



**Redes de  
Relacionamiento  
Estratégico de la  
OPS/OMS:  
CONCEPTOS Y LECCIONES  
APRENDIDAS**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



Organización Panamericana de la Salud

**REDES DE RELACIONAMIENTO  
ESTRATÉGICO DE LA OPS/OMS:  
CONCEPTOS Y LECCIONES APRENDIDAS**

Brasília – DF  
2011

© 2011 Organización Panamericana de la Salud

Todos los derechos reservados. La reproducción parcial o total de esta obra está permitida, siempre que sea citada la fuente y que no sea para su venta o cualquier finalidad comercial. Las opiniones expresadas por los autores en los documentos son de su exclusiva responsabilidad.

Tirada: 1ª edición – 2011 – 100 ejemplares

*Elaboración, distribución e informaciones:*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – REPRESENTACIÓN DE BRASIL

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil

<http://www.paho.org/bra>

*Coordinación técnica y editorial:*

Diego Victoria

Diego González

Enrique Gil

Luciana Chagas

*Proyecto Gráfico y Diagramación:*

All Type Assessoria Editorial Ltda.

Impreso en Brasil/*Printed in Brazil*

## Catalogación

---

Organización Panamericana de la Salud

Redes de relacionamiento estratégico de la OPS/OMS: conceptos y lecciones aprendidas./Organización Panamericana de la Salud. Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

264 p.: il.

ISBN 978-85-7967-067-1

1. Redes de relacionamiento 2. Cooperación internacional I. Organización Panamericana de la Salud. II. Título.

NLM: WA 530

---

Unidad Técnica de Gestión del Conocimiento y Comunicación de la OPS/OMS en Brasil

## Autores y Colaboradores

Autores y Colaboradores	Cargo
<b>Adriana Bacelar</b>	Consultor en Tuberculosis. OPS/OMS Brasil.
<b>Alfonso Tenorio</b>	Coordinador. Unidad Técnica de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. OPS/OMS Brasil.
<b>Ana Lucia Ruggiero</b>	Área de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones. OPS/OMS.
<b>Ana Maria Frixone</b>	Administradora en CAREC.
<b>Ana Maria Malik</b>	Fundação Getúlio Vargas.
<b>Antonio Pages</b>	Representante de OPS/OMS – Chile.
<b>Bernadino Vitoy</b>	Consultor en Salud Indígena. OPS/OMS Brasil.
<b>Carlos Arósquipa</b>	Consultor Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas. OPS/OMS.
<b>Carlos Corvalan</b>	Asesor Principal en Evaluación de Riesgos y Cambio Ambiental Global. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/OMS.
<b>Carlos Edo. Alvarado</b>	Asesor de Recursos Humanos. OPS/OMS.
<b>Carlos Samayoa</b>	Asesor en Desarrollo y Efectividad Organizacional. OPS/OMS.
<b>Catherine Cocco</b>	Jefa de Gabinete, Oficina de la Dirección. Organización Panamericana de la Salud.
<b>Christophe Rérat</b>	Coordinador de la Unidad de Medicamentos, Tecnología de Salud e Investigación. OPS/OMS Brasil.
<b>Ciro Ugarte</b>	Asesor Regional Preparativos para Emergencias y Socorro en casos de Desastre. OPS/OMS.
<b>Diego A. Bernardini</b>	Consultor Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas. OPS/OMS.
<b>Diego González</b>	Consultor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/México.
<b>Diego Victoria</b>	Representante de OPS/Brasil.
<b>Eleana Villanueva</b>	Asesora Promoción y Desarrollo de la Investigación. OPS/OMS.
<b>Elena Chambers</b>	Punto Focal Centros Colaboradores de la OMS/OPS. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS.
<b>Eliane Santos</b>	Coordinación General de Documentación e Información/Ministério de Salud – Brasil.
<b>Enrique Gil</b>	Gerente Área de Prevención y Control de Enfermedades y Desarrollo Sostenible. OPS/OMS – Brasil.
<b>Felix Rigoli</b>	Gerente, Area de Sistemas de Salud. OPS/OMS Brasil.

Autores y Colaboradores	Cargo
<b>Francisco Grajales</b>	Oficina de Estrategia de ESalud eHealth, Facultad de Medicina, Universidad de British Columbia, Vancouver, Canada.
<b>Gerardo Alfaro</b>	Asesor de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/El Salvador.
<b>Gina Tambini</b>	Gerente Área de Salud Familiar y Comunitaria. OPS/OMS.
<b>Guillermo Birmingham</b>	Director de Administracion. OPS/OMS.
<b>Haroldo Bezerra</b>	Consultor. Unidad Técnica de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. OPS/OMS Brasil.
<b>Homero Silva</b>	Asesor Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/Jamaica.
<b>Hugo Prado</b>	Asesor Senior en Cooperación Internacional. OPS/OMS.
<b>Isaías Daniel Gutiérrez Trucíos</b>	Gerente de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OPS/OMS.
<b>Jacobo Finkelman</b>	Consultor Independiente en Salud Pública y Ambiental.
<b>James Fitzgerald</b>	Coordinador, Medicamentos y Tecnologías (MT). Área de Sistemas de Salud basado en Atención Primaria a la Salud (HSS). OPS/OMS.
<b>Janine Coutinho Giuberti</b>	Consultor en Nutrición. OPS/OMS Brasil.
<b>José Luis di Fabio</b>	Gerente del Área de Servicios y Sistemas de Salud. OPS/OMS.
<b>José Moya</b>	Consultor de Vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades OPS República Dominicana.
<b>Juan Carlos Barahona</b>	Ph.D. Profesor de Gestión de Innovación y Tecnología. INCAE. Escuela de Negocios.
<b>Juan Manuel Sotelo</b>	Gerente, Relaciones Externas Movilización de Recursos y Asociaciones. OPS/OMS.
<b>Kira Fortune</b>	Asesora, Determinantes de la Salud Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/OMS.
<b>Lorely Ambriz</b>	Asesora en Gestión del Conocimiento y Comunicación OPS/OMS Oficina de la Frontera México – Estados Unidos.
<b>Luciana Chagas</b>	Oficial de Programas. OPS/OMS Brasil.
<b>Lucimar Coser Cannon</b>	Consultora en Procesos de Integración y Cooperación Sur – Sur de OPS/OMS Brasil.
<b>Ludovic Reveiz</b>	Asesor Promoción y Desarrollo de la Investigación. OPS/OMS.
<b>Luis A. Galvão</b>	Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/OMS.
<b>Luis Codina</b>	Gerente de Salud Familiar y Ciclo de Vida. OPS/OMS Brasil.
<b>Luis Gabriel Cuervo</b>	Asesor Principal, Promoción y Desarrollo de la Investigación. OPS/OMS.
<b>Luis R. Escoto</b>	Consultor en Salud Familiar y Comunitaria OPS/Guatemala.
<b>Mara Oliveira</b>	Consultora. Unidad Técnica de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/OMS Brasil.

Autores y Colaboradores	Cargo
<b>Marcelo D'Agostino</b>	Gerente de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones OPS/OMS.
<b>Mariana Crespo</b>	Consultora Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas. OPS/OMS Argentina.
<b>Marie – Claude Lavoie</b>	Oficial Técnico Regional en Salud de los Trabajadores. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. OPS/OMS.
<b>Mariela Analía Cánepa</b>	Consultora para temas de Cooperación sur sur y procesos de integración subregional. OPS/OMS.
<b>Mariela Licha Salomón</b>	Coordinadora de la Oficina de Apoyo a la Atención Centrada en los Países (Country Focus Support – CFS). OPS/OMS.
<b>Marta Cristine Peres Barros</b>	Consultora en Desarrollo Organizacional de OPS/OMS Brasil.
<b>Mirna Marti</b>	Asesora Regional de Gestion del Conocimiento y Comunicaciones. OPS/OMS.
<b>Mirta Roses</b>	Directora de OPS/OMS.
<b>Monica Padilla</b>	Consultora de RHUS para la Subregión Centroamericana. El Salvador.
<b>Patricio Coral</b>	Administrador. OPS/Brasil.
<b>Paulo Lyra</b>	Asesor en Comunicación y Redes. Área de Gestión del Conocimiento y Comunicación. OPS/OMS.
<b>Piedad Huerta</b>	Asesora, Oficina de Cuerpos Directivos. OPS/OMS.
<b>Regina Ungerer</b>	Coordinadora Red ePORTUGUESe, Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra, Suiza.
<b>Ricardo Fescina</b>	Director Centro Latinoamericano de Perinatología/Coordinador del Programa de Salud de la Mujer y Reproductiva, (CLAP/SMR) OPS/OMS.
<b>Rogério Lima</b>	Consultor Nacional. Unidad Técnica de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. OPS/OMS – Brasil.
<b>Ruben Figueroa</b>	Representante OPS/OMS – Paraguay.
<b>Samira Bühner</b>	Consultora para Hanseniasis. Unidad Técnica de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. OPS/OMS Brasil.
<b>Sandra Raiher</b>	Centro de Gestión del Conocimiento del CEDES. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.
<b>Silvia Valentin</b>	Administradora. BIREME/OPS/OMS.

## EQUIPO EDITORIAL

Diego Victoria  
Diego González  
Enrique Gil  
Luciana Chagas





# Sumário

<b>Prólogo</b> .....	<b>9</b>
<i>Mirta Roses</i>	
<b>CAPITULO I: Redes de relacionamiento: Aspectos conceptuales</b> .....	<b>13</b>
<b>Introducción. Aspectos conceptuales</b> .....	<b>15</b>
<i>Diego Victoria, Diego González, Marcelo D'Agostino</i>	
<b>El trabajo en red: una metodología que apoya el posicionamiento estratégico y la efectividad operacional de las Organizaciones en el Siglo XXI</b> .....	<b>29</b>
<i>Juan Carlos Barahona</i>	
<b>La gestión estratégica en las Organizaciones</b> .....	<b>37</b>
<i>Ana Maria Malik</i>	
<b>Redes interconectadas: Gestion del conocimiento – Ejemplo de tres redes</b> .....	<b>51</b>
<i>Regina Ungerer, Eliane Santos, Francisco Grajales, Sandra Raiher, Ana Lucia Ruggiero</i>	
<b>Las Competencias de los Asesores de la OPS/OMS en Escenarios Complejos y Competitivos</b> .....	<b>71</b>
<i>Carlos Alvarado, Christophe Rerát, Lucimar Coser Cannon, José Moya, Luis Codina, Marta Cristine Barros, Mónica Padilla</i>	
<b>CAPITULO II: Las Redes de Relacionamiento: La experiencia de la OPS/OMS</b> .....	<b>85</b>
<b>PARTE I: La OPS e instituciones claves en las Redes de Relacionamiento Estratégico. Presentación de casos</b> .....	<b>87</b>
<b>Los Ministerios de Salud</b> .....	<b>89</b>
<i>Mariela Licha Salomón, Piedad Huerta, Daniel Gutiérrez</i>	
<b>Las redes de relacionamiento estratégico a nivel internacional: la experiencia de la OPS/OMS</b> .....	<b>97</b>
<i>Juan Manuel Sotelo, Hugo Prado, Diego Bernardini, Carlos Arósquiya, Mariela Cánepa, Mariana Crespo</i>	
<b>Los Centros Colaboradores de la OMS (CC-OMS) y las Instituciones Nacionales Asociadas a la OPS para la Cooperación Técnica</b> .....	<b>119</b>
<i>Luiz Augusto C. Galvão, Antonio Pagés, Diego González, Kira Fortune, Jacobo Finkelman, Marie-Claude Lavoie, Elena O. Chambers</i>	
<b>Los Institutos reguladores en salud</b> .....	<b>131</b>
<i>Enrique Gil, Rogerio Lima, José Luis Di Fabio, James Fitzgerald, Christopher Rerat</i>	



<b>Promoción y Desarrollo de la Investigación.....</b>	<b>145</b>
<i>Luis Gabriel Cuervo, Jacobo Finkelman, Carlos Samayoa, Luiz Augusto Cassanha Galvão</i>	
<b>PARTE II: El consultor de OPS y su red de relacionamiento estratégico .....</b>	<b>155</b>
<b>El Representante de la OPS/OMS y su red de relacionamiento estratégico .....</b>	<b>157</b>
<i>Diego Victoria, Luciana Chagas</i>	
<b>Los asesores de sistemas y servicios de salud: una red estratégica y técnica.....</b>	<b>165</b>
<i>Felix Rigoli, Gerardo Alfaro</i>	
<b>Los asesores de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles: una red estratégica y técnica.....</b>	<b>177</b>
<i>Enrique Gil, Alfonso Tenorio, Rubén Figueroa, Adriana Bacelar, Haroldo Bezerra, Samira Bühner</i>	
<b>Los asesores de salud ambiental y desarrollo sostenible: una red estratégica y técnica .....</b>	<b>195</b>
<i>Diego González, Mara Oliveira, Homero Silva, Luis R. Escoto, Marie-Claude Lavoie, Ciro Ugarte, Carlos Corvalán</i>	
<b>Los asesores de salud familiar: una red estratégica y técnica.....</b>	<b>221</b>
<i>Gina Tambini, Luis Codina, Ricardo Fescina, Janine Giuberti Coutinho, Bernadino Vitoy</i>	
<b>Los asesores de gestión de información, conocimiento y comunicación: una red estratégica y técnica .....</b>	<b>235</b>
<i>José Moya, Myrna Marti, Paulo Lyra, Lorely Ambriz</i>	
<b>La Red de Relacionamiento de los Administradores de la OPS/OMS.....</b>	<b>251</b>
<i>Silvia Valentin, Patricio Coral, Ana Maria Frixone</i>	
<b>Consideraciones finales.....</b>	<b>261</b>
<i>Diego Victoria, Diego González, Luciana Chagas</i>	



# Prólogo

*Mirta Roses*





Tal como lo declaramos en la estrategia gerencial para la efectiva ejecución del Plan Estratégico de la OPS, es necesario posicionar a la salud en el centro del debate político y de la agenda de desarrollo. El compromiso con la Agenda de Salud de las Américas y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio requiere invertir en el intercambio de experiencias entre actores institucionales, profesionales y sociedad en general. El diálogo intenso, permanente e inclusivo es fundamental para comprender los complejos desafíos, identificar las acciones más efectivas y planificar estratégicamente los sistemas de salud universales, solidarios y equitativos para el bienestar de los pueblos de la Región.

El rol de la OPS/OMS en el actual contexto, tomando en cuenta las prioridades y necesidades en salud de los países de las Américas, es esencial para facilitar el establecimiento de múltiples alianzas y construcción de redes.

Consecuentemente, es necesario analizar la formación y la dinámica de las redes para ayudar en la formulación e implementación de nuevos relacionamientos y estrategias de acción que busquen la sinergia de competencias, recursos y esfuerzos.

Este documento pone en evidencia la importancia del trabajo en redes para la gestión estratégica de la Organización con la finalidad de mejorar su desempeño en el campo de la salud pública. Bajo esta perspectiva, busca presentar nuevos aportes para la planificación estratégica corporativa y revelar sus consecuencias, en términos de oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades de las redes que se pueden conformar. Además procura mostrar que las redes de relacionamiento estratégico pueden colaborar y fortalecer la actuación eficiente de la cooperación técnica junto a las contrapartes nacionales para el desarrollo nacional de la salud en la medida en que permiten la comunicación, el intercambio de experiencias y el proceso de gestión de la propia Organización. Esto a su vez, facilita la integración, tanto con su ambiente interno como el externo (relacionamiento entre individuos, departamentos, unidades y organizaciones) y asegura una mayor predicción y preparación, incluyendo la mitigación de riesgos, en la fluida vinculación de la salud local, nacional, regional y global.

**Mirta Roses Periago**  
Directora de OPS/OMS



**CAPITULO I: Redes  
de relacionamiento:  
Aspectos conceptuales**







## Introducción. Aspectos conceptuales

*Diego Victoria, Diego González, Marcelo D'Agostino*

Es cada vez más evidente que los temas de la salud pública sólo pueden abordarse eficazmente mediante enfoques multisectoriales y alianzas estratégicas. Por consiguiente, estimo y recomiendo un diálogo constante con los numerosos socios de la OPS —desde los gobiernos de los Estados Miembros hasta los socios nacionales e internacionales, y la sociedad civil— acerca de cómo podemos servir mejor a los habitantes de las Américas.<sup>1</sup>

A lo largo de las últimas décadas los países han hecho avances significativos en materia de salud, tanto a nivel de diversos indicadores como en cuanto al desarrollo de instituciones nacionales para atender problemas sanitarios locales, constituyendo esta infraestructura institucional un capital público importante.

La 27va. Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP) celebrada en el 2007, aprobó el “Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) para el Período 2008-2012” (Documento oficial No. 328: <http://www.docjax.com/ajax/view.shtml?id=1159599>), donde se establece la dirección estratégica de la Oficina y se hace énfasis en la necesidad de las alianzas y asociaciones estratégicas:

“La experiencia de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el último decenio ha mostrado que el mejoramiento de la situación de salud en las Américas requiere no sólo de un compromiso político sostenido, sino también de políticas sanitarias y de desarrollo integradas, así como una participación amplia de la sociedad civil. Esta participación tiene que ocurrir a todos los niveles, desde las personas y la comunidad local hasta los niveles nacional, subregional, regional y mundial. El gran número de actores nuevos, nacionales e internacionales, que trabajan para mejorar la salud requiere un enfoque colaborativo. La Oficina ocupa una posición especial para dirigir y coordinar estos esfuerzos colectivos y catalizar el cambio para aumentar la capacidad institucional, lo cual incluye las iniciativas conjuntas y coordinadas entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil”.

---

1 Roses Periago M. Prefacio de la Directora. In: Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto). OPS; [s.d.]. p. v (Documento oficial n. 328).

“La colaboración intersectorial es otro aspecto importante. Para actuar sobre los factores determinantes de la salud hace falta cooperar con otros sectores, entre ellos el de educación, el agropecuario, el del ambiente, el de finanzas y el de las relaciones internacionales, con miras a lograr que los planes y las acciones se complementen”.

“La colaboración interinstitucional también es fundamental. La Oficina seguirá fortaleciendo su colaboración con otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano para evitar la duplicación de esfuerzos y potenciar las acciones. Además, procurará fortalecer las iniciativas conjuntas con los socios que ya tiene y mejorar los vínculos con otros socios distintos de los tradicionales. Seguirán desarrollándose las redes de salud”.

En el Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS se deja ver claramente la necesidad de abordar los problemas de la salud con la participación activa y coordinada de otros actores y sectores del desarrollo.... *“Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario”*.<sup>2</sup>

Múltiples son las acciones que la OPS esta realizando en el marco del proceso de fortalecimiento institucional y una de ellas consiste en facilitar y fortalecer la cooperación horizontal entre los países de la Región para forjar alianzas estratégicas con otros Estados Miembros y con actores públicos y privados que gocen de una reputación mundial en el campo de la salud internacional.

El presente artículo tiene la intención de introducir los aspectos conceptuales de la gestión de redes de relacionamientos estratégicas en salud y sus relaciones con otras redes, en el marco de una Sociedad de la Información y Conocimiento totalmente interconectada a nivel institucional, social y de contenidos.

Se presentan algunas definiciones, conceptos, modelos, premisas y herramientas asociadas a la gestión de redes y sus interrelaciones sociales y temáticas.

---

2 Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades de una nación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Gineva: OMS; 2009. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)

## **Las redes de relacionamiento político y estratégico. Aspectos conceptuales.**

La utilización del concepto y la práctica del trabajo en redes de relacionamiento estratégico en la Organización se remonta al año de 1988, cuando en el marco de la iniciativa del Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud/SILOS se realizaron una serie de seminarios de capacitación en el INCAE/Costa Rica, orientados a desarrollar las competencias de los asesores de servicios de salud de la OPS en la lectura de escenarios políticos, utilizando una metodología desarrollada por Harvard/INCAE para el análisis de escenarios. En ese momento la experiencia se centró en la lectura de escenarios políticos y como ubicar el tema de interés en este caso los SILOS en un escenario político y su relacionamiento con los diferentes actores de alto valor estratégico que contribuyeran a su desarrollo.

Al aplicar la metodología conceptual de Harvard/INCAE a la cooperación técnica de la OPS para el desarrollo de los SILOS en Costa Rica en el marco del proyecto subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los servicios de salud, se comenzó un trabajo gradual de adecuación de la metodología de Harvard/INCAE y desarrollo de un instrumento propio de la OPS de apoyo a nuestra Cooperación Técnica (CT).

Las experiencias de su aplicación en Costa Rica y Guatemala como instrumento de apoyo en la CT en el área de Sistema y Servicios de salud de la OPS/OMS y posteriormente su adecuación como instrumento de apoyo en la conducción estratégica de una Representación en Paraguay, Ecuador y Brasil, permitió desarrollar un marco metodológico e instrumental denominado Redes de Relacionamento Estratégico como apoyo a la Cooperación de la OPS/OMS cuyos aspectos conceptuales se presentan a continuación, dejando los aspectos metodológicos para ser presentados en el capítulo II de este documento.

### **¿Por qué el concepto y práctica de redes en salud?**

Entender la salud como un producto del desarrollo social y económico y su abordaje por la vía de los determinantes sociales y ambientales de la salud y por consiguiente en el marco de una respuesta intersectorial y de participación social para su solución, determina la necesidad de trabajar la CT con una multiplicidad de actores en escenarios no necesariamente organizados, por el contrario en escenarios fragmentados, competitivos, complejos y en crisis, esta situación obliga necesariamente a utilizar el trabajo en redes que interrelacionan actores para la consecución de objetivos o intereses comunes, superando de esta forma las barreras formales, normativas de carácter burocrático institucional y utilizando las avenidas de la comunicación que la sociedad de la información nos está brindando.

## ¿Por qué el concepto y práctica del enfoque estratégico?.

Un análisis funcionalista de lo indicado en el párrafo anterior nos obligaría a trabajar con innumerables actores que pueden tener los mismos intereses nuestros lo que haría imposible el trabajo, aun sin definir la variables de tiempo y recursos como condicionantes de nuestro trabajo, es por eso que debemos utilizar el enfoque estratégico para analizar cuales de esos actores tiene un rol importante de valor político, financiero, epidemiológico, técnico y de movilización, estas son algunas de las variables del análisis estratégico que el asesor y el Representante de la OPS/OMS deben realizar al identificar los actores y por consiguiente en la construcción de su red de relacionamiento estratégico de actores que den valor agregado en el logro de los objetivos que son comunes, en este caso los objetivos de la CT(ECP/PTB).

## ¿Por qué y para qué de las redes de relacionamiento estratégico?.

El trabajar la CT a partir de la construcción de escenarios políticos, sociales y económicos, la definición de actores de alto valor estratégico para el desarrollo de la salud e interrelacionar los escenarios y los actores en redes de relacionamiento ayuda en una forma sustantiva a posicionar la CT en los procesos que fomentan o hacen propicios los cambios favorables en la salud y por consiguiente hacen que nuestra CT sea mas costo efectiva, mas por su valor agregado de carácter político y técnico que por el volumen de recursos financieros que ella represente.

## Redes de gestión de conocimiento. Aspectos conceptuales.

Podemos encontrar muchas definiciones sobre lo que es una red de gestión de información y conocimiento. A continuación presentamos algunas de ellas:

- “Las redes son mecanismos estratégicos para promover el intercambio de información, experiencias, conocimiento y contribuir con la cooperación técnica en el nivel nacional e internacional en diferentes áreas temáticas” (ALBORNOZ; ALFARAZ, 2006).
- “Las redes son estructuras abiertas capaces de expandirse de manera ilimitada e integrar nuevos nudos, siempre que se puedan comunicar dentro de la red, es decir, siempre que compartan los mismos códigos de comunicación (por ejemplo, valores u objetivos de desempeño). Una estructura social basada en redes es un sistema abierto, altamente dinámico donde se puede innovar sin amenazas para su equilibrio” (CASTELLS, 2000).
- Las redes son sistemas organizacionales capaces de reunir individuos e instituciones de una forma democrática y participativa, en torno a objetivos o temáticas comunes.
- Conjunto de relaciones formales o informales entre individuos u organizaciones independientes.

- “Mecanismo para compartir información y conocimiento y contribuir con el desarrollo sostenible mediante acciones de comunicación y coordinación entre sus miembros” (GTZ, 2007).
- Modelo de organización para resolver problemas, caracterizada por su horizontalidad.
- Organización cooperativa para lograr sinergia.
- Grupo de participantes de una especialidad científica con un objeto de estudio propio.

Como podemos observar, todas las definiciones giran en torno a palabras que son clave en las redes: **estructuras abiertas, horizontalidad, intercambio, cooperación, sinergia, coordinación, objetivos comunes.**

Las redes se pueden clasificar de diferentes maneras. No tenemos que ceñirnos a un determinado tipo de clasificación, sino que podemos usar diferentes tipos para describirlas. Hemos elegido las dos clasificaciones que más se acercan a nuestro trabajo:

La tipología usada por la Red de Información para el Tercer Sector – Rits (2008) clasifica las redes en: temáticas, regionales y organizacionales.

**Redes temáticas:** son las redes que se organizan alrededor de un tema, segmento o área de actuación de las entidades (o individuos) participantes. La temática abordada es el fundamento de este tipo de red, ya sea genérica (por ejemplo, ambiente, infancia) o específica (por ejemplo, reciclaje, desnutrición infantil). Ejemplos de estas redes tenemos: la Red de Consumo Seguro, la Red Latinoamericana de Salud de los Trabajadores, la Red Latinoamericana de Toxicología, Red de Nutrición de Brasil (REDENUTRI), entre otras.

**Redes regionales:** en una determinada región o subregión existe el punto común de aglutinación de socios. Esto es lo que define que una red sea nacional, sea regional o sea mundial. En este sentido podemos mencionar algunos ejemplos como son: Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA), Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos, Red Mundial de centros Colaboradores de la OMS para el Desarrollo de Enfermería.

**Redes organizacionales:** en general, son aquellas vinculadas a una entidad supra-institucional –es decir, que congrega a instituciones autónomas afiliadas (federaciones, confederaciones, asociaciones de entidades, foros, etc.)– u organizaciones muy complejas, compuestas, por ejemplo, por varias unidades autónomas o dispersas por el territorio nacional.

La GTZ (2007) en su publicación “Work the Net: Guía de Gestión de Redes Formales” presenta las redes en tres categorías:

- Redes sociales o informales
- Comunidades de práctica
- Redes formales

### **Redes sociales o informales**

Representan un conjunto de participantes autónomos, que unen ideas y recursos alrededor de varios valores e intereses compartidos. Marteleto. 2001, p.72.

### **Comunidades de práctica**

De acuerdo con la GTZ (2007), las comunidades de práctica son grupos sociales constituidos con la finalidad de desarrollar un conocimiento especializado y al mismo tiempo compartir lecciones basadas en la reflexión sobre experiencias prácticas.

Para la OPS/OMS, las comunidades de práctica son grupos sociales creados con el fin de desarrollar un conocimiento especializado, compartiendo aprendizajes en base a la reflexión compartida sobre las experiencias prácticas<sup>3</sup>. Un ejemplo de una comunidad de práctica podría ser un grupo de empleados con un mismo interés o conocimientos específicos, que comparte problemas o temas dentro de una institución. En otro caso, podría ser una comunidad médica donde médicos y la industria farmacéutica discuten ciertos desarrollos médicos.

### **Redes Formales**

Las redes formales se caracterizan por:

- Ser grupos interrelacionados de instituciones u organizaciones independientes con un diseño específico, que tienen una visión común, objetivos expuestos claramente y que funciona con un conjunto de reglamentos y actividades.

La metodología de trabajo en redes de gestión de información y conocimiento es algo que desde hace mucho tiempo la OPS/OMS esta intensificando, como un manera de fortalecer el conocimiento científico en la Región y facilitar el intercambio de experiencias. Un gran desafío que tenemos en la actualidad es el de documentar las redes en las cuales la OPS esta involucrada e intentar obtener de las mismas, lecciones que sean aplicables en nuestro trabajo. Una iniciativa pionera en este sentido ha sido iniciada por la OPS Brasil, con la publicación del libro “Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos,

---

3 Etienne W. Comunidades de práctica: aprendizaje, significado, e identidad. Barcelona; 1998.

prácticas y lecciones aprendidas, lanzado en 2009 y el espacio en la web dedicado a documentar esta experiencia.



De todo lo anterior se desprende que si bien pueden existir diferencias entre ambos tipos de redes (redes estratégicas y las redes de gestión de información y conocimiento) también existen interfases y ejes comunes entre las mismas, por ejemplo:

## Características

Ambos tipos de redes:

- son sistemas dinámicos que unen diferentes organizaciones o personas.
- contribuyen con una mayor coordinación y acción conjunta;
- las relaciones son menos jerárquicas que en otro tipo de organizaciones;
- los miembros se mantienen autónomos y son usuarios de los servicios ofrecidos por la red: cultura de dar y recibir;
- cuentan con un alto nivel de descentralización: los miembros tienden a estar dispersos.

## Ventajas

Tanto las redes estratégicas como las de gestión de información y conocimiento ofrecen un grupo de ventajas que resumimos a continuación y que hacen que las mismas representen para la Organización Panamericana de la Salud una metodología a ser impulsada cada vez más tanto para el trabajo de gerentes como para consultores:

- Ayudan a crear relaciones confiables, como base para compartir información y conocimiento.
- Sirven como mecanismo de aprendizaje mutuo y fortalecimiento de capacidades.
- Activan la interfase entre el conocimiento y la acción.
- Ofrecen una oportunidad para unir gobierno, sector privado, sociedad civil, ONG, organizaciones internacionales y multilaterales, sin perder autonomía.
- Promueven la formación de alianzas.
- Contribuyen con la toma de decisiones y la resolución de problemas (incidencia política).
- Ofrecen la posibilidad de acceder a más información y conocimientos prácticos.
- Permiten aprender con otros.
- Permiten una mejor comprensión de las necesidades y agendas políticas.
- Movilizan recursos.
- Favorecen el desarrollo de sinergias. Los actores logran cumplir objetivos que difícilmente se podrían alcanzar de manera aislada.
- Dan espacio a ideas nuevas y soluciones innovadoras.
- Permiten dividir el trabajo, sin duplicar esfuerzos
- Permiten comparar fortalezas versus fragilidades y facilitan la concentración en los puntos fuertes específicos.

## **Convergencia**

Ambas redes tienen un espacio de convergencia que se da en las siguientes 2 dimensiones:

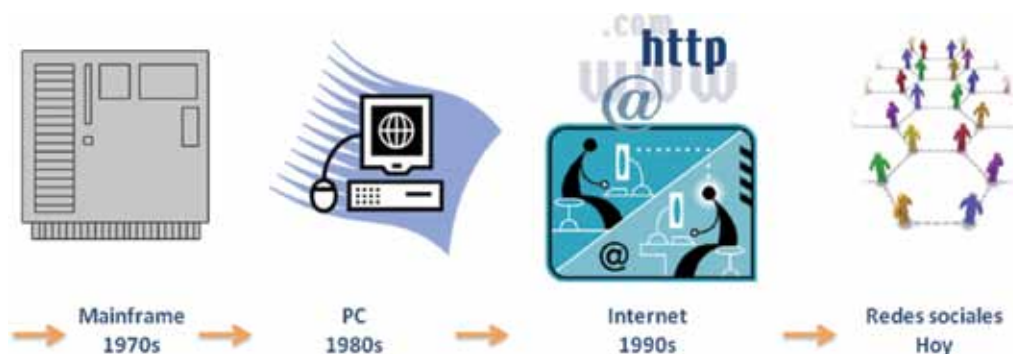
### **a) Contenidos**

Las redes en general: a) de relacionamiento estratégico, b) de gestión del conocimiento, c) temáticas o d) sociales, siempre están generando y diseminando “contenidos” que, de una u otra forma, pasan a ser uno de los principales activos, insumos y ejes conductores de las relaciones, conexiones y conocimiento que se producen en las redes y en las redes de redes.

### **b) Convergencia digital, cultural, cognitiva y generacional**

Considerando la evolución de las tecnologías, conforme lo muestra la figura siguiente, observamos que hoy pueden llegar a convivir hasta 4 generaciones profesionales diferentes en la misma red. Esta situación debe ser entendida y considerada como aspecto esencial de convergencia para que, las conexiones, comunicaciones e intercambio de información y conocimiento, fortalezcan el buen funcionamiento de las mismas.





En las redes coexisten y convergen conocimientos diversos, basados en experiencias de vida personal y profesional diversas. Coexisten idiomas y culturas que se van mezclando y que hacen de las redes un espacio de aprendizaje continuo, no solo en el ámbito temático en si mismo, como así también en los componentes comunicacionales y culturales.

Cuando nos referimos a la **convergencia digital**, nos estamos refiriendo a miembros de las redes que han estado en los diferentes estados de evolución de las tecnologías, como lo muestra la figura siguiente:



Pero también es importante entender que estamos conviviendo en la red con personas que han comenzado su contacto con las tecnologías cuando las computadores portátiles eran como la de la figura siguiente:



Y se encuentran ahora en espacios virtuales profesionales o personales (redes sociales) con personas y colegas, que discuten y debaten al mismo nivel intelectual, pero que han comenzado su carrera profesional en un mundo en el cual la Internet puede llegar hasta la puerta de una heladera o hasta un asiento de avión, como lo muestra la figura siguiente presentada por el “Word Wide Web Consortium”:



Esta evolución de las tecnologías, espacios virtuales y nuevas metodologías de trabajo, sin duda una de las más vertiginosas de la historia de la humanidad, hace que sean más complejas, pero más enriquecedoras las relaciones interpersonales. Sin embargo, también traen consigo nuevas formas de exclusión social y nuevas brechas de conocimiento que se producen por aspectos socio-culturales que se representan muchas veces en las relaciones entre personas (redes) que en muchas ocasiones llegan a no conocerse nunca personalmente. En otras palabras, hoy somos “colegas” y hasta amigos de personas que nunca vimos y que muy probablemente nunca veremos. En resumen, esto no es otra cosa

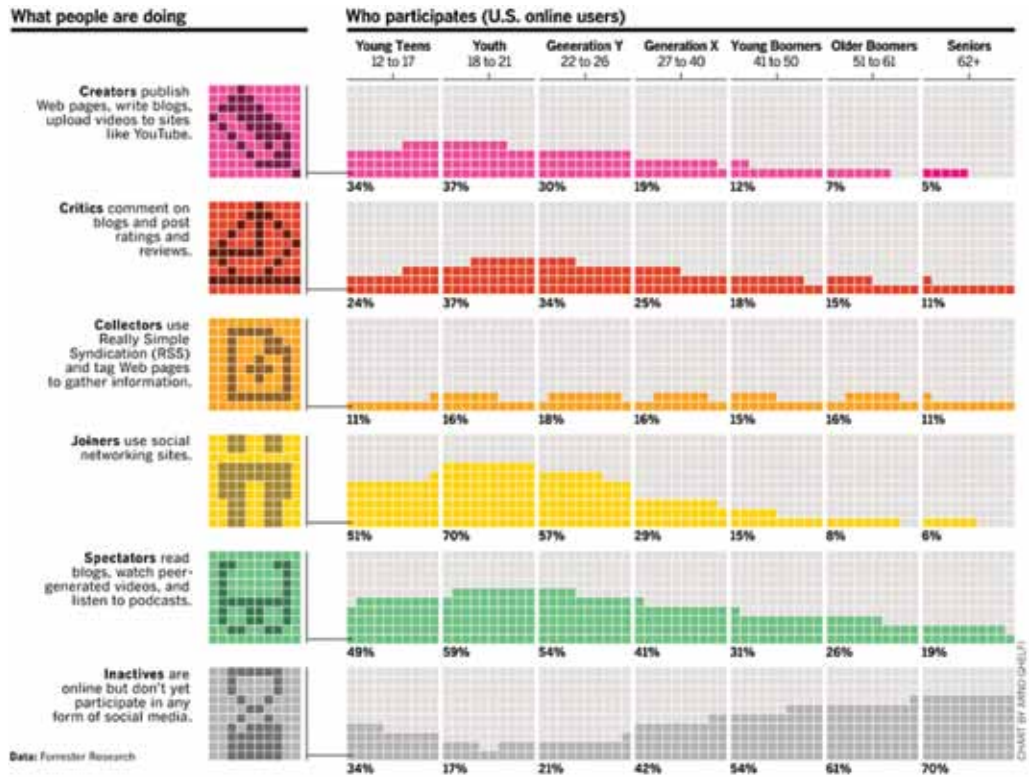
que el resultado de la Internet, red de redes por creación y excelencia, de lo que Al Gore definió como “Una nueva forma de sociedad orientada a las personas”.

Cuando nos referimos a la **convergencia cultural** pasamos a un espacio de reflexión en donde debemos entender, aceptar y convivir en situaciones como la siguiente que es una típica reunión (menor) de un organismo internacional:



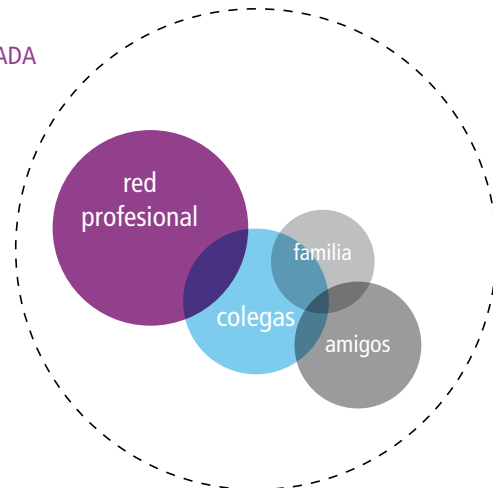
Debemos ser capaces de comunicarnos con personas de diversas nacionalidades, religiones y culturas que conviven en un mismo espacio virtual, presencial o temático. Es decir, que buscan, al participar de una red, alcanzar objetivos comunes o similares.

Cuando hablamos de **convergencia generacional** debemos considerar un aspecto muy importante relacionado con la relación entre las generaciones y su contacto con la red de redes (Internet). La grafica siguiente es un estudio que permite percibir el uso y acceso a información y herramientas que apoyan todo tipo de redes, desde un punto de vista pura y exclusivamente generacional:



## Reflexión final

UNA VIDA  
CONECTADA  
EN REDES



**Vivimos en una vida conectada** y es allí en donde se hacen realidad las conexiones, contactos, aprendizaje, diversiones, lecturas, conversaciones y todo tipo de interacciones humanas, tanto sean personales como profesionales. Esto puede verse de manera gráfica en la figura siguiente que permite observar como es imposible, en la sociedad de la información, desconectarnos de las redes en donde nos manejamos profesional y personalmente.

## **Bibliografía**

1. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de Plan Estratégico 2008-2012. [S.l.]: OPS; 2007. (Documento oficial n. 328) Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. 47° Consejo Directivo. Actualización sobre el proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: OPS; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-33-s.pdf>.
3. ALBORNOZ M, ALFARAZ C. Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión. Buenos Aires; 2006.
4. CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo; 2000.
5. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH. Work the net: um guia para gerenciamento de redes formais. Rio de Janeiro: GTZ; 2007.
6. Organización Panamericana de la Salud. Conducción de comunidades de práctica, metodología de la OPS 1.0. Washington: OPS; 2008.



# El trabajo en red: una metodología que apoya el posicionamiento estratégico y la efectividad operacional de las Organizaciones en el Siglo XXI

*Juan Carlos Barahona*

## La construcción de la sociedad red

Durante la primera década del siglo XXI hemos estado fascinados, y algunos abrumados, con la creciente consciencia de que nos adentramos en la complejidad de un mundo caracterizado por la cantidad de personas y objetos que se integran a redes, el aumento en la cantidad y densidad de éstas y la velocidad con que fluyen ideas y objetos por dichas redes.

Operar en red está en lo más básico y profundo de nuestra experiencia como animales sociales, desde que somos, habitamos el planeta organizados en redes, siendo éstas las colecciones de familia y amigos y las múltiples relaciones establecidas con ellos para organizar la vida diaria, para intercambiar conocimiento y también para crearlo.

A lo largo de la historia la tecnología ha impactado la forma en que las redes nos crean oportunidades y la forma en que las aprovechamos. Algunos saltos tecnológicos cambiaron por completo la experiencia humana. La escritura por ejemplo, vino a resolver la distorsión que creaba la transmisión oral al aumentar el número de nodos por los que podía transitar una idea y además, les dio la posibilidad de ser almacenadas y consumidas mucho tiempo después de que sus creadores desaparecieran.

El siglo pasado trajo a la humanidad saltos tecnológicos que facilitaron los viajes a grandes distancias, las comunicaciones globales y nuevas formas de interacción por medio de una nueva gama de medios. Los viajes aéreos y las telecomunicaciones ampliaron nuestro alcance a redes y nuestra influencia en ellas al permitirnos separarnos, al menos parcialmente, de las limitantes geográficas que las habían caracterizado en siglos anteriores.

La revolución de las redes se gesta a partir de dos grandes fuerzas históricas que convergen en este siglo para formar la nueva sociedad que nos obliga a todos de una u otra forma a cambiar la forma en que nos relacionamos con otros, ya sea en forma directa o por medio de distintas formas organizacionales.

Por décadas fuimos dando forma a lo que empezamos a llamar muy temprano en el Siglo XX la economía del conocimiento. La riqueza ya no solo se medía en términos de minerales, productos agrícolas o industriales. Cada vez con más fuerza, las economías se fueron moviendo a una economía basada no solo en servicios sino en la creación de objetos abstractos cuyo valor depende del reconocimiento de ellos por parte de muchos humanos tales como marcas y nombres comerciales. En los dos últimos siglos los humanos fuimos perfeccionando formas de intercambiar información que poco a poco dieron forma a las grandes instituciones de mercado, de gobierno y de prensa con que todos crecimos. La complejidad fue creciendo y con ella también se fueron creando grandes sectores y conglomerados especializados en la prestación de familias enteras de servicios: Banca, seguros, educación, salud, noticias, consultoría, publicidad, etc.

La necesidad de manejar cada vez más información generó demanda para un creciente número de innovaciones que permitieron automatizar los cálculos, aumentar la velocidad de la computación, aumentar la capacidad de almacenar datos y de manipularlos y aumentar la capacidad y velocidad de intercambiarlos. Fue un círculo virtuoso que además permitió revolucionar la forma en que se daban los servicios, dando origen a nuevas formas de crear valor como la digitalización del entretenimiento y los juegos de video. La caída dramática en los costos de la tecnología contribuyó sin duda a que llegara cada vez a más disciplinas, a más organizaciones y a más personas. Si el precio del boleto y el tiempo de un viaje aéreo de New York a París en 1975 lo trajéramos a valor presente usando como referencia la evolución de la computación, ese viaje hoy tendría un costo inferior a un centavo y duraría menos de un segundo.

El advenimiento de los buscadores de Internet sembraron las bases para la democratización o popularización de la Internet. El “boom” generado contribuyó a que hacia finales del siglo pasado se enterrara más de un trillón de dólares en fibra óptica, al tiempo que la comunidad científica y académica iba creando los protocolos de intercambio de información que le fueron dando forma a la Internet que hoy conocemos. Fue un fenómeno orgánico. No es el resultado de un plan de gobierno y tampoco de una estrategia corporativa, es una creación humana, colectiva y orgánica en red. Y si cerramos el Siglo XX maravillados con esta creación, que nos daba acceso a la información y al conocimiento, lo mejor estaba por verse. Es en esta década que está por terminar en que presenciamos “Wikipedia”, una forma de organización que aún no terminamos de entender y que simboliza, sin duda, la explosión de nuevas formas de organización y producción de conocimiento en forma colectiva y que fue capaz no solo de derribar modelos de negocio jerárquicos que parecían sólidamente establecidos como la Enciclopedia Británica, también derribó a “Encarta”, la enciclopedia de Microsoft, que aunque el producto era digital, su modelo de negocios no dejaba de estar basado en conceptos organizacionales del pasado. Es hasta 2004 que irrumpe Google en el mercado de valores convirtiéndose en un gigante con la vocación de “organizar la información del mundo” y que pronto se convirtió en una “forma verbal” al integrarse a nuestra cultura y retar todo tipo de



organización y personas cuyo oficio se fundamentaba de una u otra forma en poseer información que otros no tenían.

Pero son youtube, facebook, twitter y millones de weblogs los gestores del siguiente salto en la construcción de la sociedad red: la facilidad del “uploading”. La red se volvió un instrumento en el que la humanidad puede producir contenido y distribuirlo en forma casi inmediata para ser consumido por aquellos que la encuentran no solo por medio de “buscadores”, sino por medio de redes sociales que funcionan como una gigantesca plataforma de colaboración. Es aquí donde se juntan las grandes fuerzas que se tejieron durante siglos, especialmente durante el siglo pasado.

La evolución de las redes sociales ha dado origen a una nueva disciplina científica y nuevas herramientas para gestionarlas y aprovecharlas. El fenómeno ha cambiado el significado mismo de la palabra colaboración que deja de ser un valor o atributo que todos conocemos (valor o actitud) para convertirse en una habilidad y destreza personal y organizacional totalmente nueva que se basa en la capacidad de aprovechar redes sociales y electrónicas y un conjunto de nuevas herramientas asociadas a éstas, para la producción social, un fenómeno en que grupos auto organizados de personas diseñan y producen todo tipo de bienes, desde sistemas operativos (Linux), materiales educativos (Scratch) y hasta motocicletas. Una habilidad que cambió para siempre el ritmo de la innovación (solución de problemas y creación de oportunidades), que genera nuevos modelos de negocio y que lleva a replantearse radicalmente la forma en que están organizados los negocios y organizaciones. Es tan profundo el cambio que algunos, como Erick Schmidt, el ex CEO de Google, empiezan a definir la “innovación colaborativa” como una habilidad tan importante como la presupuestación, la I&D y la planificación.

Este es el punto crucial para una organización de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud dedicada a la cooperación y el trabajo conjunto con otras organizaciones. No se trata de ajustes menores, o remozar el trabajo de redes y colaboración, se trata de un profundo cambio de enfoque en la forma en que se orquesta la capacidad de innovar, de crear bienes y servicios y de resolver problemas.

Algunas reflexiones desde la teoría de redes sobre las oportunidades de la OPS ante este fenómeno se pueden organizar desde las siguientes perspectivas:

- Desde el abordaje teórico y metodológico del enfoque de redes
- Desde el abordaje estratégico de la organización
- Desde el diseño organizacional y su evolución
- Desde el contenido y abordaje a los temas de salud

## Una teoría de redes para todo (La ciencia de las redes)

Una red es un conjunto de nodos (que pueden ser personas, objetos u organizaciones) que están ligadas por alguna relación que definamos. Los patrones de interconexión que se forman generan una estructura y los nodos ocupan posiciones en esa estructura. Mucho del estudio de redes se refiere a la caracterización de estructuras y al análisis de distintas posiciones y el impacto de diferentes estructuras y posiciones en el desempeño de los nodos o grupos de ellos.

Se ha propuesto dos modelos de red. Los modelos de flujo que se concentran en el análisis de lo que fluye por la red y los modelos de amalgama que más bien tiene que ver con las propiedades que se derivan de distintas configuraciones de red.

