



Marco de actuación para el mejoramiento de la práctica de la salud pública

En este capítulo se presentan los principales aspectos de las intervenciones destinadas a mejorar la práctica de la salud pública de acuerdo con los conceptos adoptados y la estrategia operativa de las FESP. Aunque se pretende abarcar los aspectos más significativos dentro de la práctica de la salud pública, la exposición que se hace a continuación es más conceptual que operativa. Se identifican y caracterizan los factores que son importantes para una buena práctica de la salud pública, sin la preocupación de la instrumentación necesaria para su aplicación. En las Partes III y IV del libro se profundizará en la caracterización operativa y en las especificaciones de aplicación de algunos de estos factores.

La amplitud y multiplicidad de los aspectos que deben ser tenidos en cuenta aconsejan su agrupación y un tratamiento de grupo dentro de las secciones que los identificarán. Se reconoce, sin embargo, la complementariedad de los componentes tanto de cada grupo como

entre los grupos, lo que obliga a una visión de conjunto e integral en lo que respecta al diseño de estrategias de acción eficaces. Para responder a ello, el análisis de los grupos se hará de forma secuencial, con la intención de reproducir la realidad de la forma más aproximada posible, aunque implicará alguna recurrencia inevitable o deseada. En el último apartado se hará una presentación resumida e integral de todo el capítulo, o sea, del proceso necesario para el desarrollo de la práctica de la salud pública.

1. Conceptos y práctica

Desgraciadamente todavía son frecuentes en el campo social, manifestaciones que ponen en evidencia una falsa antinomia entre la teoría y la práctica. Muchos de los que se consideran prácticos y pragmáticos rechazan la teoría y a los teóricos, a quienes consideran alienados de la realidad y a quienes califican como académicos o soñadores. Y por otro lado, algunos de los llamados teóricos miran

a los prácticos con cierta soberbia y hasta con desprecio. En general, los que se comportan de este modo saben que no tienen razón, pues conocen la interdependencia entre la teoría y la práctica, entre los conceptos y la acción. En efecto, la teoría que no conduce a la práctica es estéril y toda práctica es, por su parte, manifestación de una representación conceptual de la realidad. Es posible que los conceptos que justifican una práctica no estén explicitados o, incluso, que no sean percibidos por quienes actúan de acuerdo con una experiencia no analizada o por la mera aplicación de unos procedimientos y rutinas definidos por otros. Sin embargo, un ejercicio realizado en esas condiciones puede ser efectivo si las condiciones de la experiencia previa y de las normas establecidas se cumplen, pero no contiene los elementos de autoevaluación y adecuación a situaciones diferentes o cambiantes y, a la larga, perderá su eficacia, si es que alguna vez la tuvo. La práctica, especialmente en el ámbito so-

cial y, en particular, en la salud pública, pone a prueba y a la vez valida la teoría y, lo que es más importante, constituye el mecanismo más eficaz para su perfeccionamiento y ampliación.

Una situación similar puede producirse con un discurso diferente: la negación del concepto por razones ideológicas. Esto ocurre, frecuentemente, en el ámbito de la salud, especialmente con relación a sus factores sociales. Resulta difícil negar la determinación social de la salud y de la salud pública, pero cuando se analizan los impactos negativos de los modelos económicos o de los procesos políticos que producen políticas públicas no saludables, es frecuente que aparezca el argumento de que la salud pública debe limitarse a sus propios fundamentos científicos, entendidos éstos como los provistos por las ciencias biológicas e instrumentales (epidemiología, estadística) y no inmiscuirse en la política y la economía. El riesgo de ello es que sirva de justificación a la falta de acción social bajo el disfraz de un cientificismo biomédico supuestamente neutral que, al fin y al cabo, está motivado ideológicamente. En las sociedades avanzadas que han satisfecho sus necesidades sociales más básicas, esta posición tiene efectos negativos pero mitigados por la poca necesidad de cambios sociales profundos; en cambio, en las sociedades en las que esos cambios son indispensables para el desarrollo de la salud pública, sus consecuencias son lamentables. A modo de resumen, una base conceptual sólida y bien definida, que oriente y fundamente la acción en la práctica y que sea validada y perfeccionada por ella, constituye un punto de partida imprescindible para el desarrollo de la salud pública.

La transición de la teoría a la práctica en la producción de bienes se realiza me-

dianete la tecnología y la organización de la producción; o sea, las demandas reales insatisfechas o potenciales actúan como estímulos para la transformación del conocimiento básico en las formas de producir los bienes correspondientes mediante la tecnología, y para fomentar la iniciativa de organizar la producción de esos bienes y ofrecerlos en el mercado a los posibles demandantes. Por otro lado, las políticas públicas promueven o inhiben el proceso mediante incentivos fiscales, crédito, asistencia técnica, capacitación, etc. Sin embargo, en el campo de la salud pública el proceso es muy diferente: una parte importante del conocimiento teórico es producto del análisis de la realidad y de la experiencia y, por lo menos parcialmente, ya tiene manifestaciones en la práctica. Así pues, se trata, principalmente, de recabar este conocimiento, de darle mayor consistencia y mejor organización y de ampliar su aplicación. Los bienes en cuestión son generalmente bienes públicos o de gran mérito social, con grandes externalidades y que no pueden ser apropiados individualmente, lo que conlleva una insuficiencia de la demanda y, por lo tanto, un aprovisionamiento precario por parte del mercado, lo que exige, en definitiva, una responsabilidad fundamental del Estado.

Así pues, las FESP son responsabilidad fundamental de la ASN, desde la generación del conocimiento, el desarrollo de la tecnología y su cumplimiento adecuado a través de la organización de su producción. De la misma manera, la transición de los conceptos a la acción es un proceso fundamentalmente institucional. Los requisitos esenciales para la realización de ese proceso son, por lo tanto, la capacidad institucional para realizarlo, cuya construcción y ejercicio serán discutidos en las secciones que si-

guen. Se trata, en esencia, de la capacidad de conocer adecuadamente la realidad y de intervenir sobre ella, o sea, de disponer de información e inteligencia y de los medios de intervención, es decir, los recursos reales, especialmente humanos, y de buena organización y capacidad de gestión.

La práctica de la salud pública está fuertemente influenciada por la cultura en que se desarrolla. La dimensión valorativa es un factor importante para la aplicación de los instrumentos técnicos. Las características de los procesos sociales, incluidos los económicos y políticos, determinan las posibilidades y las oportunidades de intervención. Por otro lado, la disponibilidad de recursos y su calidad también definen las posibilidades de actuación. De todo esto resulta la necesidad de la consideración de los aspectos coyunturales de intervención inmediata y los estructurales del contexto y de la naturaleza de la propia práctica de salud pública. Así pues, la práctica es siempre específica a una situación concreta nacional o internacional. Sin embargo, esto no niega la validez general del conocimiento y hasta la posibilidad de generalización del uso de algunos instrumentos operativos, siempre y cuando cuenten con una evaluación de las diferencias y variaciones a fin de realizar las adaptaciones imprescindibles. La posibilidad de generalización es una ventaja muy significativa para el progreso, por el uso que puede tener en comparaciones, apoyos mutuos, aprendizaje y desarrollos compartidos, etc. De ese modo, el proceso de desarrollo de la práctica de la salud pública se basa en una pertenencia nacional abierta a la cooperación y al progreso compartido internacionalmente.

En el capítulo 6 se definió la estrategia funcional básica para el desarrollo de la

salud pública, es decir, la ejecución de las FESP bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional. Esa estrategia está justificada, no sólo como categoría manejable en el campo de la salud pública, sino también por su potencial para alcanzar el desarrollo integral de la salud de la población. La práctica de la salud pública por medio del desarrollo de las FESP es el mejor camino para alcanzar prácticas sociales saludables y salubéricas. De esta manera, la puesta en práctica de los conceptos de la salud pública se plasma en el ejercicio adecuado de las FESP y el eje operativo es la evaluación de su desempeño para el desarrollo de la capacidad institucional de la ASN. Esto lleva al cumplimiento óptimo de las acciones que conforman las FESP, incluida la movilización de los otros actores del Estado y de la sociedad civil.

2. La conducción como condición previa

Como hemos visto en el capítulo 4, la salud pública forma parte del sistema de la salud, y las FESP son una de las dimensiones de la función de rectoría ejercida por la ASN. Las FESP están relacionadas con todas las dimensiones de la rectoría, que se mencionan en el capítulo 2, complementándolas en relación con los objetivos que se refieren a la salud de la población. En este sentido, las FESP además de ser componentes de la rectoría y del sistema de la salud, son referentes generales e instrumentos de intervención presentes en todas las actuaciones que contribuyan a mejorar la salud de las poblaciones. La rectoría del sistema de la salud debería orientarse, en primer lugar, por el objetivo fundamental: la salud de la población, y para ello, las FESP pueden ser el mejor instrumento.

