Lancet*. 2018;392(10156):1482-6.
66. Etz RS, Gonzalez MM, Brooks EM, Stange KC. Less AND more are needed to assess primary care. *J Am Board Fam Med*. 2017;30:13-5.
67. Prunuske J, Chang L, Mishori R, Dobbie A, Morley CP. The extent and methods of public health instruction in family medicine clerkships. *Fam Med*. 2014;46:544-8.
68. Freeman P, Robbins A. National health care reform minus public health: A formula for failure. *J Public Health Policy*. 1994;15:261-82.
69. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and accommodation: Interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *Am J Public Health*. 2000;90:707-15.
70. Mays GP, Halverson PK, Stevens R. The contributions of managed care plans to public health practice: Evidence from the nation's largest local health departments. *Public Health Rep*. 2001;116(Suppl 1):50-67.
71. Stevenson RM, Hogg W, Huston P. Integrating public health and primary care. *Health Policy*. 2007;3(1):e160-81.
72. Scutchfield FD, Michener JL, Thacker SB. Are we there yet? Seizing the moment to integrate medicine and public health. *Am J Prev Med*. 2012;42(6):S97-102.
73. Organización Mundial de la Salud. Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes WHO's framework for action. Ginebra: OMS; 2007.

74. Institute of Medicine (Estados Unidos de América), Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. The future of the public's health in the 21st century [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221227>.
75. Kluge H, Martin-Moreno JM, Emiroglu N, Rodier G, Kelley E, Vujnovic M, et al. Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 1):e000656.
76. Shoman H, Karafillakis E, Rawaf S. The link between the West African Ebola outbreak and health systems in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a systematic review. *Global Health* [Internet]. 2017 [consultado el 12 de noviembre del 2018];13:1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0224-2>.
77. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo [Internet]. 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2002 [consultado del 10 de diciembre del 2018] (documento CSP26/12). Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-12-s.pdf>.
78. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal; [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es.
79. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C.: OPS; 2007.
80. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int*. 2014; 29(Suppl 1):i92-i102.
81. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; del 6 al 12 de septiembre de 1978; Alma-Ata, URSS. Washington, D.C.: OPS; 2012 [consultado el 12 de diciembre del 2017]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
82. Organización Mundial de la Salud; Gobierno de South Australia. Adelaide statement on health in all policies [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf.
83. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Sexagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 13 de septiembre del 2011 al 10 de septiembre del 2012; Nueva York (Estados Unidos de América). Nueva York, NY: ONU; 2012 (resolución A/RES/66/2) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/66/2>.
84. Organización Mundial de la Salud; Agencia de Salud Pública de Canadá. Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países [Internet]. S.l.: OMS/ASPC; 2008 [consultado del 10 de diciembre del 2018]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_es.pdf.
85. American Academy of Family Physicians [Internet]. Leawood, KS: AAFP. Integration of primary care and public health (position paper); [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.aafp.org/about/policies/all/integprimarycareandpublichealth.html>.