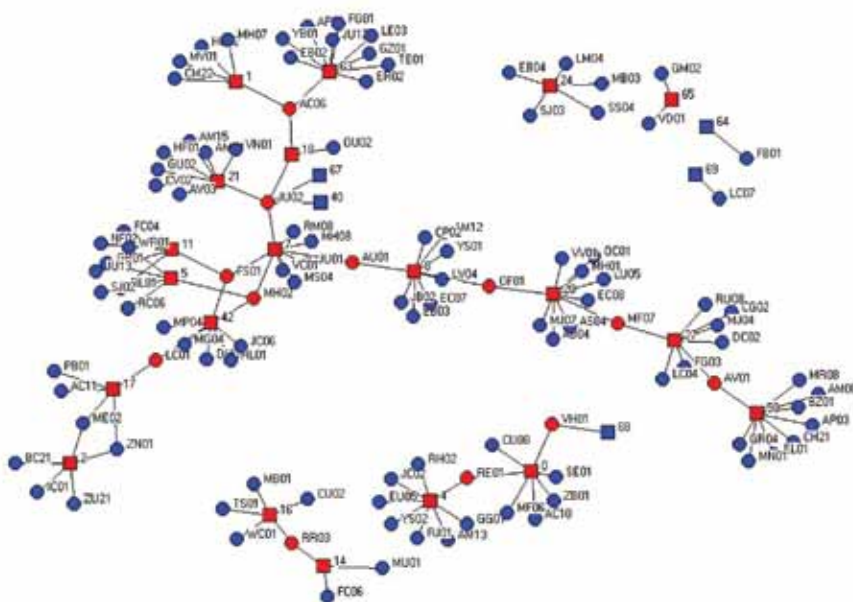
El estudio científico de las redes sociales a lo largo de las últimas décadas y especialmente en los últimos años, ha desarrollado conceptos y técnicas que permiten diseñar, medir y operar redes con mucho mayor precisión que lo que permiten las nociones generales de antaño. Mucha de su popularidad en las ciencias sociales es que permite ir más allá del estudio de atributos para entender en forma mucho más dinámica cómo es que se afectan y modifican comportamientos.

Sistemas organizados en red como la distribución eléctrica nos ha enseñado que fallas locales pueden rápidamente caer en cascada y derribar grandes extensiones de la red y nos recuerdan lo delicado y riesgoso que puede ser manipular equivocadamente una red. Conforme aumenta la organización de nuestros sistemas financieros, económicos y sociales en forma de red, también aumenta la necesidad de un abordaje más científico e ingenieril a éstos temas.

El primer paso para empezar a estudiar y para aprender a utilizarlas como herramientas es desligarse de la idea de que son un “constructo” sociológico o gerencial y recordar que son lo que son: un conjunto de objetos unidos por una relación, y por lo tanto, sujetos

susceptibles de tratamiento matemático, sobre los que se puede escribir teoría, mapear su forma, predecir su función y medir su desempeño (Ver Figura 1).

**Figura 1:** Red de juntas directivas de organizaciones importantes para la atención de emergencias en una comunidad cafetalera del pacífico sur costarricense



Lo segundo es reconocer que es el investigador o el gestor el que define una red cuando escoge los nodos que la conforman y el tipo de relación que desea analizar. Una red de instituciones para la investigación sobre malaria es distinta posiblemente de una red para la prevención de la malaria o para el tratamiento de la malaria. Al definir los actores y la relación, define una red. Dada la red, entonces interesa estudiar su estructura y sus propiedades, cómo evoluciona, qué impacto tiene su desempeño en los resultados que se esperan. Por ejemplo, si deseo modificar el comportamiento de las madres Mayas para bajar la tasa de mortalidad infantil asociada a diarreas ¿Cuál es la red relevante a considerar (qué nodos y qué relaciones), qué propiedades tiene y qué puedo esperar? ¿Cuál es la estructura idónea? ¿Cuál es la intervención necesaria para construir una red efectiva? ¿Cómo mido su desempeño?

### Desde el abordaje estratégico

La sociedad crecientemente interconectada está generando dos grandes fuerzas que están cambiando drásticamente las organizaciones públicas y privadas (Prahalad and Krishnan 2009). Una tiene que ver con el consumidor. Nos adentramos en un siglo donde el

individuo, como nunca, quiere ser oído y está siendo oído. Quiere participar en el diseño de los productos y servicios que consume y lo está logrando. La gente ya no espera la lista de canciones que una empresa decidió empaquetarle (“Long Play”), ahora hace su propia lista de canciones utilizando una plataforma de servicio como la que ofrece, por ejemplo, la compañía Apple con sus dispositivos de hardware, su software complementario “itunes” y su tienda virtual. Es una plataforma que no solo deja al cliente co-diseñar la experiencia de consumo (el “play list”), también tiene inteligencia suficiente para adelantarse al cliente y ofrecerle música de acuerdo con lo que ha aprendido de él en múltiples interacciones. Atender millones de clientes que usan sus productos alrededor del mundo en forma personalizada, como si cada uno fuese único, requirió un nuevo modelo de negocio, la tienda de música itunes, que logró dar a los consumidores las nuevas formas de acceso, distribución e intercambio de música sin perjudicar a las compañías disqueras y demás suplidores de contenido. Estos nuevos modelos de negocio resultantes y solo posibles en la “sociedad en red” están tocando todo tipo de empresas, productos y servicios. Es tal su potencial transformador que hoy vemos como hasta empresas de producción de llantas que hoy se están reconvirtiendo en empresas de servicios con capacidad para recoger y gestionar en tiempo real información de cada una de las llantas de sus clientes para convertirla en servicios para sus consumidores (Bridgestone). El reto estratégico está en desarrollar la capacidad de recoger, procesar, analizar y convertir en algo útil cantidades gigantescas de datos, necesarias para tratar como único a cada uno de potenciales cientos de miles de clientes.

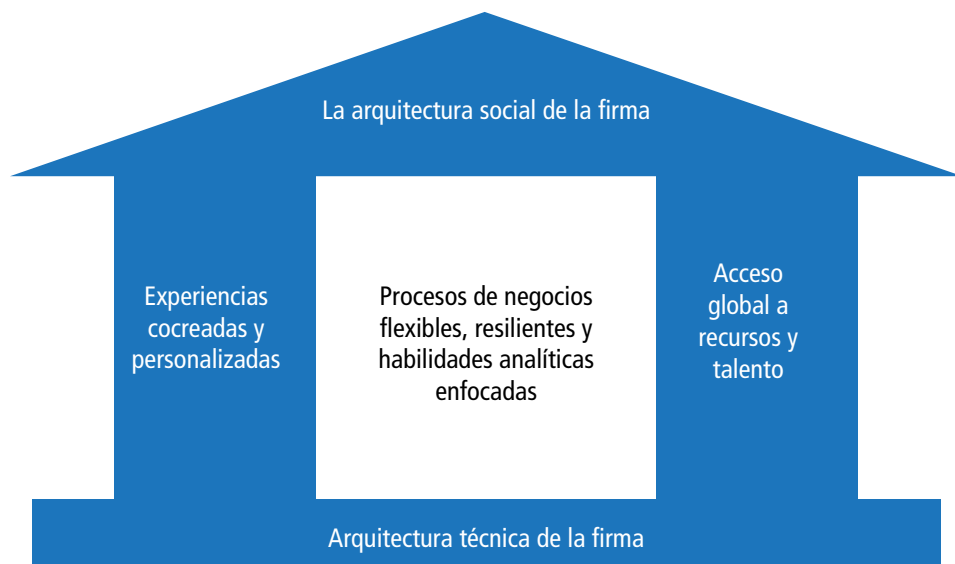
La otra fuerza transformadora viene de otro cambio fundamental que nace del reconocimiento de que para moverse a la velocidad que la innovación continua demanda y para atender a los clientes como co-productores individualizados, ninguna organización cuenta con todo el talento que se requiere. De este modo, el abastecimiento de las organizaciones se está volviendo también una competencia clave, pues también depende de saber operar redes de proveedores y poder coordinar entre ellos el abastecimiento oportuno desde una red compleja y cambiante de proveedores locales y globales.

Para enfrentar ambos retos las organizaciones requieren enfocarse en el diseño de procesos modulares en manos de personas con las habilidades y herramientas tecnológicas correctas. Es alrededor de esos procesos que se debe diseñar la arquitectura social y la arquitectura tecnológica de la organización. La evidencia sugiere que en la mayor parte de las organizaciones los departamentos de tecnologías de información son parte del problema y no de la solución. Son silos con especialistas que conocen las reglas del pasado y normalmente enfrentan serias barreras a la hora de moverse a nuevos paradigmas que demandan mucho más transparencia, flexibilidad y velocidad. Similares problemas enfrentan los departamentos de recursos humanos pues muchas de sus competencias no dan respuesta o contradicen las demandas generadas por las necesidades y competencias de las nuevas generaciones de profesionales cuyos modelos cognitivos y relacionales fue-

ron formados en un entorno en el que muchas de las nuevas herramientas tecnológicas de aprendizaje y colaboración ya estaban presentes.

Los gerentes hoy deben estar enfocados en procesos de negocio flexibles, resilientes y contar con habilidades analíticas enfocadas. Ver Figura 2.

**Figura 2:** La casa de la Innovación propuesta por de C.K. Prahalad y M.S. Krishnan



### Desde el abordaje organizacional

La gerencia moderna ha venido alejándose de las formas centralizadas de gestión que otrora se construyeron y celebraron. Los centros de mando y control cedieron a estructuras mucho más descentralizadas que se pudieran mover con más velocidad y estuvieran más cerca del cliente. Pero también hemos aprendido sus riesgos: pueden surgir feudos, la competencia entre unidades puede crear barreras a la colaboración, la divergencia de sistemas puede causar problemas a la integración y la capacidad de respuesta del todo verse seriamente comprometida. Esto se logra, precisamente, dejando de ver la colaboración como un valor o actitud y convirtiéndola en una disciplina o habilidad que la organización y sus miembros estudian, diseñan y garantizan.

Un mito con respecto a las redes es que siempre es bueno crearlas. No es bueno hacer colecciones de gentes que luego hay que ignorar por falta de recursos. Mantener relaciones consume recursos valiosos, los beneficios deben ser mayores que los costos. Para que efectivamente sean plataformas de colaboración, se deben planificar y gestionar adecuadamente.

## Desde el contenido y abordaje a los temas de salud

Los que de una u otra forma hemos estado vinculados a la Organización Panamericana para la Salud, crecimos bajo la aspiración de “Salud para todos en el año 2000”. Fue una quimera y no se materializó. Las razones por las que tenía sentido en su tiempo siguen presentes. Los avances médicos, los avances en ingeniería sanitaria, los avances en educación para la salud, el avance material de nuestros países que a pesar de crisis y dificultades, en promedio, son hoy más ricos que hace medio siglo.

A lo dicho, sin conocerlo bien, quiero proponer agregarle algo que si está bien documentado y es que no hicimos mucho en el siglo pasado por entender los problemas del desarrollo como un problema de difusión de ideas. La damos por un hecho cuando en realidad es sumamente difícil. La efectividad del jugo de limón en prevenir el escorbuto fue descubierto por un capitán naval británico en 1601 y tomó casi 200 años en ser adoptado como innovación por la marina, una vez dada la adopción desapareció el problema. Un ejemplo moderno es la deficiencia de yodo, que tiene más de 80 años de ser reconocida como la causa de daños prevenibles en el cerebro y retardo mental, que se resuelve fácilmente con añadirlo a la sal y sin embargo, uno de cada tres seres humanos tienen algún tipo de deficiencia de yodo. Desde que se escribe sobre difusión de innovaciones se hace referencia a la estructura social como un elemento fundamental (Rogers 2003), pero es hasta ahora que tenemos los medios para estudiar y diseñar dicha estructura y a partir de ahí acelerar la adopción de ideas, prácticas y comportamientos que mejoren la salud.

Este es el momento en que la tecnología y la ciencia nos están permitiendo hacer ingeniería social a partir del conocimiento y gestión de redes sociales. ¿Cuál debería ser el rol de la OPS? ¿Podría reinventarse a sí misma para ser un “tejedor” de redes científicamente diseñadas y operadas para resolver los problemas puntuales que identificó en el pasado y aún no pudo resolver? ¿Podrá contribuir con la conformación de redes que aumenten la innovación en las áreas donde aún no tenemos soluciones conocidas? ¿Puede traer el rigor científico de la medicina y la precisión de la ingeniería sanitaria al diseño de plataformas de colaboración como la nueva forma de cooperación del Siglo XXI?

## Bibliografía

1. Prahalad CK, Krishnan MS. The New Age of Innovation: driving co-created value through global networks. New York; 2009
2. Rogers, E. Diffusion of Innovations. New York; 2003.

# La gestión estratégica en las Organizaciones

Ana Maria Malik

## Introducción: ¿De qué estamos hablando?

Siempre hay palabras que se ponen de moda o se convierten en modismos. Es necesario usarlas. Lo que es correcto o erróneo acaba definiéndose como cuestión de opinión, más que de conocimiento. El sentido común se encarga de pasteurizar los discursos. Sin embargo, cuando se trata de dar un uso estratégico a los términos, su sentido se vuelve relevante, al igual que su concepto y la posibilidad de compartir sus significados.

Eso sucede con el término red (*network*) cuando es utilizado como palabra de orden por administradores, expertos en ciencias sociales y profesionales de la gestión de sistemas que se dedican a la formación de personas, entre tantos otros, en el siglo XXI. Desde la cita “ningún hombre es una isla”, tomada de John Donne, poeta inglés del siglo XVII, hasta el concepto de formación de redes (*networking*), tan contemporáneo que llega a enseñarse en disciplinas académicas de escuelas consideradas de primera línea, como algo que “agrega valor”, es decir, que trasciende lo que cabría esperar en una carrera ejecutiva; desde las redes de microconductores de computadoras hasta las redes de capacitación y evaluación para sistemas de salud; redes de intrigas, en fin, el término abarca todo lo que la imaginación humana pueda concebir.

## Además del sentido común, ¿cuál es la perspectiva de red para una organización?

Existe una forma común, preconcebida, de lo que constituye una red. Tiende a ser utilitarista, despolitizada y simplificada (Misoczky, 2009), y no basta para aclarar que las personas no son todas iguales, que no están motivadas por los mismos estímulos y justificaciones en sus elecciones.

En opinión de muchos, las redes aparecen como una opción de gobernanza, entendida como un intento de perfeccionar el desempeño de la corporación, garantizando la responsabilidad social (*accountability*) (Campos, 1990; Pino y Sacramento, 2009), a fin de perfeccionar lo nuevo y tratar de satisfacer los intereses de todos los actores y grupos de intereses en relación con la organización (*stakeholders*) (Jackson, 2005).

El aspecto de la *estructura* es muy tentador cuando se define el término gobernanza, pero dista mucho de englobar todas las relaciones involucradas, como las dimensiones

de poder, entre otras relaciones sociales. Por otro lado, no se debe despreciar la utilización del concepto en el área de los estudios institucionales, ya que permite establecer una conexión entre los aspectos micro y macro, es decir, abordar los individuos, las organizaciones y las conexiones entre las organizaciones (Lopes; Baldi, 2009). Por ejemplo, hay quienes consideran que los aspectos más importantes para comprender la vida social son la interacción y la comunicación, lo cual está relacionado con el enfoque de la comunicación tan defendido por Carlos Matus, aunque esta visión esté asociada a la popularidad del funcionalismo. Un enfoque más profundo es el que trabaja en el contenido de las interacciones, según los clásicos de la antropología. Finalmente, hay quienes enfatizan la teoría de los papeles, también siguiendo la línea de los clásicos de la teoría de sistemas.

Analizando el asunto con una óptica temporal, se puede decir que el tema comenzó a estudiarse en los años veinte. En los años sesenta hubo intentos en Harvard de investigar y comprender las estructuras y los papeles sociales (Martes, 2006). Sin embargo, al parecer recién en los años setenta su estudio se concentró en el área de la vida social (y ya como preanuncio de la visión económica de los años ochenta). Uno de los posibles orígenes de las redes tiene que ver con la percepción de que las personas son sensibles a la opinión de los demás, es decir, tienden a obedecer las normas y los valores con los cuales son socializados. Eso permite escapar a la percepción de que el mercado es el señor único, en el sentido en que cada uno considera sólo su propio interés. O sea, en los intercambios económicos median las relaciones sociales, religiosas, gubernamentales y de conocimiento.

Según Nohria (1992), este enfoque se basa en cinco premisas. La primera supone que todas las organizaciones son redes sociales, consideradas como un conjunto de puntos ligados por relaciones. La segunda es que un ambiente institucional puede entenderse como una red de organizaciones. La tercera explicita que las acciones pueden explicarse a partir de la posición de los actores en las redes. La cuarta afirma que las redes restringen las acciones, pero son establecidas por estas acciones. Por último, la quinta señala que en el análisis de las organizaciones se deben tener en cuenta sus características de red. En resumen, las redes son procesos, son una estructura en un constante proceso de cambio.

Osborn y Hagedoorn (1997) suponen que en las redes hay necesidad, asimetría, reciprocidad, eficiencia, estabilidad y legitimidad. Las alianzas estratégicas, cada vez más comunes en diversos sectores de la economía, inclusive en el área de la salud (en vista de la proliferación de las relaciones entre los sectores público y privado), son un tipo de red, específicamente una relación entre empresas cruciales para su éxito y su supervivencia. En rigor, como siempre, se puede hablar de la distribución de recursos críticos, como dinero y autoridad de forma explícita e información y poder de manera más implícita.

Las alianzas estratégicas, las empresas conjuntas (*joint ventures*) y los consorcios son tipos de redes. Las empresas conjuntas consisten en una estructura perteneciente por lo



menos a dos empresas madre que las dirige. Las redes y alianzas son agentes o instrumentos que procuran el funcionamiento sinérgico de organizaciones, principalmente con dos formas de cooperación. Una de ellas, cuyo fin es aumentar los resultados de la organización o de las diferentes organizaciones cooperantes, consiste en unirse contra la competencia o contra rivales comunes o incluso con miras a optimizar la utilización de recursos y aprovechar al máximo la capacidad de cada una. La otra forma procura reducir los costos, mediante economías de escala o de alcance, con el desarrollo de actividades comunes, idealmente de manera más eficiente y eficaz y con menor riesgo. Las redes y alianzas también pueden ser el resultado de movimientos estratégicos orientados a aprovechar eventuales oportunidades: cabe recordar que anteriormente puede haber habido momentos en que los intereses de las organizaciones hayan sido diferentes e incluso contradictorios.

Por otro lado, la estructura social puede influir en los esquemas de formación de alianzas, en función de experiencias anteriores y de la percepción de interdependencia. Cabe recordar que, en el enfoque opuesto de organizaciones que quieren ser independientes y estratégicamente competitivas, desde la óptica del análisis basado en recursos (Wernefelt, 1984; Rumelt, 1984) las organizaciones tratan de tener recursos heterogéneos, difíciles de imitar y de reemplazar. En las redes sociales, las alianzas se basan en el intercambio de información sobre la capacidad, la confiabilidad y hasta la fragilidad entre los integrantes (Gulati, 1998; Lopes; Baldi, 2009). Otros autores afirman que más importante que la estructura social es la gobernanza, por medio del mercado (trueque por precios) o de la jerarquía (autoridad para protegerse de la racionalidad limitada y los comportamientos oportunistas). Cuanto mayor es la incertidumbre, más conflictos se producen, como ya se sabe en la vida institucional. O sea, las redes parecen tener más sentido cuando se necesita flexibilidad al mismo tiempo que control. Se puede afirmar que de alguna forma alteraron las formas de producción conocidas (Castells, 2007).

Los elementos estructurales de una red son los nodos, las conexiones, los flujos y las posiciones, lo cual no difiere mucho de lo que ocurre en las organizaciones individuales tradicionales, a pesar de la eventual comprensión diferenciada. Los nudos representan las organizaciones y las actividades (como ocurriría con las diversas unidades); las conexiones tienen que ver con las relaciones entre organizaciones (o sea, guardan relación con la jerarquía y con el proceso continuo de descentralización y centralización); los flujos que importan son los de bienes e información, además de los flujos de poder y, por último, las posiciones reflejan la división del trabajo. Las redes pueden ser horizontales, verticales, formales e informales. Por ejemplo, en las redes horizontales se verifica una intensa colaboración; en la industria automovilística, lo que más se ve es redes verticales, donde hay mucha subcontratación; las redes formales requieren formalización, como se observa en grupos de compras u otras alianzas estratégicas. Por último, las redes informales consisten en arreglos mediante los cuales las organizaciones participantes sola-

mente utilizan conocimientos comunes obtenidos en diferentes circunstancias (Vilella; Pinto, 2009).

En el mundo real se observa la aparición de redes, en el siglo XXI, entre organizaciones pequeñas o medianas que buscan ganancias de escala, es decir, pasan por encima de los aspectos competitivos de la empresa en forma individual y se preocupan por los intereses del grupo. Eso puede caracterizar una nueva organización denominada APL (arreglo productivo local), la cual, naturalmente, se da en localidades muy cercanas. En este caso, la gobernanza debe conciliar los intereses de muchos actores sociales, frecuentemente diversos, y posibilitar la acción cooperativa. Uno de los factores que más facilita la existencia y el éxito de las redes (en particular de los APL) es la disponibilidad de TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y la flexibilidad de las estructuras productivas (por medio de la difusión de la tercerización) (Castells, 2007). Al mismo tiempo se observa que estos mismos factores pueden convertirse en puntos débiles, con la falta de compromiso de las organizaciones especializadas y con la rápida obsolescencia de las TIC, que requieren continuamente nuevas inversiones.

En resumen, se puede decir que las redes utilizan los puntos fuertes complementarios de las organizaciones, se comunican por medio de relaciones, tienen grandes inversiones en la gestión de conflictos y tienen cierta flexibilidad. Como no se trata de organizaciones independientes, es necesaria una mayor negociación entre las diferentes partes y el compromiso entre ellas es necesariamente grande. Por último, coexisten muchos socios y, en consecuencia, se necesita algún tipo de formalización (Powell, 1990; Hardy, Lawrence; Grant, 2005).

No se puede olvidar la posibilidad nada remota de que lo que se desea para el funcionamiento de una red no se concrete. No se pueden considerar sólo los factores institucionales internos para su éxito o fracaso. Las condiciones políticas, sociales y económicas son tan importantes como lo demás.

### **Los modelos como interpretación de la realidad: ¿Se puede usar el mismo modelo para todo?**

Muchos autores afirman que la red es una metáfora. De hecho, hablar en metáforas en el área de la organización es algo muy conocido ahora (y utilizado por muchas personas en su sentido corriente como uno más de esos conceptos de moda; Morgan). Por eso, hay que tener cuidado con la utilización del término (Pinto; Junqueira, 2009). La utilización del mismo modelo para todo obliga a tener en mente las semejanzas entre las circunstancias de cada uno: lo que forma parte y lo que se deja fuera. De lo contrario, se usará sin criterio, adoptado porque se usa. O sea, hay quien se apropia de él, lo transforma en realidad para los demás y trata de “venderlo”. Como hay mucha gente que prefiere no preocuparse por los objetos teóricos de su trabajo, “compra” lo que le venden. Es preciso

recordar que una red no se refiere a las actividades como fin, sino a la forma de organizar un sistema o una organización. Lo más importante para cualquier organización es “lo que” debe hacer y “para qué”.

Por lo tanto, suponiendo que las redes se construyan a partir de relaciones sociales, siempre existen en ellas luchas de poder. A partir de allí es posible comprender por qué las personas optan por este tipo de organización, principalmente cuando se habla de redes de organizaciones sin fines de lucro. Las redes personales son tan importantes como las redes institucionales completas, principalmente en una sociedad en que el individualismo se vuelve un imperativo. Se acostumbra atribuir a eso la difusión de las redes de Internet o en el espacio virtual, en las cuales, por ejemplo, las personas llaman “amigos” a quienes forman parte de su red o se integran a ella. Por eso también comenzó a incluirse en el prefijo de las direcciones de los sitios (www) el término *web*, o sea, trama.

Se forman redes dentro de redes, así como organizaciones en el interior de otras organizaciones, con finalidades diversas. Frente a las relaciones formales e informales entre las personas se puede percibir siempre la concentración/desconcentración de autoridad y la centralización/descentralización de poder, entendiéndose por autoridad, desde la óptica weberiana, un recurso que alguien atribuye dentro de la organización, y por poder, algo que se obtiene por diversos motivos dentro y fuera de las organizaciones. Una persona puede, deliberadamente o no, constituir una red, que se ramifica dentro de diversas organizaciones, una vez más a costas de las personas que en ellas trabajan o que tienen intereses en relación con sus objetivos o algunas de sus acciones. En el lenguaje institucional contemporáneo se habla de los interesados directos (*stakeholders*) y, de forma mucho más específica, de los accionistas (*shareholders*). De hecho, cada vez más en América Latina la apertura del capital y la financierización del ambiente empresarial son una realidad (y, para algunas firmas, una necesidad), siguiendo la tendencia mundial y, en particular, de América del Norte.

En teoría, cuantas más sean las redes en que una persona participe, más poder tendrá, porque eso le permite tener contacto con ideas diferentes que tienden a fortalecer a cada uno de los grupos (entendidos también como organizaciones) en los que participa. Según Foucault, el poder no es solamente una fuerza que dice que no, sino que crea cosas, genera saber, aumenta el poder, en función de cuanto circula. No obstante, hay que comprender que en la red puede haber lazos más fuertes y más débiles. Estos lazos amplían la cantidad de relaciones, aumentando el número de personas participantes. Los lazos fuertes son más profundos y abarcan más intercambios de comunicación, de emociones y de transacciones diversas. A pesar de lo que pueda parecer, desde el punto de vista de la vida institucional los vínculos débiles son más importantes, pues permiten que haya una mayor diversidad en las redes de cada uno.

## **El modelo de sistemas: las redes como sistemas de comunicación, información y conocimiento**

El capital intelectual de las organizaciones también es conocido como cociente intelectual empresarial. Como idealmente las decisiones estratégicas de las empresas se toman utilizando la información disponible, las estrategias tienen la calidad de los sistemas de información disponibles. Hasta fines del siglo XX, las personas eran consideradas como el elemento básico para la consecución de los objetivos. El conocimiento, cuando existía, se consideraba que pertenecía a la gente. En el siglo XXI, el conocimiento generado en la organización, junto con el conocimiento aportado por las personas, pasa a ser lo que distingue a cada empresa, más que su infraestructura en términos de capacidad instalada. En la era de las redes, el trabajo intelectual es lo que distingue, como se ve en la gran valorización de las empresas del Valle del Silicio y en las fortunas de los fundadores de los grandes *softwares* mundiales (MacIntosh y Windows). O sea, uno de los factores diferenciales de las organizaciones, que pueden aumentar su competitividad, es su capital intelectual, que lleva a una mayor capacidad para comunicarse con los diversos actores sociales con los cuales se relacionan (Rezende, 2002).

De la misma forma que existe el concepto de capital intelectual, en la época de la gestión del conocimiento existe el capital social, para cuya generación la información también es vital. En la sociedad de las redes, estas generan dependencias difíciles de romper (y, en realidad, se las promueve). El capital social se relaciona con los índices de confianza vigentes, que influyen en las acciones colectivas. Pero, a pesar de lo que pueda parecer, el capital social no debe confundirse con el capital humano. El capital humano puede aumentar las posibilidades de éxito de la persona en las distintas áreas de su existencia. El capital social, a su vez, se define como los componentes, incluidas las relaciones, que, cuando se comparten, posibilitan la cooperación en los grupos sociales y entre ellos. Por lo tanto, depende de más de una persona. Para que haya redes sociales, las organizaciones deben construir capital social, condicionado por factores culturales, políticos y sociales (Marteleto; Silva, 2004).

Las diferentes redes en las cuales las organizaciones (y sus participantes) están insertadas constituyen su capital social. Los conceptos presentados permiten ver que las redes representan un ente multidimensional que puede excluir a personas o imponer normas y que tiene, de la misma manera que el poder, dimensiones (o usos) positivas y negativas. Para trabajar con organizaciones y redes en una dimensión estratégica, se necesita una visión a largo plazo, así como la percepción de que sea posible cambiar el *status quo*, principalmente cuando se trata, por ejemplo, de mejorar los sistemas de información existentes y disponibles. Utilizarlos es el primer paso, que permite percibir en qué medida son fidedignos o no lo son. Una de las formas de utilizarlos eficazmente en ese sentido es ofrecer una remuneración en función de la oportunidad y la confiabilidad de los datos. También es necesario analizarlos, transformándolos en información para com-

prender lo que está pasando en la organización, entendiéndola como una red o no. En caso contrario, los datos recopilados y encaminados constituirán, en última instancia, un desperdicio de recursos escasos, como tiempo, recursos y trabajo. No se considera políticamente correcto suponer que no se trabaja con información formal en el proceso decisorio, pero eso ocurre con frecuencia, independientemente de la cantidad de lo que se recopile.

Las redes pueden ser más difíciles de contener en un sistema de información formal, pero eso es más fácil de lograr si se sabe cómo están integradas. Sin embargo, como con mucha frecuencia se forman redes basadas en la comunicación, principalmente redes sociales, dependiendo del interés vale la pena invertir en esa cuestión. Los dos elementos principales en los que hay que invertir son en la confianza y en el tiempo; si esas dos variables no existen o son reducidas, la comunicación acaba por ser truncada e impide que el proceso fluya.

Una de las características del siglo XXI es el énfasis en la gestión del conocimiento, aunque desde Platón se sepa que no es posible poseer el conocimiento de forma pasiva. Este concepto presupone una visión a largo plazo, ya que no se obtienen resultados a corto plazo. Además, la gestión del conocimiento debe ser duradera, porque el aprendizaje es lento y amplio, y abarca toda la red de relaciones. Por último, debe generar competencias colectivas y ser cíclica, porque no se supone que termine (Sabbag, 2007).

### **Dónde se encuadra la estrategia: la gestión estratégica en las redes**

En el siglo XXI, en el área de la gestión estratégica, se habla fundamentalmente de la llamada cadena de valor (*supply chain*). Para utilizarla, hay que determinar quiénes son los interesados directos. En una organización formal es posible verlos con cierta claridad, discerniendo quién define su misión, su visión y sus valores (antes eso se limitaba a los objetivos). La primera cuestión es que la norma apunta a la necesidad de formular esas definiciones de forma colectiva, puesto que deberían orientar todas las acciones de la empresa (y, por tanto, de las personas que en ella trabajan).

No es raro que esas definiciones sean formuladas por consultores externos contratados especialmente o por los encargados de tomar las decisiones, a fin de mostrarlas cuando sea necesario pero sin utilizarlas como guía estratégica. De esta forma, uno de los instrumentos más importantes para la gestión acaba siendo desperdiciado. En fin, en términos sencillos, los responsables del establecimiento de los objetivos ciertamente son partes interesadas. Los propietarios (que a veces son accionistas y pueden tener intereses diferentes de los dueños) también están interesados en lo que ocurre. Cuando los gerentes no se confunden con los propietarios, tienen sus propias intenciones. Los trabajadores precisan saber lo que ocurre y tratar de ayudar a la empresa a sobrevivir, bajo pena de no tener donde trabajar, pero tienen sus propios intereses, que no se confunden con los

de la organización, por más que en el mejor de los mundos, irreal, modelado y utópico, hay quien “enseñe” a uniformar esas intenciones. Los proveedores de todo tipo también se preocupan por lo que puede ocurrir en las empresas y en los sectores con los cuales trabajan. El gobierno siempre tiene intereses en las firmas, y los clientes reales o potenciales también.

La cuestión de la estrategia opera con la percepción de que la organización necesita tener recursos diferenciados para sobrevivir (o, incluso mejor, sobresalir) en un ambiente competitivo: es el enfoque basado en los recursos (*resource based view*). Este modelo parte del supuesto de que la organización es un agrupamiento único de recursos y capacidad que permite desarrollar una perspectiva de lo que podría ocurrir con la organización en el futuro. Una visión complementaria es la de disponer de activos basados en conocimientos (*knowledge based assets*), considerándolos como los más importantes de la firma. Uno de sus aspectos más importantes es la medida en que los recursos (entre ellos el conocimiento) son susceptibles de **transferencia**. En el artículo de Grant (1996), uno de los textos seminales sobre el tema, se hace una distinción entre saber cómo (*knowing how*), o conocimiento tácito, y saber acerca de hechos o teorías (*knowing about*), o conocimiento explícito. Sin embargo, ninguno de los dos conceptos refleja la idea de la expresión francesa *savoir faire*, es decir, “cómo” se debería hacer algo. El conocimiento explícito puede y acostumbra ser comunicado. Puede (y acostumbra) ser considerado como un bien público, puesto que, una vez descubierto, puede ser transferido con poca dificultad (incluido el costo). El conocimiento tácito se vive y se percibe por medio de su aplicación, y su transferencia es costosa y difícil.

Otra característica del conocimiento es su potencial de **agregación**, que depende de la capacidad de absorción de la organización y de las personas que en ella trabajan y que es más eficaz cuando es posible emplear un lenguaje común. Es la medida en que algún tipo de conocimiento es **apropiado**. En cambio, el conocimiento tácito, más difícil de ser transferido, tiene más sentido cuando se aplica a algún proceso productivo. En cuanto al conocimiento explícito, se puede decir que adolece de dos tipos de problema: como bien público, puede ser transferido u obtenido prácticamente sin costo o sin pérdidas; el otro es que la propia divulgación del conocimiento lo pone a disposición de los interesados. Lo único que permite conocer el origen del conocimiento es las patentes, que no se aplican a todo.

Para el proceso de aprendizaje institucional se acostumbra utilizar normas de funcionamiento y de comportamiento, que se vuelven rutinas que no siempre siguen las personas que se comportan de acuerdo con su interpretación y sus interacciones. El conocimiento es una creación individual. El papel de las empresas consiste en aplicarlo. En las discusiones sobre el diseño institucional se plantea la coordinación como forma de conciliar los intereses de los distintos interesados, es decir, reducir los conflictos en relación con los objetivos. Por este motivo, frente al reconocimiento de este hecho, se introduce el

concepto de alineación estratégica como actividad estratégica de suma importancia: se trata de lograr que todos los interesados directos conozcan los objetivos de la organización y convencerlos de la dirección que debe seguirse para alcanzarlos, o sea, buscar la convergencia. Para eso es fundamental que haya procesos de comunicación eficaces.

El asunto tiene que ver con mecanismos de coordinación por medio de los cuales se integran los conocimientos especializados de sus participantes. Eso permite comenzar a entrever las redes desde esa óptica. Para viabilizar las estrategias de las redes, como empresas de hecho o como organizaciones virtuales, el modelo de activos basados en conocimientos es bastante adecuado. Sin embargo, no hay que olvidar que los modelos mentales no son el núcleo de la vida institucional, de la misma forma que los mecanismos de evaluación o de orientación estratégica son solo instrumentos. Cambiar los modelos mentales ha sido considerado como un requisito para la implantación de diferentes proyectos, pero el requisito sólo funciona si hay una orientación (el “para qué”). En una red es lícito suponer que la desconcentración de la autoridad decisoria tiene un papel importante (de lo contrario se comportaría como una organización con una estructura pesada y nada flexible): ese es uno de los objetivos del “nuevo” tipo de funcionamiento de la empresa, de las personas y de las relaciones. Para lograr ese cambio es preciso no quedarse en las promesas: los participantes en las redes necesitan ver resultados para seguir estando dispuestos a participar y a compartir sus actividades, sus recursos y, ante todo, sus conocimientos.

El concepto más utilizado en la actualidad, en ámbitos que van desde la gerencia de personas hasta el área del desempeño, es el de las entregas (*delivery*). Se da mucha importancia a lo que las firmas hacen, es decir, a lo que reciben sus interesados directos, lo cual se convierte en la medida real del desempeño, más que otros atributos que antes se valoraban. En un mundo que desea resultados financieros, el papel de los accionistas adquiere relieve, excepto en las ONG y las organizaciones del tercer sector de manera general, que no cotizan en bolsa. Sin embargo, la preocupación por los resultados financieros (además del resultado positivo necesario para que la empresa siga sobreviviendo en el mercado) puede poner de manifiesto su verdadera finalidad, independientemente de su discurso, de su alegada misión y de sus valores. Más que las palabras, son las acciones de las organizaciones las que muestran hacia dónde se dirigen, es decir, su orientación estratégica. En muchas de las organizaciones con fines sociales han aumentado las presiones para reducir los costos (a veces, pero no siempre, en detrimento de la calidad). Tras la crisis de 2008, incluso para justificar nuevos programas que pueden mejorar el desempeño en la actividad que constituye la finalidad de la empresa, es preciso poner de relieve el resultado financiero, sea reduciendo costos, sea aumentando las ganancias y, preferiblemente, con ambos métodos (aunque es muy difícil que eso ocurra). Por eso, muchas de las evaluaciones utilizadas, que terminan por medir la estrategia de la firma, ponen de relieve sus indicadores financieros.

El asunto de la alineación estratégica está relacionado también con organizaciones que se estructuran con proyectos. No es nada trivial garantizar que los proyectos (que, por definición, compiten en la organización por recursos de toda clase: humanos, financieros, de espacio, de infraestructura) confluyan en la misma finalidad. Para eso se necesita, además de una visión a largo plazo, claridad en lo que se refiere a la necesidad observada en el ambiente y a las situaciones posibles.

Las redes formadas por diversas organizaciones con mayores probabilidades tendrán objetivos diferentes que conciliar, lo cual es más factible si no son contradictorios. Las organizaciones compuestas de muchas redes tenderán a presentar conflictos internos manejables. Durante mucho tiempo estuvo de moda trabajar con consensos de forma, aunque el contenido fuese divergente. La consecuencia de eso era perceptible en los resultados, cuando cada uno de los grupos o redes participantes trataba de hacer prevalecer su punto de vista y su proyecto. La moda más difundida —o al menos el discurso más oído— es la explicitación de los conflictos y las opiniones. En consecuencia, para evitar que los conflictos paralicen las empresas aparecen terapeutas institucionales (*coaches*) que, entre otras cosas, enseñan a manejar estas situaciones. Una vez más, se trata de instrumentos manejados por personas con distintos grados de competencia.

### **El desempeño: ¿Funcionó la estrategia?**

La gran prueba de una planificación, de una gestión o de una estrategia consiste en verificar si lo previsto fue de hecho implantado. Una primera cuestión al respecto es la definición de desempeño utilizada, que se puede referir al resultado social, al resultado financiero, al resultado institucional o al resultado mercadotécnico, entre otros. Sin embargo, hablar de desempeño significa evaluar, es decir, definir lo que se esperaba a priori y compararlo con lo que se obtuvo. Se trata de un capítulo muy delicado, pues las organizaciones (las personas que las dirigen o sus propietarios) generalmente están poco dispuestas a enunciar lo que desean y menos aún a verificar cuánto se acercaron o se alejaron con respecto a lo manifestado. En la primera década del siglo XXI, muchas empresas han entregado a diversos interesados directos informes de responsabilidad social como documentos de presentación, en vez de rendir cuentas de los resultados (lo cual acostumbraban hacer solamente con los accionistas, los asesores y los financiadores). Es interesante señalar que esos documentos poco se refieren a objetivos trazados en la planificación estratégica y se refieren más bien a intereses puntuales de las firmas o a la construcción o defensa de su imagen. Se puede decir que los indicadores de responsabilidad social, muy estimulados por las redes, principalmente las sociales, ayudan en algunas áreas; por ejemplo, al seleccionar a un proveedor (no en vez del precio más bajo o de la mayor adecuación a las necesidades, sino como complemento de esos atributos). Pero ya se vio que el desempeño de organizaciones con una clara orientación en esa área no refleja el discurso políticamente correcto de la sostenibilidad (palabra que también se usa con cualquier significado).



La eficiencia, la eficacia y la efectividad son términos que no reflejan objetivos ni metas, por ser demasiado genéricos. El aumento de cualquiera de ellos tiene que ver con deseos, con la corrección de procesos, lo cual puede reflejar un tipo de desempeño, posiblemente el deseado por algunos gerentes. Sin embargo, lo ideal es que se reflejen en los resultados. Hacer lo mismo a un costo menor y con una calidad similar o mayor es un deseo referido a la eficiencia que podrá considerarse realizado solo cuando esté definido claramente, lo cual, sin embargo, no es suficiente para proporcionar una orientación estratégica. Como máximo se refiere al “cómo”.

Todavía está la cuestión de la participación de los clientes (¿consumidores?) y los trabajadores en la definición de los objetivos y las estrategias. En ese sentido, las discusiones son innumerables debido a los diferentes marcos referenciales considerados. Hay actividades en las cuales la opinión, tras la experiencia inicial, de los usuarios potenciales se considera imprescindible antes de definir una línea de producción o un servicio directamente orientado a ella. Según algunas teorías de calidad, no hay nadie mejor que los operadores para definir formas de perfeccionar los procesos en los cuales intervienen (aunque haya quien refute esta propuesta diciendo que se los invita, si es que se los invita, a opinar sobre el “cómo” y no sobre el “qué”). En todos los casos se tiene en cuenta la asimetría de la información, que no es una ambigüedad. Pero asimetría no significa que algunos tengan y otros no, sino que supone que cada uno sabe una parte, maneja un lado, en la consideración de un objeto (o sujeto) determinado. Desde un punto de vista realista, en una organización en red esa asimetría se manifiesta aún más, puesto que, aunque el flujo de información sea adecuado, cada una de las organizaciones o personas participantes tiene percepciones subjetivas de las distintas cuestiones tratadas.

Hay gerentes que utilizan esos mecanismos participativos con el propósito de fomentar la participación al menos de esos interesados. La premisa es que, una vez consultados, ellos puedan sentir de hecho que participan y, por lo tanto, puedan sentirse parte importante del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas. De esta forma, además de “ayudar” a establecer objetivos, ayudan a definir el desempeño y sus indicadores y pueden sentirse más responsables de su logro.

### **Conclusión: ¿Qué hay de nuevo o qué debe hacer el gerente?**

Una de las primeras tareas de un administrador es proporcionar dirección. Aunque eso parezca obvio, muchos trabajadores suelen entrar en las organizaciones sin saber de hecho lo que hay que hacer y comienzan a hacer lo que hicieron siempre, de la misma forma en que venían haciéndolo. Ni siquiera las tareas técnicas son necesariamente aceptables de forma equivalente en todas las empresas, en vista de sus especificidades. Pero para ofrecer dirección, esta debe estar clara.

La segunda tiene que ver con la operación del sistema técnico, es decir, cabe al gerente cerciorarse de que haya una infraestructura para que la actividad técnica pueda ocurrir. Esta actividad lleva a la discusión de la eficiencia, pero la vincula a los resultados de la actividad que constituye el fin: por más que se quiera racionalizar la gestión, eso no puede ocurrir en detrimento de condiciones adecuadas de trabajo, porque comprometería una de las vertientes más importantes del desempeño de la organización, la razón de ser de la firma. La tercera se refiere al pensamiento estratégico, a la gestión estratégica propiamente dicha, que obliga a pensar en evaluar, a obtener recursos, a actuar de forma sinérgica. Aunque este tipo de literatura pertenezca al siglo veinte, se puede decir que en los años 2000 la sinergia se refiere, entre otros modelos, al asunto de las redes.

Finalmente, cabe mencionar un autor que abordó las actividades del administrador a fines del siglo pasado (1973) y en 2009. Mintzberg, refiriéndose a la adopción de decisiones estratégicas, afirma que, a pesar de que la velocidad de la transmisión de datos en la actualidad con las computadoras y los sistemas electrónicos, los bancos de datos estratégicos continúan almacenados en gran medida en la cabeza de sus gerentes. También por eso, el autor comenta sobre el mito de las redes virtuales como creadoras de comunidades. Según él, Internet está fortaleciendo las redes pero debilitando las comunidades, dentro de las organizaciones y entre ellas. Finalmente, cabe comentar que pasar más tiempo en *Internet* puede resultar en menos tiempo para las demás actividades, entre ellas la comunicación verbal.

Hay diversas posturas con respecto a lo que es gerencialmente correcto, del mismo orden que lo políticamente correcto o la gestión basada en datos probatorios. Se puede constatar fácilmente que existen siempre los *best sellers* de la administración, también conocidos como literatura de aeropuerto, que muestran un lado de la moda en el área. De esta forma se crean constantemente nuevos gurús, o nuevos términos, como gerente minuto (del que surgieron posteriormente padre minuto, empleado minuto, etc.), liderazgo servidor, BSC, seis sigma, gestión por proyectos, *zap*<sup>1</sup>. Ninguno de ellos es malo pero tampoco resolverá todas las cuestiones de la gestión o de la organización. Lo mismo ocurre con las redes y hasta con el término estrategia, que ha sido usado como sustituto de la acción gerencial adecuada. Para cada nueva moda que no sale de los altares del éxito aparece un adjetivo nuevo. La culpa del fracaso, así como la responsabilidad por el éxito, no es del adjetivo, sino de lo que es más sustantivo en el ámbito de la firma. El gerente no trabaja solo, no diseña ni implanta de manera aislada la estrategia. No es posible imaginar que todos dentro de una empresa o dentro de una red procederán de la misma forma para cumplir lo que se haya determinado. La estrategia, además de re-

---

1 No se proporcionará bibliografía sobre estos temas porque en cada período aparecen nuevas modas y nuevos títulos que serán leídos en su momento.

presentar un camino, también procura vender las ideas eficazmente a quien idealmente vaya a defenderlas e implantarlas.

Dirigirse solamente a quien piensa de la misma forma es tentador por lo fácil, pero no permite que una idea o un proyecto avance. Crear una palabra de orden solo logra que se repita, pero no necesariamente cambia la realidad. El cambio viene de intervenciones deliberadas, con un sentido claramente definido y por medio de personas, comprometidas o no, pero al menos empeñadas en alcanzar los resultados esperados.

## Bibliografía

1. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo; 2007.
2. Campos AM. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? Rev. Adm. Pública. 1990; 24 (1): 30-50.
3. Grant RM. Toward a knowledge-based theory of the firm. Strategic Management Journal. 1996; 17: 109-122.
4. Gregory J. Stakeholders under Pressure: corporate governance and labour management in Germany and Japan. Corporate Governance: an international review. 2005; 13(3): 419-428.
5. Gulati R. Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. Academy of Management Journal. 1995; 38(1): 85-112.
6. Hardy C, Lawrence T, Grant D. Discourse and collaboration: the art of conversation and collectivity identity. Academy of Management Review. 2005; 30(1): 58-77.
7. Lopes FD, Baldi M. Redes como perspectiva de análises e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. Rev. Adm. Publ. 2009; 43(5): 1007-1035.
8. Marteleto RM, Silva AB. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. Ci. Inf. 2004; 33(3): 41-49.
9. Martes AC, Bulgacov S, Nascimento MR, Gonçalves AS, Augusto PM. Redes sociais e interorganizacionais. Rev Adm Empr, 2006; 46(3):10-15.
10. Mintzberg H. Managing: desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre; 2010.
11. Mintzberg H. The nature of managerial work. New York; 1973.
12. Misoczky MC. Abordagem de redes no estudo de movimentos sociais: entre o modelo e a metáfora. Rev. Adm. Publ. 2009; 43(5): 1147-1180.
13. Morgan G, Bergamini CW, Coda R. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996.
14. Nohria N. Introduction: is a network perspective a useful way for studying organizations? In: Nohria N, Eccles RG (eds). Networks and organizations: structure, form and action. Boston: HBSchool Press; 1992.

15. Osborn RN, Hagedoorn J. The institutionalization and evolutionary dynamics of interorganizational alliances and networks. *Academy of Management Journal*. 1997; 40(2): 261-278.
16. Pinto AM, Junqueira LA. Relações de poder em uma rede do terceiro setor: um estudo de caso. *Ver. Adm. Publ.* 2009; 43(5): 1091-1116.
17. Pinho JA, Sacramento AR. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? *Rev. Adm. Publ.* 2009; 43(6): 1343-1368.
18. Powell WW. Neither market nor hierarchy: network forms of organization. In: Staw BM, Cummings LL (eds). *Research in organizational behavior*. Greenwich: JAI Press; 1990.
19. Rezende Y. Informação para negócios: os novos agentes do conhecimento e a gestão do capital intelectual. *Ci. Inf.* 2002; 31(1): 120-128.
20. Sabbag PY. *Espirais do conhecimento: ativando indivíduos, grupos e organizações*. São Paulo: Saraiva; 2007.
21. Villela LE, Pinto MC. Governança e gestão social em redes empresariais: análise de três arranjos produtivos locais (APLs) de confecções no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Adm. Publ.* 2009; 43(5): 1067-1089.