La conducción es la función central de la rectoría. Conducir significa llevar el sistema de la salud de una situación dada, considerada insatisfactoria, a una situación futura mejor, establecida como el objetivo a alcanzar. La conducción implica, según esta visión, una evaluación de la situación existente y la definición de la situación establecida como meta —la visión de lo deseado y posible— conformada por los objetivos de salud. De ello se deriva el diseño, la implantación y la ejecución de las estrategias para la realización del cambio propuesto. En el ejercicio de la rectoría, la conducción modula las demás dimensiones de la acción, incluso las FESP. La conducción es el eje del proceso de toma de decisiones. Es en la conducción donde se manifiestan, con mayor presencia, las dimensiones política e intersectorial de la salud, del sistema de la salud y de la salud pública.

Es en la conducción donde se construyen las alianzas y los apoyos para la puesta en práctica de la visión y de los objetivos propuestos, donde se definen y organizan las tareas de movilización y cooperación, donde debe residir la mayor capacidad de liderazgo y promoción. Es en ella donde se definen y articulan las estrategias generales de actuación, se conforman y negocian las políticas sectoriales y se definen las características de los procesos de planificación, organización y gestión. Es también en la conducción donde se decide sobre las condiciones generales que lleven a una buena ejecución de los programas y actividades dentro del sistema de salud: la organización institucional, las condiciones de financiación, la asignación de responsabilidades y recursos y la vigilancia y la evaluación de todo el proceso. Sin una conducción eficaz no es posible, en consecuencia, una buena

salud pública y toda la rectoría y el desempeño global del sistema de la salud quedan también menoscabados.

La rectoría debe reconocer y adoptar a la salud pública como eje de la conducción, lo que conlleva el cumplimiento de las FESP como su principal instrumento. Ello abarca el diseño de los modelos de atención, en el aseguramiento y la garantía de calidad de la asistencia, la organización de los sistemas de servicios y la evaluación del desempeño del sistema de la salud. La conducción es, por consiguiente, una condición previa para una buena práctica de la salud pública que, a su vez, se beneficia de ella.

3. Aspectos sistémicos y específicos de las FESP

En el capítulo anterior, al analizar el concepto de función esencial de salud pública, se hizo una diferenciación entre funciones sistémicas o estructurales y funciones específicas o programáticas, y se establecieron las relaciones entre las dos categorías, representándolas gráficamente. Esta diferenciación es de gran utilidad para la mejora de la práctica de la salud pública y para el establecimiento de prioridades al interior de las FESP. Si las FESP incluyen todas las intervenciones significativas de carácter sistémico que definen la capacidad esencial de actuación de la salud pública, y esas intervenciones son llevadas a cabo de manera adecuada, la práctica en los diversos campos de acción específicos o programáticos será muy satisfactoria.

La práctica de la salud pública requiere de una adecuada selección y definición de las FESP. Las funciones definidas permitirán elegir los mejores componentes que las conforman y los indicadores más adecuados para la construc-

ción de un instrumento de medición de su desempeño. El diagnóstico del desempeño de las FESP, se hace con relación al grado cumplimiento de estándares óptimos, consensuados para toda la Región, que permitieren la identificación de las diferencias entre la situación existente, lo posible y lo deseable.¹

A partir de ese diagnóstico se tendrán identificadas las debilidades o deficiencias que deben corregirse y las fortalezas que deben ser consolidadas. Las estrategias y los programas de actuación resultantes estarán centrados en las FESP como capacidad de actuación y como base para mejorar la intervención en los campos de acción específicos de los programas de salud pública. En un momento posterior, se evalúan las situaciones particulares de los programas y se definen las medidas de corrección o fortalecimiento necesarias. Se promueve, asimismo, la profundización del conocimiento en relación con algunos aspectos que permiten ampliar la capacidad de actuación en relación con las prácticas sociales dentro de la salud pública.

Las intervenciones para la mejora del desempeño de las FESP conllevan acciones específicas para cada una de ellas, pero deben privilegiar aspectos comunes a algunas o a todas ellas. Esos aspectos comunes aparecerán como rasgos frecuentes en el diagnóstico de situación y generalmente manifiestan deficiencias de la infraestructura general de la salud pública que afectan a varias o a todas las funciones esenciales. Esta cuestión se aborda en los apartados que siguen.

4. Complementariedad y desarrollo integral de las FESP

Debido a que su objetivo fundamental es la salud de la población, la salud pública exige una visión integral. Por otro lado, por su complejidad y la variedad de objetivos o campos de acción, requiere una visión analítica. Los resultados de la acción global de la salud pública se manifiestan en los productos específicos de sus partes y en la contribución a la salud de la población que resulta del conjunto y que puede ser mucho mayor que la mera suma de los resultados parciales cuando hay un objetivo común.

Las FESP, comparten esas características de individualidad y de complementariedad entre sí. Cada FESP tiene una identidad funcional propia, y procesos específicos que generan productos y resultados particulares. Pero al mismo tiempo, comparten recursos comunes y se complementan entre sí. Ello conlleva también una cuestión de eficacia: el uso de los recursos compartidos y el aprovechamiento óptimo de las oportunidades de la sinergia aumentan el beneficio alcanzado en relación con el costo, por cada unidad de costo que se añade. El balance óptimo entre la especificidad de cada función y la integración más eficaz de los aspectos comunes constituye así una regla de oro para la administración de las FESP. En este sentido, la identificación de las FESP que se ha hecho (Capítulo 6) busca avanzar en dirección hacia ese equilibrio.

Las FESP 1 (seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud), 5 (desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública), 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación

en salud pública) y 10 (investigación en salud pública) son ejemplos de funciones sistémicas que apoyan o complementan a las demás y que constituyen áreas de capacidades comunes a todas las actuaciones de la salud pública. Las FESP 3 (promoción de la salud) y 4 (participación de los ciudadanos en salud), requieren la contribución de algunas de las otras pero sobre todo, cambian las condiciones operativas de todo el sistema de la salud, ampliando el impacto de las acciones específicas. La FESP 6 (fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública), es instrumental y básica para garantizar el funcionamiento adecuado de todo el sistema de la salud en sus dimensiones colectivas o de salud pública, a la vez que necesita de la aportación de las otras FESP para su cumplimiento. Por otro lado, las FESP 2 (vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública), 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios) y 9 (garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos), directamente vinculadas a los objetivos finales de la salud pública, también se sirven de las otras FESP para su desempeño. Por último, la FESP 11, de reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud, sirve de ejemplo de una función más específica, identificada con un campo de actuación concreto pero que requiere el apoyo de las FESP más sistémicas para el desarrollo institucional que le es propio.

Los ejemplos mencionados resaltan la interrelación entre las FESP por una parte, y otras áreas de intervención en los sistemas de salud. El enfoque específico, conlleva riesgos significativos de duplicación injustificada de esfuerzos y, en con-

¹ Véase la Parte III para más detalles sobre el instrumento y el proceso de medición del desempeño de las FESP.

secuencia, de disminución de la eficacia por reducción de la sinergia posible.

En este sentido, la estrategia que sirve para alcanzar el equilibrio más adecuado entre especificidad e integración de las FESP es el desarrollo de la infraestructura común de la salud pública y su articulación con las otras funciones de la rectoría y con los recursos y actuaciones del sistema de salud que están relacionados. De esta manera, la estrategia principal para el desarrollo de la salud pública y de su práctica forma parte también de las estrategias para el fortalecimiento de la rectoría en materia de salud y para el perfeccionamiento del sistema de salud. En otras palabras, la mejora de la práctica de la salud pública, o el desarrollo integral de la salud pública, tiene también como propósito servir al desarrollo de la rectoría como eje del perfeccionamiento del sistema de salud y definición en términos del aumento de eficacia y satisfacción sociales. Al cumplir este propósito, la salud pública se fortalece y amplía también su eficacia en la consecución de su objetivo fundamental, la salud de la población.

5. Infraestructura de la salud pública y desarrollo de la capacidad de acción

La infraestructura de la salud pública es el conjunto de medios articulados y recursos estables para la realización de actividades en este campo. En sentido amplio, es la base permanente de recursos organizados para la acción y define la capacidad de la ASN para el cumplimiento de las FESP. La infraestructura es, por lo tanto, la base sobre la cual se promueve el desarrollo de la capacidad institucional en materia de salud pública y se desarrollan condiciones para mejorar su práctica.