86. Institute of Medicine (Estados Unidos de América). Primary care and public health: exploring integration to improve population health. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2012.
87. Linde-Feucht S, Coulouris N. Integrating primary care and public health: a strategic priority. *Am J Public Health*. 2012 Jun;102 Suppl 3:S310-1.
88. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e81.
89. Cunill-Grau N, Ospina S. Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (MyE) en América Latina. Informe Comparativo de 12 países. Caracas: Banco Mundial-Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); 2008.
90. Perez-Yarahuan G, Maldonado Trujillo C, eds. Panorama de los sistemas de nacionales de monitoreo y evaluación en América Latina. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2015.
91. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlotheuber A, Valentine N, et al. Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001727.
92. Pignata MA. Monitoreo y evaluación de políticas públicas en América Latina: brechas por cerrar. *Rev Perspect Polit Públicas*. 2015;4(8):49-69.
93. Feinstein O, García Moreno M. Seguimiento y evaluación. En: Kaufmann J, Sanginés M, García Moreno M, eds. Construyendo gobiernos efectivos. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID); 2015. p. 209-248.
94. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023. 71.^a Sesión Del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49676-cd57-9-s-pda-sistemas-informacion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
95. Nyamtema AS. Bridging the gaps in the Health Management Information System in the context of a changing health sector. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2010;10:36.
96. O'Neill K, Viswanathan K, Celades E, Boerma T. Monitoring evaluation and review of national health policies, strategies and plans. En: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, eds. Strategizing national health in the 21st century: A handbook; capítulo 9. Ginebra: OMS; 2016.
97. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bull World Health Organ*. 2005;83:578-83.
98. De Costa A, Diwan V. 'Where is the public health sector?' Public and private sector healthcare provision in Madhya Pradesh, India. *Health Policy*. 2007;84:269-76.
99. Berman P, Requejo J, Bhutta ZA, Singh NS, Owen H, Lawn JE. Countries' progress for women's and children's health in the Millennium Development Goal era: the countdown to 2015 experience. *BMC Public Health*. 2016;16(Suppl 2):791.
100. Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.
101. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública*. 2013;15(6):797-808.
102. Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional sobre el marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional después del 2016 [Internet]. 54.^o Consejo Directivo de la OPS, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre

- al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/INF/4, Add. I) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd54inf4-add-i-consulta-regional-sobre-marco-monitoreo-reglamento-sanitario>.
103. Concha-Eastman A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistema de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2001 [consultado el 4 de abril del 2013]. Comentarios sobre algunos casos; p. 38-39. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf.
 104. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2011 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2011 [consultado el 4 de abril del 2013]. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf.
 105. Silva GAP, Vieira-da-Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad Saude Publica*. 2008 Nov; 24(11):2463-75.
 106. Pontes da Silva GA, Paim JS. Concepciones y prácticas de vigilancia en sistemas de salud de América del Sur. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*; pp. 23-38. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
 107. Lede R, Traverso T, Gandini J. El rol de la vigilancia sanitaria en la búsqueda de seguridad, acceso y estímulo a la innovación en medicamentos, productos médicos y alimentos. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*; pp. 77-88. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
 108. Sacoto Aizaga K, Obando Cevallos D. Sistemas de vigilancia sanitaria en América del Sur. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*; pp. 58-76. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
 109. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):170-7.
 110. Rohlfs DB, Grigoletto JC, Franco Netto G, Rangel CF. A construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil. *Cad Saude Colet*. 2011;19(4):391-8.
 111. Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia epidemiológica sanitaria en situaciones de desastre: Guía para el nivel local*. Washington, D.C.: OPS; 2002 (Serie Manuales y Guías sobre Desastres, 2).
 112. Gobierno de Perú, Ministerio de Salud. *Manual para la implementación de la vigilancia epidemiológica en desastres*. Lima: Ministerio de Salud; 2004 (Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública, 21).
 113. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Guía de vigilancia epidemiológica en emergencias y desastres*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010.
 114. Gobierno de la República Argentina, Ministerio de Salud. *Epidemiología y análisis de situación de salud*. [Consultado el 25 de junio del 2020]. En: Argentina.gov.ar [Internet]. Buenos Aires: Subsecretaría de Gobierno Abierto y País Digital. Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/epidemiologia>.
 115. Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica [Internet]. La Paz: Ministerio de Salud (Estado Plurinacional de Bolivia); c2015 [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/98-vigilancia-epidemiologica>.
 116. *Vigilância em Saúde* [Internet]. Brasilia: Ministerio de Salud (Gobierno Federal de Brasil); c2013 [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude>.