## Redes interconectadas: Gestion del conocimiento – Ejemplo de tres redes

*Regina Ungerer, Eliane Santos, Francisco Grajales,  
Sandra Raiher, Ana Lucia Ruggiero*

En los últimos diez años, las redes temáticas se han convertido en uno de los medios de mayor utilidad para difundir información y han permitido elaborar un programa de difusión inter y multidisciplinario que puede interconectar disciplinas, grupos específicos de investigadores e instancias normativas, instituciones y profesionales de salud pública interesados por las mismas actividades.

En la actualidad, una gran variedad de redes temáticas y sus miembros situados en varios países de todo el mundo leen y remiten información y participan activamente en las redes locales y mundiales para enseñar, investigar, analizar, debatir decisiones y colaborar de diversas maneras que no son posibles por intermedio de ningún otro medio de comunicación.

Nos hemos centrado en tres redes diferentes relacionadas con la salud pública en las que participan personas de varias disciplinas, en un grupo muy diverso de instituciones y países, a fin de brindar a los lectores un panorama amplio de las características de estas redes y sus repercusiones en el ámbito nacional y mundial, así como de su influencia sobre las políticas sanitarias, las investigaciones y el desarrollo de recursos humanos.

En este artículo, describimos la experiencia, el crecimiento, las enseñanzas extraídas y las dificultades, y proporcionamos un breve resumen de los procesos que tuvieron lugar durante el desarrollo continuo de tres redes diferentes y el modo en que se relacionan sus miembros y las redes entre sí.

Las relaciones y alianzas entre las redes son resultado de interacciones estratégicas y de la gestión de contenidos, pero también, a veces, derivan del intercambio de procesos operativos. Es importante destacar este aspecto en la cooperación técnica pues facilita la creación de nuevos conocimientos que retroalimentan el trabajo de la red.

Relaciones y alianzas entre redes		
Estratégicas	Administrativas	Operativas
Finalidad Establecer lazos y conexiones entre investigadores e instancias normativas	Selección, síntesis y difusión de la información	Facilitadores de administración y moderación
Principalmente entre grupos de investigación	Universidades, instituciones gubernamentales, bibliotecas virtuales, depósitos digitales	Organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, ministerios de salud
Actividad principal Producción de contenidos	Gestión de contenidos	Difusión de contenidos
Público Algunos grupos particulares	Organización de los círculos profesionales	Habilitación de medios y plataformas técnicas

Un aspecto esencial y común a todas las redes es la necesidad constante de recibir comentarios y observaciones que sirvan para rediseñarlas y mejorarlas y dar a conocer procesos repetibles – *repicables* – de aprendizaje e intercambio de experiencias.

### Relaciones y dinámica de las redes y sus repercusiones

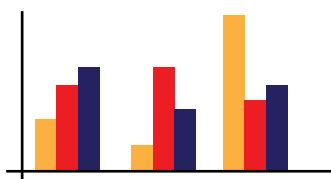
Se considera que las redes son mecanismos eficaces de información, comunicación y coordinación, además de catalizadores para fomentar relaciones y compromiso en los múltiples interesados directos, tanto públicos como privados, locales, nacionales, regionales e internacionales.

El intercambio de conocimientos es la actividad básica de las redes internacionales de conocimiento: almacenan información y conocimientos, validan y documentan las experiencias y las mejores prácticas existentes, asimilan y difunden enseñanzas extraídas, crean nuevos conocimientos y mejoran el acceso a la información y el conocimiento.

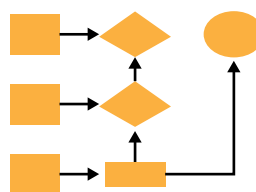
El Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (2007), en la publicación *Work the Net: A Management Guide for Formal Networks*, distingue tres categorías de redes: las redes sociales o informales, los círculos de profesionales y las redes formales. Un denominador común a todas ellas son los miembros y el modo en que utilizan la información.

Redes Miembros y usos de la información	
Miembros	Uso de los contenidos
Investigadores Profesores universitarios Periodistas, comunicadores Profesionales de la salud Personal de los servicios de atención de salud Profesionales de la información	Actualización Investigación Cooperación técnica Material didáctico Promoción de la causa, formación de redes Noticias sobre políticas públicas, redifusión

## FUNCIONES ESTRATÉGICAS DE LAS REDES



Selección de los conocimientos



Síntesis



Difusión de los conocimientos



Intercambio de conocimientos

- Las relaciones entabladas por intermedio de las redes permiten crear carteras de:
  - alianzas estratégicas;
  - actividades de intercambio de conocimientos;
  - redes de centros de colaboración; y
  - redes de expertos, como el localizador de pericia y el directorio de expertos.

Por lo general, las iniciativas de comunicación y los vínculos interdisciplinarios entre las personas y las organizaciones que se ocupan de los problemas de salud pública están orientadas a:

- promover el debate sobre las políticas sanitarias;

- crear capacidad de investigación y
- establecer alianzas.

Las redes intercambian constantemente las fuentes de datos con otras redes relacionadas y, en conjunto, generan un proceso que evalúa la pertinencia de los contenidos.

Este proceso de valoración de los datos muchas veces genera intercambio de conocimientos, nuevos significados y aprendizaje colaborativo. En algunas ocasiones, estos procesos de valoración pueden exigir el diseño de nuevos prototipos de programas informáticos, nuevos métodos de análisis y nuevas instancias y formas de colaboración. Es este proceso permanente el que lleva las relaciones entre las redes a nuevos modos de trabajo para generar, difundir y transmitir conocimientos.

La evolución de las redes temáticas y sus implicaciones son importantes para la creación de programas informáticos de intercambio social, interacción en línea, comunidad en línea y medios sociales, como se desprende de la rápida puesta en práctica de nuevos métodos para efectuar análisis rápidos de las mejores evidencias disponibles con el fin de tomar decisiones, los nuevos instrumentos de análisis bibliométrico para prever las necesidades de información y las lagunas de investigación, y el crecimiento de los repositorios digitales de información.

Presentamos una serie de ejemplos basados en nuestra experiencia en la formación de redes temáticas, redes anidadas y múltiples alianzas, que podrían incorporarse en el campo de la salud pública, a fin de ingresar en la era de la Web 2.0.

### **Ejemplos de redes: descripción de tres redes dedicadas a la salud pública**

Las tecnologías electrónicas de difusión son eficaces para distribuir información y llegar al público destinatario. Además, permiten divulgar rápidamente los resultados de las investigaciones que respaldan y fundamentan la formulación de políticas entre un número mayor de instituciones y profesionales de la salud. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden facilitar la organización de las fuentes de información conforme a las necesidades de los usuarios porque permiten definir criterios de selección específicos, por ejemplo, para proporcionar el contenido más útil y actualizado y, por ende, fomentar la difusión y transmisión efectivas de los conocimientos.

Se seleccionaron tres redes diferentes de salud pública como ejemplo del modo en que pueden crearse, interconectarse y gestionarse las redes nacionales y mundiales.

- La red **ePORTUGUÊSe**, una plataforma creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los países de habla portuguesa. Para fortalecer la colaboración interinstitucional de estos países.



- La lista sobre **equidad, salud y desarrollo humano** de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), destinada a un público más amplio en todo el mundo.
- La Biblioteca Virtual en Salud, una **red de salud pública del Ministerio de Salud del Brasil** destinada a todo el país.

### Descripción general de las redes

Metas que comparten estas redes:

- la promoción de un programa de difusión inter, multi y transdisciplinario que conecta las disciplinas, las instituciones y los profesionales de la salud interesados por la salud pública y
- el fomento de la participación en investigación colaborativa y actividades de salud pública.

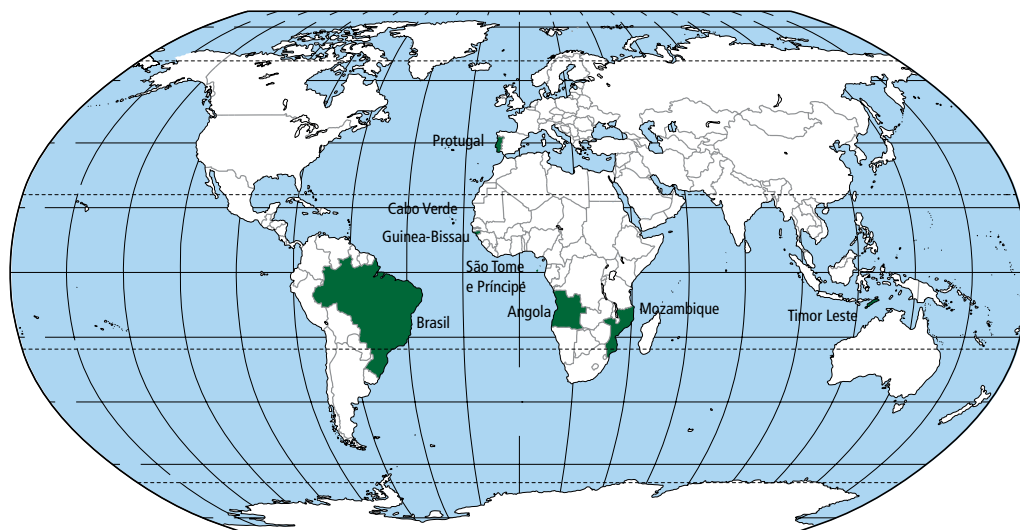
ePORTUGUÊSe	Equidad	Brasil
red que se comunica en un idioma específico	red mundial	red nacional
Diversas disciplinas, diversas instituciones, diversos temas		
8 países	170 países	1 país
<b>Número aproximado de destinatarios:</b> profesionales de la salud	<b>Número aproximado de destinatarios:</b> más de 65.000	<b>Número aproximado de destinatarios:</b> 15-64 años: 66,8% <b>Varones:</b> 65.804.108 <b>Mujeres:</b> 67.047.725
Conectada con redes mundiales	Conectada con redes mundiales	Conectada con redes mundiales

### ePORTUGUÊSe

La red ePORTUGUÊSe es un programa concebido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover y mejorar la salud en los países de habla portuguesa. Esta red procura facilitar y fomentar el acceso a la información sanitaria más reciente superando las barreras del idioma. Además, se propone promover y fortalecer la colaboración entre los países de habla portuguesa en materia de información sanitaria y aumentar la capacidad de los recursos humanos para la salud.

El portugués ocupa el sexto lugar entre los idiomas más hablados del mundo: se habla en ocho Estados Miembros de cuatro continentes y cuatro oficinas regionales de la OMS. Esta plataforma brinda acceso a un recurso de conocimientos de excelente calidad en idioma portugués que ayuda a los países a fortalecer su propio sistema de salud y me-

jorar las metas nacionales relativas a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).



**Figura 1:** Estados Miembros de habla portuguesa: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Mozambique, Portugal, Santo Tomé y Príncipe, y Timor-Leste.

Para crear esta red, el programa ePORTUGUÊSe se centró en poner en marcha Bibliotecas Virtuales en Salud Nacionales (BVS) capitalizando la experiencia y el apoyo técnico del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BI-REME/OPS/OMS). Se creó y se adaptó conforme a las condiciones locales y se transformó en una nueva vía de intercambio de la información sanitaria y las experiencias entre los países de habla portuguesa. Este modelo de la BVS habilita un portal nacional científico que ofrece una guía local de acontecimientos de salud, sitios de salud, legislación sanitaria y una diversidad de publicaciones sanitarias con arbitraje a la que puede acceder cualquier persona que disponga de conexión a Internet. En abril del 2009, siete países de habla portuguesa ya habían creado su propia BVS. La BVS de la plataforma ePORTUGUÊSe se encuentra en <http://www.bvs.eportuguese.org>.

La BVS representó el primer paso de una serie de iniciativas orientadas a intercambiar recursos, tecnología y conocimientos entre los profesionales de la salud y las instituciones de estos países.

La plataforma ePORTUGUÊSe surgió como un programa internacional de cooperación que facilita la colaboración Sur-Sur, Norte-Sur y triangular.

Según el PNUD (*Informe sobre el desarrollo humano del 2009*), los países de habla portuguesa pueden clasificarse de la siguiente manera:

Desarrollo humano muy alto	Desarrollo humano alto	Desarrollo humano medio	Desarrollo humano bajo
Portugal	Brasil	Angola Santo Tomé y Príncipe Cabo Verde	Guinea-Bissau Mozambique Timor-Leste

Acceso a Internet y suscripciones a teléfonos móviles en los países de habla portuguesa:

País	Población OMS, 2010	Acceso a Internet Estadísticas de Internet, 2010	Suscripciones a teléfonos móviles cada 100 personas Banco Mundial, 2009
Angola	18.021.000	4,3%	37,7
Brasil	191.972.000	34,0%	78,5
Cabo Verde	499.000	23,9%	55,7
Guinea-Bissau	1.575.000	2,4%	31,7
Mozambique	22.383.000	1,6%	19,7
Portugal	10.677.000	41,8%	140,4
Santo Tomé y Príncipe	160.000	11,2%	30,6
Timor-Leste	1.098.000	0,2%	n/d

Algunos de estos países han sufrido largos períodos de guerra civil e inestabilidad y, aunque están recuperándose, algunas zonas no disponen de electricidad y las personas no tienen la infraestructura básica. Es verdad que la conectividad y el acceso a Internet están creciendo con rapidez, pero estos servicios son costosos y escasos, lo que torna muy difícil depender de los medios electrónicos de comunicación para difundir cualquier clase de información.

Si Internet logró comunicar a las personas de una manera mucho más rápida porque logró brindar acceso a la misma información en cualquier país y en todo momento, también profundizó las diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo, ya que todos aquellos que no tienen acceso quedan aun más rezagados.

Por otro lado, las suscripciones a servicios de teléfonos móviles se multiplicaron y siguen aumentando en los países en desarrollo. Sobre todo en África, este crecimiento es muy evidente y la tecnología móvil es un mercado que aún queda por explotar. En el África subsahariana, el promedio de personas que tienen un teléfono móvil es de 33,3 cada

100 personas. Tres de cada cinco países de habla portuguesa están por debajo de este promedio.

Puesto que el portugués no es un idioma oficial de las Naciones Unidas, los profesionales de la salud y la información de estos ocho países debieron crear mecanismos de cooperación mutua teniendo en cuenta que comparten antecedentes históricos y culturales. La plataforma **ePORTUGUÊSe** constituye un ejemplo del modo en que se administran los conocimientos de manera cooperativa y se vinculan las instituciones de salud de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Mozambique, Portugal, Santo Tomé y Príncipe, y Timor-Leste en una red de información sanitaria.

Para suministrar información sanitaria actualizada al personal de la salud que se desempeña en zonas distantes y entornos rurales que carecen de conectividad, la red **ePORTUGUÊSe** ha creado una versión en idioma portugués de la Biblioteca azul, bibliotecas pequeñas que contienen información básica sobre salud pública y medicina redactada conjuntamente con el Ministerio de Salud del Brasil y el Alto Comisionado para la Salud de Portugal. Ya se enviaron más de 100 de estas bibliotecas al África y se siguen recibiendo muchos pedidos. En algunos casos, estas bibliotecas constituyen el único material escrito al que pueden acceder los profesionales de la salud, los agentes sanitarios de la comunidad e incluso los voluntarios.

La plataforma **ePORTUGUÊSe** también mantiene un espacio colaborativo, un blog y una cuenta de Twitter, y modera un grupo de debate denominado “HIFA-pt”, además de promover la capacitación y la creación de capacidad de los recursos humanos para la salud.

En el espacio colaborativo se publican alrededor de 400 artículos de noticias por año. Los colaboradores son diferentes miembros de países de habla portuguesa (<http://cspa-ce.eportuguese.org>).

El blog se actualiza tres veces a la semana con información pertinente para los países de habla portuguesa y, en general, la información permite a los lectores comprender y conocer mejor la realidad de cada país (<http://www.eportuguese.blogspot.com>).

El grupo de debate HIFA-pt está ligado a la campaña mundial que promueve la información sanitaria para todos antes del 2015 (HIFA2015), red que difunde saber mundial y está administrada por la Global Healthcare Information Network, una organización sin fines de lucro cuya sede se encuentra en el Reino Unido. Integran el grupo de debate HIFA-pt más de 1300 profesionales de la salud de 19 países, incluidos los ocho países de habla portuguesa, que intercambian opiniones sobre sus necesidades y experiencias en el campo de la salud. Para participar, es necesario estar registrado en <http://www.hifa2015.org/hifa-pt>.

La plataforma ePORTUGUÊSe participa activamente en el plan estratégico de cooperación en salud de la comunidad de países de habla portuguesa (PECS/CPLP) firmado en mayo del 2009 por los Ministros de Salud de los ocho países de habla portuguesa. En este plan de cooperación, los países especifican como prioridad siete líneas de trabajo estratégicas:

- Creación de capacidad y desarrollo del personal sanitario
- Información y comunicación sanitarias
- Investigación en salud
- Fomento de la productividad sanitaria
- Salud, seguimiento y evaluación
- Emergencias y desastres naturales
- Promoción y protección de la salud

En enero del 2010, la OMS y la CPLP firmaron un convenio formal para crear oportunidades de mejorar la colaboración por intermedio del programa ePORTUGUÊSe con el fin de propiciar la interacción entre los países.

En la actualidad, se reconoce que el programa ePORTUGUÊSe es una red que puede hacer su aporte a otros departamentos y unidades de la OMS que colaboran con los países de habla portuguesa, como la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación (HINARI), el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), el grupo orgánico Acción Sanitaria en las Crisis (HAC), el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) y la Red de Políticas Basadas en Evidencias Científicas (EVIPNet).

En este nuevo orden mundial, en el que la cooperación Sur-Sur y la colaboración triangular son factores que determinan las decisiones de los países donantes, el Brasil y Portugal son asociados técnicos y donantes de los demás países de habla portuguesa.

El programa ePORTUGUÊSe sigue investigando maneras alternativas de ampliar la red y agradece todo tipo de aportaciones y sugerencias.

## **Equidad, salud y desarrollo humano**

### **Lista EQUIDAD de la OPS/OMS**

#### **Actividad de intercambio de conocimientos**

La lista EQUIDAD es un recurso de distribución (LISTSERV) en el que se difunde información, se promueve la comunicación y se conecta a personas y organizaciones interdisciplinarias que trabajan por la equidad, la salud y el desarrollo humano.

Esta lista distribuye información sobre documentos, informes, proyectos, acontecimientos, hojas informativas, bibliografías, listas de fuentes, catálogos y archivos de bibliotecas, repositorios digitales, recursos multimediales disponibles en la web y conjuntos de datos sobre temas como investigación, políticas públicas, legislación sanitaria, democracia, gobernanza, determinantes de la salud, economía sanitaria, sociología, pobreza, desarrollo humano, comercio, globalización y salud, temas étnicos, ética, género y equidad.

Los archivos de la base de datos de la lista Equidad se encuentran en: <http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>

Twitter: <http://twitter.com/eqpaho>

Sitio web: <http://new.paho.org/equity/>

### Motivación y justificación de esta iniciativa

La finalidad de la lista Equidad consiste en difundir información acerca de temas relativos a la salud y el desarrollo humano a todos aquellos interesados. Está configurada como una lista de distribución. La suscripción está abierta al público, pero el contenido es controlado por un moderador. Aunque al principio fue concebida como un grupo de debate, ahora se la considera una red de intercambio de conocimientos, que distribuye información a los miembros, pero que también recibe sus aportes. Es abierta al público desde su creación y ahora tiene más de 18.854 miembros directos de 170 países y está conectada a 25 redes mundiales, por lo que llega a 65.000 personas de todo el mundo aproximadamente.



Lista Equidad. Miembros por país. Puede consultarse en:

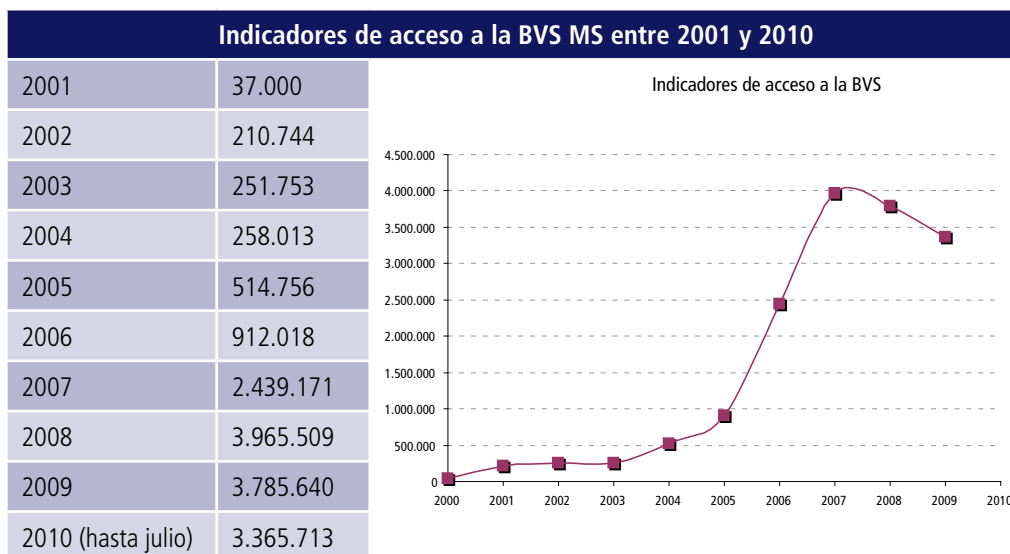
<http://manyeyes.alphaworks.ibm.com/manyeyes/visualizations/equity-list-suscriptor-country>

## Resultados de la iniciativa

Las encuestas realizadas en los años 2002, 2004, 2006 y 2008 indicaron que la lista resulta de utilidad para los siguientes propósitos:

- promoción de la causa,
- formación de redes,
- difusión de noticias sobre políticas públicas,
- investigación y
- capacitación.

En el último decenio, la equidad sanitaria y el desarrollo humano se han transformado en conceptos cada vez más significativos. Estamos orgullosos de haber proporcionado una comunidad, una red y una plataforma para debatir y compartir modos factibles y prácticos de solucionar los problemas de salud. De esta manera, los investigadores están mejor capacitados para construir un mundo más equitativo y sostenible. Los mensajes de la lista se redistribuyen en varias bitácoras y también se incluyen en la Biblioteca Virtual en Salud de BIREME. Se han forjado alianzas informales. Los mensajes que se envían a diario en esta lista también son replicados en varios sitios web de todo el mundo.



**El acceso a la información sanitaria es una cuestión de equidad sanitaria.** Don Berwick, especialista en políticas sanitarias de los Estados Unidos, es conocido por haber declarado “la información es atención”.

Se presenta un mapeo de la producción de artículos, los autores, las instituciones y las revistas científicas relacionadas con la equidad, la salud y el desarrollo humano en: <http://new.paho.org/equity/>

### Selección de la información

Un gran número de artículos académicos contienen abundante información acerca de la equidad sanitaria y también es grande el número de informes que consignan experiencias acerca de los determinantes sociales de la salud, así como modos de abordar los problemas comunes que hoy deben afrontar los sistemas de salud de todo el mundo. La finalidad de la lista Equidad es distribuir información pertinente, oportuna y de buena calidad con el fin de respaldar los procesos y las funciones en materia de salud pública, como la investigación, la formulación de políticas —es decir, la elaboración, la ejecución y la evaluación— y la toma de decisiones

El proceso de evaluación de los aportes enviados a la lista sobre equidad, salud y desarrollo humano está orientado a determinar la medida en que el contenido recibido se centra en las implicaciones que se derivan de reducir las desigualdades sanitarias y disminuir la pobreza, o está relacionado con asuntos prioritarios en materia de salud y desarrollo humano, su aplicación en los países en desarrollo y su pertinencia para los instrumentos normativos y programáticos.

### Criterios de selección generales

- 1) La información enviada a la lista debe centrarse en los temas que tienen una pertinencia amplia en lo que se refiere al mejoramiento de la equidad, la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la calidad de los servicios y los sistemas de salud.
- 2) Los estudios cuantitativos y cualitativos deben demostrar la elaboración o la aplicación de métodos apropiados de investigación que garanticen la confianza en la fiabilidad y la validez de los resultados.
- 3) La información enviada debe hacer un aporte significativo para aumentar los conocimientos o incorporar cambios específicos en los servicios de salud o en las políticas de los sistemas, la organización o las prácticas en el ámbito de la salud.

El correo electrónico es una de las vías de comunicación más usadas en el entorno empresarial, dado que acelera y facilita el intercambio de información por todo el mundo (5). Puesto que nuestro objetivo consiste en distribuir información de libre acceso en línea de máxima calidad (artículos de texto completo sin costo), en la selección de los contenidos se consideran las siguientes opciones:

- Selección manual de resúmenes de los documentos publicados en línea que permiten el acceso gratuito al texto completo.
- Selección manual de resúmenes de proyectos y descripciones de organizaciones.



- Evaluación frecuente de los sitios web (más de 100 fuentes institucionales).
- Los archivos de la lista, se encuentran disponibles en <http://listserv.paho.org/archives/equidad.html>.
- Recopilación de mensajes de correo electrónico, boletines informativos y avisos de los principales organismos de las Naciones Unidas, las universidades y otros grupos de investigación (web invisible, literatura gris).

### Algunas Listas de distribución y debate sobre equidad de todo el mundo conectadas a la lista Equidad

	Número aproximado de miembros	Año de creación	Ubicación
Health Evidence Network (HEN)	7.950	2001	Reino Unido
Pacific Reg. Med.	3.650	2000	Estados Unidos
Australia PHW	850	2000	Australia
Abrasco Brasil	5.100	2000	Brazil
Equinet África	14.160	2000	África
Brasil AMICOR	980	1999	Sudamérica
Vietnam	650	-	Asia
Spirit of 1848 Universidad de Harvard, London School of Economics y otras universidades	17.970	1999	Estados Unidos
Equisalud	9.280	2001	España
Redsalud	12.606	2001	América Latina y el Caribe
EQUIDAD	18.854	2000	América Latina

Fuente: Área KMC (OPS/OMS), 2010

### Implicaciones y cuestiones para el futuro

Está previsto efectuar una encuesta similar y también ampliar la lista EQUIDAD con el fin de vincular a los usuarios del proyecto de ciber salud de la OPS/OMS que se presentará a la brevedad.

## **El Modelo Biblioteca Virtual en Salud en Brasil**

Desde el año 2001, por medio del sistema único de salud (SUS), el Ministerio de Salud ha llevado a la práctica el modelo de la Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS) para garantizar la democratización y el acceso al conocimiento generado por las instituciones científicas y técnicas que hacen parte del Sistema Único de Salud (SUS) que se tornan parte importante de las fuentes del Modelo BVS en la Región de las Américas como contribución para los avances en el intercambio de Información y Conocimiento entre los países. Es de destacar que el hecho de que el Ministerio de Salud de Brasil adoptara el modelo de BVS garantizó la creación de la BVS MS, la cual constituyó la primera BVS Institucional en Latinoamérica y el Caribe.

Los objetivos principales de la BVS comprenden recopilar, organizar y difundir la información sobre la salud, en particular las publicaciones institucionales como folletos, manuales, revistas, políticas nacionales y legislación, entre otros servicios.

La gestión de los datos bibliográficos también comprende brindar acceso gratuito a las publicaciones científicas y técnicas del Ministerio de Salud y órganos conexos. En la actualidad, se han publicado 2.212 textos completos en Internet.

Legislación en Salud: El Sistema de Legislación del Ministerio de la Salud (SAUDE LEGIS) es otro medio que permite brindar apoyo a la democratización del acceso y la transparencia de la administración pública del SUS. La legislación federal en salud, gestionada por el Ministerio de Salud está publicada y pueden ser consultadas más de 81.000 normas. Este sistema ha registrado desde su disponibilidad en la internet, 1.592.127 consultas (entre 2005 y el 2010).

Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud del Brasil: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

Portal de Legislación en Salud del Brasil: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

Indicadores del acceso a la BVS del Ministerio de Salud entre el 2001 y el 2010 que ponen de relieve el aumento significativo registrado en los últimos años

2001	37.000
2002	210.744
2003	251.753
2004	258.013
2005	514.756
2006	912.018
2007	2.439.171
2008	3.965.509
2009	3.785.640
2010	5.850.734

El proyecto de Terminología en Salud procura estandarizar y mejorar los términos, los conceptos y las siglas empleadas por las instituciones de la esfera federal de gestión del SUS, sobretodo en el Ministerio de Salud al promover la recuperación, el acceso, la divulgación y la difusión de conocimientos e información institucional.

Como portal nacional de la BVS/BIREME, la BVS del Brasil tiene como finalidad reunir todas las redes temáticas de la BVS e integrarlas en una red de fuentes de información sobre la salud, lo que les otorgará poder de decisión y les brindará la misma visibilidad que el portal de la BVS del Brasil. Las fuentes de información de las redes temáticas nacionales están supeditadas a los mismos controles y métodos de garantía de la calidad que los de la BVS del Brasil

### **Redes de información y conocimientos. Recuperación, gestión, difusión y Preservación del patrimonio cultural e informacional de la salud Pública**

Creada por el Ministerio de Salud de Brasil, la Red de Bibliotecas y Unidades de Información Cooperativas de la Salud (BiblioSUS) tiene la meta de favorecer espacios y acciones de democratización y ampliación del acceso a la información salud pública usando el modelo de la BVS. Asimismo, esta red se encarga de tornar disponible las publicaciones que el Ministerio de Salud para atender a los pedidos de información sanitaria de todos los municipios del país.

Las unidades ubicadas en los diversos municipios brasileños conforman esta red que desempeña una labor de registrar, conservar, difundir y garantizar el acceso a los conoci-

mientos sobre salud, promoviendo la mejoría de los servicios de gestión de información, la documentación y la comunicación en el campo de salud pública.

## Rede BiblioSUS

### NORTE

AC - 10  
AM - 47  
AP - 11  
PA - 60  
RO - 17  
RR - 12  
TO - 31

### NORDESTE

AL - 21  
BA - 97  
CE - 131  
MA - 33  
PB - 35  
PE - 45  
PI - 17  
RN - 44  
SE - 14

### SUDESTE

ES - 30  
MG - 171  
RJ - 144  
SP - 257

### SUL

PR - 63  
SC - 68  
RS - 93

### CENTRO-OESTE

DF - 71  
GO - 45  
MS - 32  
MT - 18

### INTERNACIONAIS

02



**TOTAL:** 1.619 bibliotecas

FONTE: Sistema Editorial (SIED), Maio, 2010

A partir del 2010, 1.783 bibliotecas reciben publicaciones y están comprometidas a brindar información sanitaria. Se han enviado más de 400 mil copias a los participantes de la red BiblioSUS.

## Red Brasileña de Historia y del Patrimonio Cultural en Salud (RedeBra HPCS).

La red brasileña HPCS se creó con el objetivo de colaborar para seleccionar, conservar y perfeccionar el patrimonio científico, histórico, cultural y de salud pública. Esta red fomenta la socialización de los bienes públicos (materiales e inmateriales) y el reconocimiento de SUS como un patrimonio de la sociedad brasileña. Además, une a las instituciones públicas y privadas comprometidas a actuar de manera cooperativa para conservar, difundir y habilitar el acceso a la memoria sanitaria en el Brasil.

- En la actualidad, la red está integrada por 25 instituciones, entre las que se cuentan organizaciones gubernamentales, la comunidad académica y organizaciones internacionales.
- La Galería del Patrimonio Arquitectónico de la Salud Pública del Brasil contiene el inventario nacional de la propiedad cultural elaborado por el Instituto de Patrimonio Histórico y Artístico Nacional (IPHAN). En el ámbito federal, estadual y municipal, la historia de la salud está ligada a la información acerca del uso, el estado de conservación, y la interferencia urbana y física de la propiedad cultural. En total, están re-

gistradas 144 propiedades, también se han consignado sus características, la historia, la descripción arquitectónica y de sus alrededores, el entorno, el análisis de las intervenciones en la propiedad y el entorno, los bienes inmuebles integrados y su estado.

### **La Red ePORTUGUÊSe (OMS) en el marco de la cooperación con el Gobierno de Brasil**

La red ePORTUGUÊSe es una plataforma creada con el propósito de respaldar el desarrollo de recursos humanos para la salud en los países de habla portuguesa (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Mozambique, Portugal, Santo Tomé y Príncipe y Timor-Leste) y fortalecer la cooperación en materia de información y creación de capacidad en el campo de la salud.

El Ministerio de Salud del Brasil ha brindado su respaldo a esta red desde el principio, sobre todo al subproyecto de la OMS llamado “Biblioteca azul”, concebido con el fin de difundir información sanitaria básica a los centros de salud locales y distritales del África con miras a subsanar la falta de acceso a la información actualizada.

En el 2006, se presentó la primera biblioteca azul en portugués en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud y, como resultado, la OMS y el Ministerio de Salud firmaron un memorando de entendimiento, en virtud del cual el Ministerio de Salud se comprometió a enviar a la OMS todas las publicaciones que conforman la biblioteca azul. Hasta ahora, se han donado más de 13.000 documentos, con lo cual se distribuyeron más de 100 bibliotecas azules en los 5 países africanos de habla portuguesa.

Por último, algunos elementos que pueden ayudar a mejorar las relaciones y alianzas estratégicas entre las redes:

Lagunas que deben abordarse	Aspectos que podemos mejorar	Nuevas posibilidades
<b>1. Contenidos</b>		
Poner en ejecución métodos rápidos para examinar la información orientada a la toma de decisiones. Información con fundamento científico.	Mejorar las técnicas y los métodos del proceso de selección.	Utilizar motores de búsqueda en línea; consultar sitios web de calidad garantizada, crear y utilizar nuevas plataformas, por ejemplo, los repositorios digitales.
<b>2. Difusión y comunicación</b>		
Crear nuevas alianzas para fomentar la difusión.	Establecer un sistema integral de apoyo al usuario. Emplear tecnologías modernas de información y comunicación (TIC) en línea con el fin de propiciar consultas, debates y reuniones para lograr consenso de manera remota.	Utilizar nuevas aplicaciones como las de los teléfonos inteligentes y tecnologías de ciber salud para mejorar el acceso y la cobertura.
<b>3. Recuperación y conservación de la información</b>		
Facilitar el uso de los repositorios digitales, creando incentivos e impartiendo capacitación.	Fomentar la conciencia sobre los repositorios digitales entre los posibles usuarios.	Crear nuevos modos de almacenar, obtener acceso e intercambiar información y comunicarse con los profesionales sanitarios e investigadores.
<b>4. Influencia y pertinencia de los contenidos</b>		
Podrían determinarse los componentes relacionales entre organizaciones y los vínculos de acción social que inciden en la creación y consolidación de las redes temáticas orientadas a la promoción de la causa y a la gestión de la asistencia técnica y financiera que brinda respaldo a las cuestiones de salud pública.	Mejorar la detección de los nexos que propician la acción conjunta y que podrían fomentar la cooperación internacional en la elaboración de sistemas de salud. Formular y aplicar estrategias claras y actitud de liderazgo en relación con los recursos financieros, así como la creación de nexos informales e interpersonales orientados a la acción.	Evaluar y analizar los indicadores bibliométricos. Mejorar el análisis de los usos de la información para prever las necesidades de información e investigación.

## Bibliografía

1. Wheatley P. A way forward for developments in the digital preservation functions of DSpace: options, issues and recommendations. [S.l.]; 2003.
2. Egger UK. Participation of Decision-Makers in Networks for Knowledge Sharing: study report. St.Gallen: NeRO; 2005. Disponible en: <http://www.skat.ch/publications/prarticle.2005-09-29.9740306251/skatpublication.2005-11-25.8925311619/file>
3. Skat Foundation. International Networks for Knowledge Sharing: lessons learnt? St.Gallen: Skat Foundation; 2004. Disponible en: <http://www.skat.ch/publications/prarticle.2005-09-29.9740306251/skatpublication.2005-11-21.5829205549/file>
4. Egger UK. Work the net: a management guide for formal networks. New Delhi: GTZ; 2007. Disponible en: <http://www.skat.ch/publications/prarticle.2005-09-29.9740306251/skatpublication.2007-09-11.3490812587/file>
5. Choi BC. Twelve essentials of science-based policy. *Prev. Chronic. Dis.* 2005; 2(4): 1-11. Disponible en: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/oct/05\\_0005.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/oct/05_0005.htm).
6. Mendizabal E. Understanding networks: the functions of research policy networks. London: Overseas Development Institute; 2006. (Working Paper, 271) Disponible en: [http://www.odi.org.uk/publications/working\\_papers/wp271.pdf](http://www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp271.pdf)
7. Sweet M, Moynihan R. Improving Population Health: the uses of systematic reviews. New York: Milbank Memorial Fund; 2007. Disponible en: <http://www.milbank.org/reports/0712populationhealth/0712populationhealth.html>
8. Stahl G. Group Cognition: computer support for building collaborative knowledge. Cambridge: MIT Press; 2006.
9. Herrera Vázquez MM, Rodríguez Ávila N, Nebot Adell C, Montenegro H. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2007; 21(5): 261-273. Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1184094769.pdf>.





# Las Competencias de los Asesores de la OPS/OMS en Escenarios Complejos y Competitivos

*Carlos Alvarado, Christophe Rerát, Lucimar Coser Cannon, José Moya, Luis Codina, Marta Cristine Barros, Mónica Padilla*

“En un mundo globalizado, complejo e innovador es imposible tratar cualquier asunto sin mirar el todo.”

**Edgar Morin**

Vivimos en un mundo globalizado complejo, competitivo, repleto de innovaciones organizacionales y tecnológicas, con rápidas transformaciones económicas y sociales, que exige el más alto grado de sintonía entre las organizaciones, el contexto donde se insertan y las necesidades de sus clientes, además de respuestas ágiles para atender a una diversidad de demandas. Luego, el futuro de una organización puede depender de su capacidad de respuesta a los grandes desafíos impuestos por este escenario de transformaciones profundas y aceleradas en lo cotidiano de las sociedades.

La Teoría Sistémica y la Teoría de la Complejidad reflejan bien la necesidad de una visión sistémica y de interacción de las organizaciones con el contexto global. Conceptualmente, la Teoría Sistémica se caracteriza por explicar cómo los elementos organizacionales se comunican y se influyen mutuamente, para que los objetivos propuestos se alcancen. La Teoría de la Complejidad, a su vez, estudia los sistemas y los fenómenos emergentes asociados, mostrando que para lidiar con escenarios complejos se debe considerar un enfoque transdisciplinar, cuya idea llave es la búsqueda de interacción y conexión entre los agentes envueltos.

Entre los fenómenos relacionados con las transformaciones en las relaciones sociales, se destaca la nueva era de la información con el uso de las herramientas de Tecnología, Comunicación e Información (TCI), de la gestión del conocimiento y del trabajo en red. Estas herramientas estratégicas proporcionan una mayor facilidad de acceso e intercambio de información entre los diversos actores individuales o colectivos.

Las consideraciones anteriores tienen importante relación con el contexto donde se desarrolla la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organiza-

ción Mundial de la Salud (OPS/OMS), que desempeña un papel de agente catalizador del desarrollo en salud y de promotor del bienestar y de la salud de las poblaciones.

En los últimos 20 años, la cooperación técnica de la OPS/OMS adquirió características distintas de aquellas que surgieron del desafío de contribuir al fortalecimiento técnico de las instituciones gubernamentales de salud. Frente a la evolución técnica ocurrida, la cooperación técnica internacional en salud pasó a actuar como un intermediador estratégico para el alcance de los objetivos técnicos, políticos y sociales de salud en sus países miembros.

La nueva realidad de la cooperación técnica en salud requiere un nuevo perfil y una actuación diferenciada de los asesores de OPS/OMS, los cuales deben tener un dominio técnico cada vez más especializado, una gran habilidad de relacionamiento en red y la comprensión de los diferentes contextos social y las realidades técnicas existentes. Requiere, también, capacidad de análisis y conocimiento de gestión sistémica de las diferentes estructuras existentes a nivel global para producción y disseminación de información técnica de alto nivel, con miras a subsidiar y fortalecer toda una red de cooperación.

En este contexto, este artículo hace una reflexión, sin ninguna pretensión de agotar el tema, sobre las competencias requeridas en los asesores nacionales e internacionales que lidian en su cotidiano con escenarios complejos, fragmentados y competitivos y con una diversidad de redes de relacionamiento.

## **LAS REDES DE RELACIONAMIENTO Y LAS NUEVAS COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL**

Las competencias del asesor de la OPS/OMS han ido evolucionando con la propia historia de esta organización centenaria, y su trabajo colaborativo, con el desarrollo de la salud pública como disciplina<sup>1</sup>, con el cambio de la comprensión del objeto de la salud pública (de la enfermedad a la salud), con el cambio en la aproximación a ese objeto (de la causa a la determinación, de la norma a los actores sociales) y con la acumulación de capacidades, estructuras y prácticas sociales en los países, producto del propio accionar de la cooperación técnica en salud, particularmente en la Región de las Américas (de la transmisión del conocimiento a la construcción de políticas públicas).

Un elemento central de esta evolución, que debe ser analizado, es la diversificación de agentes cooperantes a nivel global, la movilización financiera, la constitución de grandes fondos internacionales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG) globales, la nueva filantropía, que con visiones fragmentadas, muchas veces interesadas, conforman una

---

1 [http://www.corecompetencies.ca/about\\_ccphinc.html](http://www.corecompetencies.ca/about_ccphinc.html)

oferta de “recetas”, métodos, visiones que hacen de la cooperación en salud pública un terreno altamente competitivo, con financiamiento limitado, donde el conocimiento y la experiencia no son los criterios con mayor peso. Es en este marco que deben leerse los cambios que hoy por hoy se requiere en el ejercicio de la cooperación técnica en salud pública.

La era de la Información ha contribuido para que las redes de relacionamiento social planteen un nuevo e interesante desafío a la cooperación técnica internacional en el campo de salud pública. El trabajo en red, a lo largo del tiempo, tiende a ser difundido en las diferentes organizaciones como un poderoso mecanismo estratégico y político que posibilita intercambiar informaciones, conocimientos y experiencias adquiridos en el campo de la salud en el mundo.

En los años 70, las herramientas de tecnología de información y conocimiento (TIC) surgieron como una revolución informacional, pues permitían agilizar el intercambio de informaciones de forma horizontal, que permitió la conformación de una gran sociedad de la información en búsqueda de objetivos comunes. Así se ha podido identificar en el campo de la cooperación técnica en salud el crecimiento de las redes sociales o informales, que están interrelacionadas con comunidades de prácticas y redes formales de instituciones de salud pública.

Este nuevo escenario remite a una reflexión sobre el perfil de los asesores en salud y sobre el modelo de gestión que permita a la OPS/OMS enfrentar, con la definición de nuevas competencias para sus consultores y colaboradores, el desafío de lograr la interacción técnica, política y estratégica entre los actores de salud pública.

El análisis de los avances alcanzados en la cooperación muestra que hay necesidad de realizar una evaluación constante de todos los procesos de gestión corporativa sistémica, para lograr no solo el desarrollo y el mantenimiento de las redes de relacionamiento, sino también el cumplimiento de los mandatos de los cuerpos directivos de la OPS/OMS.

Referente a la interacción técnica, política y estratégica, la OPS/OMS ha implementado estrategias facilitadoras de esa interacción como la gestión basada en el conocimiento, en la información y comunicación en salud como un macro proceso transversal, que permite a los asesores desarrollar un trabajo interprogramático con el soporte de la Web 2.0, resultando en el fortalecimiento del proceso de estructuración y gestión de las redes técnico-estratégicas.

Además, la Organización enfrenta el desafío continuo de redefinir o desarrollar nuevos conocimientos, habilidades, motivaciones y actitudes en el perfil profesional de quienes se dedican a la tarea de mejorar la Salud Pública a nivel mundial.

Estos avances no solamente han afectado al individuo, sino también a todas las agrupaciones sociales, sean estas de carácter político, social, económico y científico, y no hay duda que estas nuevas facilidades tecnológicas están al servicio de la salud pública internacional.

## COMPETENCIAS NUEVAS Y MODIFICADAS EN EL PERFIL DEL ASESOR EN SALUD PÚBLICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Los modelos de gestión de los recursos humanos (RH) adoptados por las organizaciones, con foco en competencias, se encuadran dentro del concepto de RH estratégico donde se trata de fortalecer de forma equilibrada el vínculo entre las estrategias de la organización y sus asesores. Estos modelos nacieron insertados en un contexto de competitividad creciente como una forma innovadora e inteligente de atender a las nuevas demandas de los ambientes organizacionales complejos.

Para facilitar la comprensión del lector visualizaremos el conjunto de competencias del perfil profesional del asesor divididas en tres categorías: conocimientos; destrezas y habilidades; y finalmente actitudes y motivaciones (figura 1) que permite identificar un rol de competencias requeridas en los asesores en salud pública.

**Figura 1:** Modelo integrado de competencias



Entiéndese por competencias el conjunto de conocimientos, destrezas y habilidades, actitudes y motivaciones, expresados en comportamientos observables y medibles en un puesto de trabajo, que son críticos para la gestión eficiente y efectiva de una organización o sistema<sup>2</sup>. Además, un ambiente razonable y adecuado de trabajo y la existencia de un

<sup>2</sup> A core competency framework for international health consultants. World Health Professions Alliance and CDC/ CSTE Applied Epidemiology Competencies

sistema organizado de desarrollo profesional que predisponga al éxito del asesor en la obtención de los resultados que le han sido asignados.

Las competencias no actúan en forma individual o unidireccional, sino que interactúan entre sí, y se complementan para lograr un resultado esperado. En otras palabras, el asesor en salud pública para lograr desarrollar con éxito una intervención de cooperación técnica, pone en juego todas sus competencias de una u otra manera: su conocimiento, el mejor uso de sus destrezas y habilidades para gestionar la intervención técnica. Sus valores, motivaciones y actitudes encuentran la fuerza interna para accionar y culminar con éxito los objetivos que se ha propuesto. Es fundamental resaltar que el ejercicio combinado de estos tres elementos y su relación con un contexto determinado, produce resultados distintos. En este sentido el mayor desafío para aquél que coopera en salud pública es su accionar contextualizado.

Otro importante tema relacionado a las competencias de los asesores, ampliamente discutido con los organismos de salud pública, es la noción de los valores como importantes orientadores del criterio con el cual se desarrollan las acciones de cooperación en salud pública.

En este contexto, un elemento central es la forma como el asesor de salud pública comprende el objeto de su accionar y como lo explica, pues esto genera intervenciones que pueden ser de mayor o menor consistencia. Una explicación netamente causal de un problema le llevará a desarrollar intervenciones aisladas, por ejemplo, capacitar a madres de bajos recursos para mejorar la nutrición familiar, mientras que una explicación más compleja le requeriría generar una coalición social para garantizar un mayor acceso a servicios básicos para potenciar la acción de la madre y ampliar el impacto de la intervención generada.

Algunas tendencias del pensamiento respecto al tema de las competencias, tienden a separar o unir algunas de estas categorías para explicar el término de competencias, pero este artículo no pretende abordar este controvertido tema, sino más bien determinar qué competencias han cambiado para el perfil del asesor en salud pública para responder al nuevo entorno referente a redes de relacionamiento social. Es por eso, que se utiliza este modelo, solo para identificar qué competencias han requerido ser modificadas y cuales son completamente nuevas en el perfil del asesor de salud pública internacional.

Por eso, se ha utilizado como punto de referencia las descripciones de puestos de asesores en salud pública internacional de la Organización Panamericana de la Salud, utilizadas hace dos décadas, contrastándolas con las actuales descripciones y requerimientos de los puestos. Como resultado de este contraste, se construyó una matriz de descriptores de competencias el cual se presenta en el cuadro 1.