Funcionalmente, sus elementos constitutivos fundamentales son los siguientes:

- La información, que implica la existencia de sistemas de información adecuados y la capacidad de transformarla en inteligencia para la acción. En el apartado 6 de este capítulo se profundizará el análisis de este aspecto.
- Los recursos humanos calificados y con condiciones de trabajo satisfactorias. En el apartado 8 se ampliará la discusión de este punto y en el capítulo 15 de la Parte IV del libro el tema se presenta en su detalle.
- La organización, como el elemento articulador de los recursos, que les confiere unidad funcional y hace posible, la acción de salud pública. La organización, como infraestructura, define las características institucionales de la salud pública y, específicamente, las relativas al cumplimiento de las FESP. Comprende las bases jurídicas de la salud pública, o sea, de la ASN con relación a la salud pública, sus atribuciones y responsabilidades, la asignación de estas atribuciones y responsabilidades a los elementos y niveles de la organización y los mecanismos y procesos de responsabilización y evaluación, entre otros. La organización define, en suma, cómo se organiza la infraestructura y cómo puede ser gestionada para producir las acciones de salud pública. La organización comprende también los procesos técnicos fundamentales que modelan la acción científico-técnica específica de la salud pública en la ejecución de sus funciones esenciales y los procesos básicos administrativos o de gestión. Los procesos técnicos fundamentales son las normas técnicas o criterios técnicos generales y básicos que orientan el tra-

bajo sustantivo de la salud pública. No son manuales pero sí parámetros fundamentales para su elaboración. La distinción entre procesos administrativos y científico-técnicos es importante para la mejora de la práctica de la salud pública porque singulariza la labor científico-técnica diferenciándola de la gestión o administración, lo que permite un mejor tratamiento de su especificidad en la construcción de sus bases estructurales.

Los tres elementos funcionales anteriores operan sobre la base de recursos físicos indispensables y de servicios esenciales de apoyo o auxiliares. Los servicios de apoyo o auxiliares abarcan los laboratorios de salud pública y las unidades especiales de investigación y de capacitación. Los laboratorios de la salud pública, son estructurales para las FESP, e indispensables para su buen desempeño. En algunos casos, las unidades especiales de investigación y de capacitación pueden ser cruciales para el desarrollo global de la salud pública y se comportan como elementos estructurales de importancia.

La infraestructura funcional requiere espacios e instrumentos físicos tales como equipos y locales de trabajo para su operación. Ello es tanto más necesario cuanto más rezagadas estén las funciones de salud pública. Los ejemplos más evidentes de ello son los sistemas de computación y comunicación para la administración de la información, las instalaciones y equipos de laboratorio y los establecimientos y equipos para las funciones de gestión y la labor del personal de salud pública. En muchos países estos requisitos no existen o son sumamente precarios. El desarrollo de la salud pública y de su práctica exige disponer de estos equipos e instrumentos

físicos por lo menos en un nivel esencial que habrá que definir en cada caso.

De acuerdo con la base conceptual adoptada, el capital social positivo que produzca unas prácticas sociales saludables y salugénicas y se manifieste también en la participación ciudadana en la salud es, sin duda, otro elemento de infraestructura, en este caso de naturaleza social, que se corresponde y complementa con la infraestructura institucional de la que nos ocupamos ahora. En el apartado 12 se aborda este tema.

Lo principal de la articulación entre los conceptos y la práctica en la salud pública se hace por medio de la capacidad institucional de intervención, determinada por la infraestructura, o por la capacidad social de actuación positiva, determinada por el capital social, que se gesta en la cultura y se manifiesta en las prácticas sociales saludables y en la participación ciudadana. La creación o el fortalecimiento de las infraestructuras institucional y social de la salud pública son, por lo tanto, las condiciones principales y el factor fundamental para alcanzar una práctica eficaz.

La infraestructura institucional de la salud pública es específica pero su actuación quedaría muy limitada si estuviera restringida a la capacidad que se ha constituido de manera natural en su decurso como campo de acción. Por tanto, la ASN debe utilizar la capacidad de otras áreas del sistema de salud y de otros sectores, especialmente de los incluidos en la propia rectoría y en la prestación de atención, para ampliar la capacidad de acción en materia de salud pública. De hecho, en un extremo del sistema de atención, las acciones de salud pública están integradas en la asistencia y con frecuencia las ejercen los

mismos agentes, especialmente en el nivel básico. De la misma forma, las FESP se superponen a las funciones de la rectoría, las complementan pero dependen decisivamente de la función de conducción. Por último, algunas acciones importantes de la salud pública, incluso de carácter sistémico, como la regulación, el control de riesgos y daños y desarrollo de recursos humanos, dependen de la intervención de otros sectores o son realizadas por ellos. Por este motivo, la actuación intersectorial es también una forma de ampliar la capacidad de acción de la salud pública y significa un área de oportunidad para ampliar o fortalecer su propia infraestructura.

El diagnóstico de la situación y, especialmente, la evaluación del desempeño de las FESP deberá servir para identificar las debilidades de la infraestructura institucional de la salud pública, lo que permitirá intervenciones diseñadas específicamente para corregirlas. La utilización combinada de los hallazgos de la evaluación del desempeño de las FESP con la comprensión conceptual renovada de la salud pública permitirá la preparación de estrategias y planes cuya ejecución, redundando en el fortalecimiento necesario de la infraestructura y el desarrollo de la capacidad institucional de intervención en la salud pública, de acuerdo con las posibilidades y las necesidades de cada situación. Más aún, el desafío es articular la capacidad institucional con la contribución de la sociedad. El capítulo 13 de la Parte IV trata este aspecto con más detenimiento.

En esencia, el proceso de fortalecimiento de la infraestructura y del desarrollo consecuente de la capacidad institucional de actuación es el resultado de decisiones tomadas en el ámbito de la rectoría por medio de su función de

conducción, tiene naturaleza política y es un ejercicio del poder institucional. En el ámbito nacional, esas decisiones tendrán más fuerza y capacidad de sostenerse si son asumidas por el gobierno y, sobre todo, si se transforman en función de Estado. Con ello se fortalecen no sólo las decisiones, sino toda la salud pública al conferirse mayor relevancia a la ASN, y con ella acrecentar su autoridad para el ejercicio de la función de rectoría del sistema de salud. Una vez adoptada la decisión política, el proceso de su aplicación pasa a ser principalmente una cuestión de gestión con menor contenido político. Será, en todo caso, un proceso complejo y lento, que siempre dependerá de los atributos virtuosos de una buena conducción sectorial y del uso que se hace de ella.

6. La información y la inteligencia en la salud pública

La información es el insumo general más integrado a la infraestructura de la salud pública. Es también un insumo indispensable, ya que no existe una buena práctica de la salud pública sin información o con una información ineficaz o insuficiente. Se puede afirmar que la mejora de la práctica de la salud pública depende de la información disponible y es tan buena como la calidad de esa información.

La información requerida para una buena práctica de la salud pública es muy variada y se relaciona con múltiples aspectos, tales como los objetos y campos de la salud pública, su contexto y factores determinantes externo. Esto conlleva varios procesos de acopio, análisis y uso. Para obtener una visión sintética de todo el complejo proceso de administración de la información, se

pueden construir matrices de relación entre las distintas categorías de la información, los campos de los objetos principales de observación y las FESP.

Las categorías de uso sugeridas tienen una gran significación estratégica puesto que definen no sólo el uso o la finalidad, sino también y al mismo tiempo, sus usuarios. Hay una variedad de objetos entre los que se incluyen tanto los objetos específicos de la salud pública como las funciones esenciales, los riesgos y daños en la salud, los recursos humanos, y, por otro lado, los objetos más amplios, con información de uso exclusivo de la salud pública y de uso común con otras funciones de la rectoría y del sistema de salud. En general, el uso sirve de guía a la selección de los objetos. A partir de este ejercicio simple e imaginario, resulta evidente que la práctica de la salud pública y de las FESP requiere información sobre los objetos específicos de la salud pública, así como información más general, no específica de la salud pública, pero indispensable para su capacidad de actuación.

Sin embargo, no es suficiente disponer de información; es indispensable que ésta sea de calidad satisfactoria, que sea oportuna y que sea procesada adecuadamente para generar inteligencia. Los mecanismos y procesos para evaluar y garantizar la calidad de la información son tan importantes o más que los sistemas de recopilación, transmisión y procesamiento primarios. La inteligencia es el parámetro para medir la utilización y el valor de uso de la información. El conocimiento de los objetos y de las situaciones es la primera parte de la inteligencia en salud pública que propicia o complementa la capacidad de elegir; significa la capacidad de realizar o promover la ejecución de las acciones más efectivas en función de los objetivos determinados.

El concepto de información utilizado aquí es bastante amplio, ya que abarca la información objetiva, cuantificable y fundamentada científicamente, y la información cualitativa con fundamentos formales menos rigurosos. Se refiere preferentemente a hechos observados y registrados objetivamente, pero también a las percepciones y opiniones de actores fiables. Afortunadamente, existen técnicas para analizar y minimizar las imprecisiones, variaciones y errores, lo que permite llegar a conclusiones fiables o aceptables para las acciones correspondientes. Por ejemplo, para la medición y la evaluación del desempeño de las FESP en los países se ha diseñado y utilizado con éxito un instrumento basado en las opiniones de grupos de expertos conocedores de la situación. Cabe mencionar aquí las limitaciones de las pruebas o las observaciones en el campo de la salud pública y reiterar asimismo la importancia de la evidencia cualitativa, incluso debido a las limitaciones de la discrecionalidad de variables importantes que deben considerarse. Sin embargo, es necesario reafirmar que es deseable fundamentar la inteligencia en salud pública en pruebas científicamente incontestables y, por lo tanto, la necesidad de un esfuerzo permanente para ampliar la disponibilidad de esas pruebas.