117. Departamento Epidemiología [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud (Chile); [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl>.
118. Sistema de Vigilancia en Salud Pública [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia); [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>.
119. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud [Internet]. Tres Ríos (Costa Rica): INCIENSA; c2005. Vigilancia epidemiológica; [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica.
120. Fariñas Reinoso AT. VigiWeb [Internet]. La Habana: Ana Teresa Fariñas Reinoso; c2001. Sistema de vigilancia de salud en Cuba; [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: http://vigiweb.sourceforge.net/VigiWeb/temas/sist_vigil_cub/sist_vigil_cub3.htm.
121. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Quito: Gobierno de la República de Ecuador. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica>.
122. Gobierno de México [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2014. Dirección General de Epidemiología - Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>.
123. Ministerio de Salud [Internet]. Managua: Ministerio de Salud (Nicaragua). Dirección General Vigilancia de la Salud Pública; [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-Vigilancia-de-la-Salud-P%C3%ABblica>.
124. Gobierno de Panamá, Ministerio de Salud [Internet]. Ciudad de Panamá: Ministerio de Salud. Epidemiología; [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/epidemiologia>.
125. Dirección General de Vigilancia de la Salud [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay); [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.vigisalud.gov.py>.
126. Dirección General de Epidemiología [Internet]. Lima: Ministerio de Salud (Perú); [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/>.
127. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Bol Epidemiol Semanal (República Dominicana) [Internet]. 2017 [consultado el 6 de marzo del 2019];51:1. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/tag/boletines-epidemiologicos-2017/?post_type=wpdmp.
128. MINSAL: Sitio Oficial del Ministerio de Salud de El Salvador [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud (El Salvador). Unidad de Vigilancia de la Salud; [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/unidad-de-vigilancia-de-la-salud>.
129. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Epidemiología; [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/epidemiologia>.
130. Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud (República Bolivariana de Venezuela). Nuestro Instituto; [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: http://www.inhrr.gob.ve/nuestro_instituto.php.
131. Gobierno Federal de Brasil, Ministerio de Salud. 4ª EXPOEPI. Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Anais [Internet]. Brasília: Ministerio de Salud; 2005 [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_expoepi.pdf.

132. Gobierno de Perú, Ministerio de Salud. Aprendiendo de la experiencia. Lecciones aprendidas para la preparación y respuesta en el control vectorial ante brotes de dengue en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2011 [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1828.pdf>.
133. Beingolea L. Control de la malaria en las zonas fronterizas de la Región Andina: un enfoque comunitario. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 168-72. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
134. Eersel M. Experiencias y desafíos en la vigilancia y el control de la malaria en Surinam. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 172-78. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
135. Costa de Olivera MT. Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Belo Horizonte (Brasil): oportunidad para implementar vigilancia en los hospitales. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 178-84. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
136. Pimenta Junior FG. Programas de control de las grandes endemias: el dengue en Brasil (Brasil). En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 184-90. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
137. Hage Carmo E, Beingolea More LF, Gagliano González G, Rosa Salomón R, Castro Gualano M, Antman J. Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud: creación, agenda y desafíos. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 116-28. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
138. Unión de Naciones Suramericanas, Consejo de Salud Suramericano. Acta. III Reunión Regional de la Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud del Consejo de Salud Suramericano, IX Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica y Salud en las Fronteras; del 14 al 16 de diciembre del 2010; Quito (Ecuador).
139. Unión de Naciones Suramericanas, Consejo de Salud Suramericano. Acta. IV Reunión Regional la Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud de UNASUR Salud, X Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica y Salud en las Fronteras; mayo del 2011; Montevideo (Uruguay).
140. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 5 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51507>.
141. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/INF/6) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41896-csp29-inf-6-s-896&Itemid=270&lang=es.
142. Curbelo, J. Observatorio ANMAT (Argentina). En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 194-99. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
143. Alves de Souza A, Passos Guimaraes C, Guimaraes Araujo D, Ferreira Francisco M, da Costa Hexsel R. Educansa: una experiencia brasileña en Vigilancia Sanitaria. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 190-94. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.