**Cuadro 1:** Competencias nuevas y modificadas en el perfil profesional del asesor en salud pública

Categoría	Competencias Existentes	Competencias Modificadas	Competencias Nuevas
Conocimiento	Pensamiento conceptual y analítico	Pensamiento y orientación estratégica	Gestión de procesos de trabajo de la cooperación técnica
	Acompañamiento, evaluación y seguimiento de intervenciones técnicas	Planeamiento y organización	
	Diseño de políticas públicas de Salud.	Investigación	
Habilidades y Destrezas	Liderazgo técnico	Negociación e influencia	Gestión del Conocimiento
	Gestión de Proyectos de Salud Pública Internacional	Recolección y organización de información basada en evidencias.	Construcción de Alianzas y relaciones colaborativas de trabajo.
	Uso efectivo de los recursos	Sensibilidad política	Gestión de redes
	Asesoría y facilitación especializada		Conocimiento en nuevas tecnologías de la comunicación y información.
	Comunicación efectiva oral y escrita		
	Movilización de recursos		
Actitud y Motivación	Construcción de capacidades técnicas		
	Compromiso Organizacional	Trabajo en equipo y colaboración	Gestión del cambio
	Ética y profesionalismo	Orientación al servicio	Flexibilidad y adaptabilidad
	Integridad y honestidad		Orientación a resultados
	Aprendizaje continuo		Pensamiento creativo
	Respeto y gestión de la diversidad		Competencia cultural
	Rendición de cuentas		Transparencia

En la columna identificada como competencias “existentes”, se muestran los descriptores que mejor reflejan los requerimientos que han venido incorporándose a las descripciones de puesto de los asesores en salud pública internacional en las últimas dos décadas y que no han cambiado significativamente en cuanto a su significado y contenido.

En la columna identificada como competencias “modificadas”, se muestran aquellas competencias que ya existían pero que en el curso de los últimos años han experimentado una necesidad de ajustarse y actualizarse en función de la dinámica del trabajo en la cooperación técnica. Esas competencias han experimentado una evolución significativa en cuanto a su significado y contenido.

Finalmente en la tercera columna, se muestran competencias “nuevas” o que no existían del todo en el perfil anterior y que en los últimos años la misma dinámica del trabajo en la cooperación técnica ha demandado que se incorporen a los perfiles del asesor en salud pública internacional.

## **LA IMPORTANCIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE ALIANZAS Y REDES ESTRATÉGICAS**

Las alianzas y las redes estratégicas han sido objeto de estudios en décadas pero, actualmente, la complejidad y la exigencia de su uso continuo en un mundo cada vez más complejo y competitivo justifican la relevancia y el interés en su actuación.

Una alianza estratégica se define como un acuerdo cooperativo voluntario entre organizaciones, que abarca el cambio, comparación y desarrollo conjunto de productos y/o servicios, pudiendo incluir contribuciones de cuño técnico científico u otros recursos y capacidades específicas (GULATI, 1998). Las alianzas son distintas de transacciones convencionales, pues independientemente de sus propósitos, abarcan la cooperación entre las organizaciones (STEENSMA, et al 2000) y permiten el agrupamiento de recursos y la coordinación de esfuerzos con la intención de alcanzar resultados superior a los que serían capaces de alcanzar solos (BEAMISH et al, 2003). Esto puede observarse en organismos internacionales actuantes en el área de la salud a nivel local y global.

Desde el punto de vista estratégico, el comportamiento de las organizaciones en relación con las alianzas puede entenderse a partir de la observación de la secuencia de eventos abarcados en la concepción de las relaciones colaborativas. Conforme menciona GULATI (1998), es importante destacar que la secuencia de eventos tales como la selección del socio apropiado y la selección de la estructura a adoptarse está relacionada con a decisión de formar una alianza.

A pesar que las alianzas estratégicas son esencialmente relaciones entre dos o más agentes, procesos y resultados asociados a ellas, pueden influenciarse por las redes en que

están insertadas (GULATI, 1999). Además, las alianzas sirven de vehículo de inserción de las organizaciones en redes estratégicas. La literatura muestra que los temas de alianzas y de redes estratégicas, durante muchas décadas, fueron tratados en forma aislada. Sin embargo, recientes estudios revelan que alianzas y redes son estructuras versátiles y evolutivas de cooperación.

Para GNYAWALI y MADHAVAN (2001), el momento en que las organizaciones se posicionan en redes de relaciones cooperativas, se incrementa el flujo de recursos entre ellas. Este puede llevar a asimetrías que pueden alterar el comportamiento y los resultados de la relación cooperativa.

La visión conjunta de alianzas y redes asociada a las competencias clave citadas arriba tiene como objetivo subsidiar el desarrollo de un conjunto de competencias coherentes con la realidad del escenario internacional de cooperación en salud.

De esa manera, la habilidad de construir y dar mantenimiento efectivo a alianzas y relaciones constructivas de trabajo, en función del logro de los objetivos organizacionales, exige tener habilidades de relacionamiento personal que permitan la interacción respetuosa, ética y efectiva con otras personas, equipos técnicos, redes de trabajo, comunidades de práctica u otros protagonistas en el contexto de la cooperación técnica.

## **COMPETENCIAS REQUERIDAS EN SITUACIONES DE CRISIS O DESASTRES – EL CASO HAITÍ**

Haití, ubicado en el Caribe, es uno de los cinco países prioritarios para la OPS. Lamentablemente la historia reciente de Haití le ha sido desfavorable, pues se han sucedido diversos conflictos de carácter político, con crisis de gobierno, golpes de estado, dictaduras, embargos e intervenciones internacionales. La caída del gobierno el 2004, siguió a la instalación de la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización en Haití (MINUSTAH). Eso significó para Haití la llegada de más de 12 mil cascos azules, pertenecientes a ejércitos de varios países, que se sumaron a la presencia de diferentes agencias de las Naciones Unidas, -donde se incluye la OPS/OMS-; con sus diferentes niveles de coordinación.

Como consecuencia de estas crisis políticas sucesivas en la historia contemporánea de Haití, el Estado se ha ido debilitando y necesitando de la intervención internacional para enfrentar los principales desafíos, por lo que están presentes en Haití diversas organizaciones internacionales, así como varias centenas de ONGs nacionales que canalizan diversos recursos para sostener Haití. La mayoría de la población vive en condiciones de extrema pobreza, hacinados, sin condiciones adecuadas de vivienda, agua y saneamiento. El país más pobre del continente americano tiene 10 millones de habitantes en poco más de 27mil Km<sup>2</sup>. Su población es negra, hay un sincretismo religioso entre la religión



católica y las de origen africano, y las lenguas oficiales son el Créole (Criollo), hablado por la totalidad de haitianos y el francés que lo domina una minoría.

En este contexto de pobreza histórica, prevalecen las enfermedades infecciosas como el VIH-Sida, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, las transmitidas por vectores y las enfermedades olvidadas, resaltando también el impacto que tienen las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Con República Dominicana comparte 360 Km. de frontera, y hay más de un millón de haitianos viviendo como migrantes legales o ilegales, incorporados a las actividades productivas. La diáspora haitiana -a varios países de la región-, estimada en más de 2 millones, envían las remesas a sus familiares, que se convierte en la primera fuente de ingresos del país.

Además de las crisis políticas, Haití sufre los efectos de los desastres naturales durante la estación de huracanes en el Caribe, ó eventos inusitados como el reciente terremoto -de enero del 2010- que causó más de 230 mil muertes y un número mayor de desplazados, afectando seriamente la infraestructura, colapsando las sedes del gobierno, con lo cual se tornó más precaria y compleja la situación. En este contexto una epidemia de cólera se instaló en Haití a partir de Octubre del 2010 que en sólo 5 semanas ya se había expandido a todos los departamentos del país, estimándose un número inusitado de casos y muertes por las condiciones de vida y la precariedad de las instalaciones sanitarias.

En este contexto la complejidad de la cooperación técnica internacional en la salud conduce a una reflexión sobre su actuación en ambientes en situaciones de alto riesgo y crisis. Desde enero del 2010, cuando ocurrió el terremoto en Haití, la OPS/OMS ha duplicado esfuerzos para minimizar los impactos generados por la tragedia. Esto ha requerido de profesionales con competencias para trabajar en situaciones complejas.

Los asesores internacionales de la OPS/OMS que han participado en diferentes momentos de apoyo a la normalización de la atención básica de salud para el pueblo haitiano mencionan que las habilidades como la adaptabilidad, la gestión de nuevos parámetros de la seguridad, la motivación y actitud positiva, buena comunicación, el respeto a la cultural local, la gestión adecuada de tiempo y la capacidad de liderazgo y análisis son competencias claves para los profesionales designados para actuar en situaciones de riesgo o emergencia.

En este contexto de alto riesgo, es primordial que los asesores tengan rápida adaptabilidad a nuevas condiciones de vida, generalmente precarias: el conocimiento de la zona afectada (o la experiencia previa de trabajo) representa una ventaja evidente, pues la llegada en zonas de conflicto y/o de desastre implica un cambio de comportamiento y de hecho una capacidad para enfrentar nuevos retos, incluyendo condiciones precarias de alojamiento, en un contexto mucho mas complicado e inseguro.

La gestión de nuevos parámetros de seguridad es fundamental para el asesor en misión en países difíciles o en territorios cuyas condiciones sufrieron grandes cambios, pues estará enfrentando situaciones de estrés y deberá estar en alerta y receptivo a las orientaciones del personal especializado en temas de seguridad.

Además de demostrar motivación y actitud positiva para trabajar e interactuar en situaciones complejas, será necesario, si no indispensable que el asesor domine el idioma del país, pues facilitará la comunicación con los diferentes actores, constituyéndose en un elemento importante de integración y de comprensión de la cultura del país.

En situación de crisis, los flujos de comunicación y de informaciones son más intensos, de fuentes diversas, de calidad variable, requiriendo del asesor una capacidad de análisis y de lectura avanzada de la situación. La destreza que puede tener el asesor en el manejo de herramientas de comunicación y movilización de recursos a partir de redes colaborativas es de mayor relevancia. El asesor debe demostrar habilidades de comunicación y de relacionamiento en el ámbito profesional pero también en las diferentes esferas sociales.

Es sumamente importante que el asesor tenga claro cuales son sus objetivos de trabajo y en que ambiente esta desempeñando su misión. La gestión del tiempo es otro factor clave que condicionará la oportunidad y efectividad de las acciones.

Además, el asesor debe demostrar capacidad de análisis para resolver problemas nuevos, para definir o reorientar prioridades estratégicas, para proponer respuestas innovadoras guardando como principios la ética y la solidaridad, buscando aún el rigor y la eficacia en la ejecución de acciones. Debe demostrar liderazgo y capacidad para organizar las informaciones, tener objetividad, siendo un consejero para los tomadores de decisiones. No debe evolucionar de manera aislada, pero sí estar cierto que trabaja de manera articulada, coordinada con otros profesionales de su área, buscando una forma de actuar sistémica e interconectada con personas de su propia organización (back up) o expertos de referencia.

Así mismo, debe identificar rápidamente los actores, sus responsabilidades y funciones en situación de desastre, para apoyar las autoridades locales en la coordinación en red de los actores en salud. Aún, puede estar confrontado a jugar un papel activo en la gestión de la ayuda externa y donaciones para el sector salud.

De esa manera, es importante que el profesional de la OPS/OMS conozca los mecanismos de coordinación internacional en escenarios complejos y competitivos, que demuestre liderazgo, capacidad para convocar, para elaborar proyectos, movilizar recursos y posicionarse como un elemento importante para fomentar alianzas estratégicas según las oportunidades.

Sin duda, el consultor OPS en Haití, debe tener la sensibilidad de penetrar en realidades sociales dramáticas que muchas veces se contraponen a su propia experiencia de vida. Esa capacidad sensible surge del respeto a la diversidad (en el caso de Haití a factores culturales como el Vudú) y de la capacidad de combinar la respuesta técnica al límite de lo culturalmente aceptable. El análisis de la cooperación técnica, no solamente de la OPS, pero de todos los extranjeros en Haití, debe pasar siempre por ese respeto y por nuestra capacidad crítica de decidir que es lo mejor para el país. Esta decisión, nunca fácil, puede en algún momento estar en contra-vía de lo que hayamos programado o decidido hacer en el país. En ese momento, debe pesar la coyuntura político-estratégica así como la posibilidad técnica de apoyo. La OPS Haití y sus consultores, tal como se mencionó en los párrafos arriba, en momentos de crisis aguda o emergencias, deben sacar a relucir todo su bagaje de resistencia y compromiso con la población que sufre. En esos casos extremos, la OPS y sus consultores están para disminuir el dolor de las personas y buscar salidas rápidas para ese sufrimiento. En esos casos, el apoyo de la administración en la comprensión de que no es un momento rutinario sino una verdadera emergencia, debe llevar a reestructurar los mecanismos administrativos para hacer más rápida la respuesta de la OPS como un todo.

## **ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES PARA DESARROLLAR LAS NUEVAS COMPETENCIAS DEL ASESOR EN SALUD PÚBLICA**

La mayoría de los planes de capacitación y desarrollo de muchas organizaciones abundan en eventos de capacitación, que muchas veces solo conducen a cerrar las brechas referentes a “conocimientos”, dejando de lado la atención de las competencias de desarrollo de “destrezas y habilidades” y, aún más olvidadas, aquellas competencias de desarrollo de nuevas “actitudes”.

Otro error común es considerar que un curso de “conocimientos” resolverá una competencia de “destrezas y habilidades” o de mejoramiento de “actitudes”. Esta práctica en la mayoría de los casos es equivocada y, por lo general solo representan sumas importantes de recursos sin la obtención de resultados tangibles.

Dicho en otras palabras, si existe una brecha de capacitación de una competencia de “destrezas y habilidades” habrá que buscar una opción que efectivamente permita ejercitar las destrezas y habilidades deseadas. Lo mismo sucede con las competencias de actitudes.

Además, de las tradicionales acciones de capacitación y entrenamiento, es importante crear y dinamizar herramientas y espacios de participación y comunicación en toda la organización con vistas a cerrar las brechas de capacitación tanto en el tema de las competencias de conocimiento, destrezas y habilidades, como de las referentes al desarrollo de actitudes.

Edmundo Granda colocaba como desafíos para el “asesor” y más allá diría del “actuante” de la salud pública el cambiar su accionar en tres momentos:

- **La Mirada:** de ver objetos a mirar sujetos.
- **La Interpretación:** para construir un saber conjunto debe partir, primero, de un encuentro que permita comprender desde la población con sus propias verdades, etnicidad, veracidades, prácticas y formas de organizar el poder, y segundo de la ciencia, de la teoría, de los problemas que se buscan “resolver en el campo de la salud pública”.
- **La Acción:** Desde la intervención a la intermediación entre el éxito técnico y el logro práctico.

Así calificaba al asesor de la salud pública como un **Sujeto Intérprete** de las maneras como los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes y desarrollan las acciones relacionadas con la salud y también con la enfermedad y **Sujeto Mediador** con los poderes científico, político, social y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.


Las estrategias adoptadas por la OPS/OMS para el desarrollo/fortalecimiento del conocimiento del asesor en salud pública parte de un trabajo conjunto basado en el concepto de rutas de aprendizaje, en que los diferentes caminos para el crecimiento profesional son establecidos y los contenidos de los cursos específicos son ofrecidos en ambientes virtuales para la educación corporativa.

El proceso de cambio de actitudes y comportamiento hace parte de la estructura funcional de la organización con la creación de grupos de trabajo que manejan temas relacionados a las diferentes dimensiones político-técnico, estratégico y administrativo de la cooperación técnica. En estos espacios de participación, la OPS/OMS del Brasil y Ecuador adoptaron la metodología de los Grupos Óptimos, la cual es sustentada en “el aprendizaje en la acción”, una práctica que busca soluciones para “situaciones problemas” en nivel político, técnico y administrativo. Estos grupos hacen parte de la organización funcional de la Representación, y esos equipos de trabajo pueden potenciar o desarrollar competencias claves, tales como pensamiento creativo, gestión del conocimiento, construcción de alianzas y relaciones colaborativas, interacción en redes sociales, gestión del cambio, flexibilidad y adaptabilidad y orientación a los resultados. Sin embargo, esta práctica de participación colectiva respalda la toma de decisiones de los gestores y contribuye para el fortalecimiento organizacional

## Bibliografía

1. Beamish PW, Morrison AJ, Rosenzweig PM, Inkpen A. International management: test and cases. 5th ed. Boston: McGraw-Hill; 2003.
2. Gnyawali DR, Madhavan R. Cooperative networks and competitive dynamics: a structural embeddedness perspective. *Academy of Management Review* 2001; 26(3): 431-445.
3. Gulati R. Alliances and networks. *Strategic Management Journal* 1998; 19(4): 293-317.
4. \_\_\_\_\_. Network location and learning: the influence of network resources and firm capabilities on alliance formation. *Strategic Management Journal* 1999; 20(5): 397-420.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Grupos Ótimos: um modelo de gestão participativa para o desenvolvimento institucional das representações e centros da OPAS/OMS. Brasília: OPAS; 2009.
6. Steensma HK, Marino L, Weaver KM. Attitudes toward cooperative strategies: a cross-cultural analysis of entrepreneurs. *Journal of International Business Studies* 2000; 31(4): 591-609.
7. Granda E. La salud y la vida. Quito; 2009. p. 135-153.





The background features a complex network diagram with numerous nodes and connecting lines. A dark blue rectangular overlay is positioned in the center-right, containing the chapter title. The background also has a repeating pattern of faint, light blue text including 'REDES', 'CONCEPTOS', 'COMPETENCIAS', 'ASESORES', 'OPS', 'OMS', 'RELACIONAMIENTO', 'ESTRATEGIA', and 'LECCIONES'.

**CAPITULO II:**  
**Las Redes de**  
**Relacionamiento: La**  
**experiencia de la OPS/OMS**





A network diagram consisting of numerous small circular nodes connected by thin white lines, forming a dense, interconnected web. The nodes are arranged in a roughly spherical shape, with some nodes being larger than others.A network diagram consisting of numerous circular nodes of varying sizes connected by thin white lines. The nodes are arranged in a more elongated, horizontal shape, with some nodes being significantly larger than others, suggesting a central or hub node.

**PARTE I: La OPS e  
instituciones claves  
en las Redes de  
Relacionamiento  
Estratégico.  
Presentación de casos**



## Los Ministerios de Salud

*Mariela Licha Salomón, Piedad Huerta, Daniel Gutiérrez*

El Relacionamento del secretariado (la Oficina Sanitaria Panamericana, OSP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con los Ministerios de Salud reviste características muy particulares derivadas de la naturaleza intergubernamental de la Organización y de su condición como secretariado conducido y financiado por los Estados Miembros.

La condición de ser agencia especializada en salud del Sistema de Naciones Unidas le establece parámetros muy claros en términos de neutralidad para con los intereses específicos de los Estados Miembros y de compromiso para con los intereses colectivos de los mismos, expresados en las deliberaciones y resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización.

Así mismo, la condición de agencia especializada en salud del Sistema Interamericano, lleva a la OSP a siempre buscar oportunidades para promover el “panamericanismo” en salud. Como agencia de ambos sistemas, este relacionamento tiene el fin de avanzar el desarrollo sanitario global y regional partiendo del desarrollo sanitario de cada uno de los Estados Miembros, buscando la disminución de las asimetrías entre ellos y fortaleciendo la cooperación entre países. “...Las metas, programas y estrategias acordadas colectivamente por los Estados en el seno de las agencias especializadas del sistema de Naciones Unidas resultan ser la expresión sectorial de la diplomacia en el campo de la salud”<sup>1</sup>.

En este marco, esta relación tiene diversas facetas, las cuales se describen a continuación:

### **Relacionamento con los Ministerios de Salud en su rol de actores fundamentales en los Cuerpos Directivos de la OPS**

Los Ministerios de Salud de los Estados Miembros de la Organización constituyen sus Cuerpos Directivos, mientras que la Oficina Sanitaria Panamericana actúa como su secretariado. El secretariado propone las agendas de trabajo de las sesiones deliberativas

---

1 Roses, M. Las dimensiones diplomáticas e interagenciales de la cooperación internacional. Trabajo presentado en: Seminario de Salud Internacional. Sucre, Bolivia, Setiembre de 1993. Disponible en: [http://www.ilazarte.com.ar/saludinternacional/pdf/Mirta\\_Roses OPS.pdf](http://www.ilazarte.com.ar/saludinternacional/pdf/Mirta_Roses OPS.pdf).

de los Cuerpos Directivos en consulta con los mismos, y organiza la preparación de los documentos de trabajo y puede anticipar la preparación de las resoluciones correspondientes.

El relacionamiento del secretariado en la esfera de los Cuerpos Directivos tanto de la OPS como de la OMS esta claramente delimitado en los documentos básicos y los reglamentos de ambas Organizaciones. Estos documentos definen el funcionamiento de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, así como del Consejo Directivo de la OPS (que sesiona a su vez como el Comité Regional de la OMS para las Américas). Por esta razón es sumamente importante que los gerentes estén familiarizados con los documentos básicos y hagan un seguimiento muy estrecho de los temas discutidos durante las sesiones de cada uno de los Cuerpos Directivos y de sus resultados.

Esto también implica una seria responsabilidad en apoyar a los Ministerios de Salud en su preparación para participar activamente en los Cuerpos Directivos, sobre todo cuando la agenda contiene temas potencialmente controversiales y cuando el país juega un papel prominente (ya sea como presidente, vicepresidente o relator de alguna sesión, o porque forma parte del Comité o algún Subcomité).

Corresponde a los Estados Miembros revisar y aprobar todos los asuntos relativos a la política de programas, incluyendo las propuestas de políticas, estrategias y planes de acción en materia de salud pública. También revisan y aprueban el Plan Estratégico de la Organización y sus programas y presupuestos, así como todos los informes técnicos, administrativos y financieros.

Los Estados Miembros elijen a sus representantes para los diferentes comités de los Cuerpos Directivos y para otros grupos de trabajo, reconocen la excelencia de sus pares en la salud pública a través de los premios y, en el seno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, elijen al Director o Directora de la Organización y aprueban el Plan Estratégico de la Organización.

**Todas estas decisiones, conllevan compromisos tanto para el secretariado como para los propios Estados Miembros. Resulta por lo tanto imperativa, la atención que se de en cuanto a la preparación de los delegados de los Estados Miembros en este ámbito, así como el seguimiento a las Resoluciones o Acuerdos.**

Todos los gerentes de las Entidades de País son invitados a participar de algunas de estas sesiones, con el objetivo de que se familiaricen al máximo con las necesidades específicas de apoyo de los Estados Miembros para lograr una participación efectiva de los mismos. A lo largo del año también corresponde a los gerentes acompañar la implementación de las resoluciones adoptadas y asegurarse que las mismas estén reflejadas en la Estrategia

de Cooperación al País y el Plan de Trabajo Bienal correspondientes, en la medida en que constituyen prioridades de cooperación.

### **Relacionamiento con los Ministerios de Salud en su rol de actores claves en el establecimiento de normas y estándares**

El cuerpo técnico del secretariado junto con los grupos técnicos asesores (específicos según temas y áreas de experticia) formula propuestas para los Cuerpos Directivos con miras a establecer normas y estándares en todos los aspectos relacionados con la salud. Las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud son extensa evidencia del desarrollo de esta función clave del secretariado y los Cuerpos Directivos de la OPS.

Por la naturaleza de los temas de la salud pública y por la profundidad del conocimiento técnico que se requiere, el establecimiento de normas y estándares se desarrolla por antonomasia a nivel global, es decir, en el Consejo Ejecutivo de la OMS y en la Asamblea Mundial de la Salud. Ya la Asamblea Mundial de la Salud se ha pronunciado categóricamente sobre una gran cantidad de los temas de orden más técnico (o de orden estrictamente sectorial) relacionados con la salud. Sin embargo, con la evolución de la salud pública hacia temas cada vez más internacionales y globales y con la necesidad de abordar los factores determinantes de la salud, recientemente se ha observado una tendencia al planteamiento de temas de carácter más controversial y político en las discusiones de los Cuerpos Directivos, para los cuales, es preciso también establecer normas y estándares.

Dos ejemplos relativamente recientes son el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco adoptado en mayo del 2003<sup>2</sup> y el Reglamento Sanitario Internacional 2005<sup>3</sup>. Más recientemente, la aprobación de las nuevas normas de la OMS sobre calidad del agua y las tablas de crecimiento infantil constituyen ejemplos de acuerdos para establecer normas y estándares de aplicación global, estas últimas menos controversiales.

Los Comités Regionales de la OMS, y en el caso de la Región de las Américas, el Consejo Directivo, también se involucran en el establecimiento de normas y estándares, siempre tomando en cuenta y partiendo de los estándares establecidos a nivel global. Por ejemplo, se pueden hacer adaptaciones regionales de algunas normas globales, así como elaborar normas específicas para problemas o asuntos de salud específicamente regionales, o que tienen un cierto comportamiento específico en la Región (como el caso de la

---

2 World Health Organization. 56th World Health Assembly. Resolution WHA56.1: WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/ea56r1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf).

3 Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 58.3: Revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-sp.pdf).

enfermedad de Chagas, que es estrictamente Americana, y algunas normas relativas al comportamiento de la malaria a nivel regional).

**Se hace necesario que los gerentes conozcan las capacidades nacionales (tanto institucionales como a nivel de individuos expertos) en la academia, investigación, y otros centros de excelencia para favorecer una participación más equitativa de cada uno de los Estados Miembros en el desempeño de esta función.**

En la región de las Américas se lleva a cabo un programa de trabajo orientado a fortalecer la integración en salud, el cual involucra como contrapartes a las instancias de salud (y sus determinantes) de los sistemas de integración subregional. Estas instancias están estrechamente vinculadas con los Ministerios de Salud de los Estados Miembros, en tanto que constituyen también organismos multilaterales que buscan avanzar la integración económica y social en un determinado grupo de países que comparten intereses geopolíticos específicos.

Ocasionalmente, se dan procesos que favorecen la formulación de normas y estándares desde estos niveles subregionales y que pueden luego actuar como catalizadores de normas y estándares a nivel global. Esto ha sucedido y continúa sucediendo en el caso del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y las normas específicas relacionadas con puertos, aeropuertos y puntos de entrada entre los países. El Subgrupo de Trabajo 11-Salud de MERCOSUR ha sido pionero en la formulación de algunas de estas normas, así como instrumentos de evaluación de las capacidades nacionales para el RSI, que han sido aprovechadas por la OMS para avanzar más rápidamente en el establecimiento de estas normas y estándares a nivel global.

**Esta es una prueba adicional de la necesidad de que los gerentes conozcan de las capacidades nacionales y en este caso subregionales para la formulación de normas y estándares y favorezcan el flujo de esta información de lo nacional hacia lo global, precisamente en el interés de la colectividad mundial y su desarrollo sanitario.**

### **Relacionamiento con los Ministerios de Salud en su rol de socios privilegiados de la cooperación técnica para el Desarrollo Nacional de la Salud**

La OPS/OMS como agencia especializada en salud brinda cooperación técnica a los Estados Miembros para su desarrollo sanitario. En la mayoría de los Estados Miembros esta cooperación se presta desde las oficinas en el país sede, encabezadas por el Representante, u oficinas ubicadas en un país cercano. Estas oficinas empezaron a establecerse en la Región desde la década de los cuarenta y tienen una función fundamental en la definición y entrega del programa de cooperación vis-a-vis las prioridades nacionales, función que fue reconocida desde el principio de los años 80 por los Cuerpos Directivos

de la Organización, cuando se propuso y se aprobó definir a las Representaciones como las unidades básicas para la cooperación técnica de la OPS/OMS.

Más recientemente, en el marco de la política de la cooperación centrada en los países, la OMS estableció una metodología para definir la estrategia de cooperación con cada uno de los Estados Miembros, de manera de hacerla más específica, más alineada a los planes y estrategias nacionales de desarrollo sanitario, y definir en consecuencia las implicaciones para las oficinas regionales y para el nivel global, así como para el equipo de país<sup>4</sup>.

El relacionamiento de la OPS con los Ministerios de Salud esta determinado por la naturaleza intergubernamental de la Organización, que se basa en el sistema multilateral de Naciones Unidas y el Interamericano. Los Ministerios de Salud, en tanto que cabezas del sector salud y responsables oficiales de establecer el curso del desarrollo sanitario, buscan aumentar los recursos de salud y aplicarlos de una manera racional y efectiva en función de objetivos sanitarios, al tiempo que ejercen la función de rectoría del sector. Por lo tanto, este relacionamiento entre la OPS y cada uno de los Ministerios de Salud es por definición un relacionamiento privilegiado y particular, precisamente porque implica la cooperación entre el secretariado y los Estados Miembros, que en su conjunto más amplio conforman la Organización.

**Como corolario del reconocimiento de esta relación privilegiada entre los Ministerios de Salud y el secretariado de la Organización, conviene siempre que los gerentes de oficinas de país coloquen al sector oficial en una categoría especial a la hora de establecer su esquema de relacionamiento estratégico. No hay otros actores que puedan entrar en esta categoría y a su vez el sector oficial no debe ser considerado un socio mas de la cooperación. Independientemente del peso que un cooperante en particular pueda tener en un país determinado, en materia de cooperación para el desarrollo sanitario, nunca podrá ocupar, ni el secretariado le podrá otorgar, el estatus que tiene el sector oficial del país en cuestión.**

La coordinación de la cooperación internacional en salud es una función que forma parte de la rectoría del sector. Por lo tanto, corresponde a la cabeza del sector oficial definir y avanzar en estos esfuerzos de coordinación; y corresponde a la OPS/OMS, como contraparte privilegiada apoyar esta función de coordinación, que resulta estratégica. La OPS/OMS como parte del Sistema de Naciones Unidas se ha adherido a la Declaración de Paris sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y sus cinco principios: apropiación por parte de los países de las políticas de desarrollo y de la coordinación de las acciones de

---

4 Organización Panamericana de la Salud. 46° Consejo Directivo. (2005). La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud. Washington: OPS; 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-19-s.pdf>

desarrollo; alineación de los cooperantes a las estrategias y procedimientos nacionales de desarrollo; armonización de las acciones de los cooperantes en función de las estrategias nacionales; gestión basada en resultados; y responsabilidad mutua<sup>5</sup>.

En los países en los cuales la cooperación para el desarrollo cuenta cada vez con más actores, esta función de cooperación técnica y el relacionamiento privilegiado con el Ministerio de Salud adquiere una complejidad mayor, debido a las múltiples demandas y tensiones a que están sometidos los Ministerios por parte de los actores de ayuda para el desarrollo. Esta situación se da particularmente en los cinco países prioritarios (Haití, Guyana, Honduras, Nicaragua y Bolivia) pero no es exclusiva de ellos. En la mayoría de estos países ya están en funcionamiento procesos e instancias de coordinación de la cooperación internacional en salud, entre ellos los procesos de armonización y alineamiento así como las conocidas “Mesas de Cooperantes” y hasta los “Mecanismos de Coordinación” establecidos en el marco de los proyectos del Fondo Mundial para SIDA, tuberculosis y malaria. En estos casos, se requiere destacar la condición de la OPS/OMS de mediador honesto e imparcial, basada tanto en la competencia técnica como en la neutralidad, cuyo único interés final es el desarrollo sanitario nacional y el goce del mayor nivel de salud por toda la población, para lo cual se requieren esfuerzos de abogacía, negociación y movilización de recursos de todo orden: políticos, institucionales, humanos y financieros; así como de gestión de la información.

Ello implica un relacionamiento igualmente estratégico con otros actores instituciones e individuales dentro del sector (seguridad social, academia, sociedades profesionales, sindicatos) y fuera del sector (Ministerios de Relaciones Exteriores, Educación, de la Familia, de la Mujer, de Finanzas, de Planificación), otros niveles de gobierno (regionales y locales, particularmente alcaldes), representantes de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales, instituciones religiosas, grupos étnicos, grupos vulnerables, así como otras agencias de cooperación bilaterales y multilaterales, entre otros. Este relacionamiento con la mirada de las instituciones mencionadas, parte siempre de la relación fundamental privilegiada de la Organización con el Ministerio de Salud y el compromiso ineludible de fortalecerlo en el ejercicio de las responsabilidades que le corresponde.

Pero esta diversificación en el relacionamiento de la Organización también parte de un reconocimiento de que la salud como bien público es producida por la sociedad en su conjunto, y tiene factores determinantes más allá del sector salud sobre los cuales es preciso influir para lograr que “la salud este en todas las políticas.”<sup>6</sup>

---

5 Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de accra: 2005/2008. Paris: OCDE; 2008. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf>

6 Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)



De esta manera, los procesos para definir la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con el país, si bien parten de un análisis de situación consensuado con los Ministerios de Salud y de una jerarquización de las necesidades (en función de los compromisos globales y regionales, así como de la priorización política), requieren mecanismos de consulta con estos otros actores claves, cuyas opiniones también son tomadas en cuenta a la hora de definir el “nicho” que corresponde a la cooperación técnica de la OPS/OMS con el país.

Así mismo, una vez definida la estrategia de cooperación, los programas bianuales de cooperación, si bien destacan en los esfuerzos de fortalecimiento del Ministerio y sus programas y dependencias, también incluyen esfuerzos de fortalecimiento de algunos de estos otros actores, pero sobre todo esfuerzos de relacionamiento estratégico orientados a la influencia sobre su accionar, y derivados de la acción de abogacía basada en evidencias.

Ello implica el desarrollo de competencias en el equipo de país en las siguientes áreas:

- Análisis de situación de salud, salas de situación de salud
- Documentación y presentación de evidencias para facilitar la toma de decisiones a medidas de intervención en salud pública y programas sanitarios; análisis de la relación costo-beneficio y costo-efectividad; formulación de planes y estrategias de salud
- Armonización de los actores claves y apoyo a la conducción de “Mesas de Cooperantes”
- Mapeo de los cooperantes y flujos de recursos; movilización de recursos institucionales, políticos y financieros para el desarrollo sanitario
- Habilidades comunicacionales y de abogacía
- Gestión de la información

## Bibliografía

1. Roses, M. Las dimensiones diplomáticas e interagenciales de la cooperación internacional. Trabajo presentado en: Seminario de Salud Internacional. Sucre, Bolivia, Setiembre de 1993. Disponible en: [http://www.ilazarte.com.ar/saludinternacional/pdf/Mirta\\_Roses\\_OPS.pdf](http://www.ilazarte.com.ar/saludinternacional/pdf/Mirta_Roses_OPS.pdf).
2. World Health Organization. 56th World Health Assembly. Resolution WHA56.1: WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/ea56r1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf).
3. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 58.3: Revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-sp.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)

5. Organización Panamericana de la Salud. 46° Consejo Directivo. (2005). La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud. Washington: OPS; 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-19-s.pdf>
6. Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de accra: 2005/2008. Paris: OCDE; 2008. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf>
7. World Health Organization. WHO Country Cooperation Strategies Guide 2010. Geneva: WHO; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/WHO-CSS\\_Guide2010\\_Eng\\_intranet\\_24sep10.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/WHO-CSS_Guide2010_Eng_intranet_24sep10.pdf)

# Las redes de relacionamiento estratégico a nivel internacional: la experiencia de la OPS/OMS

*Juan Manuel Sotelo, Hugo Prado, Diego Bernardini, Carlos Arósquipa, Mariela Cánepa, Mariana Crespo*

## INTRODUCCION

Si bien los temas de salud, históricamente, han ocupado un lugar marginal en la agenda internacional, últimamente esta ha ido tomando un rol cada vez más protagónico en la política exterior de los países.

Los desafíos que la comunidad internacional ha enfrentado en los últimos años, como por ejemplo las grandes pandemias y desastres naturales, ha llevado a que los líderes del mundo incluyan como primer tema de sus agendas el tema de salud. La salud se ha convertido entonces en un tema de importancia global con incumbencias políticas, económicas, sociales y de seguridad.

Como destaca Feldbaum et al<sup>1</sup>, desde el establecimiento de los cordones sanitarios para prevenir el ingreso de la peste desde las costas de Croacia, hasta las convenciones internacionales del siglo XIX, incluyendo la lucha contra la malaria y fiebre amarilla que se dio durante la construcción del canal de Panamá; la salud y la enfermedad se han interrelacionado con los objetivos de la política exterior. Asimismo, Feldbaum señala que la globalización ha permitido que la salud internacional ocupe un lugar importante en la política exterior como nunca antes se había observado. Esto ha traído aparejado una interdependencia que supone una nueva aproximación a la conceptualización y organización del mundo actual<sup>2</sup>. Es un cambio de paradigma desde el concepto de “salud internacional” hacia uno más amplio y abarcativo, con claras incumbencias en seguridad y cooperación como “salud global y diplomacia”, en donde los procesos de negociación en torno a las políticas globales y los determinantes de la salud son prioridad.

---

1 Feldbaum H, Lee k, Michaud J. Global Health and Foreign Policy. Epidemiol Rev 2010;32: 82–92.

2 Alcazar S. The Copernican shift in Global Health. Geneva: The Graduate Institute Geneva; 2008. (Global Health Programme Working Paper n. 3)

A nivel global hay muchos ejemplos que muestran esta interrelación estratégica. Para nombrar solo algunos ejemplos podemos destacar:

- La Declaración de los Objetivos del Milenio, donde 3 de los 8 objetivos y 7 de las 18 metas se relacionan directamente con salud.
- La Declaración Ministerial de Oslo, que da origen a la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Global (PESG) suscrita por los Ministros de Relaciones Exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia, en la ciudad de Oslo en marzo del 2007, que señalaba por qué la salud mundial debería ocupar un lugar estratégico en la agenda internacional<sup>3</sup>.
- La Cumbre de Naciones Unidas sobre Enfermedades no Transmisibles en el 2011. La resolución de la Asamblea General A/RES/64/265, aprobada el 13 de mayo de 2010, decide convocar una reunión de alto nivel de la Asamblea General, con la participación de Jefes de Estado y de Gobierno, sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Esta reunión se celebrará el 19 de septiembre de 2011.

### **SALUD EN LA RED GLOBAL DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS:**

Salud ha tomado gran preponderancia en el ámbito de la Asamblea General (AG) de las Naciones Unidas. En noviembre de 2008, la Asamblea General adoptó la resolución A63/33 sobre “Salud Internacional y Política Exterior”<sup>3</sup> en donde se reconoce la interrelación entre salud y política exterior e insta a los Estados Miembros a tomar en cuenta los temas de salud en la formulación de su política exterior.

A partir de esta resolución la Asamblea solicitó al Secretario General, en colaboración con la Directora General de la OMS, presentar un informe en la 64 AG con recomendaciones sobre los desafíos y oportunidades en la relación entre salud internacional y política exterior. El documento fue presentado a la Asamblea General A/64/365, y se tituló “Salud Internacional y Política Exterior: oportunidades estratégicas y desafíos”<sup>4</sup>. El proceso de consulta reveló que el aumento y la mejora de la promoción y la participación de la política exterior respecto de siete problemas principales relacionados con la salud podrían mejorar la acción colectiva en materia de salud mundial y, potencialmente, los resultados en ese ámbito. Se destacan: abordar la función de la salud en la seguridad nacional y mundial; lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; asegurar que los medicamentos sean accesibles y asequibles; controlar las nuevas

---

3 Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución aprobada por la Asamblea General 63/33: Salud mundial y política exterior. [S.l.]: Naciones Unidas; 2009.

4 Naciones Unidas. Asamblea General. Salud mundial y política exterior: oportunidades y desafíos estratégicos: nota del Secretario General. S.l.]: Naciones Unidas; 2009. (A/64/365)

enfermedades infecciosas, en particular mediante el intercambio de materiales biológicos que tengan potencial patógeno y mejorar el acceso a vacunas, medicamentos y otros beneficios; fomentar el apoyo internacional para fortalecer los sistemas sanitarios; abordar los desafíos que afronta la gobernanza en materia de salud mundial; integrar la salud en todas las políticas; y hacer frente a las enfermedades no transmisibles. Asimismo se mencionaron cuestiones prioritarias que tienen que ver con aquellos que generan oportunidades potenciales para apoyar o perjudicar la salud nacional y mundial tales como los conflictos armados, las crisis económicas y financieras, desastres naturales, el cambio climático, la inseguridad alimentaria, la promoción de la salud como un derecho humano y las migraciones. El documento resalta que el objetivo principal de aumentar la sensibilización de los encargados de formular la política exterior en cuanto a la salud es mejorar la coherencia entre la política exterior y la política en materia de salud mediante una mayor conciencia respecto de los efectos que tienen en la salud las políticas adoptadas en los sectores no relacionados con la salud.

En este escenario y con los desafíos que se presentan en el ámbito de la salud, es evidente que la intersectorialidad es un requisito para lograr resultados exitosos en los temas de salud. La necesidad de definir acciones conjuntas entre los actores responsables de definir la política exterior y los expertos de salud, se torna imprescindible. Hay numerosos foros a nivel regional como mundial que permiten la construcción de estas alianzas para abordar problemas que trascienden las fronteras y en eso los organismos internacionales, como la OPS/OMS, tienen un rol clave que jugar promoviendo esta articulación y favoreciendo el diálogo colectivo y por ende, la construcción de redes de trabajo.

## **LA RED DE TRABAJO DE LA OPS/OMS**

Tomando en cuenta que todas las organizaciones son redes sociales, consideradas como un conjunto de puntos ligados por relaciones, la OPS/OMS como organización en permanente cambio responde a las demandas del mundo actual adaptándose para responder de manera más efectiva al mismo. Para dicho trabajo las alianzas estratégicas, como otro tipo de red, hacen a la esencia de la misión de la OPS/OMS y en su evolución se fortalecen las redes con socios tradicionales y van surgiendo nuevas a las que hay que potenciar para que contribuyan al logro de los resultados establecidos. En definitiva esa es la esencia de la cooperación, es decir, un trabajo en común llevado a cabo por parte de un grupo de personas o entidades hacia un objetivo compartido

La OPS/OMS como organismo internacional de salud pública dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas, forma parte del sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud. En este sentido, y respondiendo a su misión de liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para lograr una

mejor salud para todos, ha venido trabajando activamente en el seno de las Naciones Unidas así como de la Organización de Estados Americanos (OEA), así como en otros foros internacionales donde los Ministerios de Relaciones Exteriores juegan un papel preponderante en la construcción de acuerdos internacionales, que luego se traducen en políticas al interior de los países.

Este relacionamiento tiene distintas características y solo con fines didácticos, podríamos clasificar las mismas en:

- 1) **OPS/OMS como socio político:** En este caso, la OPS/OMS trabaja más directamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores, y tiene su espacio de trabajo en los distintos Foros Internacionales de Gobernanza Global donde la salud es un tema de agenda principal. El rol de la OPS/OMS en estos casos es el de un socio que brinda su conocimiento y realiza abogacía para posicionar temas que han sido previamente priorizados en cuerpos intergubernamentales sectoriales. Los espacios de integración subregional o regional, son también espacios naturales donde se aprecia este rol de la OPS/OMS con los países.
- 2) **OPS/OMS como socio técnico:** En este caso, la OPS/OMS trabaja, de manera usual, directamente con el Ministerio de Salud y/o Desarrollo Social, donde el espacio de trabajo son foros técnicos temáticos relacionados a problemas de salud pública. La OPS/OMS brinda su experticia técnica especializada a demanda de los países, así como la experiencia acumulada en los diversos temas técnicos. Dado el énfasis cada vez mayor en los determinantes de la salud, este trabajo trasciende a los Ministerios de Salud e incorpora más a otros sectores como educación, saneamiento, vivienda, agricultura, etc. Como agencia de cooperación técnica, desde el año 1998, la OPS/OMS ha estado involucrada en más de 200 proyectos<sup>5</sup>.
- 3) **OPS/OMS como “broker” confiable:** En este caso, la OPS/OMS cataliza procesos de asociación o alianzas entre países o sectores, en aras de lograr mejoras en la salud de la población. En una región como las Américas, donde los países han alcanzado importantes desarrollos técnicos institucionales, la cooperación horizontal es una modalidad de cooperación con gran potencial, donde OPS/OMS en su rol de socio promotor de alianzas busca promover salud. Un ejemplo de esta modalidad de asociación es la Iniciativa del Foro de Socios contra las Enfermedades no Transmisibles donde la OPS/OMS promueve la cooperación multisectorial e interinstitucional contra enfermedades no transmisibles.
- 4) **La OPS/OMS como socio implementador:** En este caso, la OPS/OMS esta asociada para implementar acciones o estrategias previamente consensuadas con el país socio. Este rol, muy común en los orígenes de la OPS/OMS, en estos tiempos es cada vez más focalizado a acciones de fortalecimiento de capacidades institucionales en áreas

---

5 Organización Panamericana de La Salud. Salud en las Américas. Washington: OPS; 2007. Vol. 2. p. 407.

de trabajo nuevas o en otras donde hay una rápida evolución y recambio de conocimientos y prácticas.

## EJEMPLOS DE RELACIONAMIENTOS DE LA OPS/OMS

TIPOS DE RELACIONAMIENTO	EJEMPLOS
OPS/OMS como socio político	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Trabajo con el Sistema Interamericano</li> <li>· Trabajo con el Sistema Iberoamericano</li> <li>· Trabajo con Ministerios de Relaciones Exteriores</li> </ul>
OPS/OMS como socio técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Trabajo con Agencias del Sistema de Naciones Unidas</li> <li>· Trabajo con países miembros.</li> </ul>
OPS/OMS como broker confiable	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Trabajo en Cooperación Sur Sur: Argentina, Brasil, Cuba.</li> <li>· Foro de socios y aliados por la salud en las Américas</li> <li>· Foro de socios para enfrentar las enfermedades no transmisibles</li> </ul>
OPS/OMS como socio implementador	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Trabajo con los países miembros</li> <li>· Trabajo con agencias bilaterales y multilaterales de cooperación</li> </ul>

Fuente: Oficina de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas, OPS.

Se detallan a continuación aquellas que en la práctica se perciben en el trabajo con los Ministerios de Relaciones Exteriores

### 1. La OPS/OMS y los Ministerios de Relaciones Exteriores

Las Relaciones Internacionales son una disciplina académica y campo de la ciencia política dirigida hacia las relaciones de Estados entre sí mismos y con otras unidades que compongan el sistema internacional, incluyendo las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las corporaciones multinacionales. En este sentido, si bien las relaciones internacionales son transversales a todos los organismos de gobierno, los encargados de ejecutar la política exterior son los Ministerios o Secretarías de Relaciones Exteriores.

Con el objetivo de fortalecer la interrelación entre salud y relaciones internacionales, en el año 2008, en la reunión de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS, los Ministros de Salud aprobaron la Resolución CD48.16 “La Salud y las Relaciones Internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud”. Por medio de dicha resolución se promueve el fortalecimiento de las relaciones de coordinación e intercambio de las autoridades sanitarias con las autoridades encargadas de la política exterior y de coo-

peración internacional de los gobiernos, y el fortalecimiento de los recursos humanos en dichos temas, tanto en el ámbito de la salud, como de los funcionarios de las cancillerías.

Como se ha mencionado la OPS/OMS, para el cumplimiento de su misión y para cumplir con los mandatos dados por los Estados Miembros, ha desarrollado un activo trabajo de relacionamiento estratégico con distintos actores, entre ellos los Ministerios de Relaciones Exteriores. Este relacionamiento político y estratégico, se ha ido fortaleciendo con el tiempo basado en la confianza de los Estados sobre el rol que la OPS/OMS cumple como organismo de cooperación técnica especializado en salud. Esto ha permitido asimismo, fortalecer el posicionamiento de la salud en la esfera internacional.

Si bien el trabajo con los Ministerios de Relaciones Exteriores no es nuevo, en los últimos tiempos este vínculo se ha ido estrechando. La relevancia que el tema salud y política exterior está teniendo en el foro de la Asamblea General de Naciones Unidas requerirá en el futuro un trabajo más activo por parte de las oficinas de país de la OPS/OMS. El mismo es una oportunidad de abogar al más alto nivel político sobre los temas de salud y establecer alianzas con nuevos socios en pos de la salud de nuestros pueblos.