Hechas estas consideraciones queda por responder la cuestión de la pertenencia de los sistemas de información en la salud pública: “¿Son propios o compartidos?” Parece que no puede haber dudas de que la respuesta es: “Ambos”. Para la información que afecta específicamente a los objetos propios de la salud pública habrá sistemas también propios de información que pueden llegar, en su especificidad, al ámbito particular de cada FESP, en el caso de componentes muy

específicos. Para la información más amplia, la salud pública se articulará con los sistemas correspondientes para tener acceso a la información necesaria. El criterio rector para las decisiones a este respecto consiste en buscar el equilibrio más adecuado entre especificidad e integración en la rectoría y en el sistema de salud. Lo ideal sería la concepción de un sistema de información de salud que fuera de naturaleza integral, pero con componentes especializados en función de la naturaleza de la información que debe ser producida y de su uso principal, además de contar con una base de uso común. En un sistema así, la salud pública y las FESP tendrían un componente especializado, con las dimensiones adecuadas para sus especificidades indispensables, poniendo la información generada a disposición del sistema común en unos formatos previamente acordados, y accediendo a la base común y a otros componentes especializados para la obtención de datos e información necesaria que pueda ser manejada en formatos de manejo práctico.

En cualquier caso, la capacidad de análisis para usos específicos y para formar la propia inteligencia requerida, debe ser siempre propia, aunque no cerrada y exclusiva. Una precaución que debe tenerse con relación a la información y que se olvida con frecuencia es la de no exagerar ni en el volumen ni en la variedad de los datos y la información, de forma que no llegue a superar la capacidad de uso, lo que en ese caso implicaría, además del despilfarro de recursos, el riesgo de distorsiones serias en todo el proceso y la posibilidad de perjudicar seriamente, la creación de inteligencia.

La información en materia de salud pública tiene confirmada su utilidad y se transforma en inteligencia completa

cuando sirve para la formulación de planes y políticas, para un proceso de planificación adecuado y para una gestión eficaz y eficiente, incluida la evaluación con amplitud y profundidad suficientes. No nos detendremos, sin embargo, aquí en esos aspectos,² aunque sean esenciales para la mejora de la práctica de la salud pública.

Por último, el diagnóstico inicial de situación de las FESP a través de la medición y la evaluación de su desempeño, constituye también un punto de partida para la administración de la información en la salud pública. Los indicadores de desempeño son guías excelentes para la identificación de la información necesaria y el ejercicio de aplicación del instrumento de medición revela los vacíos de información existentes, las deficiencias de la información disponible e incluso, en algunos casos, la existencia de información inútil o no utilizable; revela asimismo las debilidades y fortalezas de la infraestructura de salud en ese aspecto. A partir de este conocimiento será posible diseñar intervenciones correctoras o de fortalecimiento, y promover estrategias de ampliación, estructuración y perfeccionamiento de los sistemas correspondientes.

7. La práctica de la salud pública y los servicios de atención de salud

No hay que olvidar las estrechas relaciones de complementariedad que existen entre las acciones de la salud pública y las de atención individual de salud, que se manifiestan de formas múltiples.

Tanto la salud pública como la atención individual son parte integrante del sistema de salud y comparten las responsabilidades de contribuir a la realización de sus objetivos. Por otro lado, la salud pública contiene actividades de atención personal de salud y actúa por medio de ellas, diluyendo así la distinción entre los campos. En el caso de la atención al ambiente, la distinción desaparece puesto que la intervención sobre el ambiente tiene siempre una connotación de salud pública, independientemente de que sea ejercida dentro o fuera del sector salud, bajo la responsabilidad o no de la ASN. En este sentido, la salud ambiental, es un campo de actuación de la salud pública debido a la naturaleza de los servicios que produce y al alcance que su cobertura tiene en la población.

Las cuestiones principales para la práctica de la salud pública, y de las FESP en particular, son básicamente las de definición de responsabilidades institucionales y su consiguiente articulación.

Ya se ha hecho mencionado anteriormente a las relaciones de la salud pública con la atención a las personas en todos los niveles de su prestación pero especialmente en la atención primaria. Se ha hablado de los sistemas de apoyo comunes, y la complementariedad de la información. Todas esas conexiones tienen una gran importancia para la práctica de la salud pública y para el desempeño de las FESP. En esta ocasión cabe subrayar la influencia de salud pública en la organización y en el funcionamiento del sistema de atención a las personas y del sistema de la salud. Ello puede ser el factor principal para la orientación de las reformas sectoriales de salud y, al mismo tiempo es de gran importancia para la mejora de la práctica de la salud pública.

El objetivo último de un sistema de salud consiste en mejorar la salud de la población y hacer que la atención que presta genere satisfacción social. Ambos objetivos —la eficacia anteriormente destacada y la satisfacción social— tienen una significación colectiva, se refieren a la salud de las poblaciones y son, por tanto, los objetivos de la salud pública. La visión de la salud pública debe ser, por consiguiente, el criterio principal para la conformación, rectoría, y gestión de los sistemas de salud. Así pues, es dentro de esta perspectiva como se pueden definir, con propiedad, los objetivos globales de salud, así como la organización deseable del sistema.

Los instrumentos de actuación de la salud pública, fundamentalmente puestos de manifiesto en las FESP, sirven también para alcanzar ese objetivo así como para el cumplimiento de los principios estructuradores de la atención individual de la salud. La equidad y la universalidad de la atención son objetivos de la FESP 7; la calidad de la atención y, en consecuencia, su eficacia y la generación de satisfacción, lo son de la FESP 9 y los modelos de atención que deben basarse en la precedencia de la promoción de la salud y de la prevención, de las FESP 2 y 3. La salud pública y las FESP, como ya se ha destacado anteriormente, son instrumentos de la ASN para el ejercicio de la rectoría del sistema de salud, especialmente de su conducción. Más allá del ámbito específico de la atención propiamente dicha, la salud pública, es fundamental para la promoción de la participación ciudadana en materia de salud (FESP 4); no sólo para la protección de la salud y el uso adecuado de los servicios de atención por parte de la población, sino también para el ejercicio del control sobre las acciones públicas y para la pro-

² Ver el capítulo 13 de la Parte IV para más información a ese respecto.

moción de las demandas sociales de políticas públicas saludables.

El menosprecio de la importancia de la salud pública en la organización y el funcionamiento de los sistemas de atención y de servicios de salud es quizás, la causa principal de la baja eficacia 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. Por ello el desarrollo de una nueva generación de reformas en la que esa deficiencia sea corregida se torna fundamental. No se trata de reducir la importancia de la atención individual a la salud ya que da respuesta a necesidades sentidas y demandas urgentes de las personas. Esa atención estará siempre en el centro de las prioridades de la salud, incluso como respuesta específica al reconocimiento de un derecho humano fundamental: la recuperación de la salud perdida. Lo que se debe buscar en cambio, es la organización de la prestación de esa atención de acuerdo con criterios de eficacia social, para sacar el máximo partido de su contribución a la mejora de la salud de la población. La práctica de la salud pública, desde ese punto de vista, adquiere dimensiones más amplias y más significativas socialmente, al situarla en el centro de las decisiones y actuaciones de la rectoría sectorial y de las características fundamentales de los sistemas de salud.

En resumen, la salud pública, y las FESP en particular, nunca deben ser vistas de forma aislada con respecto a la atención individual de salud, incluida la atención médica, y en antagonismo con ella. Al contrario, la salud pública y las FESP coexisten articuladamente en sus conceptos y en sus prácticas con la aten-

ción individual en los sistemas de salud; contribuyen decisivamente a la adecuación, calidad y eficacia social de la atención y se benefician de las oportunidades que ella crea incluyendo la gestión de sus recursos para ampliar el campo de acción, mejorando consecuentemente la eficacia de las acciones de salud pública, sin que esto signifique ninguna pérdida o debilitamiento de las reciprocidades indispensables.

8. Recursos humanos³

Los recursos humanos constituyen un factor fundamental y esencial para la práctica de la salud pública, y es uno de los pilares de su infraestructura; en realidad, la práctica de la salud pública es fundamentalmente el producto de las prácticas del personal que trabaja en salud pública. No obstante, la fuerza de trabajo de salud pública es uno de los recursos más descuidados y menos valorados dentro del sector de la salud en las Américas, lo que se corresponde con el menosprecio al que se enfrenta la propia salud pública. Es más, ni siquiera existe, en la mayoría de los países, una caracterización de los trabajadores de la salud pública que pudiera dar origen a un tratamiento diferenciado de su desarrollo y de su gestión.