144. Ausqui C, Fernández S, Novaro S. Tecnologías en Salud: evaluación de la incorporación en Uruguay. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 199-204. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
145. Roja R, Álvarez S, Becerril MC, Simioni F, Fernández S. Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica; Grupo de Trabajo en Farmacovigilancia. Experiencias exitosas de farmacovigilancia en coordinación con programas de salud en las Américas: el caso de Uruguay, México, Perú y Brasil [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2013 [consultado el 4 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Consulta-experiencias-exitosas.pdf>.
146. Komfino J, Ferrante D. Vigilancia de enfermedades no transmisibles. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 151-63. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
147. McCaw-Binns A, Lewis-Bell K. Estudio de caso de la vigilancia y respuesta la mortalidad materna. País: Jamaica [Internet]. S. l.: Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna; 2014 [consultado el 4 de marzo del 2019]. Disponible en: https://www.msh.org/sites/msh.org/files/gtr_estudio_de_caso_jamaica_esp.pdf.
148. Silva H, García E, Gazia M. Experiencias exitosas de sala de situación de salud en Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud (Argentina); 2013 [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/experiencias-exitosas-sala-situacion-argentina.pdf>.
149. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos. Ginebra: OMS; 2016.
150. Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. Londres: Review on Antimicrobial Resistance; 2014.
151. Organización Mundial de la Salud. Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance. Ginebra: OMS; 2015.
152. Guha-Sapir D, Hoyois P, Wallemacq P, Below R. Annual disaster statistical review 2016: The numbers and trends. Bruselas: CRED; 2016.
153. Baldeon Caqui K, Arroyo Quispe CL, Obando Zegarra R. Gestión de riesgos de desastres en el marco de Unasur Salud. En: Hage Carmo E, Gemal A, Oliveira S, orgs. Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental; pp. 130-50. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013.
154. Gobierno de la República Argentina, Ministerio de Salud. Lineamientos estratégicos del Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables; n.d. [consultado el 3 de marzo del 2019]. En: Argentina.gob.ar [Internet]. Buenos Aires: Subsecretaría de Gobierno Abierto y País Digital. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/municipios/index.php/institucional/lineamientos-estrategicos.html>.
155. Gobierno de la República Argentina, Ministerio de Salud. Municipios Miembros; n.d. [consultado el 3 de marzo del 2019]. En: Argentina.gob.ar [Internet]. Buenos Aires: Subsecretaría de Gobierno Abierto y País Digital. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/municipios/programa>.
156. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 3ª ed. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es>.
157. Naciones Unidas. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Ginebra: UNISDR; 2015.

158. Conferencia Mundial sobre Reducción de los Desastres. Marco de Acción de Hyogo 2005-2015. 9.ª Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres; del 18 al 22 de enero del 2005; Kobe (Japón). Nueva York: Naciones Unidas; 2005 (documento A/CONF.206/6).
159. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-s.pdf>.
160. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto anovos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299-316.
161. Organización Panamericana de la Salud. Política de investigación para la salud [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OMS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2009 (documento CD49/10) [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/cd49-10-s.pdf>.
162. Organización Mundial de la Salud. Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias [Internet]. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 17 al 21 de mayo del 2010; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2010 (resolución WHA63.21) [consultado el 9 de julio del 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf#page=21.
163. Etienne C, Abbasi K, Cuervo LG. Research for health in the Americas. *BMJ* [Internet]. 2018 [consultado el 12 de noviembre del 2018];362:k2944. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2944>.
164. Cuervo LG, Bermúdez-Tamayo C. Desarrollo de la investigación para la salud en Latinoamérica y el Caribe. Colaboración, publicación y aplicación del conocimiento. *Gac Sanit*. 2018;32(3):206-8.
165. Zacca-González G, Chinchilla-Rodríguez Z, Vargas-Quesada B, de Moya-Anegón F. Bibliometric analysis of regional Latin America’s scientific output in Public Health through SCImago Journal & Country Rank. *BMC Public Health*. 2014;14:632.
166. Reveiz L, Sangalang S, Glujovsky D, et al. Characteristics of randomized trials published in Latin America and the Caribbean according to funding source. *PLoS One*. 2013;8:e56410.
167. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Med* [Internet]. 2012 [consultado el 12 de noviembre del 2018];9:e1001209. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001209&type=printable>.
168. Organización Panamericana de la Salud. Report on strengthening research capacities for health in the Caribbean, 2007-2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34342>.
169. Catanzaro M, Miranda G, Palmer L, Bajak A. South American science: Brazil and other big players lead in South American Science. *Nature*. 2014;510:204-6.
170. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2019. Global Observatory on Health R&D; [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/research-observatory/indicators/gerd_gdp/en.
171. Pantoja T, Barreto J, Panisset U. Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. *BMJ* [Internet]. 2018 [consultado el 12 de noviembre del 2018];362:k2469. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2469>.