Siguiendo la categoría de relacionamiento de la OPS/OMS presentada anteriormente, a modo de ejemplo cabe destacar el trabajo que la Organización ha venido desarrollando tanto en foros regionales como en su trabajo a nivel de país en su relacionamiento estratégico con los Ministerios de Relaciones Exteriores o Misiones diplomáticas.

## 2. La OPS/OMS y el sistema Interamericano de Integración:

La Organización Panamericana de la Salud, en su carácter de Agencia especializada en Salud del Sistema Interamericano, participa en redes que han permitido que los temas de salud sean parte de las agendas políticas al más alto nivel. Un ejemplo de este trabajo se encuentra en las redes que la OPS/OMS ha desarrollado con los Ministerios de Relaciones Exteriores de todos los países de la Región con los que se mantiene relaciones privilegiadas en las siguientes esferas:

- El proceso de las Cumbres de las Américas
- La Cumbre de las Américas
- El Consejo Permanente de la OEA

Las Cumbres de las Américas<sup>6</sup> pueden enfocarse como un esfuerzo colectivo de 34 gobiernos democráticamente elegidos del Hemisferio, con el fin de establecer normas que mejoren la calidad de los temas más importantes para los Jefes de Estado y de Gobierno

---

6 <http://www.summit-americas.org>



de la región y adoptar medidas sobre los aspectos políticos, económicos y sociales que son de particular interés para la región. El objetivo fundamental es atender a las necesidades de los 800 millones de ciudadanos de las Américas.

El Proceso de Cumbres sugiere una nueva estrategia para la integración regional, que se centra directamente en el establecimiento de normas comunes, basadas en la normativa internacional y los datos recientemente disponibles. Estas normas abarcan una amplia gama de temas tales como la salud, la educación, el trabajo, la justicia, los derechos humanos, el comercio y el fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para hacer realidad los beneficios de la democracia por medio de una buena gestión de los asuntos públicos.

La integración regional es fundamentalmente importante para reforzar la competitividad, el crecimiento, la estabilidad regional y la igualdad. En este sentido, el proceso de la Cumbre de las Américas representa tanto un desafío como una oportunidad. La historia ha demostrado que la integración regional tiene un efecto colorario en el crecimiento, la inversión y la estabilidad política, y ha desempeñado un papel central en el reforzamiento de la cohesión social.

Este enfoque es posible gracias a la capacidad de instituciones regionales e internacionales, como la CEPAL, la OPS/OMS, el BID y el Banco Mundial, para medir los distintos entornos cambiantes utilizando indicadores objetivos y verificables, coherentes para todos los países y periódicamente actualizados.

La Primera Cumbre de las Américas celebrada en Miami inició un proceso hemisférico de cooperación e integración que hoy continúa activo.

Hasta la fecha, se han celebrado cinco reuniones:

- Miami en 1994
- Santiago de Chile en 1998
- Ciudad de Quebec en 2001
- Mar del Plata en 2005, y
- Puerto España en 2009

Además, se han celebrado dos Cumbres extraordinarias:

- Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible, en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia en 1996, y
- Cumbre Extraordinaria de las Américas celebrada en Monterrey, México en 2004.

## a) El Grupo de Trabajo de la Cumbre

El Plan de Acción de Santiago (Segunda Cumbre de las Américas, 1998), estableció que las Organizaciones Internacionales, de acuerdo a las decisiones de la Cumbre, tendrían responsabilidades en la implementación de los mandatos del proceso, como correspondía. Además de la OEA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Banco Mundial (BM) fueron consideradas como las principales organizaciones multilaterales involucradas en la implementación de temas específicos de la Cumbre. La OEA tendría la responsabilidad de operar como mecanismo de registro, “memoria institucional del Proceso de Cumbres y de proveer apoyo técnico al Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC)”.

Durante la Tercera Cumbre de las Américas, estas instituciones (OEA, CEPAL, BID, OPS/OMS y BM) presentaron un informe hemisférico conjunto de actividades realizadas en cumplimiento a los mandatos de la Cumbre de Santiago. Informes similares fueron posteriormente presentados tanto en la Cuarta como Quinta Cumbre de las Américas.

El rol de las instituciones pasó a ser aún más relevante después de la Cumbre de Québec, cuyo Plan de Acción insta a los organismos internacionales a coordinar su trabajo e involucrarse en todas las etapas del Proceso de Cumbres. En respuesta a este mandato, los organismos internacionales (OEA, BID, OPS/OMS, CEPAL) firmaron el 21 de junio de 2001 una Carta de Entendimiento con el objeto de lograr una mayor coordinación en el apoyo a la implementación y seguimiento de los mandatos de las Cumbres de las Américas.

Mediante esta Carta de Entendimiento se estableció el Grupo de Trabajo Conjunto. Posteriormente, también se invitaron a otros organismos tales como el Banco Mundial, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), la Corporación Andina de Fomento (CAF), el Banco Caribeño de Desarrollo (BCD) y el Banco Centroamérica para la Integración Económica (BCIE), la Organización Internacional de Migraciones (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Instituto para la Conectividad en las Américas (ICA). Finalmente luego de la V Cumbre de las Américas, se incorporó en este grupo el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El Grupo de Trabajo Conjunto, compuesto por los representantes de las cancillerías de los estados miembros acreditados ante la OEA y representantes de organismos y entidades internacionales, entre otros, se reúne periódicamente para realizar la planificación de actividades conjuntas e intercambiar información sobre programas, proyectos y actividades relacionadas al cumplimiento de mandatos de la Cumbre de Québec. La Secretaría de Cumbres de la OEA preside y coordina las actividades de este Grupo de Trabajo.

## **b) El Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC)**

En 1995 se creó el Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC) donde los países anfitriones de la Cumbre ejercen la presidencia del mismo. Actualmente la Presidencia la ejerce Colombia, como sede de la VI Cumbre a desarrollarse en ese país en 2012.

El GRIC se reúne en promedio 3 veces al año, con por lo menos una de sus reuniones celebrada a nivel Ministerial. El GRIC está compuesto por los 34 gobiernos democráticamente elegidos del hemisferio, representados por los Coordinadores Nacionales que estos gobiernos nombran y tiene la responsabilidad de informar anualmente sobre el progreso logrado en el cumplimiento del Plan de Acción a los Ministros de Relaciones Exteriores. Estos Ministros posteriormente revisan la información durante la Sesión Ordinaria de la Asamblea General de la OEA.

El Consejo Ejecutivo del GRIC fue creado en el Plan de Acción de Québec como un cuerpo con representación regional cuya responsabilidad es evaluar, fortalecer y apoyar el seguimiento de las iniciativas de las Cumbres. Los miembros del Consejo Ejecutivo incluyen México, Brasil, Chile, Canadá, Argentina, Estados Unidos, Guyana en nombre de CARICOM, Bolivia por parte de la Comunidad Andina y El Salvador en nombre de América Central. Este Consejo también asegura la coherencia entre el proceso de las Cumbres de las Américas y sus mandatos y otros procesos sub-regionales de Cumbres, tales como el Grupo de Río, ALADI y la Comunidad Andina, entre otros.

Otro enfoque del Consejo es profundizar las alianzas y la coordinación entre el proceso de Cumbres y los socios institucionales: la OEA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Banco Mundial, la Corporación Andina de Fomento (CAF), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), el Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), la Organización Internacional de Migraciones (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Instituto para la Conectividad en las Américas (ICA).

El Comité Directivo permanente está compuesto por los anteriores y futuros anfitriones de Cumbres, e incluye a los Estados Unidos, Chile, Canadá, Argentina, Trinidad y Tobago y Colombia. El papel del Comité Directivo es asistir al Presidente de la Cumbre en la preparación de reuniones del GRIC y de las Cumbres futuras.

Desde la Primera Cumbre de las Américas, la OPS/OMS desarrolló un papel fundamental en la incorporación, discusión y posterior aprobación de los temas de salud en las diferentes “Declaraciones” y “Planes de Acción” correspondientes a estas reuniones. Uno

de los aspectos relevantes que la OPS/OMS ha logrado con el desarrollo de las cumbres fue que los temas de salud que aparecían aprobados en las Declaraciones, fueran complementarios con los mandatos propios de la Institución, aprobados por sus Cuerpos Directivos. Esta complementación es fundamental, ya que las políticas de salud dictadas por los Ministros de Salud Pública se ven reflejadas y refrendadas al más alto nivel de decisión política de la región.

La OPS/OMS, participa de todas las reuniones, tanto del Grupo de Trabajo Conjunto de la Cumbre como del Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres (GRIC); interactúa directamente con los representantes de los Ministerios de Relaciones Exteriores, tanto en el Consejo Permanente de la OEA como en los GRIC Ministeriales al nivel de los Cancilleres. El papel de la OPS/OMS ha sido contribuir con su expertise técnico en las discusiones de las Declaraciones a ser tratadas en las Cumbres.

El Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones ha sido el punto focal para coordinar la participación de la Organización en este proceso; en este sentido, sus asesores técnicos de las más variadas disciplinas han participado en las discusiones de aprobación de las Declaraciones; discusiones que se desarrollan, por lo general, en un espacio de dos años previos a la reunión Cumbre.

Los temas de salud discutidos e incorporados en las Declaraciones y Planes de Acción desde la Primera Cumbre fueron los siguientes:

- Miami: Salud materno infantil y salud reproductiva; prevención del VIH; inmunizaciones; reducción de la mortalidad infantil; salud ambiental; servicios esenciales basados en la comunidad; salud en grupos vulnerables e indígenas; mecanismos de la reforma del sector de la salud.
- Santiago de Chile: Tecnología sanitaria para mejorar las condiciones de salud; acceso a medicamentos y vacunas de calidad; información de salud y sistemas de vigilancia de la salud; tele medicina; acceso al agua segura; saneamiento y manejo de residuos.
- Québec: Enfermedades transmisibles y no transmisibles; VIH/SIDA, reforma del sector de la salud; conectividad.
- Monterrey: Cobertura universal para el tratamiento del VIH/SIDA (tratamiento de al menos 600,000 casos para el 2005; enfermedades emergentes y re-emergentes.
- Mar del Plata: Protección Social; salud de los trabajadores; alianza estratégica entre: salud, educación, trabajo y medio ambiente; sistemas de vigilancia epidemiológica; enfermedades emergentes y re emergentes; cobertura universal para VIH/SIDA; enfermedades transmisibles tales como: Tuberculosis, malaria, dengue, SARS; planes nacionales para luchar contra la influenza pandémica; fortalecimiento de los programas de Atención Primaria de Salud; ratificación e implementación del Reglamento Sanitario Internacional; apoyo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) referidos a Salud.

- Trinidad y Tobago: Desnutrición crónica y seguridad alimentaria; protección social y acceso universal a los servicios de salud; reconocimiento de la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017; reducción de la mortalidad materna e infantil en el marco de la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y el Niño; estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la Prevención y el Control de Enfermedades Crónicas; reducción del consumo de tabaco, tomando en cuenta, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS; reducción del consumo de drogas ilícitas; renovación de la Atención Primaria de la salud según las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud y la Declaración de Buenos Aires 30-15 del año 2007; aplicación de la Estrategia Regional sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo; implementación de Reglamento Sanitario Internacional; revertir la propagación del VIH a más tardar en 2015.

Especial atención merece el proceso de preparación de la VI Cumbre de las Américas, liderado por la Cancillería Colombiana, por su amplia convocatoria en la construcción de la agenda de la Cumbre. En esta construcción de la agenda han participado los distintos sectores de la sociedad, los gobiernos, Think-Tanks (Inter-american Dialogue), la academia y centros de investigación.

### **c) El Consejo Permanente de la OEA**

Desde hace más de diez años se ha reforzado el contacto permanente entre el trabajo de la OPS/OMS y el Consejo Permanente de la OEA, compuesto por los representantes de las cancillerías de los estados miembros acreditados ante la OEA. En este sentido; la Directora de la OPS/OMS participa anualmente en la reunión de la Comisión General del Consejo Permanente, donde hace la presentación del Informe Anual de la Directora al Consejo Directivo. Este informe es discutido en dicha Comisión General, que toma una decisión que es pasada a la Asamblea General de la OEA.

Por su parte, la OPS/OMS invita dos veces al año a los Representantes de los Países Miembros del Consejo Permanente a la reunión de Información de la Directora antes de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS. Estas reuniones se llevan a cabo en junio, antes del Comité Ejecutivo y en septiembre, antes del Consejo Directivo. De estas reuniones salen los informes de los Embajadores/Representantes a sus respectivas Cancillerías, de manera que haya mejor coordinación entre los Ministerios de Relaciones Exteriores y los de Salud, previa a la participación de estos últimos en las reuniones de los respectivos Cuerpos Directivos.

### **d) Grupo de Amigos de Haití**

Otro mecanismo en el que la OPS/OMS participa activamente es el del “Grupo de Amigos de Haití” de la OEA. Este grupo es liderado por el Secretario Adjunto de esa Organi-

zación y convoca a todas las Misiones Permanentes ante la OEA con sede en Washington DC, así como a otros organismos y entidades de la OEA, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros. Es un ámbito diplomático por excelencia en el que se intercambia información sobre lo que cada país u organización se encuentra realizando en Haití y se coordinan acciones, tanto a nivel político como técnico en algunos casos. La Directora de la Organización ha participado en las misiones de Alto Nivel a Haití que han tenido lugar en el marco de este grupo. En coordinación con la OPS/OMS/OMS, el Grupo de Amigos para Haití ha jugado un papel relevante en la actualización de información luego de ocurrido el terremoto del pasado 12 de enero 2010.

Asimismo, ha sido clave la activa participación de las autoridades de la OEA y de las autoridades haitianas basadas en Washington DC en las conferencias de prensa organizadas por la OPS/OMS con relación a la emergencia.

### 3. La OPS/OMS y el Sistema Iberoamericano:

Otro Foro de particular relevancia y en el cual la OPS/OMS participa activamente es el de las Cumbres Iberoamericanas, que se realizan todos los años. La XX Cumbre Iberoamericana de Jefes de estado y de Gobierno correspondiente al 2010, se llevó a cabo en Argentina, en la ciudad de Mar del Plata. El tema de la misma fue “Educación para la inclusión social”. En este marco, la OPS/OMS participa como socio técnico-político en lo que respecta a la preparación de los documentos técnicos para la reunión Ministerial correspondiente al sector de la salud que se realiza con anterioridad a la Cumbre propiamente dicha. En este sentido, es clave la coordinación que se establece entre la Cancillería del país sede en que se realiza la Cumbre, el Ministerio de Salud y la Secretaría General Iberoamericana, encargada de organizar la Cumbre y los trabajos preparatorios. La Directora de la Organización, además de participar en la Ministerial, participa en la Cumbre, junto a todos los Jefes de Estado y de Gobierno de los países de Iberoamérica. El vínculo con la cancillería es clave en términos de preparación de documentos (las declaraciones que se adoptan en las Ministeriales que luego son recogidas como insumo para la Declaración final de la Cumbre); la organización de reuniones paralelas para tratar temas específicos (aprovechando la presencia de los Ministros de Salud de la Región), en lo que hace a construcción de redes de relacionamiento y también en lo que respecta a temas de logística.

### 4. La OPS/OMS y la Cooperación sur-sur/triangular

Teniendo en cuenta el contexto antes descrito y el rol cada vez más protagónico de los temas de salud tanto en las agendas internas como en las de política exterior de los Estados, cabe señalar que un ámbito en el que se ha estado avanzando en materia de relacionamiento entre salud y relaciones exteriores, es el de la Cooperación Sur Sur (CSS) y el de la cooperación triangular.

El nivel de participación e interés del ámbito de la política exterior en cuestiones de salud mundial ha aumentado notablemente, lo que ha conllevado a que la relación entre la salud mundial y la política exterior sea una cuestión cada vez más importante para las Naciones Unidas, la OMS, muchas organizaciones y procesos intergubernamentales, y gobiernos nacionales. Este cambio acentúa la importancia de la cooperación internacional concertada y sostenida mediante iniciativas de salud mundial, políticas multisectoriales que tengan en cuenta las cuestiones de salud y actividades de promoción para obtener mejores resultados sanitarios a nivel individual, nacional y mundial<sup>7</sup>. Todo esto, sumado al compromiso asumido en torno al logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) y el papel cada vez más destacado de los países de renta media y de menor desarrollo en lo que respecta a la transferencia de capacidades sectoriales, innovación, producción de conocimiento, know how, entre otros, ha favorecido y ha propiciado el fortalecimiento de alianzas horizontales. Estas alianzas a su vez, se han diversificado y han aparecido nuevos actores (asociaciones público privadas, filantrópicas, ONGs, fundaciones, universidades, etc).

En este sentido, la CSS y la cooperación triangular representan una oportunidad para fortalecer los lazos y las alianzas intersectoriales e interministeriales, así como los lazos inter e intra regionales (entre distintas subregiones y entre distintas regiones que conforman la OMS). La consecución de proyectos de CSS y triangular constituye un desafío de particular relevancia para el sector de la salud. El papel de los organismos internacionales, así como de otros actores del ámbito de la cooperación internacional, será cada vez más relevante en términos de apertura de nuevos espacios de interlocución con distintos actores, entre ellos las Cancillerías o Ministerios de Relaciones Exteriores y sus respectivas Agencias de Cooperación. El tema de la CSS forma parte de la política exterior de muchos de los países de la Región.

De todas maneras, cabe resaltar que el tema no es nuevo en la agenda multilateral, (ya que el concepto de CSS se deriva del concepto de CTPD establecido en el Plan de Acción de Buenos Aires de 1978<sup>8</sup>) y la CSS recibe sus orientaciones generales de los períodos de sesiones del Comité de Alto Nivel sobre la Cooperación Sur-Sur, que fue creado en 1980 como Comité de Alto Nivel para la revisión de la CTPD. Este Comité sesiona bianualmente en New York, en la sede de las Naciones Unidas.

Por su parte, la OPS/OMS ha acompañado la ejecución de proyectos de cooperación técnica entre países (TCC por sus siglas en inglés), cooperación horizontal o CSS también desde principios de los años '80, con el fin de materializar lo acordado en el Plan

---

7 Naciones Unidas. Asamblea General. Salud mundial y política exterior: oportunidades y desafíos estratégicos: nota del Secretario General. S.I.]; Naciones Unidas; 2009. p. 21. (A/64/365)

8 Revisar el siguiente link: [http://ssc.undp.org/unssc\\_uploads/HLC\\_reports/hlc15/SSC15L2\\_SPA.pdf](http://ssc.undp.org/unssc_uploads/HLC_reports/hlc15/SSC15L2_SPA.pdf)

de Acción de Buenos Aires. La OPS/OMS, en su calidad de ser Agencia especializada de Salud del Sistema Interamericano y pertenecer además al sistema de Naciones Unidas en su calidad de Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, adhiere al concepto de cooperación sur sur definido por UNDP (Unidad Especial para la CSS): “La Secretaría de la (OPS/OMS) aplica la Cooperación Técnica entre Países (CTP), como instrumento singular de solidaridad, cooperación horizontal y fortalecimiento de las capacidades institucionales de los países para dar respuesta a sus necesidades de salud.

Entre los organismos del Sistema de Naciones Unidas, la OPS/OMS se destaca por haber incorporado una asignación presupuestaria específica para favorecer la CTP, constituyéndose esta en una forma concreta de aplicar la estrategia pautada en 1978 y ratificada en diversos foros.”<sup>9</sup> La OPS/OMS cuenta además, con un mecanismo específico para gestionar, presentar, desarrollar, aprobar y evaluar proyectos en el marco de la CTP.

Para la OPS/OMS los principios que rigen la CTP<sup>10</sup> están claramente establecidos y se destacan la solidaridad, la soberanía, la dignidad, la equidad, la construcción de capacidades y la sostenibilidad. Entre los distintos actores que participan en procesos de cooperación sur sur, en general se destaca el principio de solidaridad y horizontalidad muy especialmente como característica esencial de este tipo de cooperación.

A fin de informar sobre el quehacer de la OPS/OMS en este tema, tanto en 1998, en el contexto del cumplimiento de lo 20 años del Plan de Acción de Buenos Aires, como en el 2005 la Secretaría ha presentado los informes siguientes: “La cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI”<sup>10</sup>, en ocasión de la 25 Conferencia Sanitaria

Panamericana y “La cooperación técnica entre los países de la región”<sup>11</sup>, en ocasión del 46 Consejo Directivo. La Secretaría ha destacado la CTP como modalidad privilegiada de cooperación en salud, cuyo potencial debe ser explotado más intensamente, a fin de contribuir a la superación de los actuales desafíos y al avance más acelerado hacia el logro de los ODMs. Entre algunos de los logros, cabe mencionar que si bien los Ministerios de Salud continúan siendo los interlocutores principales, se percibe una tendencia a la ejecución de proyectos que incluyen un abordaje intersectorial y un diálogo con otros actores, entre ellos las Cancillerías.

---

9 Para mayor detalle ver en: [www.paho.org/spanish/d/csu/ctp05-index.htm](http://www.paho.org/spanish/d/csu/ctp05-index.htm)

10 Organización Panamericana de la Salud. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. La Cooperación Técnica entre Países: Panamericanismo en el siglo XXI. Washington: OPS; 1998. P. 6-7. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25\\_9.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_9.pdf)

11 Organización Panamericana de la Salud. 46º Consejo Directivo. La Cooperación Técnica entre Países de la región. Washington: OPS; 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-09-s.pdf>



Adicionalmente, y además de la abogacía permanente con las Cancillerías en cada uno de los países en lo que respecta a CSS, la OPS/OMS ha planteado la relevancia de este tema en distintos foros, tales como las reuniones subregionales de ministros de salud, y ha buscado activamente, en particular, la coordinación con la Organización Mundial de la Salud, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la OEA, el Grupo de Tareas para la Cooperación Sur Sur de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), foros a los que la mayoría de las veces asisten representantes del servicio exterior de los países.

En el marco de la OMS, en 2008, se realizó un Seminario<sup>12</sup> dedicado a este tema como actividad paralela a la Asamblea Mundial de Salud. En esa oportunidad, la OPS/OMS compartió su experiencia y lecciones aprendidas en materia de CTP y se presentaron ejemplos específicos en materia de transferencia de tecnología y recursos humanos sobre todo entre la región de las Américas y África (AMRO y AFRO según las denominaciones en inglés de las Oficinas Regionales de la OMS para las Américas y África respectivamente).

Con el PNUD se han fortalecido alianzas y OPS/OMS ha participado activamente en la co organización de las Expo Globales sobre Desarrollo Sur Sur organizadas por la Unidad Especial para la Cooperación Sur Sur del PNUD<sup>13</sup>. En diciembre 2010 tuvo lugar en Ginebra, la Tercera de estas Expo Globales, en la Sede de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En esa oportunidad, la Unidad Especial para la CSS y la OPS/OMS firmaron un acuerdo para desarrollar una plataforma virtual de intercambio de soluciones a problemas de salud mundiales a través de tecnologías. La iniciativa, denominada SS-GATE para la e-Salud, consolida las fortalezas de ambas organizaciones: la especialización de la OPS en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para la asistencia sanitaria, con la plataforma operativa de las SS-GATE para crear una sinergia dinámica que ayude a mejorar la salud en países en desarrollo.

Con la OEA, en el marco del Grupo de Tareas para la Cooperación Sur Sur auspiciado por la OCDE se han entablado lazos a fin de trabajar en forma conjunta en el análisis de estudios de caso de CSS.

Además de participar en estos foros, la OPS/OMS ha impulsado la CTP en el Plan Estratégico de la Organización, en los Cuerpos Directivos de la Organización, y el trabajo diario realizado en el marco de las plataformas subregionales de integración. Desde el

---

12 Para más detalles ver: [www.paho.org/spanish/csu/AMROTCCSeminarinWHA.htm](http://www.paho.org/spanish/csu/AMROTCCSeminarinWHA.htm)

13 Para mayor información sobre las Expo, ver: [www.southsouthexpo.org](http://www.southsouthexpo.org). Para mayor información sobre el Foro sobre Salud Global que tuvo lugar en el marco de la Expo Global de 2009, puede acceder al sitio: [http://www.paho.org/English/D/DSpeech\\_SouthSouthGlobalForum09\\_eng.htm](http://www.paho.org/English/D/DSpeech_SouthSouthGlobalForum09_eng.htm)

2004, se ha reconocido a la salud como componente fundamental en los procesos de integración subregional: en la Comunidad del Caribe (CARICOM), en MERCOSUR, en la Comunidad Andina de Naciones (CAN), en el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Basándose en la experiencia de trabajo con estas entidades, la OPS/OMS ha consolidado su programa de cooperación definiendo un presupuesto específico para el trabajo con estas plataformas. Este enfoque innovador ha permitido el intercambio de experiencias, tecnologías y saberes en un ámbito de cooperación sur sur multilateral, inter e intrarregional. Existen experiencias exitosas en el campo de la lucha contra el mal de Chagas, vacunación en fronteras en el MERCOSUR, así como en materia de recursos humanos en la Subregión Andina, entre otros.

Los proyectos reflejan el interés y las prioridades de los países, así como las fortalezas con las que cuentan para ofrecer cooperación técnica al resto de los países de la región. En general, han sido las siguientes áreas las más destacadas en el proceso de cooperación en Salud:

- Acción intersectorial y desarrollo sostenible
- Información sanitaria y tecnología
- Acceso universal a servicios de salud
- Control de enfermedades y manejo de riesgos
- Salud familiar y comunitaria

Adicionalmente, la promoción de la CTP en el ámbito de la Salud ha favorecido que los países de la región fortalezcan sus acciones en este campo. El papel de la OPS/OMS en la articulación de alianzas con las Cancillerías y/o las respectivas Agencias de Cooperación Internacional existentes en los países, constituye un desafío que continuará siendo abordado.

A fin de citar algunos ejemplos de relacionamiento con las Cancillerías en CSS:

#### **a) El Fondo Argentino de Cooperación Horizontal (FO- AR)**

Con el objetivo de fomentar la cooperación entre los países de la región, en 1992 se constituye el Fondo Argentino de Cooperación Horizontal<sup>14</sup> (FO-AR). Este instrumento ha permitido que Argentina transfiera, comparta conocimientos y experiencias nacionales hacia diferentes países en desarrollo y tiene como base fundamental la formación de capacidades a través de la capacitación y la transferencia del “saber-hacer”.

---

14 Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto (Argentina). [homepage en internet]. Disponible en: <http://www.mrecic.gov.ar/>

El FO-AR es el instrumento de política exterior por medio del cual la República Argentina realiza, desde su creación, actividades de Cooperación Sur-Sur, promoviendo iniciativas conjuntas con otros países, mediante mecanismos de asociación, colaboración y apoyo mutuo. Hasta la fecha ha ejecutado más de 4.000 acciones de cooperación técnica en 55 países, cubriendo distintos temas que contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los países solicitantes.

El FO-AR, que está bajo la Dirección General de Cooperación Internacional (DGCIN) de la Cancillería Argentina, que es el área responsable a nivel nacional, organismo que hace el seguimiento y evaluación de las actividades y quien convoca a los expertos de las áreas sustantivas que corresponda al tratamiento del tema solicitado, ha venido desarrollando actividades sobre tres ejes fundamentales: Administración y Gobernabilidad, Derechos Humanos y Desarrollo Sustentable.

En este escenario de nuevos modelos de cooperación, donde participan múltiples actores en beneficio de la cooperación para el desarrollo y en la búsqueda del cumplimiento de los ODM, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la República Argentina (FO-AR, Ministerio de Relaciones Exteriores) han firmado en agosto del año 2008, un Memorandum de Entendimiento para el desarrollo de un Programa de Cooperación Triangular. Se trata de una alianza estratégica que tiene como objetivo brindar cooperación técnica conjunta a terceros países y contribuir con el desarrollo económico y social por medio del uso eficaz de los recursos humanos, tecnológicos y financieros de las partes.

En el marco del mismo ya se están desarrollando diversas acciones tendientes a su concreción en República Dominicana, CARICOM, entre otros.

## **b) Cooperación en situación de desastres: Cascos Blancos y la OPS/OMS**

Cascos Blancos es una iniciativa de la República Argentina, adoptada por la Asamblea General de la ONU en el año 1994 y por la Organización de Estados Americanos en el año 1998. Constituye un modelo de cooperación entre países, con apoyo financiero internacional y participación organizada de equipos de voluntarios.

Además de operar sobre situaciones de catástrofe, puede hacerlo ante las consecuencias de coyunturas de colapso económico y social que hayan generado problemas de carácter permanente.

Con el objetivo de aunar esfuerzos para apoyar a los países en situación de crisis, el 11 de marzo de 2008 se suscribió el Memorandum de Entendimiento entre la OPS/OMS y la Comisión Cascos Blancos. El documento suscrito establece que “ambas organizaciones se proponen colaborar, de acuerdo a sus reglamentos internos y sus posibilidades, para

mejorar el equipo regional de respuesta, promoviendo un manejo transparente de la ayuda humanitaria e incentivando la participación de todos los países de la región con sus propios recursos”.

Varias han sido las acciones conjuntas que se han venido realizando para dar respuesta a países que han atravesado desastres naturales. A modo de ejemplo podemos destacar el trabajo conjunto realizado en El Salvador donde se movilizó apoyo para el manejo de suministros en la última catástrofe de noviembre pasado y en el último terremoto que azotó a Haití, se dispuso el envío de fisiatras y kinesiólogos que trabajaron en el hospital de la ciudad haitiana fronteriza de Fond Parisien y en la localidad dominicana de Jimaní, con víctimas del terremoto.

### **c) Ayuda humanitaria en Haití**

Luego del terremoto que afectó Haití en Enero de 2010, los gobiernos de Haití, Brasil y Cuba firmaron un acuerdo de cooperación entre los Ministerios de Salud de los tres países el 27 de marzo del 2010. En dicho acuerdo se determinaron los campos en los cuales los tres países colaborarían conjuntamente para fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud y de la Población (MSPP) de Haití. Las líneas de cooperación técnica son las siguientes:

#### **Capacitación**

- Apoyo en la organización y capacitación de la administración de servicios de salud;
- Apoyo en la organización y capacitación en vigilancia epidemiológica y en un programa nacional de vacunación;
- Otorgamiento de becas para profesionales de salud haitianos para que trabajen en unidades de salud comunitarias;
- Apoyo en la formación de agentes comunitarios de salud;
- Apoyo en la creación de una Escuela Técnica de servicios de salud: En esta escuela se capacitaría en los siguientes servicios técnicos: Agentes de Salud polivalentes; Oficiales sanitarios; técnicos en: Rehabilitación física; fabricación de prótesis; sistemas de información; en telecomunicaciones; en mantenimiento de equipo bio médico; en cadena de frío y en imagenología. Auxiliares de Enfermería y parteras; enfermeras; Instrumentistas, anestesistas y auxiliares en salud buco dental. Además: Asistentes de farmacia y en oftalmología.

#### **Infraestructura e Insumos**

- Apoyo en la construcción y adecuación de unidades de salud modulares;
- Rehabilitación de unidades de salud dañadas por el terremoto;
- Compra de equipos y mobiliario;
- Compra de ambulancias para servir a las unidades de salud;

- Construcción de módulos habitacionales cerca de las unidades comunitarias de salud para los profesionales de salud becados;
- Compra de equipo informático;
- Compra de medicamentos, insumos y material médico-hospitalario.

Este proyecto de cooperación triangular es coordinado por medio de un Comité de Gestión compuesto por representantes de los tres países y que se reúne con una periodicidad de cada 3 meses. La OPS/OMS se mantiene informada del desarrollo de este proyecto y participa en las reuniones del Comité de Gestión donde brinda cooperación técnica en los diferentes campos. En el tema de la compra de medicamentos esenciales y otros insumos hay que mencionar que la coordinación se ha establecido con la oficina de OPS/OMS en Haití para poder utilizar el sistema de compra y distribución existente por medio de PROMESS.

#### **d) La OPS/OMS y la Cancillería del Brasil**

El relacionamiento de la OPS/OMS/OMS con el Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil se realiza a través de distintas instancias de la Cancillería, principalmente por la Secretaría de Derechos Humanos y de Desarrollo Social, por la Agencia de Cooperación del Gobierno Brasileño (ABC) y por la Asesoría Internacional de Salud del Ministerio de Salud (AISA).

Un ejemplo que materializa esta cooperación puede observarse en la cooperación técnica que ha venido brindando Brasil a lo largo del tiempo con la “Comunidade de Países Africanos de Língua Portuguesa (CPLP)”. La OPS/OMS ha estado colaborando en cooperación técnica intercontinental a través del Memorando de Entendimiento CPLP/OMS, firmado en enero 2010, y el cual prevé la cooperación de la Organización para la realización de varias actividades previstas en el Plan estratégico de Salud de la CPLP (PECS/CPLP). Concretamente: traspaso de USD 200 mil de Brasil a CPLP vía TC 41 (programa de cooperación internacional); realización del II Seminario sobre tecnología, gestión de la información y el conocimiento en salud pública y el II Workshop Web 2.0, realizados en junio 2010 en Brasilia/DF/Brasil; el evento con ANVISA sobre RSI (junio de 2010); reunión para conocer y discutir las prioridades y formas de trabajo en el área de desarrollo de recursos humanos en Salud en Brasil, a nivel nacional y regional, incluyendo programas de cooperación técnica con los Países Africanos de Língua Portuguesa –PALOP– (realizada en julio de 2010 con la participación de la OPS/OMS de SGTES/MS y el Ministério da Saúde de Mozambique).

#### **Foro de Socios por la Salud en las Américas**

La OPS/OMS ha venido promoviendo redes de socios y aliados por la salud en las Américas, que incluyen a socios tradicionales como las agencias bilaterales de cooperación

y bancos de desarrollo, y otros socios emergentes, como son la sociedad civil y sector privado. En este esfuerzo, promovió la creación de un Foro de Socios y Aliados por la Salud en las Américas.

Una semana después de llevarse a cabo la 48ª sesión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y un mes después del 3ª Foro de Alto Nivel de Accra sobre la efectividad de la ayuda, se llevó a cabo el Diálogo Multipartito por la Salud en las Américas el 7 y 8 de octubre del 2008 en la sede central de la OPS en Washington DC.

El diálogo multipartito se llevó a cabo con la participación de más de 60 participantes representantes de agencias bilaterales de cooperación, agencias multilaterales, fundaciones filantrópicas, alianzas globales en salud y representantes gubernamentales de países de América Latina y el Caribe, así como gerentes de la sede central y de países de la OPS.

Se presentó el marco programático de trabajo de la OPS, es decir la Agenda de Salud en las Américas y el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, así como la experiencia de trabajo de la organización con socios y aliados por la salud a nivel de la sede central y de país.

Mediante 8 paneles distribuidos durante los dos días de la reunión, los diferentes participantes compartieron sus experiencias y perspectivas de trabajo en cooperación en salud en América Latina y el Caribe. Fue unánime el reconocimiento de los participantes a la iniciativa de la OPS/OMS de promover este diálogo que debería hacerse periódico, abriendo el mismo a la participación de más socios y actores que tienen un rol cada vez más importante en la región.

Como continuación a esta primera reunión, en diciembre del 2009 se llevó a cabo el Foro de Socios contra las Enfermedades no Transmisibles que busca promover el compromiso de la sociedad civil, los gobiernos y la industria privada, como un catalizador en la lucha contra las enfermedades crónicas. Este evento dio lugar a iniciativas nacionales, como la que está desarrollando el Ministerio de Salud de Trinidad y Tobago o binacionales como la que se llevó a cabo en la frontera entre USA y México, en la ciudad de El Paso (Octubre 2009) y que luego continuó con National City/San Diego/Tijuana/Mexicali (Junio 2010) y McAllen/Reynosa (Agosto 2010).

## **CONCLUSION**

La OPS/OMS es una institución cuya naturaleza y mandatos fundacionales, le exigen trabajar en redes intergubernamentales e interinstitucionales. En muchos casos debe insertarse en redes ya existentes, sobre todo en ámbitos y sectores no sanitarios per se, y promover y fortalecer redes más focalizadas en el quehacer de la salud pública.

En este artículo se ha hecho un resumen de este trabajo y la importancia de su desarrollo para cumplir con los mandatos emanados por los países de la región de las Américas. Desde sus inicios, la OPS/OMS ha privilegiado su trabajo con las redes sanitarias, sin embargo, como se explicó anteriormente, dada la evolución que la salud ha tenido en los últimos años, la OPS/OMS ha tenido que evolucionar en su trabajo e insertarse en nuevas redes que involucran a otros Ministerios diferentes a los de Salud y Desarrollo Social. Entre estos, destaca el trabajo de la OPS/OMS con las cancillerías y Organismos Inter-gubernamentales donde, se ha logrado posicionar el tema de salud y constituirse en un referente técnico asesor, cuando se abordan y discuten temas relacionados con la salud.

Esto se ha expresado también, en el hecho de que sus oficinas de país, han diversificado su red de contrapartes nacionales, que incorporan un abanico de instituciones de diversa naturaleza y funciones. En conclusión, la OPS/OMS debe continuar este proceso de adaptación a las demandas de cooperación que los países presentan, los cuales solo pueden hacerse en un contexto de trabajo en redes.

## Bibliografía

1. Feldbaum H, Lee k, Michaud J. Global Health and Foreign Policy. *Epidemiol Rev* 2010; 32: 82–92.
2. Alcazar S. The Copernican shift in Global Health. Geneva: The Graduate Institute Geneva; 2008. (Global Health Programme Working Paper n. 3)
3. Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución aprobada por la Asamblea General 63/33: Salud mundial y política exterior. [S.l.]: Naciones Unidas; 2009.
4. Naciones Unidas. Asamblea General. Salud mundial y política exterior: oportunidades y desafíos estratégicos: nota del Secretario General. [S.l.]: Naciones Unidas; 2009. (A/64/365)
5. Organización Panamericana de La Salud. Salud en las Américas. Washington: OPS; 2007. Vol. 2. p. 407.
6. Organization of American States. [homepage na internet]. Summits of the Americas: secretariat. Disponible en: <http://www.summit-americas.org>.
7. Naciones Unidas. Asamblea General. Salud mundial y política exterior: oportunidades y desafíos estratégicos: nota del Secretario General. [S.l.]: Naciones Unidas; 2009. p. 21. (A/64/365)
8. Naciones Unidas. Comité de alto nivel sobre la cooperación Sur-Sur. Cooperación Sur-Sur para el desarrollo. Nueva York: Naciones Unidas; 2007. Disponible en: [http://ssc.undp.org/unssc\\_uploads/HLC\\_reports/hlc15/SSC15L2\\_SPA.pdf](http://ssc.undp.org/unssc_uploads/HLC_reports/hlc15/SSC15L2_SPA.pdf)
9. Organización Panamericana de la Salud. [homepage en internet]. La Cooperación Técnica entre Países (CTP) en la OPS/OMS. Disponible en: [www.paho.org/spanish/d/csu/ctp05-index.htm](http://www.paho.org/spanish/d/csu/ctp05-index.htm)

10. Organización Panamericana de la Salud. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. La Cooperación Técnica entre Países: Panamericanismo en el siglo XXI. Washington: OPS; 1998. P. 6-7. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25\\_9.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_9.pdf)
11. Organización Panamericana de la Salud. 46º Consejo Directivo. La Cooperación Técnica entre Países de la región. Washington: OPS; 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-09-s.pdf>
12. Pan American Health Organization. [homepage en internet]. Fostering Cooperation in Health among Developing Countries: South-South Development Solutions Forum on Global Health: Global health challenges and responses of the South in a time of crisis. Washington; 2009. Disponible en: [http://www.paho.org/English/D/DSpeech\\_SouthSouthGlobalForum09\\_eng.htm](http://www.paho.org/English/D/DSpeech_SouthSouthGlobalForum09_eng.htm)
13. Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto (Argentina). [homepage en internet]. Disponible en: <http://www.mrecic.gov.ar/>



# Los Centros Colaboradores de la OMS (CC-OMS) y las Instituciones Nacionales Asociadas a la OPS para la Cooperación Técnica

*Luiz Augusto C. Galvão, Antonio Pagés, Diego González, Kira Fortune, Jacobo Finkelman, Marie-Claude Lavoie, Elena O. Chambers*

## Introducción

Uno de los objetivos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) es el fortalecimiento de las capacidades nacionales para el logro sostenible de metas de salud pública de orden nacional, regional y mundial. Estas capacidades demandan enfoques amplios que inciden directamente sobre los factores determinantes de la salud, asegurando una colaboración intersectorial, promoviendo iniciativas público–privadas y con la sociedad civil.

A través de los años la cooperación técnica de la OPS/OMS con sus Estados Miembros ha mantenido en forma significativa una participación activa con instituciones nacionales. En este sentido, ha sido crucial la plena movilización e inclusión de las capacidades nacionales para apoyar a los países de la Región de las Américas en adoptar políticas y planes integrales para cumplir los planes de trabajo de la OPS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros, como las incluidas en el Capítulo 6 de la Agenda 21, logrando así un efectivo cumplimiento en los aspectos relacionados con la salud conjuntamente con otros objetivos sanitarios nacionales y compromisos internacionales.

Asimismo, la nueva Estrategia de Cooperación con los Países (ECP) de la OPS/OMS como mecanismo de planificación institucional, fomenta la formación de redes permitiendo que el intercambio y diseminación de conocimientos científicos, principalmente a través de modalidades de cooperación Norte, Sur y Sur y Sur entre países incrementalmente dentro y fuera de la Organización. Esto conlleva a la permanente necesidad de identificar y movilizar capacidades de cooperación técnica en cada país, aprovechando la excelencia de sus profesionales y de las instituciones nacionales existentes.

La cooperación técnica de los consultores de OPS/OMS se ve fortalecida y complementada por dos tipos de relaciones de trabajo con instituciones que cuentan con recono-

cimiento de la Organización: los Centros Colaboradores de la OMS (CC-OMS<sup>1</sup>) y las Instituciones Nacionales Asociadas a la OPS para la Cooperación Técnica<sup>2</sup>. Esta última categoría fue recientemente aprobada por el 50<sup>avo</sup> Consejo Directivo de la OPS y fue delineada para ofrecer un mayor apoyo al desarrollo nacional de la salud adoptando una política y procedimientos técnicos y administrativos para la identificación, designación y de seguimiento a los procesos de planificación, implementación y evaluación de los planes y programas de cooperación técnica de la OPS/OMS en los países, con el propósito de potenciar sus efectos en apoyo al mejoramiento de las condiciones de salud y el bienestar de las poblaciones. Asimismo, esta nueva relación de trabajo genera una mayor vinculación con las instituciones nacionales fortaleciendo e incentivando la retención de recursos humanos que son fundamentales para el desarrollo sanitario nacional.

*“Con los Centros Colaboradores tenemos tres tipos de relaciones fundamentales. Una es saber lo que la institución hace en el país y promover una relación de cooperación y de fortalecimiento de la institución. La segunda relación fundamental es descubrir cómo esa institución puede servir como referencia, capacitar o participar en investigaciones que involucren a varios países o varias disciplinas de la red panamericana. La tercera relación fundamental es saber cómo esas instituciones pueden participar en investigaciones en otras regiones y con otros países además de las Américas”.*<sup>3</sup>

Los Centros Colaboradores de la OMS (CC-OMS) así como las Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica son socios esenciales en la estrategia de la OPS/OMS destinada a desarrollar la capacidad institucional en los países y regiones, a fortalecer los recursos de información, investigación, evaluación, vigilancia, construcción de capacidades y formación, así como el desarrollo de recursos humanos, capacitación, servicios y asesoramiento.

Desde 1949, la OMS cuenta con una política sobre Centros Colaboradores cuya función esencial es el apoyo directo a los programas de OMS. Los Centros Colaboradores designados oficialmente por la OMS (CC-OMS) son un mecanismo de cooperación suma-

- 
- 1 Un CC-OMS es una institución que ha sido designada por el Director-General a formar parte de una red internacional de colaboración para llevar a cabo actividades específicas en apoyo a los programas de la Organización a todo nivel. Los CC de OMS designados por la OMS corroboran la validez científica de la acción sanitaria global y contribuyen a promover y fortalecer la capacidad institucional en los países y las regiones. Una guía completa sobre la política de los CC-OMS pueden encontrar en el sitio Web <http://www.who.int/collaboratingcentres/es/index.html>
  - 2 Las **Instituciones Nacional Asociada a la OPS para la Cooperación Técnica**, son aquellas instituciones que tienen capacidad científica o técnica reconocida en su campo específico de acción, están comprometidas con las prioridades y necesidades de salud en su país, cuya misión es compatible y sinérgica con la misión, valores y metas de la OPS, y que desarrolla actividades estrechamente vinculadas
  - 3 Roses Periago M. É preciso olhar todas as experiências para não repetirmos problemas já identificados [entrevista]. RADIS 61, set. 2007: 28-29. Disponible en: [http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/61/pdf/radis\\_61.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/61/pdf/radis_61.pdf).

mente valioso para la ejecución de las actividades y las prioridades programáticas establecidas, especialmente en los aspectos científicos y técnicos de apoyo a la cooperación técnica (<http://www.who.int/collaboratingcentres/es>).

Siguiendo las políticas establecidas por la OMS para la selección y designación oficial de los Centros Colaboradores de la OMS (CC-OMS), un departamento o unidad específica dentro de una institución puede llegar a ser designada por el Director-General a formar parte de una red internacional de colaboración para llevar a cabo actividades específicas en apoyo a los programas de la Organización a todo nivel.

Actualmente la OMS cuenta con aproximadamente 800 Centros Colaboradores que apoyan la ejecución de las actividades y las prioridades programáticas establecidas. Alrededor de 190 de estos Centros Colaboradores están en la Región de las Américas apoyando a más de 36 países. Los datos más recientes se pueden obtener de la Base de Datos Global (<http://www.who.int/collaboratingcentres/database/en>).

La OMS ha publicado una guía detallada para las Instituciones que trabajan en cooperación técnica con la OPS/OMS sobre la política de los Centros Colaboradores de la OMS, sus funciones, objetivos y responsabilidades, criterios y procesos para una designación oficial. Esta publicación se encuentra disponible en el sitio Web de la biblioteca virtual de salud <http://regional.bvsalud.org/whocc/y> en el sitio Web de la OMS (<http://www.who.int/collaboratingcentres/GuideforWHOCC.pdf>) los cuales son actualizados regularmente y constituyen una excelente fuente de consulta.

Las Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica inscribirán su colaboración en el marco de las funciones básicas de la OPS/OMS, a saber:

- Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos.
- Prestar cooperación técnica, servir de catalizadores para el cambio y crear capacidades institucionales duraderas.
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Asimismo, colaborarán en el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), tales como:

- seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud;
- vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;

- promoción de la salud; participación de los ciudadanos en la salud; desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública;
- fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública;
- evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
- desarrollo de los recursos humanos y capacitación en salud pública; garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos;
- investigación en salud pública y reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Tanto los CC-OMS como el reciente establecimiento oficial de las Redes de Instituciones Nacionales Asociadas a la OPS tienen un papel fundamental y estratégico en la cooperación técnica de la OPS centrada en los países y en apoyo al desarrollo nacional de la salud para facilitar y avanzar la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017), promoviendo una mayor movilización de los recursos nacionales, vinculando una variada gama de instituciones, en particular las instituciones académicas, de investigación, asociaciones profesionales, fundaciones y las de la sociedad civil en general.

Consecuentemente, la coordinación e interacción directa de los CC-OMS y las Instituciones Nacionales de Referencia Asociadas a la OPS para la Cooperación Técnica es muy valiosa por la contribución al logro de los Objetivos Estratégicos para la Región que incluye la movilización de recursos locales existentes en oficinas multi-país de la OPS, los pequeños países insulares y los países priorizados de acuerdo a los niveles de pobreza.