De acuerdo con las características del campo, los objetos de la salud pública y la naturaleza de sus acciones y relaciones, la fuerza de trabajo de la salud pública tiene características diferenciales dentro del sistema de salud. Al ocuparse de las dimensiones colectivas de la salud, los profesionales de la salud pública actúan con conocimientos múltiples y con instrumentos de intervención que alcan-

zan a toda la población. El ámbito de actuación abarca los riesgos y daños específicos de la salud, sus causas directas y sus determinantes generales; las respuestas sociales e instrumentales para atender las necesidades colectivas de salud; los sistemas de salud; las prácticas sociales; los procesos políticos y de gestión, entre otros, todos ellos aspectos múltiples, interrelacionados y cambiantes que tienen efecto sobre la salud de la población. Están combinando siempre las diversas formas de saber y la información, así como aplicando y renovando los instrumentos de su utilización para la solución de los problemas de salud pública. Por ello, debido a la variedad de las capacidades necesarias para hacer frente a la complejidad, y diversidad de los objetos de su acción, el trabajo en salud pública, basado en la administración del conocimiento, es fundamentalmente un trabajo de equipo de carácter interprofesional, en el sentido de que necesita las aportaciones específicas de muchas profesiones o disciplinas. Así pues, el trabajo en la salud pública no sólo tiene objetivos de carácter colectivo, sino que es colectivo en sí mismo. Por otro lado, los trabajadores de la salud pública son, simultáneamente, trabajadores del conocimiento y creadores de conocimiento o de formas de su aplicación como parte de su acción colectiva.

Las características mencionadas amplían la necesidad de contar con profesiones de origen diverso en la composición de la fuerza de trabajo de salud pública. Aunque se continúa suponiendo que las llamadas profesiones básicas de salud, y en particular la medicina, ofrecen ventajas para la formación de los trabajadores de la salud pública debido a su formación biomédica, ésta ya no es una ventaja generalizable o una condición indispensable, ya que en determinados

³ Ver capítulo 15 en la Parte IV para una exposición más extensa y completa del tema.

campos de actuación o para algunas FESP puede haber otras profesiones que tengan una mayor idoneidad.

Sin embargo, lo que se confirma es que la formación específica en materia de salud pública se superpone, como una especialización, a las profesiones de otros orígenes para llegar a constituir una fuerza de trabajo específica de salud pública, creando así lo que podemos considerar un grupo de profesionales orgánicos, dedicados al ejercicio de la salud pública en sus diversas manifestaciones. Esa variedad de manifestaciones, que exige la especialización profesional para los diferentes campos de actuación de la salud pública, exige también una acción de agregación e integración permanente que, a su vez, requiere atributos especiales con el fin de evitar la dispersión y la disgregación debido a una división exagerada de la salud pública en compartimentos operativos y en especialidades.

La salud pública no está, sin embargo, restringida al trabajo de sus profesionales orgánicos o de sus trabajadores específicos. Habida cuenta de que su práctica se proyecta en el trabajo de otros ámbitos de la salud, en especial en la atención a las personas y al ambiente, e incluso en el trabajo de otros sectores, se puede hablar de una fuerza de trabajo asociada, que debe ser objeto de una formación y un apoyo para cumplir de forma satisfactoria las actividades de salud pública que le son encomendadas. En efecto, una de las habilidades o competencias de los trabajadores propios de la salud pública es crear la sensibilidad y el conocimiento de que la salud pública es una responsabilidad de todos, tanto de profesionales de la salud en general, como de los trabajadores en actividades relacionadas, así como, en definitiva, de todos los ciudadanos. En este sentido,

los trabajadores de salud pública son algo más que agentes técnicos encargados de la aplicación de sus conocimientos, son mensajeros del comunicado social de la salud pública, promotores de las prácticas sociales saludables y de la participación de todos en la tarea común de mejorar la salud y el bienestar de la población.

La formación en salud pública debe responder, por tanto, a estas características de sus trabajadores, de sus recursos humanos, por lo que una de sus tareas principales es la de enseñar a aprender de forma autónoma y permanente. Si se consigue este objetivo, estará asegurada también la educación permanente necesaria gracias al acceso a la información capacitante y a la creación de oportunidades y de ambientes de reflexión colectiva, que multipliquen la habilidad individual de aprender y la capacidad conjunta de crear y producir. Hay que considerar también que, por todo lo mencionado, en la salud pública, la inteligencia emocional, el sentido de la ética social y la capacidad de trabajar en equipo son, con frecuencia, cualidades más importantes que una capacidad técnica muy depurada que funcione en forma aislada.

Los trabajadores de salud pública tratan fundamentalmente con bienes de naturaleza pública o de gran mérito social, y por tanto realizan una actividad muy poco reconocida en el mercado laboral. La organización y la gestión de la fuerza de trabajo de salud pública son, de este modo, una cuestión eminentemente pública, una responsabilidad del Estado. En general, el trabajo en salud pública exige de los profesionales orgánicos, una dedicación integral debido a la naturaleza de las funciones, a la limitación de las oportunidades que existen en el mercado y a

los numerosos conflictos de intereses que surgen. Estos hechos condicionan una gestión especial del personal que trabaja en salud pública, lo que implica nuevas categorías laborales y carreras propias, incentivos que equilibren las ventajas individuales en función de los méritos y estímulos colectivos, para que se promuevan simultáneamente el desempeño personal y el trabajo en equipo; así como procesos de evaluación bien estructurados y condiciones generales de trabajo compatibles con las características de las intervenciones en la salud pública.

En resumen, la buena práctica de la salud pública depende de una atención prioritaria y una consideración adecuada de los recursos humanos que la ejecutan.

El instrumento usado para la medición y la evaluación del desempeño de las FESP en la Región de las Américas ha incluido indicadores sobre la disponibilidad de los recursos humanos clave para cada una de las funciones esenciales, además del empleado para el diagnóstico de la situación de la FESP 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública). Los resultados de este ejercicio inicial pueden servir para avanzar en la materia y como refuerzo significativo al trabajo que está realizando actualmente la OPS, en apoyo a los países.

9. Salud pública, FESP y programas

La práctica de la salud pública y de las FESP y su organización exigen una delimitación bastante precisa de cada una de las FESP, con el fin de hacer posible la identificación de los productos, de las actividades correspondientes, de los re-

cursos necesarios y de la forma de organizarlos, para llevar a cabo el proceso de producción. Con esto será posible estimar los gastos y costos, así como definir la financiación y el presupuesto necesarios y la gestión de los mismos.⁴

En casi todos los países de la Región de las Américas, las FESP no están aglutinadas organizativamente. Sus contenidos, o algunos de ellos, están mezclados con otras actividades y en diferentes órganos o instituciones con poca articulación o sin conexión alguna entre ellos. No obstante, existe una precisión algo mejor en la definición de algunos programas típicos de la salud pública, que están también dispersos en la organización institucional del sector de la salud o fuera de él. En cualquier caso, la tarea de reorganización que se necesita para darles identidad y unidad funcionales a las FESP es compleja y difícil. Es posible que en algunos casos quizás se consiga solamente una identificación funcional sin unidad operativa, o sea, sin una organización estructural propia para cada una de las FESP, o, en el mejor de los casos, una estructura virtual de carácter provisional. De cualquier manera, será indispensable llevar a cabo el proceso de identificación y delimitación funcional para que sea posible mejorar el desempeño. En este sentido, se puede afirmar que aunque el instrumento de medición y evaluación, y su aplicación han conseguido avances, todavía queda mucho por hacer.

La práctica de la salud pública en la institución rectora del sistema de salud (ministerio o secretaría de salud) puede ser estudiado en cuatro componentes distintos con significación estructural:

- La práctica específica de las FESP consideradas individualmente y en conjunto, que son el núcleo estructural de la salud pública.
- La práctica realizada en campos de actuación específicos, generalmente estructurada en forma de programas de salud pública, como los de salud ambiental, vigilancia sanitaria, control de enfermedades (SIDA, tuberculosis, malaria) entre otros. Los resultados de la salud pública se consiguen por medio de la ejecución de programas, que son definidos como un conjunto de recursos organizados para la realización de actividades determinadas con el fin de alcanzar objetivos definidos. Algunos de esos programas o partes de ellos integran una FESP, como el programa de preparativos contra desastres, con relación a la FESP 11, el de vigilancia sanitaria o el de vigilancia epidemiológica y la FESP 2, el de promoción de la salud y la FESP 3, y el de información en salud y la FESP 1, etc.
- La práctica incorporada en otras atenciones de la salud, particularmente, en la atención a las personas de carácter individual en el nivel básico.
- La práctica de la salud pública realizada por otras instituciones pero sujeta a la regulación y fiscalización por parte de la ASN.