172. Lemmens T, Herrera Vacaflor C. Clinical trial transparency in the Americas: the need to coordinate regulatory spheres. *BMJ* [Internet]. 2018 [consultado el 12 de noviembre del 2018];362:k2493. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2493>.
173. Organización Mundial de la Salud. Changing mindsets: Strategy on health policy and systems research [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf.
174. Cochrane A. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. Londres: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.
175. Salicrup LA, Cuervo LG, Cano Jiménez R, Salgado de Snyder N, Becerra-Posada F. Advancing health research through research governance. *BMJ* [Internet]. 2018 [consultado el 12 de noviembre del 2018];362:k2484. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2484>.
176. Organización Panamericana de la Salud. 46.ª sesión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. (Washington, D.C., 28-30 de noviembre 2016). Washington, D.C.: OPS; 2017.
177. Tulloch-Reid MK, Saravia NG, Dennis RJ, Jaramillo A, Cuervo LG, Walker SP, et al. Strengthening institutional capacity for equitable health research: lessons from Latin America and the Caribbean. *BMJ*. 2018;362:k2456.
178. Burton A, EVIPNet Global Steering Committee. EVIPNet in action: 10 years, 10 stories. Ginebra: OMS; 2016 (WHO/HIS/IER/REK/16.02).
179. EVIPNet Americas Secretariat. EVIPNet Americas: informing policies with evidence. *Lancet*. 2008;372:1130-1.
180. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre legislación relacionada con la salud [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/14, Rev.1) [consultado el 9 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-14-s.pdf>.
181. Terwindt F, Rajan D. Strategic planning: transforming priorities into plans. En: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, eds. Strategizing national health in the 21st century: a handbook; capítulo 5. Ginebra: OMS; 2016.
182. Organización Panamericana de la Salud. Road map for the plan of action on Health in All Policies. Washington, D.C.: OPS; 2015.
183. Teutsch SM, Fielding JE. Rediscovering the core of public health. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:287-99.
184. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington, D.C.: OPS; 1994.
185. Carmona-Moreno, LD. Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2017 [consultado el 12 de noviembre del 2018];15(3):441-54. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127>.
186. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=306&lang=es.
187. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*. 2002;15(1):30-38.
188. Martínez MG, Hohler JC. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Global Health*. 2016 Oct 26;12(1):64.

189. Organización Panamericana de la Salud en las Américas+, edición del 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. La función de la sociedad civil y la comunidad en la definición de políticas públicas en salud; [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en:
190. Organización Panamericana de la Salud. Concept note: implementing the Pan American Health Organization's Regional Plan of Action on Health in All Policies (HiAP) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2015 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/eng-concept-note-hiap.pdf>.
191. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bull World Health Organ*. 2000;(78):732-39.
192. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Ginebra: OMS; 2002.
193. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 [Internet]. 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CD56/10) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=en.
194. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2007 (resolución CSP27.R7) [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>.
195. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2016; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2016 (resolución WHA69.19) [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf.
196. Cheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 (Human Resources for Health Observer Series, 17) [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>.
197. Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario; Organización Mundial de la Salud. A universal truth: no health without a workforce [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>.
198. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2016 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento OPS/CHA/HA/16.01) [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
199. Plataforma de información de salud (PLISA) [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/data/index.php/es>.
200. Organización Mundial de la Salud. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en.