Estas nuevas dinámicas de trabajo promueven espacios de diálogo inter-agencial en cada uno de los países. Es importante destacar que las Instituciones Nacionales abren nuevas opciones que enriquecen la cooperación técnica de acuerdo con las demandas y realidades de los Estados Miembros de la Organización, y complementan el papel que desarrollan los Centros Colaboradores de la OMS y las organizaciones no gubernamentales reconocidas en las relaciones oficiales con la OPS/OMS.

La identificación de socios con experiencia reconocida y prestigio técnico nacional facilita la ejecución de proyectos descentralizados, con capacidad de gestión institucional y mecanismos para obtener resultados de trabajo claramente evidenciados. A partir de la modalidad de cooperación técnica descentralizada de los Centros Colaboradores en sociedad con la OPS/OMS, se pueden apoyar procesos de desarrollo local que contribuyan con el cumplimiento de los resultados esperados en salud con los que la Organización se compromete a realizar una cooperación técnica que pueda traer resultados cada vez más consistentes y relevantes para la salud pública en los países.

Las contribuciones técnico-científicas de los Centros Colaboradores de la OPS/OMS deben ser incorporadas en la programación de la cooperación técnica de la Organización, tanto en las Oficinas de País como en la sede y de esta manera contribuir con el logro de los Resultados Esperados Específicos (OSER) definidos en los planes de trabajo bienales.

Definitivamente, los avances de la cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros, y el fortalecimiento de las metodologías de planificación y los instrumentos de gestión basada en resultados, permiten establecer relaciones de trabajo y movilización de recursos con instituciones nacionales de una forma sistemática y estandarizada en el marco del proceso de fortalecimiento institucional de la Organización.

A continuación se presentan tres estudios de caso de buenas prácticas de trabajo con los centros colaboradores:

### **Centros Colaboradores en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental**

Los Centros Colaboradores en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental se han desarrollado y han expandido su relacionamiento desde la conformación del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) en la OPS la cual permitió que áreas afines que antes no mantenían intercambio como promoción de la salud y salud ambiental pudieran tener un espacio de colaboración conjunta en temas de común interés tales como la seguridad vial y la salud de los trabajadores. SDE cuenta con el apoyo de 58 Centros Colaboradores oficialmente designados por la OMS y 13 Centros que se encuentran en proceso de designación. El Mapa (*Figura 1*) y Listado (*Figura 2*) de los Centros Colaboradores de SDE en la Región de las Américas se encuentran al final de este capítulo y en el sitio Web de SDE [www.paho.org/sde/collaborating-centers](http://www.paho.org/sde/collaborating-centers)

Uno de los principales pilares que ha dado empuje y permanencia a la colaboración conjunta y continua de los Centros Colaboradores de SDE fue la primera reunión de Centros Colaboradores que se realizó en Brasilia, Brasil, del 4 a 6 de diciembre del 2003 en la cual todos los Centros Colaboradores tuvieron la oportunidad, en forma conjunta con sus respectivas contrapartes de la OPS, de analizar el Plan de Trabajo de la Organización y comunicar sus intereses y capacidades para colaborar directamente en la implementación del plan de trabajo de SDE. Este tipo de reuniones conjuntas se realizan al final de cada bienio luego que el plan de trabajo bienal de la OPS es aprobado por los Cuerpos Directivos de la Organización en su Consejo Directivo. Las reuniones subsiguientes se realizaron en México D.F., México, del 19 al 20 de enero del 2006; del 4 al 5 de septiembre del 2007 y en São Paulo, Brasil, del 16 al 18 de noviembre del 2009. Este mecanismo de trabajo, ya es parte del proceso regular de trabajo en SDE para la planificación bienal y ha sido relevante para aumentar la capacidad de respuesta de alto nivel a la cooperación técnica y responder a la demanda de los países de tener una mayor participación en ella. En el sitio SharePoint de SDE se listan las actividades de cada uno de los Centros Co-

laboradores y el vínculo y contribución directa a cada Objetivo Estratégico y Resultado Esperado Regional (RER) <https://work.paho.org/sde/default.aspx>

En términos prácticos se traduce en matrices de trabajo desarrolladas en grupos de trabajo disponibles para consulta en el sitio SharePoint de SDE. El modelo matriz de trabajo se encuentra al final de éste capítulo (*Figura 3*).

### **Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de la OPS/OMS**

Los Centros Colaboradores en Salud Ocupacional (CC) se han desarrollado y expandido significativamente desde su creación en 1970. Uno de los principales hitos fue la creación en 1990 de la Red Global de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de la OMS, haciendo énfasis en la necesidad de la colaboración multilateral entre los centros. Esta experiencia ha dado lugar al desarrollo de un grupo diverso y eficiente dedicado a mejorar y proteger la salud y la seguridad de los trabajadores.

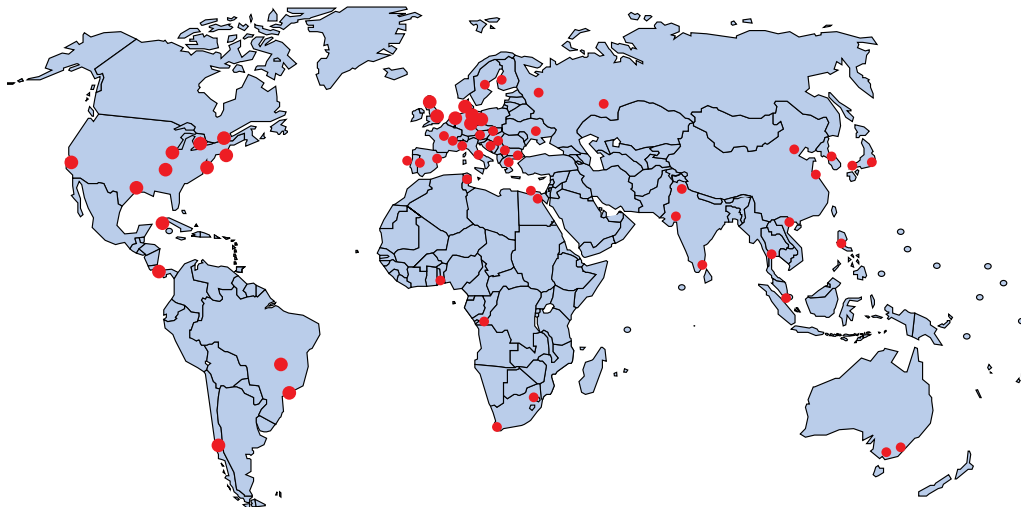
La Red Global incluye 57 centros colaboradores y 10 instituciones que están actualmente en proceso de designación y también incluye a tres organizaciones no gubernamentales (ONG) en la afiliación formal con la OMS. Estas son la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH), la Asociación Internacional de Higiene Ocupacional (IOHA) y la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA). En la Región de las Américas, la Red de Centros Colaboradores es un grupo vibrante y dinámico compuesto por 15 instituciones.

En la Región de las Américas, los centros están distribuidos en países como Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba y Estados Unidos. La red se compone fundamentalmente de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas que proporcionan una plataforma única para traducir las intervenciones de salud pública basadas en evidencia a políticas.

La Red de Centros Colaboradores también cuenta con habilidades y competencias únicas que hacen posible la cooperación técnica entre las diferentes áreas de salud ocupacional, desde la minería, la agricultura, el cuidado del sector salud, la industria manufacturera; haciendo posible la respuesta a necesidades específicas y prioridades de los países. La red de centros colaboradores se reúne regularmente para discutir los logros alcanzados y lo más importante para planificar las actividades futuras. Cada centro colaborador participa directamente en uno o más objetivos del Plan de Acción Global en Salud de los Trabajadores. Cada objetivo del plan es coordinado por un equipo interinstitucional responsable de supervisar las actividades y el impacto de los subgrupos.

## Red de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional

Figura 4: Mapa de los Centros Colaboradores de la OMS en Salud Ocupacional



La colaboración conjunta facilita el intercambio de conocimientos y recursos. Varios centros desarrollaron materiales de salud y seguridad ocupacional, tales como manuales, cursos en línea, hojas de datos, etc., que pueden ser adaptados cultural y lingüísticamente a la región o el país. Por ejemplo, el Centro Canadiense de Salud Ocupacional y Seguridad (CCOHS) desarrolló un curso en línea para trabajadores de salud sobre reconocimiento y prevención de cáncer ocupacional. CCOHS compartió esta herramienta de entrenamiento de forma gratuita con la OPS para ser adaptado a la Región. Con el objetivo de facilitar y promover el intercambio de recursos, la OPS/OMS y los centros colaboradores crearon la Geolibary. Esta biblioteca virtual de acceso gratuito incluye una variedad de materiales, tales como cursos en línea, material didáctico, artículos científicos, entre otros, relacionados con el medio ambiente y la salud en el trabajo en seis idiomas.

### La Red de Centros Colaboradores en Brasil

Brasil, cuenta con 22 centros colaboradores de la OPS/OMS, en diferentes áreas temáticas vinculadas con temas de salud ambiental, enfermería, formación de recursos humanos, políticas farmacéuticas, salud de los trabajadores, etc. Estos centros, que además de tener una gran capacidad institucional y de recursos humanos con los cuales cumplen sus funciones como centros colaboradores en muchas ocasiones son parte de redes mundiales y facilitadores de redes temáticas. Esto coloca entonces a estos actores dentro de la red de relacionamiento estratégico de la OPS como una relación con una red de redes.

La Red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Brasil fue lanzada el 31 de agosto del 2009. La perspectiva de esta red es favorecer, junto a las 22 instituciones que actúan como Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Brasil, las actividades que citamos a continuación y que, en conjunto, cumplen la estrategia de una actuación basada en el intercambio de experiencias dentro del marco de la gestión y del intercambio de información y conocimiento:<sup>4</sup>

- Aprendizaje constante por medio de las lecciones aprendidas;
- Intercambio de informaciones en el Portal de la OPS/OMS Brasil, dentro del marco de los fundamentos de la Web 2.0;
- Difusión de los eventos técnico-científicos;
- Diseminación de las actividades realizadas por los Centros Colaboradores;
- Producción participativa de publicaciones y fuentes de información de relevancia para la cooperación técnica, e
- Intercambio de estrategias y acciones de capacitación.

La Red cuenta con su propio espacio en la Web 2.0 de la PWR-Brasil y que aparece en la siguiente dirección electrónica: <http://www.paho.org/bracolab/>.

## Conclusiones

Tanto los CC-OMS como las Instituciones Nacionales de Referencia Asociadas a la OPS para la Cooperación Técnica son modalidades de cooperación técnica fundamentales para la consecución de las metas de salud Nacional, Subregional, Regional y Global.

El trabajo en Red de los CC-OMS y de las Instituciones Nacionales de Referencia Asociadas a la OPS para la Cooperación Técnica potencia sus alcances y desempeño. No obstante, la conciliación de agendas e intereses nacionales, subregionales, regionales y globales demanda de estrategias proactivas de coordinación y de planificación tanto en la definición de las actividades a desarrollar como para la movilización de recursos complementarios intra y extrasectoriales.

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud. Red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Brasil: potencialidades y perspectivas. Brasília: OPS/OMS; 2010.



**Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)**  
**Collaborating Centers in Sustainable Development and Environmental Health**



## Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) Collaborating Centers in Sustainable Development and Environmental Health

<b>Epidemiología Ambiental–Environmental Epidemiology (9)</b>			
1	<b>LFA - Laboratorio de Física de la Atmósfera</b> BOL-2 La Paz, Bolivia CCOMS sobre Radiación Ultravioleta y sus Efectos en la Salud WHOCC on Ultraviolet Radiation and its Health Effects	21	<b>UML - U. of Massachusetts at Lowell, Department of Work Environment/HQ</b> USA-269 Lowell, Massachusetts, USA CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC for Occupational Health
2	<b>FIDCRUZ - Center on Environmental and Public Health</b> BRA-62 Rio de Janeiro, Brasil CCOMS sobre Ambiente y Salud Pública WHOCC on Environmental and Public Health	22	<b>U. of Michigan Fogarty International Center, School of Public Health</b> USA-321 Ann Harbor, Michigan, USA CCOMS en Investigación y Capacitación en Salud Ocupacional/ WHOCC for Research and Training in Occupational Health
3	<b>CHUQ - Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Health and Environmental Group</b> CAN-53 HQ Québec, Sainte-Foy, Canadá CCOMS sobre el Impacto y Vigilancia de la Salud Ambiental y Ocupacional/WHOCC on Environmental and Occupational Health Impact Assessment and Surveillance	23	<b>U. of Virginia - International Healthcare Worker Safety Center (IHWS)</b> USA-325 Charlottesville, VA, USA CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC for Occupational Health
4	<b>WRHB, Health Canada, Water Quality &amp; Health Bureau</b> CAN-57 HQ Ontario, Ottawa, Canadá CCOMS para Calidad del Agua WHOCC for Water Quality	24	<b>U. of Maryland - School of Medicine, Occupational Health Program</b> USA-334 Baltimore, Maryland, USA CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC on Occupational Health
5	<b>INSP - Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección de Salud Ambiental</b> MEX-18 Curnavaca, Morelos, México CCOMS para Investigación y Capacitación en Epidemiología Ambiental/WHOCC for Research and Training in Environmental Epidemiology	<b>Salud Mental y Uso de Drogas–Mental Health and Drug Use (7)</b>	
6	<b>UASLP - U. Autónoma San Luis Potosí, Departamento de Toxicología Ambiental</b> MEX-21 San Luis Potosí, México CCOMS sobre Evaluación de Riesgo en Salud Ambiental Infantil/WHOCC on Health Risk Assessment and Children's Environmental Health	25	<b>U. Federal Paulista, Departamento de Psicobiología, Escola Paulista de Medicina</b> BRA-38 HQ São Paulo, Brasil CCOMS para Investigación y Capacitación en Salud Mental/ WHOCC for Research and Training in Mental Health
7	<b>Departamento de Toxicología, Facultad de Medicina, U. Rep. O. del Uruguay</b> URU-2 HQ WHOCC in Human Environmental Toxicology Montevideo, Uruguay	26	<b>Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)</b> CAN-29 HQ Ontario, Toronto, Canadá CCOMS en Adicciones y Salud Mental/WHOCC for Addiction and Mental Health
8	<b>NCEH/CEHC - National Center for Environmental Health</b> USA-256 Atlanta, Georgia CCOMS en Toxicología Ambiental Humana/WHOCC for Environmental Epidemiology	27	<b>Douglas Mental Health University Institute</b> CAN-32 HQ Quebec, Montreal, Canadá CCOMS en Investigación y Capacitación en Salud Mental/ WHOCC for Research and Training in Mental Health
<b>Salud Ocupacional–Occupational Health (15)</b>		28	<b>Dalhousie University, International Section Department of Psychiatry</b> CAN-63 Nova Scotia, Halifax, Canadá CCOMS para Capacitación y Política en Salud Mental/WHOCC for Mental Health Training and Policy
9	<b>FUNDACENTRO - Ministry of Labor and Social Welfare/ Occupational Health and Safety</b> BRA-48 São Paulo, Brasil CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC for Worker's Health	29	<b>National Institute of Psychiatry "Ramón de la Fuente Muñiz"</b> MEX-15 HQ México, D.F., México CCOMS de Investigación y Capacitación en Dependencia de Droga, Alcoholismo y Salud Mental/WHOCC for Research and Training in Drug Dependence, Alcoholism and Mental Health
10	<b>SESI - Social Service of Industry</b> BRA-67 Brasilia, Brasil CCOMS para Salud y Seguridad en el Trabajo/WHOCC Centre for Health and Safety at Work	30	<b>The Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Statistical Sciences &amp; Epidemiology Division</b> USA-186 HQ Orangeburg, NY, USA CCOMS en Capacitación e Investigación en Salud Mental y la Prevención de Abuso de Sustancia/WHOCC for Training & Research in Mental Health and the Prevention of Substance Abuse
11	<b>CCOCH - Canadian Center for Occupational Health Impact Assessment &amp; Surveillance</b> CAN-43 Ontario, Hamilton, Canadá CCOMS para Salud y Seguridad/WHOCC for Occupational Health and Safety	31	<b>College on Problems of Drug Dependence (CPDD), Temple University School of Medicine</b> USA-222 HQ Philadelphia, PA, USA CCOMS para Investigación y Capacitación en Dependencia de Drogas/WHO CC for Research and Training in Drug Dependence
12	<b>DIMBIOSE - Centre for the Study of Biological Interactions in Human Health</b> CAN-54 HQ Quebec, Montreal, Canadá CCOMS para la Prevención de Enfermedades Relacionadas al Trabajo y el Ambiente/WHOCC for the Prevention of Work and Environmental Related Illnesses	<b>Tabaco–Tobacco (5)</b>	
13	<b>Workplace Safety and Prevention Services</b> CAN-61 Ontario, Mississauga, Canadá CCOMS sobre Lesiones de Trabajo y Prevención de Enfermedades/WHOCC for Workplace Injury and Illness Prevention	32	<b>INCA - Instituto Nacional de Cancer</b> BRA-54 HQ Rio de Janeiro, Brasil CCOMS para Control de Tabaco/WHOCC for Tobacco Control
14	<b>ISP - Instituto de Salud Pública, Departamento de Salud Ocupacional</b> CHI-10 HQ Santiago de Chile, Chile CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC for Occupational Health	33	<b>OSM/CEHC - Office on Smoking and Health</b> USA-164 Atlanta, GA, USA CCOMS para la Vigilancia Mundial de Tabaquismo/WHOCC for Global Tobacco Surveillance
15	<b>IRET - Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas, Universidad Nacional</b> COR-8 Heredia, Costa Rica CCOMS en Epidemiología y Toxicología Ocupacional y Ambiental/WHOCC for Occupational and Environmental Epidemiology and Toxicology	34	<b>UCSF - U. CA, San Francisco - Center for Tobacco Control Research and Education</b> USA-302 San Francisco, CA, USA CCOMS en Desarrollo de Política para el Control de Tabaco/ WHOCC on Tobacco Control Policy Development
16	<b>INSAT/IAIS - Institute of Occupational Medicine, Ministry of Public Health</b> CUB-10 La Habana, Cuba CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC for Occupational Health	35	<b>IGTC/HSU - Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health - Institute for Global Tobacco Control</b> USA-307 Baltimore, MD, USA CCOMS sobre Vigilancia y Evaluación de Control de Tabaco/ WHOCC on Tobacco Control Surveillance and Evaluation
17	<b>NIOSH/CEHC - National Institute of Occupational Safety and Health, Center for Disease Control and Prevention</b> USA-150 HQ Washington D.C., USA CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC for Occupational Health	36	<b>U. of Illinois at Chicago, Health Policy Center</b> USA-357 Chicago, IL, USA CCOMS sobre la Economía del Control de Tabaco/WHOCC on the Economics of Tobacco Control
18	<b>SWCOEH - Southwest Center for Occupational and Environmental Health, U. of Texas</b> USA-183 HQ Houston, Texas, USA CCOMS en Salud Ocupacional/WHOCC in Occupational Health	<b>Promoción de la Salud–Health Promotion (9)</b>	
19	<b>U. of Illinois - UIC/CEHC - USA - Great Lakes Center for Occupational &amp; Environmental Safety &amp; Health, University of Illinois at Chicago</b> USA-260 Chicago, Illinois, USA CCOMS en Salud Ocupacional y Ambiental/WHOCC for Occupational and Environmental Health	37	<b>U. of Toronto, Centre for Health Promotion</b> CAN-49 Ontario, Toronto, Canadá CCOMS para la Promoción de la Salud/WHOCC for Health Promotion
20		38	<b>U. of Victoria - Center for Community Health Promotion Research</b> CAN-68 British Columbia, Victoria, Canadá CCOMS para Promoción de la Salud/WHOCC for Health Promotion
		39	<b>PROINAPSA - Santander Industrial U., Center for Promotion and Reproductive Health</b> COL-16 Santander, Colombia CCOMS para Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva/WHOCC for Health Promotion and Sexual and Reproductive Health
		40	<b>CEDETES - Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, U. del Valle</b> COL-17 Cali, Colombia CCOMS para Evaluación, Capacitación y Abogacía en Promoción de la Salud/WHOCC for Evaluation, Training and Advocacy in Health Promotion
		41	<b>U. de Puerto Rico, Centro de Promoción y Educación en Salud</b> PUR-263 San Juan, Puerto Rico CCOMS para Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación en Salud/WHOCC C for Training and Research in Health Promotion and Health Education
		42	<b>DNPA/CDC, National Center for Chronic Disease Prevention &amp; Health Promotion</b> USA-291 Atlanta, GA, USA CCOMS en Actividad Física y Promoción de la Salud/WHOCC for Physical Activity and Health Promotion
		43	<b>EDC/HHD - Health &amp; Human Development Programs, Education Development Center</b> USA-294 Newton, MA, USA CCOMS para la Promoción de la Salud a través Escuelas y Comunidades/WHOCC to Promote Health through Schools and Communities
		44	<b>U. of KANSAS - Work Group for Community Health &amp; Development</b> USA-309 Lawrence, Kansas, USA CCOMS en Salud Comunitaria y Desarrollo/WHOCC for Community Health and Development
		45	<b>College of Urban and Public Affairs, Portland State U.</b> USA-329 Portland, OR, USA CCOMS en Urbanismo y Sostenibilidad en Salud/WHOCC for Urban and Health Sustainability
		<b>Prevención de Lesiones y Violencia–Prevention of Injuries and Violence (7)</b>	
		46	<b>NEV - Núcleo de Estudios de Violencia</b> BRA-61 São Paulo, Brasil CCOMS en Investigación sobre la Prevención de Violencia/ WHOCC for Research on Violence Prevention
		47	<b>CSP - Centre de Santé publique Sécurité dans les Milieux de Vie</b> CAN-48 Quebec, Beaufort, Canadá CCOMS para Promoción de Seguridad y Prevención de Lesiones/WHOCC for Safety Promotion and Injury Prevention
		48	<b>CISALVA - Centro de Investigaciones de Salud y Violencia, Universidad del Valle</b> COL-14 Cali, Colombia CCOMS en Violencia y Salud/WHOCC for Violence and Health
		49	<b>CISIS/INSP - Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud</b> MEX-20 Cuernavaca, Morelos, México CCOMS en Investigación de Lesiones y Violencia /WHOCC for Injuries and Violence Research
		50	<b>NIOPIC/CEHC - National Center for Injury Prevention and Control</b> USA-210 HQ Atlanta, GA, USA CCOMS en Control de Lesiones/WHO Collaborating Centre for Injury Control
		51	<b>CIP - Emory U. - Center for Injury Prevention</b> USA-287 HQ Atlanta, GA, USA CCOMS en Epidemiología de Lesiones y Control/WHOCC for Injury Epidemiology and Control
		52	<b>Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health</b> USA-355 Baltimore, MD, USA CCOMS en Lesiones, Violencia y Prevención de Accidentes/ WHOCC for Injuries, Violence and Accident Prevention
		<b>Salud Urbana–Urban Health (6)</b>	
		53	<b>CEPEDOC - USP SPH - U. of São Paulo, School of Public Health, Centre for Healthy Municipalities and Cities</b> BRA-68 São Paulo, Brasil CCOMS en Ciudades Saludables y Promoción de la Salud/ WHOCC for Healthy Cities and Health Promotion
		54	<b>ONIPH (ERASEPS), Groupe de Recherche et d'Intervention en Promotion de la Santé de Université Laval GRIPSUL</b> CAN-50 Quebec, Beaufort, Canadá CCOMS para el Desarrollo de Ciudades y Comunidades Saludables/WHOCC for the Development of Healthy Cities and Towns
		55	<b>Department of Nutrition, Faculty of Medicine, U. of Montreal</b> CAN-60 HQ Quebec, Montreal, Canadá CCOMS en Cambios y Desarrollo en la Nutrición/WHOCC for Nutrition Changes and Development
		56	<b>INTA - Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos</b> CHI-15 Santiago de Chile, Chile CCOMS en Nutrición y Salud/WHOCC for Nutrition and Health
		57	<b>INHEM - Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología</b> CUB-16 La Habana, Cuba CCOMS en Viviendas Saludables/WHOCC for Health in Housing
		58	<b>SUNY - State U. of NY at BUFFALO, Health in Housing Center for the Health Aspects of Housing</b> USA-213 Buffalo, NY, USA CCOMS en Investigación sobre Viviendas Saludables/WHOCC for Reserch on Health in Housing

**MATRIZ DE TRABAJO**  
**Centros Colaboradores OPS/OMS e Instituciones Nacionales de Referencia Asociadas a la OPS**  
**para la Cooperación Técnica sobre Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)**

Objetivo Estratégico (OE)	Resultados Esperados Regionales (RER)	Productos/Servicios*	Centro Colaborador (CC) e Institución Nacional de Referencia (INR)	Apoyo de OPS/OMS
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		
		■ XXX		

\* a) Base de datos, b) Política, c) Monitoreo y vigilancia, d) Desarrollo de recursos humanos, e) Proyecto de investigación, f) Participación en comité de expertos, g) Publicación, h) Colección/difusión de información, i) Otro

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. [homepage na internet]. Centros colaboradores de la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/collaboratingcentres/es/index.html>
2. Organización Mundial de la Salud. [homepage na internet]. Base de datos de centros colaboradores de la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/collaboratingcentres/database/en>
3. Panamerican Health Organization. [homepage na internet]. PAHO/WHO Collaborating Centers. Disponible en: <http://regional.bvsalud.org/whocc/>
4. World Health Organization. Guide for WHO collaborating centres. Geneva: WHO; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/collaboratingcentres/GuideforWHOCC.pdf>
5. Roses Periago M. É preciso olhar todas as experiências para não repetirmos problemas já identificados [entrevista]. RADIS 61, set. 2007: 28-29. Disponible en: [http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/61/pdf/radis\\_61.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/61/pdf/radis_61.pdf).
6. Pan American Health Organization. [homepage na internet]. Map of SDE Collaborating Centers. Disponible en: [www.paho.org/sde/collaborating-centers](http://www.paho.org/sde/collaborating-centers)
7. Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage en internet]. Centros Colaboradores da OMS no Brasil. Disponible en: <http://new.paho.org/bracolab/>
8. Organización Panamericana de la Salud. Red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Brasil: potencialidades y perspectivas. Brasília: OPS/OMS; 2010

# Los Institutos reguladores en salud

*Enrique Gil, Rogerio Lima, José Luis Di Fabio, James Fitzgerald, Chritopher Rerat*

## 1. Las instituciones reguladoras y su constitución

La razón de ser de las instituciones reguladoras es promover la protección de la salud de la población y la seguridad del paciente por medio del control sanitario de la producción y comercialización de productos y servicios sujetos a vigilancia sanitaria, incluidos los entornos, procesos, materiales y tecnologías relacionadas con ellos. En algunos países además, ejerce el control sobre los puertos, aeropuertos y fronteras mediante diálogo con el Ministerio de Relaciones Exteriores e instituciones extranjeras para hacer frente a los asuntos internacionales en el ámbito de la vigilancia de riesgos internacionales relacionados con el tránsito de personas y el comercio.

La misión de una instancia reguladora debe estar orientada a proteger y promover la salud de la población, garantizando la seguridad sanitaria de los productos y servicios y participar en la construcción del acceso a los mismos.”

La visión debe enfocarse a “Ser un agente de transformación de un sistema descentralizado de vigilancia de riesgos en una red, ocupando un espacio diferente y legitimado por la población como un regulador y promotor del bienestar social.”

## 2. Importancia de la institución a nivel político, estratégico y técnico frente a las políticas nacionales de salud.

La construcción de un sistema nacional de regulación sanitaria es una tarea política que requiere esfuerzos conjuntos en todos los niveles del gobierno del Sistema de Salud. Requiere sinergia en la construcción de la intersectorialidad en los distintos organismos de la economía y la salud de la esfera pública y la sociedad civil, para la protección y promoción de la salud, por lo tanto, son acciones que trascienden el sector salud.

Se debe contar con un plan estratégico de regulación, para establecer las directrices y lineamientos específicos de la acción estatal en este ámbito de la regulación. El plan favorecerá la consolidación y el fortalecimiento de un sistema nacional de regulación sanitaria, y proporcionará instrumentos para orientar y facilitar una gestión estratégica para la transformación del contexto sanitario nacional. El plan estratégico tiene un papel político, estratégico y pedagógico, en que se configura como un instrumento de regulación en el campo de la salud pública y por lo tanto se debe trabajar en consonancia con los principios y directrices del Sistema Nacional de Salud. Al mismo tiempo deberá reflejar su interfase con la economía y los detalles de su proceso de trabajo.

La integración entre los niveles de gobierno y la coordinación intersectorial, contribuye de manera eficaz a la búsqueda de nuevos caminos para minimizar el riesgo y facilitar el acceso a los servicios y acciones de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de vida. Por otro lado, el ejercicio y el incentivo a la participación social, permiten por un lado, la adopción de estrategias de intervención para modificar las realidades de situaciones de salud no deseadas, y por otro, integrar a mayor número de actores y aumentar la legitimidad de las prácticas sanitarias en la sociedad. Las acciones decididas de una instancia reguladora, orientadas a proteger la salud, implican la organización de un sistema nacional con fundamento jurídico y con mecanismos de pactación intersectorial y directrices. Deben incluir un sistema de información estructurada que permita el seguimiento, con indicadores específicos y capaces de reflejar problemas de salud.

En la implementación de estrategias para la gestión de riesgo sanitario, está implícito todo el ciclo de producción, circulación, consumo de bienes, la prestación de los servicios de salud y el ambiente de vida y de trabajo. Las prácticas de regulación sanitaria, deben ser una expresión de las políticas públicas, con sus relaciones intersectoriales, y teniendo un papel operativo específico para promover y proteger la salud de las personas, buscando la calidad de vida de la población. Ello se consigue a través de acciones de apoyo normativo, legal, técnico y científico, y relacionado con el desarrollo económico y los procesos contemporáneos de la internacionalización de los mercados asumiendo lo que es específico en lo local, regional o intermedio y nacional.

### **3. Concepción de la red de relacionamiento en una institución reguladora.**

Como se menciona anteriormente, deberá constituirse una red intersectorial e interinstitucional entre los diversos organismos de la salud, economía, y sociedad civil

El incentivo y el ejercicio de la participación social permiten la adopción de estrategias de intervención capaces de modificar las realidades sanitarias indeseables e integrar mayor número de actores de forma que se amplía la legitimidad de las prácticas sanitarias en la sociedad.

La resolutividad de las acciones, teniendo en vista la protección de la salud, implica por lo tanto la organización de mecanismos regulatorios en sus bases jurídicas, mecanismos de pactación y directrices, incluyendo el sistema de información que permita el monitoreo con indicadores de medición de riesgos y problemas de salud.

Las prácticas de regulación y vigilancia que incluyen ciclo de producción, circulación y consumo de bienes, deben ser expresión de políticas públicas, visualizadas en las relaciones intersectoriales. El sector salud tiene un papel operativo específico de promoción y protección de la salud de las personas, buscando la calidad de vida de la población y la calidad de la prestación sanitaria. Todo ello debe realizarse por medio de acciones apoyadas normativa, jurídica, técnica y científicamente.

El funcionamiento de las instancias reguladoras, está sustentada en un marco legal amplio y fuerte que regula el ejercicio de la salud pública, los derechos humanos, el comercio de productos de la salud y procesos relacionados con el desarrollo económico, que en la mayoría de las veces requiere el desarrollo de un marco legal propio de las instituciones reguladoras. Ese marco legal nacional, debe además de definir los límites de actuación, establecer funciones y responsabilidades en los distintos niveles de la división política de un país, principalmente dentro de un marco de actuación descentralizado y multisectorial. Por ejemplo, definir para el nivel central, nacional o federal, dependiendo del país, las actividades de normalización, control y fiscalización de productos, sustancias, servicios de interés para la salud pública, vigilancia y regulación en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos: el acompañamiento y la coordinación de las acciones departamentales, provinciales o estatales y municipales de regulación y vigilancia, el mantenimiento de un sistema de información nacional y coordinación en el financiamiento de los niveles intermedios y locales.

La actuación de múltiples actores generan un escenario fragmentado en el campo de las intervenciones de las acciones de protección sanitaria y dificulta el enfrentamiento de la complejidad de los problemas que ocurren en un territorio dado, resultante del ensamble de múltiples determinantes sociales, políticos, culturales, sanitarios y ambientales, de ahí, la necesidad de conformar la red de relacionamiento.

Para que la acción reguladora en salud sea mas eficaz, es necesario, además del control de los riesgos producidos por el desarrollo tecnológico, la inclusión de los riesgos relacionados a los grandes problemas sanitarios característicos del perfil epidemiológico del país. En este aspecto se superponen los problemas de la modernidad con los antiguos problemas de salud, típicos del atraso económico y cultural, y de la desigualdad al acceso de un sistema de salud incluyente. Por lo tanto se vuelve imprescindible, por parte de todos los integrantes del sistema nacional de salud, la adopción de un conjunto de mecanismos y herramientas que posibiliten la actuación alineada con la política de salud del estado, fortaleciendo la relación en el campo de la vigilancia y regulación con la sociedad, sectores públicos o privados regulados y del propio sistema nacional de salud, y todos deben ser parte integrante esencial y estructurante de una red de relacionamiento estratégico para un trabajo coordinado buscando los intereses de la población en general y del desarrollo económico del país.

#### **4. La Red de Relacionamento de la Institución Reguladora**

La intersectorialidad es promovida y se materializa a través de la implementación de la comunidad de práctica, permitiendo el establecimiento de espacios compartidos para el desarrollo de acciones y servicios de salud, tanto en el ámbito de la salud como en la relación con otros actores gubernamentales y no gubernamentales.

En ese sentido, la descentralización de las acciones de regulación además de ser un principio orientador, es una estrategia de fortalecimiento del sector en los distintos niveles administrativos del sistema de salud, por eso la revisión de las responsabilidades de los actores en el sistema de salud sobrepasan el campo de las intenciones normativas e incorpora el establecimiento de metas de cobertura y definición de indicadores de desempeño, acompañados del proceso que viabiliza el control social. El redireccionamiento pretendido se ajusta a la capacidad de gestión de cada uno de los niveles y de la adopción del principio de autoridad territorial, equilibrado por el compromiso en la evaluación y la gestión del riesgo sanitario.

La heterogeneidad producto de las especificaciones locales, implicará la construcción de pactos de gestión que expresen tal diversidad, aboliéndose la utilización exclusiva de clasificación de acciones por niveles de complejidad, en ese sentido, se establece como acción esencial la revisión del proceso de planificación y ejecución de las acciones de regulación bajo una óptica de responsabilidad sanitaria, por medio de la definición de un grupo orientador de acciones que permita asimilar la diversidad local, los problemas de salud y las necesidades de intervención frente a una estructura existente.

Para gran parte de los autores, las funciones realizadas por las autoridades de regulación abarca: aprobación de reglas (reglamentos, normas, resoluciones, etc), implementación concreta de esas reglas (autorizaciones, licencias, registros, etc) fiscalización de su cumplimiento de sanciones o penalidades ante infracciones. Por lo tanto, la regulación conjuga los tres tipos de poderes, normativo, ejecutivo y judicial. Ella cumple varios objetivos: restringir prácticas empresariales, regular mercados, controlar calidad y precios, evitar la competencia desleal, y todavía, corregir informaciones a los consumidores.

En un sentido amplio de regulación, estrategias como el mejoramiento de los procesos productivos y del control de calidad de los productos ofrecidos, como también la comunicación del riesgo y el estímulo al consumo consciente, son algunas de las posibilidades de implementación de la regulación. Pero la atribución legal de la regulación del riesgo sanitario, no solo debe restringirse a la perspectiva fiscalizadora e debe ampliarse a una visión que permita incorporar elementos de protección, por ejemplo, monitoramiento y regulación de la propaganda, notificación pos-comercialización, comunicación del riesgo, monitoramiento y evaluación de productos y medicamentos registrados, y educación en salud para el consumo seguro de productos y servicios.

La institucionalización de las acciones intersectoriales que tengan interfase con las acciones de regulación, permiten el establecimiento de trabajo coordinado en redes de relacionamiento con:

- 1) Ministerio de Salud.
- 2) Estados/Provincias/Departamentos.



- 3) Municipios
- 4) Puertos, aeropuertos y fronteras
- 5) Centros colaboradores de regulación sanitaria: institutos, universidades, asociaciones gremiales, científicas.
- 6) Laboratorios Nacionales y de producción de insumos de Salud Pública
- 7) Ministerio de Comercio.
- 8) Ministerio de Economía
- 9) Ministerio de Industria.
- 10) Instituciones responsables por el control de calidad.
- 11) Establecimientos privados de prestación de servicios de salud, operadoras de planos y seguros de salud.

### RED DE RELACIONAMIENTO ESTRATEGICA DE INSTITUCIONES REGULADORAS



## **Ministerio de Salud**

Es el ente responsable de la organización y preparación de planes y políticas dirigidas a la promoción, prevención y atención de la salud. Es el miembro clave de la red de relacionamiento con la función de tener las condiciones para la protección y recuperación de la salud de la población, reduciendo y controlando las enfermedades, y mejorando la vigilancia de la salud, promoviendo la salud de la población mediante la integración y la construcción de asociaciones con otras agencias del gobierno, estados, municipios, empresas privadas y la sociedad civil.

## **Estados/Provincias/Departamentos/Municipios.**

Dentro de la red de relacionamiento, son los responsables por la adaptación, diseminación y aplicación de las políticas nacionales de regulación. Ejecutan de forma descentralizada las acciones y los programas propuestos en el Sistema Nacional de Salud y estos niveles son los responsables por la adaptación, diseminación y aplicación de las políticas nacionales de regulación.

## **Puertos/Aeropuertos/Fronteras**

Realizan la acción conjunta de control y regulación con los estados/provincias/departamentos o municipios en las áreas de alimentos, residuos sólidos, control de vectores, el agua de lastre, climatización de aire interior/aire acondicionado de navíos y estructuras físicas. Realizan las leyes para la aprobación de la operación de las empresas y los puertos. Apoyan en las investigaciones para la identificación de las agentes patógenos de riesgo nacional o internacional para la salud pública en los puertos, aeropuertos y fronteras, además de cumplir con las normativas nacionales para evitar el impacto sanitario y ambiental, en aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

Las medidas de fiscalización no incluye sólo a los viajeros, importadores y exportadores, sino también a todos los que participan en la gestión de terminales portuarios, aeropuertos, puestos fronterizos, terminales de aduanas, establecimientos y los proveedores de servicios en las áreas auditadas. Todo esto incluye también la concesión de autorizaciones de funcionamiento de estas actividades.

Es necesario la definición de los criterios para las acciones integradas de vigilancia sanitaria en los puertos, aeropuertos y fronteras con la vigilancia sanitaria estadual y/o municipal, como red de apoyo al Sistema de Control Sanitario de Productos y Servicios, Por ello hay que integrar operativamente la evaluación y aprobación de los planes de gestión de residuos sólidos en las áreas de puertos, aeropuertos y fronteras, así como la armonización de la redacción de instrumentos legales relacionados con las acciones de diversos

ministerios, eliminando los conflictos de competencia y buscando la racionalización, la eficiencia y eficacia de las acciones,

### **Institutos/Universidades**

La participación de las universidades e institutos se lleva a cabo mediante el desarrollo de la investigación, la formación de recursos humanos, evaluación de programas y proyectos, incluidas en los programas de capacitación de grado y postgrado como apoyo a la vigilancia y respuesta a emergencias. Además participan en la evaluación de las estrategias nacionales para la generación de políticas públicas, programas y el fortalecimiento de la capacidad técnica nacional, regional y local.

### **Sociedades gremiales y científicas**

La participación de sociedades científicas en investigaciones científicas agrega valor a los actos normativos regulados por las instituciones que son involucradas por esta investigación.

Esta también se presta como un instrumento útil para la formación de una metodología de acompañamiento por el estado, a las innovaciones científicas y tecnológicas con potencial concreto para difusión pública en el corto, mediano y largo plazo, y posibles repercusiones importantes para la salud, la seguridad y el medio ambiente.

### **Laboratorios Nacionales y de producción de insumos de Salud Pública.**

El Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública tiene como objetivo satisfacer con mayor eficacia las acciones de vigilancia dentro de un conjunto de redes de laboratorios nacionales, organizados en subredes, jerarquizada por un grado de complejidad de los análisis relacionados con la vigilancia epidemiológica, vigilancia de la salud ambiental, vigilancia sanitaria y la atención médica de alta complejidad, como también, en la producción de insumos de salud pública como reactivos para diagnóstico, vacunas, medicamentos, equipamientos, etc.

Sus directrices pueden comprender el diagnóstico de enfermedades de declaración obligatoria, la vigilancia de las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles, monitoreo de resistencia a los antimicrobianos, y definición de la normalización de kits de diagnóstico para uso en los Laboratorios Nacionales de Salud Pública, vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano, vigilancia de la calidad del aire, monitoreo de calidad del suelo, control de los factores ambientales físicos y químicos, control biológico de los factores ambientales (vectores, huéspedes, reservorios y animales venenosos); y el seguimiento de las poblaciones humanas expuestas a factores de riesgo ambientales, biológicos, químicos y físicos.

## Ministerio de Comercio

Dentro de sus competencias esta al protección y defensa del consumidor. Su objetivo es desarrollar y aplicar la política de protección y defensa de los consumidores en diferentes áreas de especialización, tales como: educación para el consumo, recepción y tramitación de las quejas administrativas, individual y colectiva en contra de los proveedores de bienes o servicios, orientación a clientes y proveedores sobre sus derechos y obligaciones en las relaciones de consumo, vigilancia del mercado de consumo para hacer cumplir las determinaciones de la normativa de protección de los consumidores, seguimiento y presentación de demandas colectivas, estudios y seguimiento de la legislación nacional e internacional y de decisiones judiciales relativas a derechos de los consumidores, investigación cualitativa y cuantitativa en el ámbito de la protección de los consumidores, apoyo técnico para la implementación de órganos de defensa municipales, los contactos técnicos con los funcionarios, las organizaciones privadas y otros organismos relacionados con la protección de los consumidores, incluidos los internacionales; disponibilidad de una oficina para la recepción, transmisión de críticas, sugerencias o felicitaciones formuladas por los ciudadanos con respecto a los servicios prestados, con el objetivo de mejora continua de estos servicios.

## Ministerio de Industria

La regulación Sanitaria no se ejerce en un sector específico de la economía. Con el fin de prevenir y reducir al mínimo el riesgo para la salud de la población es esencial que el Estado actúe tanto en la regulación económica del mercado cuanto en la regulación sanitaria. Por lo tanto juega un papel de mediación entre productores y consumidores, dado que el uso de los productos, bienes y servicios regulados por la misma puede tener efectos graves para la salud de la población. En este contexto, es necesario saber de antemano la realidad social y sanitaria en la cual estos productos y servicios están siendo incluidos.

La globalización de la economía también ha traído la internacionalización de los riesgos y su amplificación, tanto en cantidad como en diversidad de productos, tecnologías, hábitos y viajeros que atraviesan todas las fronteras. Se añade a ello la incorporación de equipos automatizados, sin evidencia científica, sin una evaluación de costos o efectividad en los contextos nacionales.

Esto requiere una acción multisectorial de sectores gubernamentales, empresas privadas y la sociedad para una acción eficaz. Aunado a esto, el tema de la medicalización, que representa la interpretación de los problemas sociales como problemas médicos y el uso de medicamentos, como respuesta universal que los servicios dan a cualquier tipo de demanda. Deben intensificar los esfuerzos encaminados a la utilización racional de los medicamentos y la adopción de códigos de conducta y rutinas estandarizadas que apuesta por el uso de principios científicos.

## Ministerio de Economía

Entre sus responsabilidades está el llevar a cabo investigaciones y estudios económicos sobre los productos de mercado y servicios regulados. El disponer de encuestas y la vigilancia de los precios de los medicamentos, equipos, componentes, suministros y servicios en el sector de salud, apoyar el desarrollo del sistema de información. Este sistema de información esta destinado a proporcionar grupos de datos de precios en el sector de salud. Una necesidad muy clara es el desarrollo de alguna metodología de recopilación de datos y el seguimiento del mercado que pueden ayudar en la formación de las bases necesarias para llevar a cabo las funciones de regulación del mercado.

Proponer normas para mejorar, no para reemplazar, el libre funcionamiento de los mercados en entornos competitivos. En consecuencia, el Reglamento tiene por objeto simular los efectos de la competencia, para promover y fomentar la prestación de los servicios públicos con calidad y menos costo debido a los avances en la productividad, que se reflejará en tarifas cada vez más pequeñas para los consumidores.

## Instituciones responsables por el control de calidad

Las empresas e instituciones dedicadas a garantizar la calidad deben a) promover la armonización de las relaciones entre el consumo, la innovación y la competitividad del país ejecutando las políticas nacionales en materia de la metrología y de la calidad, b) verificar el cumplimiento de las normas técnicas y legales, con respecto a las unidades de medida, los métodos de medición, instrumentos de medición y productos pre-medidos, c) mantener y preservar las normas de unidades de medida, d) implementar y mantener la cadena de trazabilidad de las normas de unidades de medida en el país con el fin de que sean coherentes a nivel interno con el plano internacional. Por otro lado, como apoyo al sector productivo, con miras a la calidad de bienes y servicios, deben fortalecer la participación del país en actividades internacionales relacionadas con la metrología y calidad, y promover el intercambio con entidades extranjeras y organismos internacionales; proporcionar apoyo técnico y administrativo, fomentar el uso de la técnica de gestión de la calidad en las empresas; planificar y ejecutar las actividades de acreditación de la calibración y verificación de los proveedores de ensayos, los organismos de certificación, de inspección, de capacitación y de otras, inversiones necesarias para desarrollar la infraestructura de servicios tecnológicos en el país.

## Establecimientos privados de prestación de servicios de salud/Empresas empleadoras

El papel del sector privado en la financiación y la prestación de servicios de salud, así como su relación con el sector público y el cumplimiento de las normas reglamentarias, es hoy un tema central en el debate sobre las alternativas más eficaces y menos costosas

para la organización sectorial en países de todo el mundo. Este fenómeno está patrocinado por el estado de dos maneras: directamente, ya sea a través de una legislación específica de protección de las aseguradoras o a través de la financiación pública de los planes privados de salud de los trabajadores, e indirectamente, como resultado de las políticas de ajuste que han sofocado al sector público en estos países.

### **Operadoras de planos y seguros de salud.**

Los operadores de los planes y seguros de salud tienen como objetivo institucional promover la protección del interés público en la asistencia complementaria a la salud, regular los operadores sectoriales – sobre sus relaciones con los proveedores y los consumidores – y contribuir al desarrollo de la salud en el país. El sector de salud complementario reúne a las empresas que operan los planes de salud, médicos, enfermeras, dentistas y otros profesionales, así como clínicas, hospitales y laboratorios en una red proveedora de servicios de salud que atiende a los consumidores privados de asistencia de salud, a fin de promover un equilibrio en las relaciones entre todas las partes interesadas en la salud, y construir, en colaboración con la sociedad, un mercado fuerte, equilibrado y socialmente justo.

## **5. La Cooperación Técnica de la OPS/OMS y las Redes de Relacionamento de las Instituciones Regulatoras. Razones para su establecimiento.**

La misión de la Oficina es liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de vida de los pueblos de las Américas.