La pertenencia a una estructura u organización forma parte de la definición de los dos últimos, con lo que la práctica incorporada a la atención individual permanece así, como una parte de la gestión de los servicios respectivos. Por consiguiente se cuentan en las FESP correspondientes solamente las actividades de apoyo, así como sus respectivos

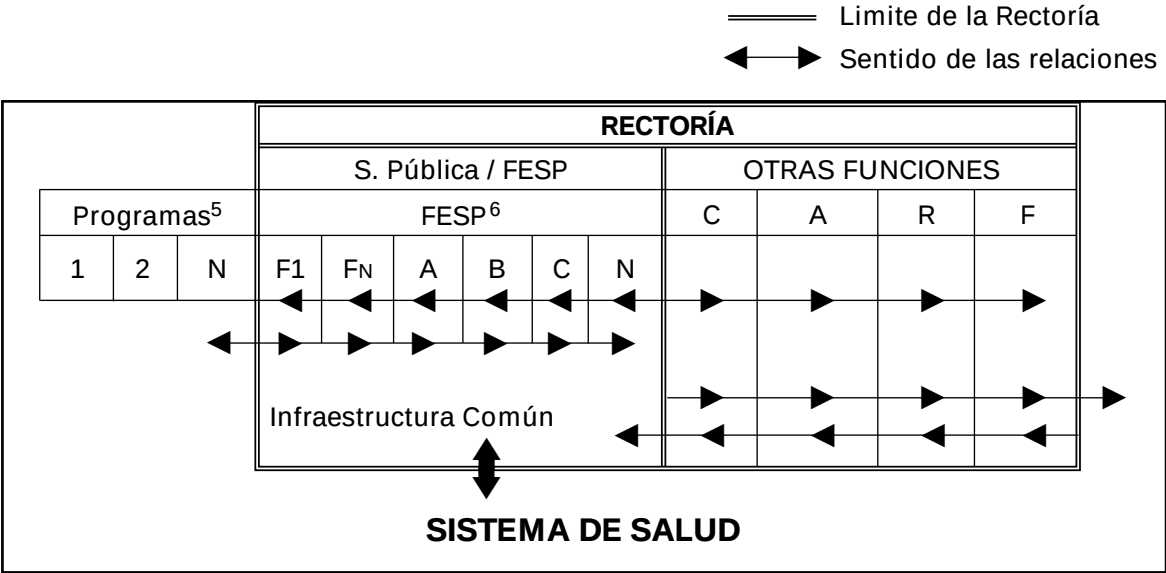
costos. El ejercicio realizado por otras instituciones queda incorporado al funcionamiento de esas instituciones, y la regulación y fiscalización llevadas a cabo por la ASN como parte de las FESP correspondientes. El proceso de organización funcional de la salud pública abarca a las FESP y a los programas de salud pública específicos. Estos constituyen, por lo tanto, los ámbitos de la gestión de la salud pública.

Con relación a los programas existe una definición de objetivos y de productos para realizarlos, una identificación suficiente de las actividades y procesos para su producción, así como de los recursos requeridos. Es fácil asignar responsabilidades, establecer mecanismos de seguimiento y evaluación, determinar costos y gastos, y preparar presupuestos específicos, de modo que ya son conocidos o reconocibles los requisitos para una buena práctica o una buena gestión. Sin embargo, con relación a las FESP, la situación es bastante más complicada para aquellas que no se corresponden con programas o que no están organizadas como unidades funcionales bien definidas: en primer lugar es necesario construir esa unidad para que el proceso pueda realizarse y, como ya se ha mencionado anteriormente, no se trata de una tarea fácil y menos si se suma a ello la necesidad o conveniencia de contar con una infraestructura común a dos o más FESP.

En la práctica de la salud pública, uno de los aspectos cruciales que deben desarrollarse es el que respecta a su organización y gestión, para lo que las ideas contenidas en este libro no son sino el comienzo de un largo proceso que irá perfeccionándose con la experiencia. Sin embargo, parece evidente que la organización y gestión de la salud pública y de

⁴ Véase el capítulo 14 en la Parte IV para más detalles.

Cuadro 1 Organización de la salud pública en el sistema de salud



las FESP deben ser incluidas en la organización y gestión de la rectoría, bajo el control de la ASN, con las articulaciones y relaciones necesarias con otras áreas del sistema de la salud, con otros sectores y con los mecanismos de participación ciudadana. El cuadro 1 que aparece a continuación intenta representar esa situación con relación al sistema de la salud y a su rectoría. En ella se ilustran las múltiples relaciones que existen entre las FESP, los programas específicos de salud pública y otras funciones no tipificadas. Como puede apreciarse la rectoría enmarca tanto a las FESP como a otras funciones, quedando en el ámbito de prestación social o colectiva a la formulación y aplicación de los programas de salud pública que pueden estar incorporados fuera de la égida directa de la fun-

⁵ Los programas específicos, no correspondientes a una FESP, son instrumentos de prestación de servicios y como tales no se consideran parte de la función global de rectoría.

⁶ F1 y FN pueden ser organizadas como programas.

ción rectora. Lo anterior no obsta para que algunas FESP puedan ser organizadas en forma de programas.

10. Financiación, intersectorialidad y viabilidad política

Estas tres grandes áreas de acción son decisivas para el desarrollo de la salud pública y de su práctica. No hay práctica sin recursos reales que la cumplan y no hay recursos reales sin financiación. Las soluciones de los problemas de la salud pública conllevan, casi siempre, algún grado de intervención de otros sectores, sin el que la eficacia de la salud pública estará en peligro y no se podrá realizar, lo que es inviable políticamente.

La financiación en materia de salud pública consiste, fundamentalmente, en la asignación de recursos, puesto que su fuente es normalmente el presupuesto público, especialmente en el caso de las FESP. Existen excepciones, como la financiación de la prestación de servicios

públicos que pueden ser pagados por los usuarios de forma obligatoria: tarifas, tasas, multas, como el caso de los servicios de saneamiento básico y limpieza urbana y los de fiscalización del cumplimiento de la regulación de bienes de mercado. Aparte de esto, la mayoría de las acciones de salud pública por medio de las FESP son responsabilidad del Estado y los intentos de recuperación de costos son inefectivos porque es difícil y costoso excluir a alguien de los beneficios y la exclusión afectaría a la eficacia de la intervención. Por otro lado, existe también la posibilidad de la financiación externa mediante préstamos o donaciones, que puede sustituir o complementar los recursos del Estado en algunos casos concretos, pero ésta es una alternativa que debe ser ponderada a fin de no poner a riesgo la sostenibilidad futura de los esfuerzos. En todo caso la presencia del Estado es siempre determinante, incluso en los casos de la privatización de la prestación de los servicios públicos, como, por ejemplo el saneamiento básico, ya que es el Estado

el que determina y aprueba la estructura de las tarifas, la regulación y fiscalización de la calidad y aspectos de la prestación de los servicios.

La financiación de la salud pública y de las FESP es, en definitiva, una decisión del gobierno. Existe la impresión generalizada de que las FESP y la salud pública están financiadas insuficientemente en la Región de las Américas. Los estudios disponibles, pocos o incompletos, indican un gasto en las actuaciones cubiertas por las FESP que es inferior al 1% del gasto público en salud; cuando se añade a esto el gasto de los programas específicos de salud pública o de atención a la población, el porcentaje aumenta, pero continua siendo muy pequeño. En realidad, podemos afirmar que no se conoce con precisión la situación, puesto que las actividades básicas (FESP) no están individualizadas y tampoco se conocen sus costos exactos. Como se dijo en el apartado anterior, se trata de una labor que todavía tiene que llevarse a cabo⁷ por lo que la estimación de las necesidades de financiación es todavía, por consiguiente, un ejercicio de aproximación. Quizás se pueda trabajar inicialmente tomando como base los costos normalizados ajustados a la estructura de precios locales para una estimación más exacta de las necesidades de financiación. En el ámbito de las atribuciones de la ASN se recomienda una nueva reasignación de los recursos disponibles a la nueva organización que se adopte, por lo menos en lo relativo al gasto actual de las actividades de las FESP. Queda también la posibilidad de aumentar la prioridad de la salud pública y de las FESP, asignándoles incluso recursos de otras áreas, teniendo en

cuenta las restricciones impuestas por la rigidez de los recursos reales. La ASN, en el ejercicio de la rectoría sectorial, debe liderar los esfuerzos para conseguir un aumento de la asignación de los recursos destinados al sector, sobre todo de los destinados específicamente a las funciones de salud pública. Se trata de un proceso eminentemente político, facilitado por los argumentos técnicos de apoyo a la propuesta y de lo que trataremos en los apartados siguientes.

La acción intersectorial puede ser promovida y realizada en todos los niveles del sistema de la salud, y se facilita su labor cuando la función de rectoría y el liderazgo sectorial de la salud la adoptan como estrategia preferente. Además, existen aspectos más generales, como la articulación de estrategias y políticas sectoriales, las condiciones institucionales comunes, etc., que tienen que ser tratados en el ámbito nacional. La promoción de la intersectorialidad necesaria en salud pública es así una responsabilidad también de la rectoría, especialmente en lo que respecta al ejercicio de su función de conducción. La salud pública desempeña un papel fundamental para ello, como la identificación de los aspectos en los que se requiere la intersectorialidad y la indicación de las formas para hacerla efectiva; también puede servir de apoyo al proceso de negociación y para elaborar propuestas de acciones compartidas o complementarias y estimular y apoyar las iniciativas de los niveles locales o infranacionales.