201. Observatorio Centroamericano de Recursos Humanos de Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; c2012. Reconocimiento, homologación y habilitación de la práctica en medicina y enfermería: catálogo informativo 2015; [consultado el 14 de marzo del 2016]. Disponible en: <https://centro.observatoriorh.org/node/186>.
202. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CSP29/10) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es.
203. Organización Panamericana de la Salud. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2013 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28438/9789275318157_spa.pdf.
204. Mahler H. El sentido de “la salud para todos en el año 2000”. *Rev Cub Salud Publica*. 2009;35(4):3-28.
205. Organización Panamericana de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo [Internet]. 55.^o Consejo Directivo de la OPS, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 (resolución CD55.R12) [consultado el 9 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R12-s.pdf>.
206. Organización Mundial de la Salud. Estrategia farmacéutica de la OMS 2004-2007. Lo esencial son los países [Internet]. Ginebra: OMS; [2004] [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://archives.who.int/tbs/intro/s5522s.pdf>.
207. Cameron A, Ewen M, Auton M, Abegunde D. The World Medicines Situation 2011. Medicines prices, availability and affordability [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf.
208. Organización Panamericana de la Salud. La hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas 2016 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31447/9789275319291-spa.pdf>.
209. Organización Mundial de la Salud. Acceso a medicamentos y vacunas [Internet]. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2019; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2019 (documento A72/17) [consultado el 25 de junio del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_17-sp.pdf.
210. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos [Internet]. 50.^o Consejo Directivo de la OPS, 62.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2010 (resolución CD50.R9) [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R9-s.pdf>.

211. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos [Internet]. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 24 de mayo del 2019; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.20) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170759/A67_R20-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
212. Organización Panamericana de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo [Internet]. 55.^o Consejo Directivo de la OPS, 68.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento CD55/10, Rev.1) [consultado el 9 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-10-s.pdf>.
213. Institute of Medicine (Estados Unidos de América), Committee on Public Health Strategies to Improve Health. For the public's health: investing in a healthier future [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. 2, Reforming Public Health and Its Financing. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24830052/>.
214. Kaul I, Grunberg I, Stern M. Global public goods: international cooperation in the 21st century. Nueva York: Oxford University Press; 1999.
215. Chen LC, Evans TG, Cash RA. Health as a global public good. En: Kaul Y, Grunberg Y, Stern MA, eds. Global public goods: international cooperation in the 21st century, pp. 284-304. Nueva York: Oxford University Press; 1999.
216. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal; capítulo 2: Más dinero para la salud; pp. 21-42. Ginebra: OMS; 2010.
217. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2018.
218. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona [Internet]. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 (resolución WHA69.24) [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-sp.pdf.
219. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025 [Internet]. 57.^o Consejo Directivo de la OPS, 71.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 septiembre al 4 de octubre del 2019; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2019 [consultado el 6 de septiembre del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es.
220. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona [Internet]. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 23 al 28 de mayo del 2016; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/39) [consultado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf.
221. Organización Panamericana de la Salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2009 [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31319>.

222. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2012 [consultado el 31 de enero del 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49351>.
223. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde Debate*. Septiembre-diciembre 2009;33(83):349-70.
224. Organización Panamericana de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2007 (documento CSP 27/16) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf?ua=1>.
225. Braden CR, Tauxe RV. Emerging trends in foodborne diseases. *Infect Dis Clin N Am*. 2013;27:517-33.
226. Kickbusch I, Buckett K, eds. *Implementing Health In All Policies*: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Government of South Australia; 2010.
227. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cad Saude Publica*. 2006;22(Sup.):S35-S45.
228. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian J Community Med*. 2012;37(1):5-12.
229. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental. *Regional Strategy for Health Promotion for South East Asia* [Internet]. Nueva Delhi: OMS; 2008 [consultado el 10 de abril del 2011]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205837>.
230. Marmot MG, Bell RG. Improving health: Social determinants and personal choice. *Am J Prev Med*. 2011;40(1 Suppl):s73-s77.
231. Alstona JM, Sumnera DA, Vostia SA. Farm subsidies and obesity in the United States: National evidence and international comparisons. *Food Policy*. 2008;33(6):1-4.
232. Harvie A, Wise TA. *Sweetening the pot: Implicit subsidies to corn sweeteners and the U.S. obesity epidemic*. Medford (MA): Global Development and Environment Insititute (Tufts University); 2009 (Policy Brief No. 09-01).
233. Wallinga D. Agricultural policy and childhood obesity: A food systems and public health commentary. *Health Aff*. 2010;29(3):405-10.
234. Wier M, Sciammas C, Seto E, Bhatia R, Rivard R. Health, traffic, and environmental justice: Collaborative research and community action in San Francisco, California. *Am J Public Health*. 2009;99(Suppl 3):s499-s504.
235. Rudolph L, Caplan J, Mitchel C, Ben-Moshe K, Dillon L. Health in all policies: improving health through intersectoral collaboration [Internet]. Washington, D.C.: Institute of Medicine of the National Academies; 2013 [consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://nam.edu/perspectives-2013-health-in-all-policies-improving-health-through-intersectoral-collaboration/>.
236. Organización Mundial de la Salud. *First Draft of the Framework for Country Action Across Sectors for Health and Health Equity* [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. *Second WHO Discussion Paper*; versión de 16 de febrero del 2015. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/events/WHO-discussion-paper2.pdf>.

237. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2014 (documento CD53/10) [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf>.
238. St-Pierre L. Governance tools and framework for health in all policies [Internet]. Quebec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 2009 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.ci.richmond.ca.us/DocumentCenter/View/9047/Finland_Governance_tools_and_framework_HIAP?bidId=.
239. Organización Panamericana de la Salud. Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2013 (documento CD52/18) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd5218-abordar-causas-disparidades-cuanto-al-acceso-utilizacion-servicios-salud-por>.
240. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los migrantes [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016. Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento CD55/11, Rev. 1) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>.
241. Organización Mundial de la Salud. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Ginebra: OMS; 2018.
242. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based decision making to improve public health practice. *Front Public Health Serv Syst Res* [Internet]. 2013 [consultado el 12 de noviembre del 2018];2(2):artículo 2. Disponible en: <https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=frontiersinphssr>.
243. Riley WJ, Parsons HM, Duffy GL, Moran JW, Henry B. Realizing transformational change through quality improvement in public health. *J Public Health Manag Pract*. 2010;16(1):72-8.
244. Mays GP, McHugh MC, Shim K, Lenaway D, Halverson PK, Moonesinghe R, et al. Getting what you pay for: public health spending and the performance of essential public health services. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10(5):435-43.
245. Erwin PC, Hamilton CB, Welch S, Hinds B. The Local Public Health System Assessment of MAPP/The National Public Health Performance Standards Local Tool: a community-based, public health practice and academic collaborative approach to implementation. *J Public Health Manag Pract*. 2006;12(6):528-32.
246. Ellison JH. National Public Health Performance Standards: are they a means of evaluating the local public health system? *J Public Health Manag Pract*. 2005;11(5):433-6.
247. Beaulieu J, Scutchfield FD, Kelly AV. Content and criterion validity evaluation of National Public Health Performance Standards measurement instruments. *Public Health Rep*. 2003;118(6):508-17.
248. Barry MA. How can performance standards enhance accountability for public health? *J Public Health Manag Pract*. 2000;6(5):78-84.
249. Barron G, Glad J, Vukotich C. The use of the National Public Health Performance Standards to evaluate change in capacity to carry out the 10 essential services. *J Environ Health*. 2007;70(1):29-31.