Las tendencias económicas y sociales indica que después de años de estancamiento, retornó el crecimiento económico en la región, en 2007 lograron tasas de crecimiento en cerca de una tercera parte de los países de un 6%, pero que a pesar de ese crecimiento económico, ha aumentado la desigualdad en la distribución de los ingresos, acentuando la pobreza. La urbanización plantea retos para la salud en cuanto a la disponibilidad de recursos y servicios básicos de agua limpia, manejo de desechos y residuos, transporte y prevención de la violencia. Las zonas rurales, por otra parte, padecen de problemas constantes de pobreza, recursos limitados y falta de acceso a servicios de salud. Otros factores, como el crecimiento no planificado de las ciudades, el desarrollo industrial no controlado, el rápido aumento del parque vehicular y la migración del campo a las áreas urbanas, repercuten negativamente en el medio ambiente, la salud y la calidad de vida de la población. En respuesta a esta, se han emprendido iniciativas para abordar los factores determinantes de la salud mediante la formulación de políticas públicas sostenibles y favorables para la salud, la creación de espacios saludables, la formación de alianzas entre sectores públicos y privados, la movilización de los medios de comunicación, la motivación de los gobiernos locales y la consolidación de redes de apoyo en las cuales

las instancias reguladoras juegan un rol importantísimo para reducir el impacto, que los riesgos inherentes a las determinantes sociales tienen, sobre la salud de la población.

Otros cambios importantes, están los relacionados con el deterioro y la contaminación del medio ambiente, nuevos estilos de vida y comportamiento, contribuyendo al aumento de los factores de riesgo para enfermedades crónicas, cáncer, traumatismo por accidentes de tránsito, violencia, problemas relacionados con el tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas y exposición a sustancias químicas son elementos que deben ser abordados por los órganos reguladores para promover espacios seguros y saludables, control de la propaganda en alimentos y sustancias adictivas, aplicación del convenio marco contra el tabaco, uso de alcohol en el tránsito, uso de cinturones de seguridad y cascos y control de velocidad en el tránsito.

La persistencia de enfermedades transmisibles, pero también el apareamiento de nuevos eventos de alto riesgo epidémico o pandémico, incluyendo la inocuidad de los alimentos, requiere de la actuación de instancias reguladoras para el control de viajeros y carga en puntos de entrada de los países para la aplicación del RSI y evitar la aparición de eventos de salud pública de importancia internacional sin interferir en el libre tránsito de las personas y el comercio, por lo tanto, las instancias reguladoras implementan nacionalmente instrumentos legales internacionales.

La accesibilidad y el consumo reducido de alimentos ricos en micronutrientes son causas de anemia en mujeres y niños y también causa de sobrepeso/obesidad que a menudo sufren carencias específicas. Es cada vez más común el régimen alimentario con consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico generalmente acompañado de un consumo escaso de micronutrientes y una tendencia a consumir menos frutas, hortalizas y granos integrales. El consumo de alimentos ricos en grasa saturada, azúcar y sal también están aumentando, situación que exige la participación activa de las instancias reguladoras sobre el control y regulación de la propaganda, del contenido y etiquetado de los alimentos, así como también la divulgación de información en la población general para reducir los riesgos.

La exposición a sustancias químicas tóxicas representa un grave problema de salud pública en la región. Su utilización en diversas fases de los procesos productivos, tanto industriales como agropecuarios, expone a riesgo no solo a los trabajadores, sino a toda la población, y en especial a los grupos vulnerables: niños, embarazadas, adultos mayores y las personas con poco conocimiento y acceso limitado a la información sobre la toxicidad de ciertos productos. Las instancias reguladoras necesitan centrar esfuerzos en la toxico vigilancia, fortalecimiento de la legislación, registro riguroso de los productos químicos, la prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos y peligrosos, la participación de la sociedad civil en los mecanismos de vigilancia y control de sustancias químicas, la adopción de la seguridad química como parte de las políticas de desarrollo

sostenible y la ampliación de las opciones frente al uso de plaguicidas, como son el manejo integrado de plagas y la agricultura orgánica.

La población económicamente activa aumenta constantemente y más de la mitad de los trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo inseguras e insalubres, que implican diversos riesgos para la salud. Ciertas actividades como la agricultura, ganadería, la construcción y la minería son las más peligrosas, requiriendo mecanismos legales, preventivos y promocionales de regulación para garantizar reducciones importantes en accidentes laborales, muerte y discapacidad.

Así como existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud, también hay desigualdades en el acceso a las tecnologías y a los servicios de salud esenciales en la Región. Muchos países tienen infraestructura física insuficiente o deteriorada, carecen de las especificaciones adecuadas para la adquisición de nuevas tecnologías y los servicios de salud no están bien organizados ni tienen suficiente personal sanitario capacitado. Como resultado, en muchos lugares los equipos no funcionan, los servicios están subutilizados, el personal tiene escasa preparación, las políticas de prevención son insuficientes, los protocolos de diagnóstico y tratamiento son ineficaces y existen condiciones inseguras en los pacientes.

Cada día es más frecuente que los países desarrollan capacidades para la importación o producción de vacunas, medicamentos, equipamientos, materiales médicos para dar una atención médica de buena calidad. En el caso de muchas tecnologías, es fundamental que su incorporación y vigilancia pos comercialización estén regidas por las autoridades reguladoras y guiadas por la legislación nacional. Se necesitan directrices y protocolos terapéuticos políticos nacionales para abarcar todos los aspectos de las tecnologías y los servicios de salud, pero estas tendrán éxito solo si están apoyadas por mecanismos de regulación adecuados. El control de los problemas de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionado con la salud dependerán del uso correcto y regulado de las tecnologías y los servicios.

El gran número de actores nuevos, nacionales e internacionales, que trabajan para mejorar la salud requiere de un enfoque colaborativo, en donde el espacio de una red de relacionamiento estratégico permite la interacción especializada y coordinada de diferentes actores para apoyar las acciones de regulación. La OPS/OMS ocupa una posición especial para coordinar esfuerzos colectivos y catalizar el cambio para aumentar la capacidad institucional, lo cual incluye las iniciativas conjuntas y coordinadas entre el sector público, el sector privado y la sociedad civil.

La coordinación intersectorial e interinstitucional es importante, para actuar sobre los factores de riesgo y coordinar el esfuerzo colaborativo con otros actores fuera del sector salud y que por su grado de especialización en temas regulatorios específicos no tradi-



cionales dentro del sector salud, hace que deben desarrollarse las redes de relacionamiento estratégicas.

## **6. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF o PANDRH): un ejemplo de Red exitosa**

Es una iniciativa creada hace más de 10 años por las Autoridades Reguladoras Nacionales (ARN) de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que apoya los procesos de armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas, en el marco de las realidades y políticas sanitarias nacionales y subregionales y el reconocimiento de las asimetrías pre-existentes.

La misión de la Red es impulsar la armonización de la reglamentación farmacéutica cubriendo aspectos de calidad, seguridad, eficacia y uso racional de los productos farmacéuticos y el fortalecimiento de las capacidades de las ARN en la Región de las Américas, basados en el derecho de la población al acceso a medicamentos de calidad de acuerdo con los avances de la ciencia y la tecnología.

La Red PARF es coordinada por un Comité Directivo, se reúne cada 2 años durante la Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, y es compuesta por diez (10) Grupos Técnicos de Trabajo en tantas áreas como sean definidas como prioridad por la Conferencia y el Secretariado asegurado por la OPS.

En la Red PARF participan:

- Autoridades reguladoras de medicamentos de la región;
- Representantes de organismos de integración económica tales como CARICOM (para el Caribe), MERCOSUR (países del Cono Sur), TLCAN (para América Central), ALADI (Asociación Latinoamericana de Integración), o la Comunidad Andina;
- Representantes de la Industria Farmacéutica (ALIFAR y FIFARMA)
- Grupos de Consumidores;
- Representantes de la Academia y Asociaciones gremiales;
- Representantes de Asociaciones regionales de profesionales;
- Observadores, representando organismos internacionales y/o nacionales de reconocida actuación en el área de regulación pueden participar en la Red.

La Conferencia bienal de la Red es un espacio para difundir decisiones en armonización farmacéutica de iniciativas regionales o globales, y facilita la articulación con iniciativas o redes de mayor dimensión, sean regionales o globales, como la Conferencia Internacional de Autoridades Reguladoras (ICDRA) o la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH).

La Red PARF facilita la integración de países del Continente que no forman parte de bloques subregionales mencionados (caso de Chile, Cuba o República Dominicana). El principal objetivo de la Red es de apoyar los procesos de armonización a través del análisis y adopción de recomendaciones sobre temas prioritarios y guías armonizadas propuestas por los Grupos de Trabajo (GT) establecidos por la Conferencia. Se espera que las conclusiones y recomendaciones sean implementadas por otros mecanismos, grupos o sistemas de integración regionales en sus procesos de armonización. La intersectorialidad es también una de las vertientes que orientan las perspectivas de trabajo de los Grupos Temáticos.

Los GT son conformados por expertos en el tema del grupo, que poseen profundos conocimientos técnicos y demostrando amplia experiencia en el área de especialidad del Grupo. Las ARN de países que no están representados en los GT designan puntos focales en los GT de la Red. Esta designación es voluntaria y los profesionales así designados pueden participar virtualmente en las discusiones técnicas sobre los documentos y guías desarrollados.

### **Bibliografía**

1. Organización Panamericana de la Salud. Plano Estratégico 2008-2012. Washington: OPS; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). 2 ed. Ginebra: OMS; 2008.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Plano diretor de vigilância sanitária. Brasília: ANVISA; 2007.

# Promoción y Desarrollo de la Investigación

*Luis Gabriel Cuervo, Jacobo Finkelman, Carlos Samayoa, Luiz Augusto Cassanha Galvão*

## Antecedentes

En el último decenio ha habido un notable interés a nivel mundial y regional por fomentar la investigación para la salud y el desarrollo, y un aumento del financiamiento mundial para la investigación en salud, en respuesta al interés por las innovaciones y los avances tecnológicos. Las investigaciones sobre los sistemas de salud y a las políticas y prácticas basadas en evidencia científica se ha sumado al incremento en el conocimiento de los factores determinantes de la salud y el desarrollo.<sup>1</sup>

En 2009 las autoridades de salud de las Américas aprobaron la Política de Investigación para la Salud de la OPS respaldando políticamente el impulso y avance que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha dado a este tema, esencial para el desarrollo y el adecuado abordaje de los problemas en salud. Poco después la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia de Investigación de la Organización Mundial de la Salud, la cual es complementaria y consistente en su enfoque con la Política de OPS/OMS.<sup>1-3</sup>

La aprobación de estos documentos por las autoridades de salud marca un hito, pues es la primera política regional definida en el tema de investigación para la salud y representa una respuesta política a llamados hechos en las décadas previas reiterando el rol de la investigación en permitir atender en forma efectiva, eficiente y adecuada los problemas de salud, equidad y desarrollo que afrontan las naciones y las organizaciones nacionales e internacionales.<sup>2</sup> Su desarrollo y consulta incluyó contribuciones de los países y diferentes actores en dos cumbres ministeriales, llamados a la acción (Vg. Cumbre Ministerial de México 2004, Reunión Ministerial de Bamako 2008), declaraciones y consensos del más alto nivel; su implementación requerirá del apoyo decidido de los varios sectores, tales como los de salud, desarrollo, industria, educación, economía, y ciencia y tecnología, entre otros.<sup>1 3</sup>

---

1 Organización Panamericana de la Salud. 49° Consejo Directivo y 61ª Sesión del Comité Regional de OMS para las Américas. Política de investigación para la salud. Washington: OPS; 2009. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-s.pdf>

2 Organización Mundial de la Salud. [homepage en internet]. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud. Disponible en: [http://www.who.int/rpc/research\\_strategy/es/](http://www.who.int/rpc/research_strategy/es/)

3 <http://www.paho.org/portalinvestigacion>

El objetivo de estas políticas es asegurar que los Estados Miembros cuenten con sistemas sólidos y sostenibles de investigación para la salud, que integren adecuadamente el conocimiento aportado por la ciencia para guiar las decisiones pertinentes, promover la gobernanza, la innovación y soluciones necesarias y adecuadas para las poblaciones, y que la OPS/OMS en consecuencia mantenga el mejor nivel posible de integración del conocimiento científico en su cooperación técnica.<sup>4</sup>

Los principios que guían la política incluyen: la calidad; la integración; la comunicación y acceso; y el que la investigación tenga repercusiones. Esto se refleja en los 6 objetivos de la Política de Investigación de la OPS que se ilustran a continuación a la vez que se relatan las acciones que la OPS/OMS está adelantando en su implementación, y cómo el enfoque de sistemas ha resultado en la traducción del conocimiento como catalizador del desarrollo de los sistemas de investigación para la salud, contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas de salud.<sup>5</sup>

### **¿Qué elementos componen un sistema nacional de investigación para la salud?**

Tanto la Política de Investigación para la Salud de OPS, como la Estrategia de OMS (y por ende la de innovación y propiedad intelectual) se han desarrollado con un enfoque de sistemas.<sup>5</sup> En este contexto, la traducción del conocimiento opera como un catalizador que promueve el desarrollo de cada uno de los pilares de los sistemas nacionales de investigación para la salud: información, conocimiento y comunicación; políticas nacionales de investigación claramente definidas; recursos humanos de calidad; marco regulatorios y estructuras sólidas que fomenten investigación para la salud ética, relevante, y oportuna; instituciones de investigación bien equipadas; recursos financieros adecuados (ver Figura).<sup>1-7</sup>

Para monitorizar y evaluar la implementación de las políticas relevantes a la investigación para la salud con un enfoque de sistemas, se están desarrollando estrategias, esta-

---

4 Organización Panamericana de la Salud, 48° Consejo Directivo y 60ª Sesión del Comité Regional de OMS para las Américas. Resolución CD48.R15: Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional. Washington: OPS; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r15-s.pdf>

5 World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf)

6 Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG, Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación e Innovación para la Salud. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):447–57. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpssp/v26n5/10.pdf>

7 Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F, D'Arcangues C, Devlin M, Gardner C, et al. (2010) Defining Research to Improve Health Systems. *PLoS Med* 7(11): e1001000. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001000>

bleciendo indicadores y herramientas, destinando recursos, y desarrollando plataformas de comunicación.<sup>7-9</sup>

## Objetivos de la Política de Investigación de OPS<sup>10</sup>

La Política de Investigación de la OPS/OMS tiene los siguientes seis objetivos:

- a) **Calidad** (promover la generación de investigaciones pertinentes, éticas y de calidad): como organización basada en el conocimiento y comprometida a prestar cooperación técnica fundamentada a sus Estados Miembros, la OPS se propone apoyar, financiar o realizar investigaciones éticas y de gran calidad que aborden las necesidades actuales y futuras de salud y contribuyan al desarrollo de bienes públicos mundiales. La Política de OPS sobre investigaciones para la salud representa un importante paso hacia la integración de la investigación en la planificación, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de todas las políticas, los programas, los proyectos y las actividades de la OPS.
- b) **Gobernanza** (fortalecer la gobernanza de la investigación y promover la definición de temarios para la investigación): la gobernanza adecuada constituye un pilar de los sistemas nacionales de investigación en salud y un elemento esencial de todas las organizaciones e instituciones involucradas en la investigación para la salud; la gobernanza adecuada dirige el programa de investigación, promueve la eficiencia, reduce al mínimo la duplicación de esfuerzos y fomenta un liderazgo compartido eficaz. La OPS está promoviendo con la implementación de su Política de Investigación para fortalecer sus estructuras internas de gobernanza de la investigación y para ayudar y apoyar a las autoridades sanitarias y otros sectores pertinentes de los países, en particular los de ciencia y tecnología y de educación, para que hagan lo mismo.<sup>11</sup>
- c) **Recursos Humanos** (mejorar la competencia de los recursos humanos que participan en la investigación y prestarles un mayor apoyo): La OPS considera que los investigadores son un recurso insustituible para el desarrollo sostenible. Todos los países tienen que invertir en la educación, la capacitación, el reclutamiento y la retención de investigadores de las ciencias tanto básicas como aplicadas y, a la vez, buscar una

8 52nd Session of The Advisory Committee On Health Research of the World Health Organization and 43rd Meeting of The Advisory Committee On Health Research Of The Pan American Health Organization; 2009 nov. 11-14; Panama City, Panama. Report to the Director. Washington: PAHO; 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3163&Itemid=1654&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3163&Itemid=1654&lang=en)

9 Oxman AD, Bjørndal A, Becerra-Posada F, Gibson M, Gonzalez Block MA, Haines A, et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. *Lancet* 2010; 375(9712): 427-431. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61251-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61251-4/fulltext)

10 Tomado de la versión abreviada de la Política de Investigación de OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/portalinvestigacion>

11 Becerra F, Cuervo LG. Health Research in Latin America. *The Lancet*, 2010;375 (9709): 120. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=5549&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5549&Itemid=)

representación y una participación equilibradas de ambos sexos y de los distintos grupos étnicos en la investigación para que la investigación beneficie y represente a los diferentes grupos poblacionales en forma equitativa. Además, los profesionales de la salud, los trazadores de políticas (en el campo de la salud así como en otros sectores que afectan a la salud), los medios de comunicación y el público necesitan diferentes conjuntos de aptitudes para buscar, comprender e interpretar resultados de la investigación que pueden fundamentar sus decisiones y acciones.

- d) **Alianzas** (promover una mayor eficiencia e intensificar las repercusiones de la investigación y la identificación con sus objetivos mediante alianzas eficaces y estratégicas, la colaboración, el fortalecimiento de la confianza y la participación del público en la investigación): Se ha reconocido la necesidad de estimular las alianzas, la formación de redes y la investigación conjunta, al igual que el establecimiento de nuevas alianzas estratégicas entre los organismos de financiamiento, las instituciones académicas, los centros de excelencia y los centros colaboradores de la OMS, además del fortalecimiento de las alianzas establecidas. Al trabajar juntos, los ministerios de salud, las instituciones científicas y académicas, los centros panamericanos especializados, el sector privado y las comunidades pueden buscar un consenso para que la investigación esté orientada a las prioridades nacionales y las aborde, especialmente cuando es financiada por el Estado.
- e) **Estándares** (fomentar prácticas y estándares óptimos para la investigación): se requieren normas, estándares y pautas internacionales para dirigir y administrar la investigación y mejorar su calidad; corregir las ineficiencias en el proceso de investigación; promover la transparencia; y mejorar el acceso a la información. Son esenciales para mantener la confianza y la participación del público en la investigación. Es cada vez mayor el apoyo internacional al establecimiento de un método sistemático para seleccionar, formular, adoptar y evaluar nuevos estándares y normas de acuerdo con las prioridades en la investigación para la salud. Esos estándares y normas deben tener en cuenta principios éticos generales,<sup>12</sup> los derechos humanos,<sup>13</sup> la equidad y la disponibilidad de recursos, así como el contexto político, cultural y ambiental en que se aplicarán.
- f) **Impacto** (promover la difusión y utilización de los resultados de la investigación): se debe aprovechar las tecnologías de la información y de las comunicaciones para dar visibilidad a la investigación regional y para difundir y promover la utilización de los conocimientos con el fin de mejorar la salud, la equidad y el desarrollo. Los investigadores, los trazadores de políticas, el personal de salud y el público necesitan un acceso

---

12 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud. [homepage en internet]. Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. Ginebra; 2002. Disponible en: [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)

13 Naciones Unidas. [homepage en internet]. Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

oportuno y equitativo a las evidencias científicas en forma completa y balanceada. Se deben elaborar, aplicar y evaluar estrategias para reforzar la comprensión de las conexiones esenciales entre la investigación, la política y la acción.

La OPS viene implementando actividades relevantes a la Política de Investigación especialmente a través de sus programas técnicos. Dicha política es sinérgica y complementaria a los objetivos de la Estrategia de Investigación de la OMS. Una diferencia visible entre los dos documentos es que la Estrategia de OMS lista las actividades orientadas a fortalecer el uso de investigación en la cooperación técnica y actividades institucionales por separado, mientras que la Política de Investigación para la Salud de OPS integra dichas actividades en cada objetivo. Se ilustran a continuación, ejemplos de proyectos que viene adelantando OPS/organizados de acuerdo a los objetivos de la Estrategia sobre Investigación para la Salud de OMS, destacando que además de que estos pueden organizarse igualmente de acuerdo a la Política de Investigación de OMS, la mayor parte de estas actividades contribuyen a varios de estos objetivos en forma simultánea, además del fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación para la salud.

### **Traducción del conocimiento: integrando las evidencias y las prácticas**

La traducción del conocimiento requiere que tanto los productores como los usuarios de la información establezcan un intercambio eficaz de forma tal que los usuarios encuentren respuestas a sus necesidades presentadas en formatos útiles y oportunos, y quienes generan el conocimiento conozcan las necesidades de los usuarios y cuenten con el respaldo para atenderlas.<sup>14</sup>

Siguiendo el enfoque de sistemas, la OPS/OMS esta desarrollando la red y plataforma de traducción del conocimiento conocida como la EVIPNet en las Américas desde 2007; la plataforma también está siendo implementada y evaluada en otras regiones por la OMS.<sup>5, 11,15</sup>

Esta red está conformada por equipos nacionales coordinados por las autoridades de salud y que cuentan con la participación de otros sectores y actores (vg. ciencia y tecnología, academia, representantes de la sociedad civil organizada, etc). La implementación también involucra el desarrollo de alianzas estratégicas con organizaciones y expertos líderes en el tema. Por ejemplo, el desarrollo de las actividades de capacitación y evaluación en EVIPNet involucra redes, entidades y grupos de expertos tales como por

14 EVIPNet Americas Secretariat. EVIPNet Americas: informing policies with evidence. The Lancet 2008; 372(9644): 1130-1131. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60045-1/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60045-1/fulltext#)

15 World Health Organization [homepage en internet]. Evidence-Informed Policy Network. Disponible en: <http://www.who.int/rpc/evipnet/>

ejemplo la Colaboración SUPPORT, las colaboraciones Cochrane y Campbell, agencias internacionales de desarrollo y cooperación técnica (Vg. Canadá, España), Centros Colaboradores de OMS, y líderes en la producción del conocimiento (tanques de pensamiento político) como por ejemplo McMaster Health Forum, entre otros.

Los equipos EVIPNet definen temas prioritarios en los que quieren implementar en forma sistemática el uso de los resultados de investigación para evaluar las opciones que tienen los trazadores de políticas, y las implicaciones de dichas opciones. Esto se traduce en compendio de políticas para tomadores de decisiones (conocidos también como “policy briefs”), diálogos deliberativos, y otras herramientas de traducción del conocimiento desarrolladas por la red. Se cuenta además con equipos de apoyo a nivel regional y global que asisten a los equipos nacionales en identificar las habilidades que permiten cumplir las funciones esenciales usando herramientas y procesos probados y evaluados (Vg. Las herramientas SUPPORT).<sup>16</sup> Con base en la identificación de brechas en capacidades, aporta cooperación técnica y capacitación orientada a que los equipos nacionales puedan luego operar autónomamente y en forma sostenible. La metodología usada, una vez integrada al trabajo de los equipos nacionales, puede replicarse para atender diferentes problemáticas. La implementación de EVIPNet incorpora la implementación de procesos de monitoreo y evaluación.

En EVIPNet Americas también participan oficiales de las áreas de apoyo técnico y de las oficinas de países, lo que permite una respuesta coordinada e integrada de la cooperación técnica, y el que el personal técnico comparta prioridades, agendas y capacidades con los equipos nacionales.

### **Definición de Prioridades: atendiendo las necesidades de la salud**

Las prioridades de investigación suelen diferir de las prioridades de atención en salud: las necesidades de conocimiento cubren preguntas de diversa índole como de etiología, prevalencia, tratamiento, diagnóstico, análisis económico, seguridad, contexto y valores, determinantes, implementación, etcétera. Sobre una misma condición o problema sanitarios puede haber diferentes necesidades de conocimiento.

Para desarrollar un sistema de investigación para la salud, los países necesitan tener información esencial sobre sus componentes; el tener esta información permite identificar aspectos que requieren fortalecerse para contar con un sistema funcional. El definir y caracterizar los componentes de los sistemas de investigación en salud es un paso clave para poder priorizar qué aspectos hace falta desarrollar.

---

16 Pan American Health Organization [homepage en internet]. Support Tools for Evidence-Informed Policy-Making (STP): accessible in four languages. Disponible en: [http://bit.ly/SUPPORT\\_Tools](http://bit.ly/SUPPORT_Tools)



La OPS/OMS ha establecido convenios con socios claves, como por ejemplo con el Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo – COHRED, con el que se impulsó la plataforma Health Research Web Americas (<http://bit.ly/HRWebAmericas>) que consolida de forma organizada la información sobre los elementos y los marcos regulatorios de los sistemas nacionales de investigación para la salud. En colaboración con oficinas de país de OPS/OMS y campeones en los países, se han identificado actores claves en los Estados Miembros, capacitándolos en cómo incorporar vínculos relevantes a los diferentes componentes del sistema, promoviendo la apropiación local en el desarrollo colaborativo de esta plataforma. Los funcionarios en las entidades relevantes en cada país mantienen los contenidos de esta plataforma que provee un portal único donde se puede consultar la información clave. El haber organizado esta información ha permitido a los países identificar qué aspectos necesitan desarrollarse y ha llevado a la acción en algunos países.<sup>5,17</sup>

Se afirma que “sin datos no hay problemas y en consecuencia no hay acción”. El aportar estos datos organizados ha sido un paso esencial para priorizar acciones en los países orientadas a fortalecer los sistemas de investigación para la salud, y en algunos casos, a definir prioridades de investigación. Un paso siguiente es continuar rescatando, relevando y organizando los datos disponibles para que puedan ser más fácilmente accesados y utilizados de manera sistemática en la toma de decisiones para el abordaje de problemas prioritarios en la salud pública de las Américas. También se está explorando cómo determinar las ventajas y desventajas que ofrecen diferentes sistemas de priorización de investigación para ofrecer en consecuencia apoyo técnico informado por los resultados de dicha investigación.

Al interior (nivel) de la Organización se ha desarrollado el mapeo de los elementos propios del nivel regional para un sistema de investigación en salud. La OPS ha establecido un registro y sistema administrativo orientado a poder caracterizar la investigación que produce buscando una adecuada alineación con las agendas y prioridades acordadas con los Estados Miembros.

### **Capacidades: fortaleciendo los sistemas de investigación en salud**

Un sistema nacional de investigación para la salud requiere de personal competente, capaz de proponer, gestionar e implementar investigación de calidad, ética y relevante, usando metodologías adecuadas para atender los diferentes aspectos que contribuyen a la toma de decisiones informadas por el conocimiento científico. Además contar con equipos en los que haya capacidades adecuadas en ética de la investigación, lo que presupone que se dominen metodologías robustas y adecuadas, para gestionar el proceso mismo de la inves-

---

17 Alger J, Espinoza Salvadó I, Valenzuela R, de Haan S, Cuervo LG, Arana B, et al. Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud, Río de Janeiro, Brasil, abril 15-18, 2008. Rev Med Hondur. 2008; 76: 88-93. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2008/pdf/Vol76-2-2008-11.pdf>

tigación, para sintetizar el conocimiento e identificar los aportes de nuevos estudios al conocimiento existente, y habilidades para traducir el conocimiento en acciones adecuadas. Algunos ejemplos de iniciativas orientadas a fortalecer dicha capacidades han sido:

- Los talleres de Planeación y Evaluación Efectiva de la Investigación Biomédica, organizados con TDR/OMS y CIDEIM, que han permitido capacitar a octubre de 2010 más de 350 investigadores (aprox [68%] en América Latina, el Caribe y Estados Unidos) y 43 capacitadores (28 [65%] en América Latina, el Caribe y Estados Unidos) en gestión de proyectos de investigación con calidad, especialmente en once países.<sup>18</sup>
- Los webinarios y cursos organizados en asociación con la Colaboración Cochrane Iberoamericana y la Colaboración Cochrane Canadiense, abordando temas claves en capacidades de investigación.<sup>19</sup>
- El desarrollo y adaptación de materiales adecuados para la capacitación en uso y desarrollo de la investigación, disponibles en acceso abierto para América Latina a través de Bireme y del Portal de Promoción y Desarrollo de la Investigación.<sup>20</sup>
- Los cursos virtuales sobre ética de investigación desarrollados por el Programa de Ética del Centro Colaborador OMS de Ética y Política en Salud Mundial, en la Universidad de Miami<sup>21</sup>.

Iniciativas como las listadas en la sección precedente de “Traducción” destacan cómo productores y usuarios de la investigación (incluyendo los trazadores de políticas) pueden establecer puentes que contribuyan a la adecuada integración y aporte del conocimiento científico a las decisiones orientadas a mejorar la salud y la equidad. En ese mismo espíritu, cada iniciativa y actividad sigue procesos de evaluación (puntual y de sistemas) y monitoreo, permitiendo el aprendizaje y mejoramiento continuado.<sup>5</sup>

A nivel del personal de OPS también se cuentan con capacitaciones en uso y producción de investigación ética y relevante, y materiales de apoyo adecuados a las necesidades propias de la Organización. Es así como la Organización ha integrado estas mismas herramientas en su cooperación técnica con los países y ha promovido el desarrollo de la investigación operativa, de implementación, y de sistemas de salud.<sup>16,21, 22</sup>

---

18 Alger J, Gomez L, Jaramillo A, Saravia NG, Cuervo LG, Halpaap B. Reunión de la red inter-regional de centros de referencia para capacitación en cursos de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos de Investigación para la Salud, Abril 2010. *Rev Med Hondur* 2010; 78(2): 97-100. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?gid=8124&option=com\\_docman&task=doc\\_download](http://new.paho.org/hq/index.php?gid=8124&option=com_docman&task=doc_download)

19 Organización Panamericana de la Salud [homepage en internet]. Aliados en el trabajo de investigación para la salud. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1680&Itemid=1654&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1680&Itemid=1654&lang=es)

20 Organización Panamericana de la Salud [homepage en internet]. Promoción y desarrollo de la investigación para la salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Portalinvestigacion>

21 Organización Panamericana de la Salud. [online]. Día Mundial del Agua Ceremonia en la OPS. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=0wBpcBa0wD0&feature=email>

22 Concurso de Buenas Prácticas, Iniciativa de Maternidades Seguras: <http://new.paho.org/ims/>

## Estándares: buenas prácticas en investigación

Promoviendo estándares adecuados en la producción y comunicación/información de la investigación la OPS-OMS ha establecido acuerdos con grupos de expertos líderes a nivel mundial facilitando el acceso a materiales, tales como las guías para informar los resultados de investigación de la Red EQUATOR y el ICMJE, y establecido acuerdos que permitirán la divulgación y promoción de dichos estándares desde la Revista Panamericana de Salud Pública.<sup>23-25</sup>

La OPS/OMS viene impulsando el registro de ensayos clínicos y promoviendo adherencia a la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos, en línea con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, SCIELO, las políticas de la Organización y llamados internacionales. (Referencias a la Declaración de Salvador, México, Bamako, Estrategia OMS, Política OPS, CONSORT, ICTRP). Esto ha permitido identificar gran cantidad de ensayos clínicos (alrededor de 120,000 ensayos clínicos a octubre de 2010; cerca del 75% de ellos corresponden a ensayos adelantados en las Américas) promoviendo la transparencia y gobernanza de la investigación a nivel regional.<sup>26, 27</sup>

El programa de Bioética ha contribuido con capacitación y numerosas publicaciones, y acuerdos con socios estratégicos y centros colaboradores que están contribuyendo a identificar y fortalecer los comités de ética de la región, y desarrollar redes de trabajo.

La Organización por su parte ha establecido actividades de capacitación para su personal orientadas a promover el que las recomendaciones técnicas estén adecuadamente informadas por el conocimiento científico, y que éste se desarrolle y use en forma ética. El Comité de Ética de OPS ha implementado procesos estandarizados rigurosos y de avanzada que cumplen los mejores estándares actuales. La Organización está implementando un registro de investigaciones y los procesos administrativos necesarios para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad y adecuada gobernanza de la investigación en la Organización.

---

23 Pan American Health Organization [homepage en internet]. Equator Network. Disponible en: <http://www.espanol.equator-network.org>

24 International Committee of Medical Journal Editors. [homepage en internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications. Disponible en: <http://www.icmje.org>

25 Pan American Health Organization. [homepage en internet]. Pan American Journal of Public Health. Disponible en: <http://new.paho.org/journal>

26 World Health Organization. [homepage en internet]. International Clinical Trials Search Portal. Disponible en: <http://www.who.int/trialsearch>

27 Comunicación personal de Luis Gabriel Cuervo con Davina Gherzi, Keystone, Colorado, EE.UU en octubre de 2010.

## Conclusión

La OPS/OMS ha sido líder en el desarrollo e implementación de una Política regional de Investigación para la salud que complementa las políticas de Innovación y Propiedad Intelectual y la Estrategia mundial de investigación para la salud, respondiendo a llamados internacionales. La Política de Investigación para la Salud de OPS es integral al trabajo técnico de la Organización y utiliza la implementación (traducción del conocimiento) como catalizador para el desarrollo de sistemas de salud e investigación en salud sostenibles, funcionales y que integran el trabajo de las entidades relevantes a nivel nacional, con la respuesta técnica que aporta la Organización.

## Reconocimientos

Este documento ha sido compilado por Luis Gabriel Cuervo.\* Ha sido revisado por Eleana Villanueva,† Ludovic Reveiz,‡ Jacobo Finkelman§ y Carlos Samayoa.\*\* La Figura conducente a la presentada fue conceptualizada por Norka Ruiz Bravo, del equipo de Promoción y Desarrollo de la Investigación. †

\* Asesor Principal, Promoción y Desarrollo de la Investigación, Organización Panamericana de la Salud

† Asesora, Promoción y Desarrollo de la Investigación, Organización Panamericana de la Salud

‡ Asesor, Promoción y Desarrollo de la Investigación, Organización Panamericana de la Salud

§ Consultor, Organización Panamericana de la Salud

\*\* Asesor, Desarrollo y Efectividad Organizacional, Organización Panamericana de la Salud

**Figura 1:** Ilustra las políticas y agencias asistiendo el fortalecimiento los componentes de los sistemas nacionales de investigación para apoyar el sistema de salud, influir en los determinantes y buscar el mejor estado de salud de las poblaciones.



Fotos por cortesía de Jane Dempster, proyecto Arte para la Investigación ([www.paho.org/portalinvestigacion](http://www.paho.org/portalinvestigacion))  
Concepto gráfico desarrollado en el equipo de Promoción y Desarrollo de la Investigación, OPS

**PARTE II: El consultor  
de OPS y su red de  
relacionamiento  
estratégico**





# El Representante de la OPS/OMS y su red de relacionamiento estratégico

*Diego Victoria, Luciana Chagas*

## Introducción

Las organizaciones contemporáneas han buscado asociaciones a través de diferentes clases o formas de relacionamiento con socios que posean objetivos o intereses compartidos, con el fin de alcanzarlos con eficiencia y calidad. Esa forma de relacionarse trae una significativa innovación en el campo del trabajo, volviéndolo más colaborativo, horizontal, participativo y sustentado en la comunicación, lo que permite ampliar su campo de actuación en ambientes competitivos, en crisis y fragmentados.

Esa postura de trabajo interactivo y compartido incentiva la creación de redes de colaboración con capacidad de comunicar y negociar ideas, estrategias, programas y proyectos innovadores y de estimular el surgimiento de nuevos valores, pensamientos y actitudes. Proporciona, aún, la amplia divulgación de la información y la formación de una cultura de participación, comunicación y transparencia, posibles gracias al desarrollo de las tecnologías de comunicación y de información.

Alineada a ese contexto, la OPS/OMS viene cooperando para facilitar la articulación política, estratégica y técnica con los diferentes actores comprometidos con el logro de la salud, la gestión del conocimiento y la difusión de información pertinente, teniendo como fin mejorar la salud de la población de las Américas y contribuir a su protección social. De esa forma, la OPS/OMS está construyendo un nuevo *Modelo de Gestión* de la cooperación técnica (CT), teniendo como objetivo el cumplimiento de las agendas de salud de carácter regional, subregional y de país y los acuerdos aprobados en la Asamblea Mundial de la Salud y en el Consejo Directivo de la OPS.

Esa modalidad y dinámica de cooperación técnica integral contribuye a alcanzar el posicionamiento estratégico de la OPS/OMS en el proceso de contribuir al desarrollo de sistemas de salud en los países en donde tiene presencia. Para ello, es necesario mantener una estrecha relación con las contrapartes mediante la definición de redes de relacionamiento que deben contar con la participación de instituciones públicas, privadas y no gubernamentales, facilitando comprender mejor los intereses de cada actor. Eso permite perfeccionar el relacionamiento, los medios de comunicación y la forma de actuación conjunta.

## El contexto de actuación de OPS/OMS

La cooperación técnica de la OPS/OMS tiene como marco de referencia al momento de escribir este artículo la Agenda de Salud de las Américas, el XI Programa General de Trabajo de OMS 2006/2015, el Plan Estratégico de la OPS 2008/2012, las estrategias de cooperación técnica de la OPS/OMS con los países (ECT), el Plan de Trabajo BIANUAL y Planes de Desarrollo de las Representaciones de acuerdo al contexto de cada entidad de país.

Ese marco de referencia debe focalizar, orientar y dar finalidad a la cooperación técnica a ser ejecutada por las Representaciones de la OPS/OMS en los países. Para ello, es necesario definir el modelo de gestión que oriente una forma de trabajo eficiente y eficaz.

En ese contexto, el modelo de gestión a ser desarrollado debe facilitar la programación, monitoreo y evaluación de los Planes de Trabajo BIANUALES y el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos Específicos del País (OSER), los indicadores, los productos y servicios y las tareas establecidos en ello. Además, contribuir al monitoreo y evaluación de las prioridades, de las modalidades y de los enfoques definidos en las Estrategias de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el país y el alineamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos de las Representaciones.

De esta forma, los modelos de gestión de las Representaciones de la OPS/OMS permitirán reflejar la interacción entre procesos de trabajo, equipos y actividades innovadoras de soporte al Representante, a las áreas técnicas y a la administración, en los niveles político-estratégico, técnico y administrativo, respectivamente. El Modelo de Gestión de la CT debe permitir que las personas conozcan los objetivos estratégicos de la Organización en su conjunto, dominar las técnicas de trabajo, saber donde y como promover mejoras, identificar su contribución para los resultados finales y comprender los impactos producidos por su trabajo.

En ese sentido, se busca potencializar las iniciativas y las tendencias de modernización en la gestión de la CT, teniendo como premisas para su desarrollo macroprocesos de carácter estructurante e integradores: la gestión de la CT basada en resultados; la gestión de la CT basada en el conocimiento, información y comunicación; y la gestión de la CT basada en la eficiencia y transparencia administrativa.

Así, el desarrollo de modelos de gestión y el uso de las redes de relacionamiento estratégico en la OPS/OMS permiten su relación con los demás integrantes de la red, compartiendo objetivos y decisiones y contribuyendo a que cada actor pueda participar en el proceso de cooperación técnica de la Organización y al alcance de los objetivos estratégicos en salud definidos a los niveles local, regional y global.



Como las Representaciones de la OPS/OMS desarrollan alianzas con una diversidad de actores y de temas, de modo general, deben incluir en su red de relacionamiento entidades públicas y privadas, centros cooperantes, redes temáticas, ONGs, otras agencias de las Naciones Unidas y del área de cooperación bilateral, actores privados, entre otros. Eso permite que el conjunto de las redes de relacionamiento de la Representación de la OPS/OMS, conformada por las redes de carácter político del Representante, por las redes de carácter técnicas de los asesores y por las redes de carácter administrativo del administrador, tengan relación estratégica con las principales categorías de actores estratégicos en el país.

Se destacan como ejemplos comunes de actores de carácter político, técnico y administrativo en los países:

- Ministerios de Salud.
- Otros Ministerios:
  - Ministerio de Asuntos Exteriores.
  - Ministerios de Educación, Ciudades, Medio Ambiente, y otros.
- Entidades de carácter Regional y Subregional.
- Embajadas y Agencias de Cooperación Bilateral y Multilateral:
- Centros Colaboradores de la OMS
- Centros especializados de OPS/OMS. Ejemplos: BIREME y PANAFTOSA
- Organizaciones no Gubernamentales.
- Consejos Nacionales de Salud.
- Secretarías de Salud Estaduales, Departamentales y Municipales.
- Universidades y Asociaciones.
- Nivel central y representaciones de la OMS/OPS.
- Otros actores.

Esos actores contribuyen al alcance de los resultados de la CT en salud mediante el intercambio de experiencias y complementación de acciones en diversas áreas. De esa forma, favorecen para que la cooperación técnica se realice de forma integral, planificada y participativa y que alcance su posicionamiento estratégico y técnico en el proceso de desarrollo de los sistemas de salud de los países.

### **La red estratégica básica de un Representante de la OPS/OMS.**

El Representante de la OPS/OMS en su función política, técnica y administrativa desarrolla una relación estratégica con los principales actores que actúan en el sector salud y en otros sectores relacionados con los determinantes sociales y ambientales de la salud. A partir de esa relación estratégica con fundamento político y técnico, los asesores, consultores y administrador de las Oficinas de las Representaciones pueden identificar sus socios/contrapartes y desarrollar una red de relaciones técnicas y administrativas mucho

más detallada y amplia, que contribuirán para el alcance de los resultados de toda la Organización.

De manera genérica y como una simple orientación se presenta lo que puede ser una red de relacionamiento básica de un Representante que puede y debe ser modificada de acuerdo al contexto de cada Representación, es decir de acuerdo a la estrategia de CT negociada con el Gobierno, al Plan de Trabajo BIANUAL y a la lectura permanente del escenario nacional y subnacional que le permita identificar aquellos actores/contrapartes de alto valor estratégico para el cumplimiento de las prioridades, modalidades y enfoques de la CT contenida en la ECP.

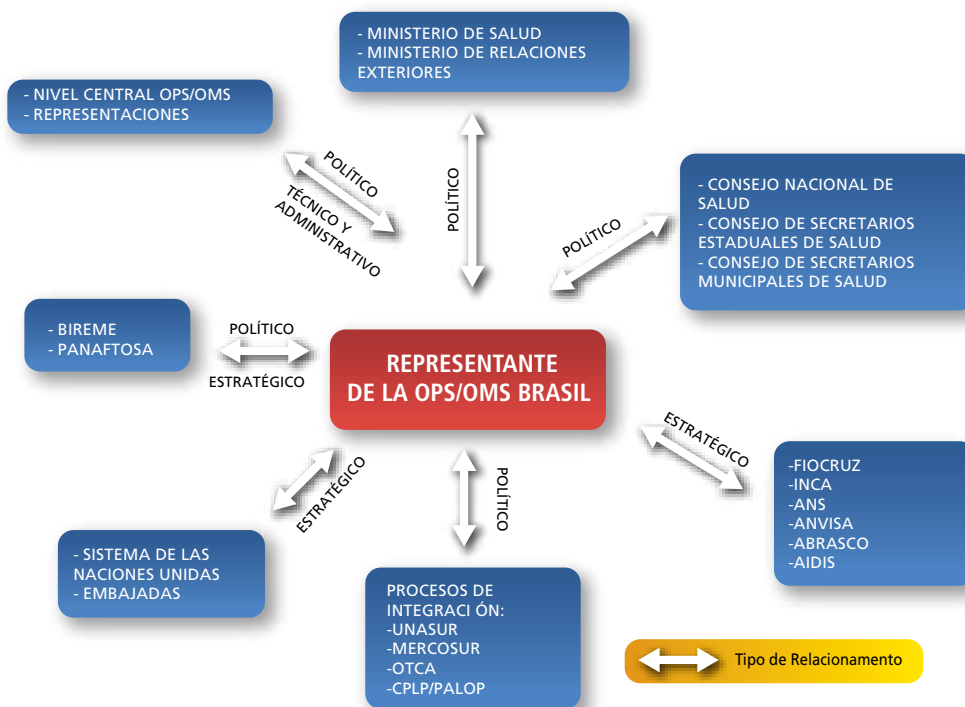


### Estudio de caso: la red de relacionamiento estratégico del Representante de la OPS/OMS en Brasil

El Representante de la OPS/OMS desarrolla una relación estratégica con fundamento político con los 23 principales actores que actúan en el Sistema Único de Salud, estos actores fueron identificados a partir del análisis de la Estrategia de CT de la OPS/OMS negociada con el Gobierno Brasileiro en agosto del 2007 y vigente hasta la fecha, los Planes de Trabajo de la CT 2008/2009 y 2010/2011, el Modelo de Gestión de la Representación 2008/2012, y al Plan de Desarrollo Institucional de la Representación 2008/2009 y 2010/2011.

A partir de esta Red de Relacionamento Estratégico del Representante, los asesores internacionales, los consultores nacionales y el grupo de administración identificaron a los 860 socios/contrapartes que conforman la red de relacionamiento estratégico de la Representación con fundamento técnico y administrativo, conformando así la red de trabajo para el logro de los OSERs, indicadores, actividades y productos y servicios programado en el PTB.

### I. Red de relacionamiento estratégico del Representante de la OPS/OMS en Brasil:



#### a) Relación con el Ministerio de Salud.

Esta relación es de carácter político, y se fundamenta en administrar las prioridades establecidas en la Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Brasil y en el Plan Nacional de Salud, mediante la negociación permanente para la acción de las prioridades, enfoques y modalidades de la Estrategia de Cooperación y las directrices, medidas y metas prioritarias del Más Salud, de tal forma que la CT entre el MS y la OPS/OMS se ejecute teniendo este contexto o marco de referencia político y podamos realmente contribuir con las metas de país, con los resultados regionales y con los objetivos globales en Salud.

El dialogo político del Representante con las autoridades de salud es de alto valor estratégico porque se sustenta en mantener siempre las premisas acordadas en la ECP para orientación de la CT, evitando de esta forma el riesgo que trae trabajar por coyunturas y por orientaciones momentáneas o temporales de las autoridades de salud.

**b) Relación con el Ministerio de Relaciones Exteriores.**

Esta relación es de carácter político, para garantizar que nuestra CT este alineada a las políticas de cooperación en Salud del Gobierno Brasileño. El Representante utiliza diversos canales de comunicación para establecer el diálogo con la Cancillería, especialmente con la Secretaría de Derechos Humanos y de Desarrollo Social, la Agencia de Cooperación del Gobierno Brasileño (ABC) y la Asesoría Internacional de Salud del Ministerio de Salud (AISA).

La relación política se caracteriza por mantener un permanente diálogo con dichas instancias, proporcionando y recibiendo información de los procesos internacionales como la Salud y la diplomacia, la Salud y el comercio internacional, y la Salud y los acuerdos de integración regionales y subregionales para el Desarrollo y la protección de la Salud global; y la cooperación sur/sur y sur/norte de carácter bilateral y triangulada a través de la OPS/OMS.

**c) Relación con Consejo Nacional de Salud (CNS), Consejo de Secretarios Estaduales de Salud (CONASS) y Consejo de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS).**

Esta relación es de carácter político, para garantizar fundamentalmente el posicionamiento de nuestra CT en los procesos de pactuación (pacto por la vida, por la gestión, y en defensa del SUS), como el mecanismo articulador de las instancias federales, estatales y municipales que conforman el Sistema Único de Salud en lo que respecta a las políticas, planes y programas en Salud.

**d) Relación con el Sistema de Naciones Unidas en Brasil.**

Esta Relación es de carácter estratégica, y se realiza en el marco de nuestra participación en el UNCT (United Nations Country Team) y en los diferentes mecanismos de participación que existen y procesos de planificación y programación conjunta, como el CCA/UNDAF y proyectos interagenciales, teniendo como premisa para el dialogo y la negociación: a) nuestra Organización es la agencia especializada en salud de las Naciones Unidas, b) los mandatos de la Asamblea Mundial de salud y del Consejo Directivo de la OPS, c) nuestra capacidad instalada descentralizada en el país para brindar CT, c) las prioridades, modalidades y enfoques de la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con Brasil.

e) Relación con los procesos de integración subregional, regional y global.

La ECP/CCS, define como uno de los ejes prioritarios de trabajo el apoyar la cooperación sur/sur del Gobierno Brasileiro en el área de salud, en espacios geopolíticos de alto valor estratégico de la cooperación internacional de Brasil, como: MERCOSUR; OTCA; UNASUR; Haití; y la CPLP/PALOP.