La salud pública, al igual que la salud en general, goza de un alto nivel de consenso en cuanto a la aceptación de los valores que la sustentan y de los objetivos que pretende lograr. Alcanza también una valoración muy alta en la opinión pública entre los muchos problemas e in-

tereses que afectan a las condiciones de vida de las poblaciones. Sin embargo, esa importancia en la retórica y en la opinión pública no se manifiesta en hechos; ni siquiera dentro del sector de la salud o entre las autoridades sanitarias, lo que constituye un obstáculo importante a la hora de hacer políticamente viables las acciones de salud pública.

La viabilidad de las estrategias y los planes de fortalecimiento de la salud pública y la mejora de su práctica conlleva la realización de una estrategia política que incluye actividades directas, así como la creación de condiciones favorables articuladas entre sí. Para este objetivo, hay que convencer primero a la ASN para que asuma el liderazgo y conduzca el proceso. A partir de ahí se requiere construir y demostrar una imagen de eficacia y eficiencia, y desarrollar la capacidad de conseguir apoyos en las instituciones concretando liderazgos políticos, tanto en el entorno de la sociedad civil, como en los poderes del Estado. Los instrumentos estratégicos para conseguirlo dependen de las situaciones concretas, pero los siguientes al parecer tienen una aplicación universal:

- Información sobre los procesos de decisión y sobre los actores significativos participantes y el desarrollo de la capacidad de utilizar esa información inteligentemente.
- Calidad técnica superior en la elaboración de propuestas y proyectos, realizada con la participación constructiva más amplia posible pero sin perjuicio de la calidad y la oportunidad de los productos, para que se saque el máximo provecho de la identificación de los actores de significación política con el proceso y en los productos.

⁷ En el capítulo 14, Parte IV, se ofrecen puestas metodológicas para hacerlo.

- Capacidad de negociación y construcción de alianzas significativas.
- Demostración de eficacia y eficiencia en la ejecución, de forma que los resultados y beneficios sean percibidos y reconocidos.
- La construcción de relaciones de confianza y de solidaridad que permitan la cooperación y el apoyo, lo cual implica transparencia, dedicación y productividad.
- Y lo que quizás sea más importante, la capacidad de movilización social y de construcción de condiciones de participación efectiva de la población que adoptará la propuesta de la salud pública como suya y demandará el apoyo político formal de sus representantes.

Como se ve, la construcción de viabilidad es un proceso político servido y consolidado por aspectos técnicos y sociales generales. Se trata también de un proceso permanente, pues su propósito principal no es la aprobación de una propuesta o documento, sino el desarrollo de la salud pública y de su práctica con la creación sostenible y siempre renovable —y reconstruida si es necesario— de las condiciones estructurales para su desempeño pleno, en particular las de carácter institucional, incluida su base jurídica. También es permanente porque las condiciones en que se ejerce y los actores pertinentes están en constante evolución y cambio. Exige, además, una capacidad formal y lógica, pero también una sensibilidad especial de la variedad y mutabilidad de las motivaciones y los comportamientos humanos. Es, por todo eso, la más interesante de las dimensiones de la salud y de la salud pública, y la más noble de las capacidades

institucionales que aseguran su buena práctica.

11. Cooperación internacional

La cooperación internacional puede cumplir un papel vital en el desarrollo del ejercicio de salud pública y de las FESP en la Región de las Américas. Desde la formalización y promoción de ideas, hasta el desarrollo de conceptos e instrumentos de aplicación, al apoyo a los países y a la cooperación entre ellos, existe un espacio amplio para una cooperación eficaz. El reconocimiento de la contribución de la salud pública, a la mejora de la salud y del desarrollo encuentra en la actualidad un ambiente favorable en el ámbito internacional. El rescate progresivo de las funciones esenciales del Estado, la libertad relativa con relación a la presión de la demanda de atención médica y las insuficiencias de iniciativas anteriores, imponen la consideración de estrategias de cooperación sectorial que contemplen a la salud pública como un componente importante. La iniciativa “La salud pública en las Américas” llega así en un momento adecuado.

Las estrategias de cooperación tienen que contemplar todos los aspectos y las oportunidades existentes, así como ajustarse a las situaciones nacionales. Algunos aspectos podrían, sin embargo, ocupar un papel fundamental en este proceso:

- El perfeccionamiento y la ampliación progresiva de la estrategia operativa de las FESP, que incluyen la mejora de los instrumentos para la profundización del conocimiento de la situación y para la corrección de las deficiencias detectadas, enfatizando su delimitación y caracterización funcional y el fortalecimiento de la infra-

estructura de salud pública y de la capacidad de actuación institucional.

- La articulación de esta estrategia con el desarrollo de la capacidad de rectoría y con la rectificación de los procesos de reforma sectorial en marcha.
- La construcción de alianzas entre las organizaciones internacionales de cooperación, incluyendo especialmente a los bancos de desarrollo, así como con los organismos bilaterales, sobre una base de proyectos comunes o compatibles a partir de posiciones internas consolidadas dentro de cada organización.
- Las labores de promoción, dentro de cada país, para que se apropien de la Iniciativa, la hagan viable y la extiendan hacia todas sus dimensiones intersectoriales, así como a las prácticas sociales y de participación, son un requisito fundamental e imprescindible para su desarrollo.

La combinación de buenas ideas y de instrumentos de aplicación idóneos para implantarlas con cooperación técnica de calidad y de financiación suplementaria bien orientada y conveniente, tiene grandes posibilidades de éxito, que pueden verse aumentadas gracias a la promoción y al apoyo de la cooperación entre los países, aprovechando sus fortalezas y complementariedades e intensificando el intercambio de información y el apoyo mutuo, especialmente entre los grupos subregionales. También es de utilidad aprovecharse de los temas relacionados con la salud pública y que sean prioritarios en la agenda internacional. El debate sobre los bienes públicos mundiales y la cooperación internacional, por ejemplo, es de gran interés para la promoción de la salud pública, que de

por sí es indudablemente un ámbito de trabajo con bienes públicos; el análisis de la cuestión en el plano internacional refuerza la importancia de la salud pública como campo de cooperación y refuerza también la importancia de los bienes públicos como responsabilidad del Estado en los países, y por extensión, de la salud pública. La prioridad manifestada en el incremento de recursos de cooperación concedida actualmente al control de enfermedades prevenibles, particularmente al SIDA, la tuberculosis y el paludismo, crea oportunidades para realzar la importancia capital de la salud pública en el control de esas enfermedades y por extensión en toda la salud.

En síntesis, la cooperación internacional puede tener una influencia decisiva en el desarrollo de la práctica de salud pública en la Región de las Américas.

12. Hacia prácticas sociales salugénicas

La salud pública alcanza su plenitud cuando pasa a ser propiedad de las personas, las comunidades y la población y cuando queda incorporada a las prácticas sociales, o sea, manifestada en prácticas y actitudes sociales saludables y salugénicas. Por tanto, la estrategia operativa de las FESP tiene también ese propósito y es el camino idóneo para realizarlo. Cada FESP, en su práctica, aporta algo a ese propósito, que es fundamental para las FESP 3 (promoción de la salud) y 4 (participación de los ciudadanos en la salud). Por medio de ellas, la acción institucional se proyecta en la capacitación y el aumento del poder de la población para su participación en salud y en la salud pública, en el ejercicio de su derecho y de sus responsabilidades como su principal actor, al tiempo que ejerce también el control de las actuaciones del

Estado. Esto no quita o disminuye la responsabilidad y la acción del Estado, sino que las califica y las orienta, dándoles una verdadera dimensión social al convertirlas en instrumentos reales al servicio de la población. El ejercicio de la salud pública y de las FESP en particular, se agranda en su campo de acción, sus propósitos y su trascendencia social. Sin duda, la ejecución de las FESP en la perspectiva de las prácticas sociales aumentará su eficacia como estrategia preferente de salud pública.

Las consideraciones hechas en el capítulo 5 y complementadas en el 6 ofrecen una aproximación al concepto de prácticas sociales y a su aplicación en la salud pública, pero nos encontramos sólo al principio de la comprensión del proceso y comenzando también a explorar su potencial para el ejercicio de la salud pública. No obstante, hay aspectos o modos de intervención que ya están disponibles para la puesta en funcionamiento del proceso desde la acción institucional de la salud pública:

- La capacitación y el aumento del poder de la población para la participación puede ser acelerado por medio de la información y de la organización, en lo que las instituciones de la salud pueden desempeñar un papel muy importante. La salud y la salud pública, gracias al consenso valorativo de que gozan, tienen una aceptación social innegable, que sirve de plataforma ventajosa para la comunicación social y la transferencia de información y el conocimiento capacitantes; sirven también como punto de partida para el estímulo y el apoyo a los procesos de organización social, especialmente en las comunidades, que se puede utilizar para sumar voluntades y acciones, ampliar las relaciones sociales, manifestar

las demandas colectivas y consolidar los valores de confianza, solidaridad y cooperación, ampliando así el capital social generador de prácticas salugénicas y capaz de facilitar proyectos de transformación y progreso. Sin organización no hay voluntad social y participación social eficaces.