250. Madamala K, Sellers K, Pearsol J, Dickey M, Jarris PE. State landscape in public health planning and quality improvement: results of the ASTHO survey. *J Public Health Manag Pract.* 2010;16(1):32-8.
251. Bender K, Halverson P. Quality improvement and accreditation: what might it look like? *J Public Health Manag Pract.* 2010;16(1):79-82.
252. Riley W, Bender K, Lownik E. Public health department accreditation implementation: transforming public health department performance. *Am J Public Health.* 2011;102(2):237-42.
253. Beitsch LM, Riley W, Bender K. Embedding quality improvement into accreditation: evolving from theory to practice. *J Public Health Manag Pract.* 2014;20(1):57-60.
254. Hamm M. Quality improvement initiatives in accreditation: Private sector examples and key lessons for public health. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2007.
255. Turning Point: collaborating for a new century in public health [Internet]. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2006 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2008/05/turning-point-.html>.
256. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health.* 2009;99(9):1576-83.
257. Centers for Disease Control and Prevention Ten great public health achievements-United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly. Rep* 1999;48:241-3.
258. Kushion ML, Tews DS, Parker MD. Enhancing Michigan's local public health accreditation program through participation in the multistate learning collaborative. *J Public Health Manag Pract.* 2007;13(4):410-4.
259. Bender K, Benjamin G, Carden J, Fallon M, Gorenflo G, Hardy GE Jr., et al. Final recommendations for a voluntary national accreditation program for state and local health departments: steering committee report. *J Public Health Manag Pract.* 2007;13(4):342-8.
260. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición especial n.º 17 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2007 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf.
261. Spasoff RA. *Epidemiologic methods for health policy.* Nueva York, NY: Oxford University Press; 1999.
262. Lawrence T, Suddaby R, Leca B. Institutional work: refocusing institutional studies of organization. *J Manage Inq.* 2011;20:52-8.
263. Greenwood R, Raynard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lounsbury M. Institutional complexity and organizational responses. *Acad Manag Ann.* 2011;5:317-71.
264. Seo MG, Creed WD. Institutional contradictions, praxis, and institutional change: a dialectical perspective. *Acad Manage Rev.* 2002;27:222-47.
265. Organización Mundial de la Salud. *The world health report 2000: health systems: improving performance.* Ginebra: OMS; 2000.
266. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1) [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42014-csp29-7-s-014&Itemid=270&lang=es.

267. Organización Mundial de la Salud. Guía del clúster de salud. Versión provisional. Ginebra: OMS; 2009.
268. Cavanagh S, Chadwick K. Health Needs Assessment: A practical guide. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2005.
269. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. Determinantes sociales de la salud; [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/social_determinants/es/.
270. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Documento de referencia 3: Conceptos Clave [Internet]. Ginebra; OMS; 2008 [consultado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1.
271. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención en salud para el Sistema Nacional de Salud. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2017.
272. Organización Mundial de la Salud. Informe de salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
273. Organización Mundial de la Salud. Promotion Glossary. Ginebra: OMS; 1998.
274. Organización Mundial de la Salud. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe (Japón): OMS; 2004 (Ageing and Health Technical Report, vol. 5).
275. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2009.
276. Semeraro G. Gramsci e a sociedade civil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1999.

En este documento se presenta un marco conceptual renovado de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la Región de las Américas, con el que se pretende dar mayor claridad conceptual y operatividad al nuevo campo de acción de la salud pública y llenar el vacío existente en las propuestas conceptuales sobre fortalecimiento de los sistemas de salud.

El marco propuesto introduce un nuevo paradigma para la salud pública basado en cuatro pilares orientados a la acción, a saber: la necesidad de incorporar el abordaje de derechos humanos en las políticas de salud pública, la necesidad de que la salud pública amplíe su enfoque para tener un abordaje más amplio de los determinantes sociales de la salud, el papel de la salud pública para garantizar de forma integral e integrada el acceso a las intervenciones poblacionales y a la atención individual de calidad, y la necesidad de que las autoridades de salud actúen en colaboración con otros sectores y la sociedad civil para desempeñar funciones de salud pública. Asimismo, se proponen y describen 11 FESP apropiadas para la Región de las Américas, contextualizadas como un conjunto de capacidades que forman parte de un ciclo de políticas integrado en cuatro etapas: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso. Este modelo orienta el desarrollo de políticas integradas de salud pública a través de la colaboración intersectorial en las cuatro etapas del ciclo.

La propuesta culmina con una serie de recomendaciones para la aplicación del enfoque integrado de FESP. Dichas recomendaciones destacan la necesidad de vincular las FESP a ejercicios nacionales de evaluación y mejora continua de capacidades.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