- No basta, sin embargo, con capacitar y organizar. Es necesario crear mecanismos institucionales para la participación que vinculen las instituciones públicas de salud pública y de salud a la sociedad organizada y participante. Los mecanismos específicos de participación en salud deben estar articulados con otras formas de participación tanto en otros sectores como de carácter general y deben contar con atribuciones reales en el proceso de toma de decisiones, lo que implica un cambio sustantivo de los modelos de gestión, para abrirlos al proceso participativo y al mismo tiempo beneficiarse de su potencial productivo. Los mecanismos de participación deben ser representativos de la diversidad de la sociedad y conformarse y operar democráticamente, con capacidad para reconocer y procesar los intereses diversos y las opiniones representadas y para minimizar las distorsiones corporativas y resistirse a las manipulaciones, de todo tipo, para someterlos a los intereses de grupos, partidos, autoridades o ideologías. El proceso de promover la participación es complejo, lento y muchas veces frustrante, pero por otro lado, tiene un potencial que va más allá de la salud, hacia la construcción de un futuro de mayor bienestar, de libertad y de verdadera democracia.
- La participación social tiene costos, de los que el menor y más fácil de solventar es el costo institucional de promo-

ción y apoyo. El costo de la población, en tiempo, expectativas frustradas, desengaños, etc., es el precio social pagado por adelantado que requiere compensaciones en lo que respecta a las respuestas y resultados que gratifiquen y recompensen el esfuerzo realizado. En efecto, el proceso de participación no es sostenible si los actores y la población no reconocen su utilidad.

- La promoción de la participación y de la formación de la ciudadanía como estrategia para la generación de prácticas sociales saludables en salud pública, es parte de un proceso más amplio, tanto como en materia de salud general. En efecto, la ciudadanía es un atributo integral que tiene manifestaciones específicas en los diversos campos de la actividad humana, por lo que no puede estar limitado a uno de esos campos. Si bien la salud pública debe tener la responsabilidad, por medio de sus funciones esenciales, de promover el proceso en lo relativo a la salud, esa labor, para ser realmente eficaz, debe estar combinada con una actitud, voluntad e intervención decidida por parte del Estado, en la que se involucre a todos los sectores o, por lo menos, aquellos con mayor potencial al respecto (educación, trabajo, desarrollo social, ministerio público, etc.). Por otro lado, en esencia, como proceso de aumento del poder de la población, es decir la transferencia o creación de poder, el desarrollo de la ciudadanía y de la participación social es de naturaleza política, o sea, cambia la distribución y el ejercicio del poder en la sociedad. Por este motivo, los mecanismos de participación social deben estar combinados con el proceso político formal y encontrar, a través de este

medio, los cauces propios de transmisión de las demandas sociales hasta el Estado con la fuerza suficiente para obtener respuestas.

- La información y la comunicación son el insumo principal y el instrumento de acción más potente en ese campo. En este sentido, destacan dos tipos de información particularmente indispensables:
 - La información capacitante que contribuye a la formación de la ciudadanía y prepara a los individuos, las familias y las comunidades para el cuidado de su propia salud y del medio en el que viven, para hacer el uso más adecuado de los servicios de atención disponibles, para el control de la actuación pública y para participar en la elaboración y realización de proyectos compartidos de vida y salud.
 - La información sobre la actividad institucional que haga transparente la actuación pública y que permita el control social y una mayor garantía para que no existan desviaciones o distorsiones de las funciones públicas.
 - La comunicación que transmite la información y, por lo tanto, la hace real, utiliza todos los medios, desde la comunicación personal específica en el momento de la atención, hasta los medios de comunicación de masas, poniendo énfasis en los de mayor alcance e impacto en cada situación y ajustando el formato de los mensajes al público que se pretende alcanzar.

El resumen que se ha ofrecido en los apartados anteriores da una idea de la

importancia y la naturaleza de la acción para la incorporación de la salud en las prácticas sociales, así como de la promoción de la generación de prácticas sociales salúgenas; indica también la complejidad del proceso y los caminos disponibles para llevarlo a cabo, haciendo hincapié en el desarrollo del capital social por medio de la construcción de la ciudadanía y de la capacidad social de participación, para lo que la información capacitante, la comunicación eficaz, la promoción de la organización social y la creación de mecanismos eficaces de participación son los instrumentos principales de intervención. La consideración de las prácticas sociales califica y potencia el ejercicio de la salud pública y de las FESP, a la vez que introduce posibilidades extraordinarias de progreso que, más allá de la salud, contribuirán al desarrollo humano sostenible.

13. Colofón

Los aspectos comentados en los apartados anteriores son elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de construir una estrategia para la mejora de la práctica de la salud pública. Constituyen, como el título del capítulo lo indica, un marco para la actuación dirigida a esa finalidad.

El proceso empieza con el reconocimiento de la importancia de la salud pública y de la necesidad de mejorar su práctica. Esto debe manifestarse en la decisión firme de la ASN de adoptar la estrategia de las FESP para el desarrollo de la salud pública y transformarlas en instrumento fundamental dentro del ejercicio de la rectoría del sistema de la salud. Esa decisión implica el uso de sus atribuciones de conducción, principalmente, con la finalidad de crear las condiciones

para el desarrollo de la salud pública y el mejor cumplimiento y desempeño de las FESP y su utilización en la conducción de todo el sistema de salud.

El paso siguiente es conocer la situación, lo que se puede conseguir, en una primera aproximación, por medio de la medición y evaluación del desempeño de las FESP que indicará, especialmente, las debilidades y fortalezas de la infraestructura existente y de su funcionamiento. La información recabada orientará la preparación de intervenciones dirigidas al componente fundamental de la estrategia: la construcción de la capacidad institucional de acción por medio del desarrollo y el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y de sus componentes: información y estrategia, recursos humanos, organización y procesos básicos, y servicios esenciales de apoyo. Eso exige la profundización del diagnóstico, ampliándolo a otros aspectos, como la investigación de actores relevantes, costos y gastos, etc. La propuesta resultante tiene carácter integral: el conjunto de las FESP y la infraestructura común de la salud pública, y sus aplicaciones en los campos de acción específicos mediante los programas, las relaciones en la rectoría y en el sistema de la salud, los requisitos intersectoriales, etc., pero tendrá como eje articulador y favorecedor el desarrollo de la infraestructura y

de la capacitación institucional. El ciclo se completa con la definición de la organización funcional para la gestión y ejecución, incluida la asignación de responsabilidades y de recursos, tales como la financiación y el presupuesto, así como los mecanismos y procesos de seguimiento y evaluación. El proceso incluye también, simultánea y permanentemente, la acción política para hacer viable la promoción de la acción intersectorial. Asimismo contempla la incorporación de la cooperación internacional para su dinamización y expansión.

Desde el punto de vista estratégico, es importante también incorporar desde el principio la perspectiva de las prácticas sociales, ampliando al máximo el campo de acción de las FESP 3 y 4 y marcando el rumbo del desarrollo futuro.

Con todo lo anterior se habrá puesto en marcha un proceso de desarrollo de la salud pública, a partir de las FESP, que producirá la mejora progresiva y sostenible de su práctica y el aumento de su contribución a la mejora de la salud de la población y del desempeño de todo el sistema de salud.

Bibliografía

Atchison C. et al. "The Quest for an Accurate Accounting of Public Health Expenditures", En *Journal of Public Health Ma-*

nagement Practice, 6 (5), 93–102, 2000, Aspen Publishers, Inc., 2002.

Claeson M. et al. *Public Health and World Bank operations*, Washington, D.C. Banco Mundial; febrero de 2002.

Leppo K. *Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health system*, Ginebra: OMS; 2001.

Macedo C. *Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud*. Washington, D.C. Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de salud 6, OPS; 1998.

Macedo C. *Modelo de gestión y eficacia de las reformas de salud en América Latina*. En: Solimano, G. Isaacs, S. *De la reforma para unos a la reforma para todos*. Santiago, Chile: Editorial Sudamericana; 2002.

Milen A. *What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice*. OMS, Ginebra; 2001.

OPS. *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública*. Washington, D.C.; 2000.

OPS. *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas*. Washington, D.C.; 2000.

US Department of Health and Human Services. *Public Health Infrastructure: En: Healthy People – 2010 objectives*. Washington, D.C.; 1998. (Informe preliminar).