Esta relación de carácter político se centra en cuidar el alineamiento de los Convenios de Cooperación de carácter internacional de acuerdo a la modalidad de Cooperación Técnica triangulada, utilizando como marcos de referencia para la negociación política, acuerdos legales como los convenios con la Secretaria Técnica de MERCOSUR y el Convenio de la OMS con la CPLP.

f) Relación con otras instituciones del Sistema Único de Salud.

Nuestra relación estratégica se da en función de lograr el cumplimiento de una de las prioridades acordadas con el Gobierno Brasileiro de fortalecer el SUS y considerando los acuerdos políticos/legales/financieros/administrativos (Convenios de Cooperación) que tenemos con la FIOCRUZ, FUNASA, INCA, ANS y ANVISA, y de colaboración permanente con Universidades, Asociaciones, ONGs y Centros Colaboradores a través de cartas acuerdo.

g) Relación con embajadas y agencias de cooperación bilateral.

Nuestra relación política con las embajadas se da especialmente con aquellas relacionadas con los procesos de integración regional o con su liderazgo y participación en la Asamblea Mundial de Salud y en el Consejo Directivo de la OPS.

Nuestra relación política con las agencias de cooperación bilateral se da en el contexto de la prioridad acordada con el Gobierno Brasileiro de movilización de recursos para el fortalecimiento del SUS, esta movilización de recursos se concreta a través de proyectos técnicos con los gobiernos de los Estados Unidos, España y Japón.

h) Relación con la OPS y OMS.

Esta relación se caracteriza por la amplitud de formas de relacionamiento político, técnico y administrativo, todas con el fin de garantizar el alineamiento de las capacidades institucionales a nivel regional de la OPS, a nivel global de la OMS y de la Representación, a fin de responder en forma organizada, integral y complementaria las demandas del Gobierno Brasileiro en el contexto de las prioridades, enfoque y modalidades de cooperación contenidas en nuestro ECP.

Las principales áreas en el nivel regional de relacionamiento del Representante de OPS dado por su relación directa y permanente con la Directora, AD, DD, ADM, CFS, PBR, ERP, LEG y las gerencias técnicas de AD.

Otra relación importante, es la que se da en forma horizontal con las Representaciones de la OPS y en especial aquellas Representaciones de países limítrofes con el Brasil, Representaciones cuyos países pertenecen a procesos de integración regional o subregional como MERCOSUR/OTCA/UNASUR, y Representaciones en las cuales el Brasil tiene especial interés y compromiso de carácter humanitario como es el caso de la Representación en Haití.

#### i) Relación con BIREME Y PANAFTOSA.

La relación de trabajo del Representante con los centros especializados que esta ubicados en Brasil, BIREME Y PANAFTOSA, es de carácter político y estratégico, al centrarse esta relación en articular las acciones correspondientes para el logro del cumplimiento de las recomendaciones de la ECP para el fortalecimiento institucional de los dos Centros, cuyo proceso compromete al Gobierno de Brasil. Para el cumplimiento de este compromiso el Representante realiza un rol articulador entre las oficinas centrales de la OPS, los Centros y las contrapartes en los Ministerios de Salud, Agricultura y Cancillería.

La otra relación de trabajo entre el Representante y los dos Centros es el de garantizar que la CT de ellos al Brasil este programada en el PTB de la Representación, facilitando de esta forma la coordinación programática entre las partes.

### **Bibliografía**

1. Panamerican Health Organization. PAHO/WHO Brazil Country Office Management Model 2008-2012: guidelines on technical cooperation and alignment of human, financial and technological. Brasíla: OPS/OMS; 2008. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=277&Itemid=](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=277&Itemid=)
2. Panamerican Health Organization. Technical Cooperation Strategy for PAHO/WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012. Brasíla: OPS/OMS; 2007. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=267&Itemid=423](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=267&Itemid=423)
3. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones. Brasíla: OPS/OMS; 2008. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=905&Itemid=423](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=905&Itemid=423).

# Los asesores de sistemas y servicios de salud: una red estratégica y técnica

*Felix Rigoli, Gerardo Alfaro*

## Introducción

Idealmente, el sistema nacional de salud debe constituir una respuesta de la sociedad organizada a las demandas percibidas de protección frente a los riesgos e incertidumbre de enfermar. Por tanto, la cooperación técnica para apoyar el desarrollo del sistema de salud de cada país es en última instancia una empresa social y una construcción colectiva y orquestada con participación de múltiples actores.

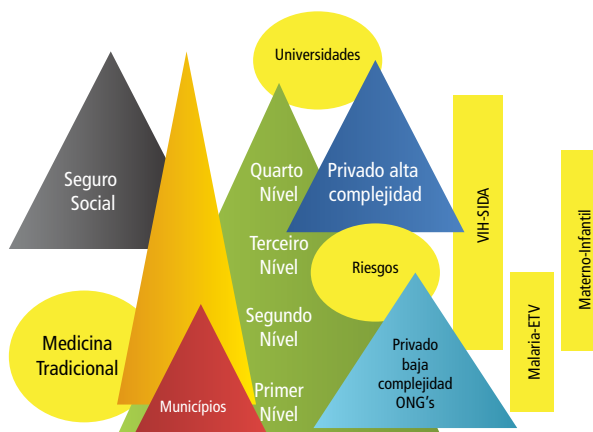
El desarrollo de los sistemas de salud pasa por el desafío de fortalecer progresiva y continuamente las capacidades de la Autoridad Sanitaria Nacional para el ejercicio efectivo de la función rectora y el buen desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, responsabilidades complejas en sistemas que se ven afectados por los efectos de la fragmentación de los servicios de salud y por la segmentación de la población según su capacidad de pago, y por la falta de una fuerza de trabajo capacitada y motivada

## LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS SISTEMAS ALTAMENTE SEGMENTADOS y FRAGMENTADOS...

El medico está demorado...?



Segmentación según capacidad de pago



Fragmentación de la red de provisión

El propósito de esta sección es describir mecanismos a utilizar por la cooperación técnica para el desarrollo de los sistemas de salud a partir del trabajo en red con instituciones y organizaciones del sector salud y de otros sectores, para el desarrollo de nuevas soluciones y mejoras de la equidad y la eficiencia del sistema de salud, utilizando ejemplos de nuestra práctica en la cooperación internacional de la OPS.

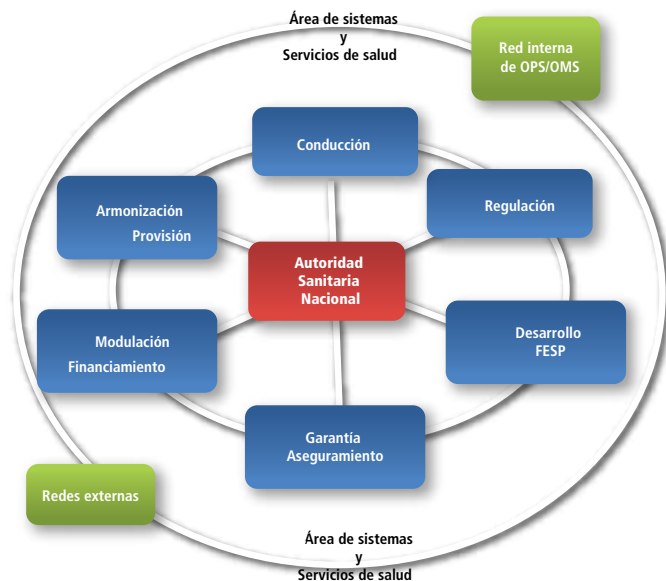
### **Esquema de la Red de relacionamiento estratégico**

Si bien, en último análisis, el sistema de salud entrelaza toda la sociedad, existen subconjuntos bien definidos de instituciones que tienen papeles centrales en los cambios del sistema, ya sea por su peso político o por sus aportes técnicos. Para los fines de este análisis, se agrupan estos actores en los siguientes subconjuntos:

- 1) La Autoridad Sanitaria Nacional e instituciones que ejercen la Rectoría y la regulación en el Sector
- 2) Instituciones proveedoras de Servicios de salud
- 3) Instituciones para el Desarrollo de los Recursos Humanos
- 4) Mecanismos de Participación Social
- 5) Mecanismos para el abordaje intersectorial
- 6) Centros de Investigación

Uno de los grandes desafíos de la cooperación técnica de OPS para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud consiste precisamente en lograr que estas instituciones se coordinen y entrelacen en su accionar, entre sí y con la cooperación técnica en permanente interacción técnica y política, formando una dinámica red externa de relacionamiento estratégico cuyos nodos faciliten las coordinaciones suficientes para potencializar las capacidades individuales y lograr desarrollos coherentes con los objetivos del sistema y con la eficiencia que la escasez de recursos y su uso alternativo exigen.





Existe además la red interna de OPS y de OMS, que debe interactuar permanentemente a través de los consultores y de los proyectos en forma interprogramática e intersectorial, aprovechando las sinergias y las experiencias a nivel de país y a nivel internacional.

### Descripción de cada conjunto de participantes en la Red

#### 1. Autoridad Sanitaria Nacional e Instituciones especializadas para la conducción y regulación del Sector

##### Dimensiones de la Función Rectora



Cada vez más la dimensión de conducción, si bien es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, es ejercida con la participación de actores diversos:

- a) Dentro del Gobierno Central, el Ministerio de Salud, muchas veces comparte sus funciones con organismos claves tales como la Seguridad Social, los Ministerios de Desarrollo Social y Medio Ambiente, entre otros.
- b) Estos formuladores de políticas y conducción del sistema, comparten responsabilidades con las determinaciones de política general resultantes de la Planificación y la Economía, siendo notable la tendencia de los gobiernos a integrar Gabinetes de Políticas Sociales, en los que la conducción económica se encuentra incluida.
- c) La mayor parte de los países de la Américas tiene procesos de descentralización y desconcentración de los gobiernos, con poderes locales fuertes que asumen funciones en muchas áreas, en especial las de salud. Este fortalecimiento del gobierno local, si bien es máximo en el caso de la descentralización y no tan pronunciado en el de la desconcentración, tiene como contrapartida una nueva función de los Ministerios centrales, que pasan a ser una agencia de cooperación interna para estos gobiernos.
- d) La sociedad civil pasa a ser participante a través de mecanismos variados con representación en la conducción y el control de los sistemas de salud. Si bien analizaremos este papel al revisar las redes de participación social, dejamos constancia que en un número creciente de países, estos mecanismos de control social sobre las políticas están siendo institucionalizados.

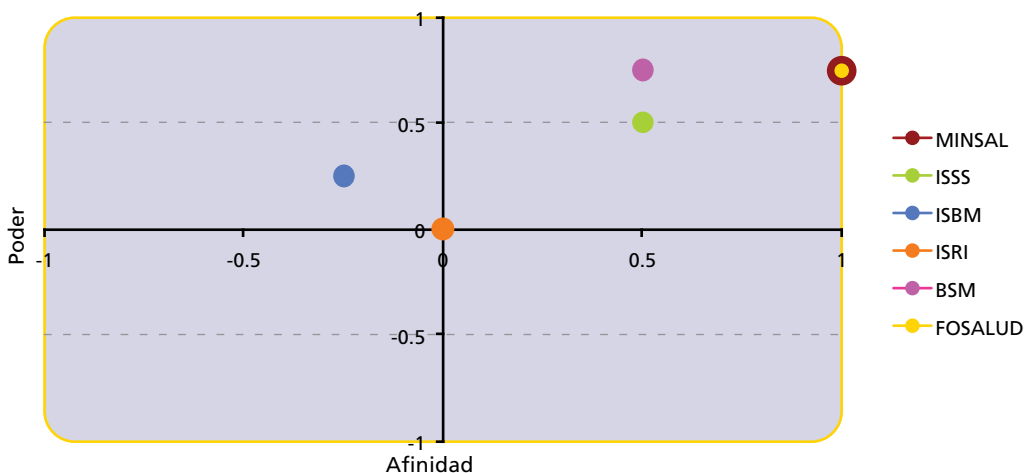
Es posible construir la red de relacionamiento estratégico a partir del mapeo de actores, procurando identificar la afinidad (A) o alineación de cada actor ante un determinado tema de la agenda de salud, así como su poder (P) o capacidad de influir favorable o desfavorablemente.



En la siguiente tabla se ilustra un ejemplo de mapeo de las instituciones que integran el sistema nacional de salud de El Salvador, explorando su afinidad y su poder ante cuatro temas relevantes incluidos en la agenda de reforma:

Listado de instituciones a categorizar	RIISS/APS		Rectoria		Recursos Humanos		Participacion social intersectorialidad		Total Afinidad	Total Poder
	A	P	A	P	A	P	A	P		
<b>Sistema nacional de salud</b>	A	P	A	P	A	P	A	P		
Ministerio de Salud	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,75
Instituto salvadoreño seguro social	1	1	0	0	1	1	0	0	0,5	0,5
Instituto salvadoreño de Bienestar Magisterial	0	1	0	0	0	0	-1	0	-0,25	0,25
Instituto salvadoreño de rehabilitacion de invalidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Batallon de Sanidad Militar	0	1	0	0	1	1	1	1	0,5	0,75
FOSALUD	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,75

Mapeo de actores



La construcción de RRE es especialmente compleja en los escenarios modernos, en los cuales confluyen múltiples actores y múltiples intereses. Las relaciones pueden ser de tipo estratégico, técnico o político, o bien, cualquier combinación de las anotadas.



Estas ponderaciones son un tanto subjetivas y cambiantes. Por lo tanto, es necesario actualizarlas periódicamente y ajustar nuestra RRE. El mapeo de actores y su posicionamiento ante un determinado tema nos permite variar nuestra estrategia de relacionamiento, identificar potenciales aliados u opositores, modular los diferentes énfasis que se requieren para alcanzar determinado objetivo.

### **Coordinación de Actores bajo la Autoridad Sanitaria: el caso de El Salvador y CISALUD**

El Ministerio de Salud de El Salvador ha creado un mecanismo de coordinación permanente de los actores políticos y sociales que intervienen en la salud, efectivizando el mandato de Salud en Todas las Políticas. Esta Comisión Interinstitucional de Salud (CISALUD), que nació como estrategia derivada de las recomendaciones de OMS para enfrentar la gripe aviar, ha evolucionado como mecanismo permanente y eficiente para el análisis de situaciones potencialmente peligrosas para la salud colectiva. Hoy cuenta con la participación de 36 instituciones, entre ellas los Ministerios de Educación, Defensa, Gobernación, Relaciones Exteriores, Seguridad Pública, Hacienda, Trabajo, Agricultura, Obras Públicas, Medio Ambiente y Turismo. Recientemente, mediante decreto presidencial se crearon los Cabildos departamentales, instancias descentralizadas que vienen a constituir la expresión territorial de CISALUD. En este caso el apoyo de sistemas de salud de la OPS/OMS se ve facilitado al desarrollarse en un ambiente multisectorial, de gran valor estratégico para el abordaje de los determinantes que afectan la salud.

Más información en: [www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv) y CISALUD

## **2. Instituciones de Servicios de salud**

El concepto de redes de servicios de salud es objeto de múltiples estudios, por lo que este capítulo se limita a describir lo que interesa a la cooperación técnica, sin profundizar en todos sus aspectos.

Si bien los servicios de salud de un país son frecuentemente descritos como una Red, en general su característica es la fragmentación y la falta de coordinación entre las instituciones integrantes. Es frecuente encontrar situaciones en las que se superponen recursos entre las redes de provisión de servicios del Ministerio de Salud con las de la Seguridad Social y proveedores del Sector Privado, con grandes áreas geopoblacionales, generalmente rurales y dispersas, que carecen de servicios básicos. La falta de coordinación entre servicios nacionales (o federales), provinciales y municipales, es también bien conocida, y finalmente las separaciones radicales de la oferta de servicios cuando se organiza por niveles de atención, junto con las disputas entre el nivel primario y el hospitalario, las cuales dificultan la continuidad y oportunidad del cuidado, convirtiéndose en nuevas barreras de acceso difíciles de salvar.

Simultáneamente es posible afirmar que cada vez son más frecuentes los casos de buenas prácticas de integración de redes, a partir de experiencias regionales, o de coordinaciones institucionales.

### El Caso de Brasil: La Fundación de Salud de la Familia del Estado de Bahía

El Sistema de Salud de Brasil, tiene una debilidad y una fortaleza en su organización municipal, ya que si bien promueve una participación amplia, también crea fragmentaciones y diseconomías de escala. Para ello, en el Estado de Bahía, un conjunto mayoritario de los municipios y el gobierno del Estado, reunieron sus fuerzas para crear una Fundación estatal para la gestión del programa de salud de la familia (FESF). Esta Fundación, de ingreso voluntario, crea un conjunto de sistemas integrados de financiamiento, provisión de servicios y carreras funcionales que permiten entre otros beneficios:

- Economías de escala de compras
- Sistemas de transferencias entre municipios más ricos y más pobres
- Carrera funcional para profesionales de salud que les permite concursar para regiones más apartadas y obtener beneficios adicionales

Mas información en: [www.fesfsus.net.br](http://www.fesfsus.net.br)

### 3. Instituciones de Desarrollo de Recursos Humanos

El sistema de servicios de salud descansa en un conjunto de personas, bien capacitadas, adecuadamente distribuidas y correctamente motivadas y remuneradas. Para este fin muchas instituciones participan en mecanismos que deberían ser coordinados en una red sinérgica. El Llamado a la Acción de Toronto, resultado de una reunión promovida por OPS, definió los actores participantes como aquellos que responden a 5 desafíos.



### Cantidad Suficiente y con Capacitación Adecuada y en el lugar indicado....

Instituciones de formación inicial y continua (pre-service e in-service) conformadas por las Universidades y Escuelas. Nuevas modalidades de asociación son cada vez más necesarias y son integradas en el Campus Virtual de Salud Pública y sus Nodos de país. La Universidad Abierta del SUS es su expresión en Brasil y reúne una red de las principales universidades de ese país y tiene relevancia por tratarse de una estructura `en red` desde el comienzo, una organización de coordinaciones y de contenidos online, con mínimos aspectos burocráticos o de estructura física.

La red de Centros Colaboradores en Educación en Enfermería, que agrupa a las Escuelas de excelencia en las Américas, además de ejercer la coordinación de la red global de Educación en Enfermería, sirve además de base para buena parte de la investigación y producción de conocimiento en esta área.

### Distribución Adecuada y Políticas para su ajuste

Dentro de este componente, ya existe en las Américas una red de monitoreo de la situación de recursos humanos llamado Observatorio de Recursos Humanos, un conjunto de grupos académicos y de servicios que funcionan desde 1999 en las Américas, reuniendo información sobre tendencias de la fuerza de trabajo en salud. Una de sus características es la interacción via Internet para analizar características de situación laboral y proponer políticas. Un `anillo de redes conecta los sitios web de la región andina y de Brasil (Red de Observatorios de la Subregión Andina, Edmundo Granda – [www.observarh.org/andino](http://www.observarh.org/andino)) y se desarrollan actividades conjuntas para monitorear las Metas Regionales definidas por OPS, como objetivo común de las Red. El observatorio del Talento Humano para la Salud, creado por ley en Colombia creó “salas situacionales” alrededor de temas estratégicos y se les encomendó su administración a grupos específicos, por ejemplo la sala de salud familiar fue asumida por el gremio de médicos familiares. La dinámica de estas salas permite analizar en conjunto problemas comunes y apoyar con sus conclusiones la formulación de políticas por parte del ministerio

### Alta Calidad del desempeño

La calidad de las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral forman parte del desarrollo de la fuerza de trabajo en salud. Varios actores son cruciales en el relacionamiento estratégico en esta área, tales como:

Los grupos profesionales, asociaciones, sindicatos y otros que forman un conjunto de voces activas en la defensa de condiciones de trabajo apropiadas; los Ministerios de Trabajo y organismos de empleo en la administración pública (Servicio Civil o Public Service Administration) para la regulación de los sistemas de contratación e incentivos

y; Los organismos preocupados por la salud ocupacional, que en muchos casos deben prestar atención especial a los trabajadores de salud, debido a la combinación de riesgos biológicos, psicológicos y violencia en el lugar de trabajo.

## 5. Entidades Reguladoras

En todos los países de la Región (con excepción de Cuba) los sistemas de salud se componen de efectores y financiadores de diferente naturaleza, siendo que en general se utiliza una mezcla de entes públicos, de la seguridad social y privados en diferentes proporciones.

Esta mezcla, sólo puede operar en forma de sistema si existe una lógica ordenadora y una actividad concertada de regulación del sistema (y aún más crucial, de *enforcement* de esta regulación). Cada vez más los países han implementado instituciones reguladoras que operan como el sistema nervioso del sector salud, transmitiendo directivas a sus diversas partes, recogiendo *feed-back* de información sobre los resultados; y redefiniendo las normas en función de los resultados de este monitoreo.

Estas entidades reguladoras pueden tener diversos campos de actuación:

- a) Regulación general del sistema de salud (generalmente concentradas en los efectores no-públicos): Son agencias llamadas Superintendencias o Agencias Nacionales de Salud, que reúnen la regulación financiera y de prestación de servicios y tienen como base normativa alguna forma de Plan obligatorio de prestaciones que es controlado en su accesibilidad, integralidad y precio.
- b) Regulación de la calidad: Como parte constitutiva de las Funciones Esenciales de Salud Pública es la protección del público en relación a productos y servicios de salud, la mayor parte de los países cuentan con agencias de regulación de la calidad de productos de uso humano, utilizando normas nacionales o creando parámetros estadísticos con promedios nacionales de referencia (*benchmarking*). El campo de acción preferido de estas entidades es la regulación de medicamentos y productos de uso médico, pero gradualmente han ido extendiendo su acción para la evaluación de tecnologías y la evaluación de calidad de servicios.
- c) Regulación de la práctica profesional: en general existen en los países de la Región dos modelos: el de regulación estatal y el de autorregulación profesional. En ambos sistemas existen formas de participación mixta de representantes del Estado y de las profesiones, o sistemas de control externo. Algunas de estas entidades son creadas por ley (los Consejos o Colegios Profesionales) y otras son organismos del gobierno. Si bien forman parte de las redes de recursos humanos, las asociaciones profesionales y las normativas de formación, ejercen también un papel regulador, ya que establecen parámetros de actuación, tales como los campos de práctica de cada profesión y especialidad.



- d) Regulación del financiamiento del sector: en algunos casos a través de coordinaciones entre Ministerios o en casos a través de las superintendencias y los Fondos Nacionales de Salud, existen mecanismos estables de regulación del financiamiento y del gasto del sistema, regulando aspectos tales como precios de planes, alícuotas de contribución a la seguridad social para salud, tablas de pago del sistema a los prestadores.
- e) En todos los casos existen agencias o entidades que intentan, con resultados variados, mantener una regulación y normatización de la información que circula por el sistema.

Actualmente muchos países han adoptado enfoques integrados de regulación combinando aspectos de calidad asistencial y de financiamiento, atando el financiamiento a metas o garantías de acceso, confirmado a través de estadísticas o sistemas de información de servicios. Por un lado existe una tendencia cada vez mas evidente de vincular la asignación presupuestaria a resultados, junto con mecanismos de evaluación tipo auditoria mediante los cuales se procura verificar la calidad y oportunidad en la atención, el cumplimiento de normas y protocolos. Esta es una nueva función de los organismos reguladores ya que a partir de los resultados de estas evaluaciones de calidad y resultados muchas veces se glosan o ajustan los pagos (incluso los incentivos) en función de estos resultados, tal como acontece en Colombia, Costa Rica y Uruguay.

## 6. Mecanismos de Participación Social

Si el sistema de salud es la respuesta organizada de la sociedad a las necesidades percibidas, la participación social en salud es la expresión específica de evaluar estas necesidades y medir la satisfacción de las mismas en las respuestas del sistema. Muchas veces esta participación tiene expresiones subnacionales en provincias o municipios. También son parte de esta red los grupos de representantes políticos de parlamentos nacionales o locales dedicados a Salud, llamadas Comisiones de Salud de los diferentes organismos parlamentarios.

Sin embargo, es cada vez más frecuente la creación por parte del Estado de mecanismos estables de participación social que puedan reflejar la diversidad social, en especial los que realizan abogacía por la reducción de inequidades en el acceso a servicios de salud. Entre estos mecanismos se encuentran los Foros o Consejos de Salud, en los cuales algunas expresiones de la sociedad civil tienen una voz más resonante. En especial las cuestiones de género, etnias y grupos con necesidades especiales (por rasgos culturales o por patologías) son mejor reflejadas si la representación en un foro estable se asigna a los mismos. Permite además expresar la voz de minorías importantes pero sin peso político como para elegir un representante parlamentario, como por ejemplo los portadores de hemofilia o un grupo indígena minoritario.

La red de relacionamiento estratégico de la cooperación internacional en sistemas de salud debe incluir un mapeamiento de estos organismos de participación social y apoyar a los gobiernos en una doble tarea:

- a) Lograr que la voz de grupos excluidos tenga un lugar en la agenda de transformaciones del sistema
- b) Prevenir la cooptación de los mecanismos de participación por grupos especiales de interés o fracciones políticas que desnaturalicen el sistema

Es un equilibrio difícil, y en general estas estructuras están siendo objeto de muchos cambios en los países, por lo que el aprendizaje de la cooperación internacional en esta área es muy escaso y deberá profundizarse en el futuro

## Bibliografía

1. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2-3): 73-84. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en). doi: 10.1590/S1020-49892007000200003.
2. Organización Panamericana de la Salud. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPS; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=78&Itemid=](http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=78&Itemid=)
3. Rigoli F, Rocha CF, Foster AA. Critical challenges for human resources in health: a regional view., *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;14(1). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en\\_v14n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en_v14n1a02.pdf)
4. Fundación Oswaldo Cruz. Conselhos de Saúde e Controle Social. Súmula. 2001; (81). Disponible en: <http://jararaca.ufsm.br/websites/saudesm/download/TextosInteressantes/Sumula81.pdf>
5. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. [homepage em internet]. Disponible en: <http://portal.anvisa.gov.br>
6. 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: OPS, 2010. (Serie: La renovación de la APS en las Américas N°4).

# Los asesores de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles: una red estratégica y técnica

*Enrique Gil, Alfonso Tenorio, Rubén Figueroa, Adriana Bacelar, Haroldo Bezerra, Samira Bühler*

## INTRODUCCIÓN

Desde los orígenes de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) dentro del marco del Sistema de Integración de la OEA y después la OPS dentro del marco del SNU actuando como oficina regional de la OMS para América Latina, los países han sido afectados por enfermedades transmisibles antiguas o nuevas, para lo cual la OPS desarrolló capacidades propias y conformó equipos de trabajo de alta especialización y experiencia para apoyar, acompañar o algunas veces dirigir acciones de prevención y control de estas enfermedades en los países miembros.

Por lo tanto, el accionar de la OPS en el área de las enfermedades transmisibles viene desde sus orígenes, y durante el transcurrir de los años, apoyó a los países en el desarrollo de capacidades nacionales, la organización de programas nacionales de prevención y control de enfermedades transmisibles y la movilización de recursos financieros y humanos altamente especializados, tendientes muchas veces a implementar programas centralizados, verticales, específicos para buscar la erradicación de enfermedades. De hecho, dentro de los asesores de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles ha prevalecido su selección basada en experiencia, formación y especialización en temas específicos y orientados a responder en el desarrollo e implementación de medidas de prevención y control de brotes, epidemias o pandemias.

La Organización ha mantenido un liderazgo regional y mundial importante en el desarrollo de sistemas de información y vigilancia con el objetivo de documentar y ayudar a los Estados Miembros a la toma de decisiones informadas y basadas en la evidencia. Así como producir información útil para los Estados Miembros, para otras Agencias del SNU, Agencias Bilaterales, ONGs, Bancos, Fundaciones, e instituciones que comenzaron a actuar en el ámbito global sobre las enfermedades transmisibles por mecanismos independientes, autónomos o algunas veces coordinados con la OPS o la OMS.

Este surgimiento de nuevos actores en el campo de la salud pública internacional y nacional actuando en enfermedades transmisibles con grandes cantidades de recursos

financieros propios u obtenidos por donaciones o préstamos, y en el caso del ámbito nacional con recursos humanos bien formados técnica e científicamente, han logrado influenciar a los países ha desarrollar programas o proyectos que obedecen a los objetivos o intereses propios de los donantes o financiadores, los cuales en la mayoría de las veces no cuentan con un cuerpo de asesores especializados que puedan acompañar y cooperar con los países para una eficiente ejecución de recursos y la consecución de resultados que ayuden a la mejoría de las condiciones de salud de los pueblos, y que en la gran mayoría de los casos, fueron metas propuestas en resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OMS y de la OPS.

Estos mismos actores internacionales, promovieron los procesos de reforma de los sistemas de salud, dentro del cual, los procesos de descentralización jugaron un rol importante de impulsar, por lo tanto, aquellos programas centralizados y verticales de prevención y control de enfermedades que la OPS ayudó a construir, fueron arrastrados dentro de esos procesos de reforma y que obligaron a que la OPS también tuviera que adaptarse, flexibilizarse, ajustarse y apoyar a consolidar esos programas que pasaron a ser descentralizados y horizontales. Obviamente esa nueva forma de cooperar con los países, exige una nueva forma de pensamiento, una nueva forma de insertarse en los países y de interactuar con otros actores internacionales y locales que han ganado un espacio importante en las decisiones de los Estados Miembros.

Por otro lado nuevas modalidades de planificación y gestión de la CT de la Organización, utiliza la Gestión Basada en Resultados, lo cual ha sido propuesta y desarrollada en procesos de discusión y participación de la Organización junto a estos otros actores de financiamiento, de cooperación internacional y de acción bilateral. Aun así, la Organización no renunció a su deber autentico de mantener el liderazgo en salud a nivel mundial, obviamente esta interacción obliga también a la Organización a repensar su forma de interactuar con otros actores para conseguir el alineamiento y armonización de objetivos enfocados a una agenda única de salud global y regional.

Estos procesos de reordenamiento de la cooperación global en salud, ha llevado a la Organización a revisar y ajustar sus principios de trabajo institucional para fortalecer y estimular el trabajo basado en competencias de sus funcionarios para una actuación coordinada en redes de relacionamiento y establecido como uno de los objetivos de trabajo en su Sistema de Planificación y Evaluación del Desempeño (SPED). Podemos observar algunas competencias que buscan facilitar ese trabajo coordinado o negociado con otros actores, para lo cual, un abordaje de trabajo basado en Redes de Relacionamiento facilita y vuelve mas eficiente la inversión que sea hecha por los gobiernos, los agentes financieros y otros organismos de cooperación multi y bilateral.

La multicausalidad de las enfermedades en la población y las evidencias muestran que otros sectores diferentes a salud, están íntimamente relacionados con factores de riesgo o

factores protectores sobre los cuales el sector salud no tiene influencia ni ámbito directo de acción. Este abordaje de las determinantes sociales en salud exige que las competencias individuales de los asesores de prevención, control y vigilancia de enfermedades orienten un trabajo en Redes de Relacionamento para coordinar respuestas integrales que permitan incidir sobre aspectos del medio ambiente, educación, ingreso, migración, entre otros, haciendo un abordaje eco sistémico de la multicausalidad en la ocurrencia de riesgos, eventos y enfermedades.

No podemos dejar de mencionar todo el trabajo histórico de los países muchas veces acompañado por la Organización, en el desarrollo de capacidades de las instituciones, asociaciones, fundaciones o grupos científicos nacionales, y además de promover las consultas y participación de ellos en las grandes decisiones nacionales, desde la elaboración de políticas públicas, planes de salud de gobierno, desarrollo de programas, proyectos, investigación operativa, desarrollo de guías, manuales, normas, formación de recursos humanos, evaluación de servicios hasta en actividades nacionales que complementan el accionar de la autoridad sanitaria nacional en los temas de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles.

## **EL ESQUEMA DE LA RED DE RELACIONAMIENTO**

Las áreas de prevención, control y vigilancia de enfermedades tienen su proceso de planificación basado en el Plan de Trabajo de la OPS, que se vincula dentro del Plan de Trabajo Bianual (PTB) con las actividades y productos, servicios e hitos a alcanzar; trabajo que necesariamente debe realizarse conjuntamente con las autoridades nacionales que lideran y rectoran la salud pública del país, tal como fue establecido en la Estrategia de Cooperación con el País (ECP) acordada por la OPS/OMS, los Ministerios de Salud y un gran número de instituciones nacionales e internacionales trabajando en los temas de interés nacional, regional y global. Dentro del proceso de elaboración de la ECP, se identifican los problemas y las prioridades nacionales que deben ser abordadas en conjunto con la cooperación técnica de la OPS/OMS, ejercicio en el cual, también participan los diferentes actores nacionales pertenecientes a institutos, centros de investigación, sociedades médicas, sociedades científicas, ONGs, otras instituciones del estado, del sector privado, gobiernos estatales, municipales y la sociedad civil organizada.

El Plan de Trabajo de la OPS/OMS, la ECP, los planes de salud nacionales, las prioridades nacionales de gobierno, muestran siempre la importancia que tienen las enfermedades transmisibles, no transmisibles, zoonosis, transmitidas por alimentos y los riesgos que amenazan permanentemente la salud pública dentro del contexto nacional e internacional, por lo tanto, la responsabilidad de los asesores de vigilancia, prevención y control de enfermedades sigue vigente en todos los países del mundo, pero en la actualidad, además de ser expertos en un tema en particular, deben también desarrollar capacidades de negociación, coordinación intersectorial e interinstitucional, movilización de recursos,

alineamiento de prioridades, mantener el liderazgo de la Organización y fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud sobre la agenda de salud nacional.

Ese trabajo permanente de acompañamiento a la autoridad nacional, para facilitar la convocatoria y discusión de los temas importantes, de manera que se logre alcanzar consensos, armonizar intereses, alinear prioridades o definir responsabilidades, no puede hacerse por fuera de la estructura de una red de relacionamiento técnico-estratégico. Trabajo que todo asesor de vigilancia, prevención y control de enfermedades debe promover, impulsar, acompañar, informar, fortalecer y mejorar en cada espacio de trabajo donde actúe. Además de esa presencia dentro de la red, también debe hacer un trabajo de “inteligencia epidemiológica” por separado con cada uno de los miembros de la red, con el fin de proveer información, evidencias, espacios de discusión institucional para esclarecer el rol que juega esa institución dentro de la red en su totalidad, pero también ayudarle a pensar y posicionarse dentro del contexto nacional y del relacionamiento con otras instituciones dentro de ese trabajo sinérgico y colaborativo de intereses comunes que se establece en una red de relacionamiento.

Podemos entender la presencia del asesor de forma horizontal en diferentes capas de acción, tanto en los niveles globales, regionales, nacionales y locales, como también de forma vertical directamente en las diferentes instituciones que forman parte de una red de relacionamiento.

Si tenemos en cuenta la diversidad de instituciones que conforman la red y que no necesariamente hay siempre un relacionamiento armónico entre la autoridad sanitaria y el resto de las instituciones, podemos entender entonces la importancia del rol catalizador, mediador y promotor de consensos del asesor de OPS/OMS.

## UNA PRESENTACIÓN DEL RELACIONAMIENTO ESTRATEGICO Y TECNICO CON ESAS INSTITUCIONES

### Rede de relacionamiento técnico-estratégico de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades



A continuación describimos el accionar de cada una de estas instituciones en el marco de la red.

### MINISTERIO DE SALUD

Participar en la elaboración del ECP para la identificación de problemas, prioridades nacionales y definición de las estrategias de cooperación con el país, utilizando documentos del Plan de Trabajo de la OMS, de la OPS, de la Agenda de Salud de las Américas, las políticas de salud del Gobierno, el plan de salud nacional, los programas y proyectos financiados o asistidos por otros organismos nacionales e internacionales en los temas relacionados con vigilancia, prevención y control de Enfermedades.

Elaborar, junto a las direcciones y programas nacionales de vigilancia, prevención y control de enfermedades, los Planes de Trabajo Bienal (PTB) y Planes de Trabajo Semestrales (PTS) para establecer los resultados esperados, indicadores, productos y servicios y los hitos a ser alcanzados con la CT y acompañamiento del asesor de prevención y control de enfermedades. Este ejercicio de planificación y ejecución debe estar inmerso

en el esfuerzo conjunto de hacer un mapa de instituciones nacionales e internacionales trabajando en los temas priorizados, impulsar la conformación de redes de relacionamiento y dinamizar un proceso de consulta y participación de esa red en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de la CT establecida en nuestro ECP y PTB; el trabajo en redes de relacionamiento debe quedar establecido en los diferentes elementos del PTB y PTS como resultados esperados, productos y servicios o hitos a ser evaluados.

Al interior del Ministerio de Salud tiene un valor agregado que el asesor de vigilancia, prevención y control de enfermedades promueva el trabajo ínter programático y multidisciplinario en redes de relacionamiento institucionales con la participación de diferentes programas, departamentos y direcciones que desarrollan actividades complementarias en un tema específico, por ejemplo, laboratorio, promoción de la salud, servicios de salud, atención primaria, salud ambiental, regulación que actúan o tienen responsabilidad sobre algún componente de la prevención y control de enfermedades. Por otro lado, procurar el compromiso político, marco legal regulatorio y la movilización de recursos, como elementos complementarios estratégicos a la implementación de los programas con un enfoque descentralizado y participativo en los niveles comunitarios.

## **SECRETARIAS ESTATALES, REGIONALES, DEPARTAMENTALES O MUNICIPALES DE SALUD**

Adaptar estratégicamente la política y estrategias nacionales para implementar programas de vigilancia, prevención y control o eliminación de enfermedades, requiriendo un acompañamiento en la gestión del conocimiento, la transferencia de capacidades técnicas, fortalecimiento de la capacidad gerencial, desarrollo del liderazgo institucional, capacidad de negociación intersectorial y con la sociedad civil, movilización de recursos, supervisión, monitoreo y evaluación de los planes de trabajo, realización de investigación operativa para generar evidencias útiles en la toma de decisiones locales y nacionales, capacidad de vigilancia y respuesta ante situaciones de emergencias, brotes, epidemias o cualquier evento que signifique un riesgo nacional o internacional.

## **INSTITUTOS NACIONALES**

Promover y trabajar conjuntamente en planes de desarrollo institucional y planes de trabajo operativo que lleve al fortalecimiento institucional para gestionar su conversión en Centros Colaboradores de la OMS, en laboratorios nacionales de referencia o parte de una red nacional de laboratorios, logrando su participación en el desarrollo de investigación, diagnóstico, confirmación, producción de insumos, formación de recursos humanos como apoyo a la vigilancia y respuesta a situaciones de emergencias, evaluación de programas o estrategias nacionales o producción de información para la generación de políticas públicas, programas, estrategias y fortalecimiento de las capacidades técnicas nacionales, regionales o locales.



## **ONGs**

Conocer y discutir los proyectos en preparación o en ejecución para movilizar recursos, armonizar y alinear los productos esperados con las prioridades nacionales, y con los objetivos y actividades de otras instituciones de cooperación nacional o/e internacional para evitar duplicación y buscar la sinergia en las intervenciones. Facilitar información técnico-científica, resoluciones de los Cuerpos Directivos, guías o manuales preparados por la OPS/OMS, dar a conocer el PTB y PTS y las iniciativas globales y regionales de la Organización.

## **UNIVERSIDADES**

Lograr su participación en el desarrollo de investigación, formación de recursos humanos, evaluación de programas y proyectos, inclusión de temas prioritarios dentro de las currícula de formación de pre y post grado, apoyo a la vigilancia y respuesta a situaciones de emergencias, evaluación de estrategias nacionales y producción de información para la generación de políticas públicas, programas, estrategias y fortalecimiento de las capacidades técnicas nacionales, regionales o locales. También pueden proponer políticas públicas basadas en la evidencia de las investigaciones o informaciones que generan o revisan.

## **SOCIEDADES CIENTIFICAS/GREMIALES**

Participar en los distintos foros de discusión sobre situaciones epidemiológicas de la vigilancia, prevención y control de enfermedades, con un sentido crítico y colaborador que permita evidenciar las debilidades y fortalezas del abordaje de las enfermedades, principalmente en situaciones de crisis epidemiológica. Su cuerpo colegiado, altamente formado, con mucha experiencia de abordar problemas de enfermedades en la población individual y colectiva, revisan bibliografía nacional e internacional de actualidad, documentan, registran y hacen investigación que produce información de alto valor científico, y que interactuando en red con los programas nacionales de prevención y control de enfermedades pueden hacerse una adaptación con visión de salud pública colectiva para el desarrollo de políticas, estrategias o guías/manuales de manejo de enfermedades.

## **REPRESENTACIONES DE LA OPS EN LOS PAISES**

Elaborar proyectos de TCC (Proyectos de Cooperación Técnica entre países) para el intercambio de experiencias y la transferencia de capacidades que buscan el acercamiento colaborativo entre países, el fortalecimiento de las capacidades nacionales, el abordaje integral y simultáneo en espacios de fronteras cuando son países vecinos y facilitar la atención médica de inmigrantes portadores de enfermedades. Por otro lado, en países con instituciones que tienen grandes desarrollos, promover el intercambio de experien-

cias, la formación de recursos humanos, fortalecimiento de las capacidades nacionales, el abastecimiento de insumos críticos de emergencia y visitas de observación por mecanismos bilaterales/multilaterales o implementación de políticas de estado de cooperación sur-sur.

## **AGENCIAS DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS**

Participar en el cumplimiento de resoluciones o mandatos del Secretario General, particularmente los compromisos relacionados en salud con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de acuerdos entre las Agencias a nivel global o regional y la respuesta a prioridades o necesidades nacionales acordadas entre las Agencias en las reuniones del UNCT. Por otro lado, la participación o coordinación de Grupos Temáticos de trabajo interagencial, por ejemplo: Influenza, Desastres y VIH/SIDA en los temas de vigilancia, prevención y control de enfermedades. En situaciones de emergencias globales, como fue el caso de la pandemia de influenza, el rol de liderazgo del asesor de la OPS ante el resto de las Agencias permitió la actualización permanente de la situación epidemiológica, la capacitación de los recursos humanos, la planificación y organización de la preparación y respuesta, movilización de recursos y la gestión de insumos críticos como vacunas, antivirales e equipos de protección personal que garantizaron la prevención de ocurrencia de fatalidades entre los funcionarios y sus dependientes.

## **LA OMS Y SUS REGIONES**

Buscar el alineamiento con los resultados esperados e indicadores globales establecidos en los Planes de Trabajo de la OMS y la OPS, la adopción de iniciativas y alianzas globales promovidas o coordinadas por la OMS, adaptación de programas de prevención y control de enfermedades prioritarias, cumplimiento de resoluciones de la Asamblea Mundial de Salud, uso de guías, normas o directrices para prevenir, controlar o eliminar enfermedades, gestión de la información para las publicaciones sobre el estado global y regional de las enfermedades, desarrollo de investigaciones operativas, movilización de recursos financieros para proyectos específicos prioritarios, participación de funcionarios nacionales en los Grupos Asesores, Grupos Técnicos, Grupos de Expertos para temas específicos, generación de nuevo conocimiento y elaboración de directrices de aplicación global, participación de funcionarios de la Organización y nacionales en jornadas de capacitación, supervisión o evaluación de programas o en temas de interés global, como es el caso de la aplicación del RSI(2005).

## **AGENCIAS BILATERALES/BANCOS/INSTITUCIONES INTERNACIONALES**

Compartir los ejercicios de la ECP para promover la movilización de recursos que apunten a financiar brechas de financiamiento para el cumplimiento de resultados esperados nacionales, regionales y globales. Apoyar en la elaboración de las propuestas de proyec-

tos junto a las autoridades nacionales y facilitar espacios de discusión para la armonización, alineamientos y gestión por resultados de los proyectos, principalmente cuando se trata de préstamos o de proyectos que requieren de cumplimiento estricto de metas para acceder a nuevas rondas de financiamientos o nuevos desembolsos, Ej: Fondo Global.

## COMUNICACIÓN SOCIAL

Una primera consideración es que este componente casi estuvo restringido a las enfermedades transmisibles y dentro de estas, a los momentos de crisis producidos por brotes o epidemias. Incorporar la comunicación social como un elemento formal y esencial para la prevención y control de enfermedades, a la par de los componentes de vigilancia, laboratorio, atención médica y otros, aún es materia pendiente. Y hacerlo mediante la incorporación de los actores en las redes de relacionamiento estratégico es una excelente iniciativa.

La comunicación social puede tener dos mecanismos de abordaje: la comunicación social en situaciones de crisis y la comunicación social como un componente más de los programas de control de enfermedades. Las consecuencias negativas por no tener sistematizado la incorporación de los actores en el relacionamiento estratégico muchas veces ha sido pagado muy caro; son varios los casos en los cuales la mala o inexistente comunicación social ante la presencia de epidemias de dengue ha costado incluso la continuidad de las más altas autoridades de los ministerios de salud debido a los cuestionamientos sobre la eficiencia y la polémica consecuente que se instala a través de los medios de comunicación masiva. En otras oportunidades, no epidémicas, es posible identificar la falta de impacto en propuestas de participación social, involucramiento de otros sectores distintos a salud, instalar la discusión sobre derechos, entre otros, debido precisamente a la ausencia de la comunicación social entre los componentes de prevención y control.

## PRESENTACIÓN DE 3 CASOS, QUE REFLEJAN BUENAS PRACTICAS DE RELACIONAMIENTO CON LAS INSTITUCIONES

### Red de Relacionamento – Tuberculosis

El programa de control de tuberculosis (PNCT) tiene una red de relacionamiento integrada por tres escenarios que ha venido desarrollando un trabajo conjunto con distintas entidades que tienen a la tuberculosis en sus objetos de trabajo. El primer escenario corresponde a iniciativas como la creación de la Asociación contra la Tuberculosis de Brasil (Parceria Brasileira contra a Tuberculosis – StopTB Partnership do Brasil) integrado por representantes de diversos sectores (gobierno – un miembro permanente, organizaciones no gubernamentales de activismo y de asistencia, y las instituciones religiosas, Organismos de Cooperación y Fundaciones, Instituciones de Investigación y del sector académico, organizaciones sindicales y del sector privado); el segundo es el Comité Téc-

nico Asesor (CTA), un grupo asesor para el programa y el tercero son las reuniones macro-regionales que reúnen a los programas de los estados y municipios prioritarios y áreas afines.

Entre las instituciones más representativas de la red de relacionamiento del PNCT están:

- Gobierno – los programas estatales de control de la tuberculosis, los programas municipales de control de la tuberculosis; Coordinación de Tuberculosis de los estados y de los municipios prioritarios, las coordinaciones nacionales, estatales y municipales de laboratorio y del Departamento de ETS/SIDA y Hepatitis Viral – MS.
- Instituciones y organizaciones del sector técnico-científico – Sociedad Brasileña de Cirugía Torácica; Red Brasileña de Investigación en Tuberculosis; IDT/UFRJ – Instituto del Tórax, Universidad Federal Fluminense, Centro de Investigación Aggeu Magalhães FIOCRUZ, Programa de Postgrado Medicina Tropical (CAC/UFEP), Liga Científica de Tuberculosis de Río de Janeiro, Hospital Universitario Clementino Fraga, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Escuela de Enfermería Anna Nery – UFRJ.
- Las ONG (asistencia y activismo) – BEMFAM – Bienestar de la Familia en Brasil, el Grupo Vida; Foro de Lucha contra la tuberculosis de Bahía.
- Instituciones Basadas en la Fe y/o religiosas – Pastoral de la Salud, Pastoral de las Prisiones.
- Sector Privado – Entidades del sistema S (SESI, SENAT, SENAC) y la Confederación Nacional de Comercio.
- Organismos de Cooperación – USAID – Agencia Americana para el Desarrollo Internacional, la OPS/OMS, la Alianza Alto a la tuberculosis; DAHW – (Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis), la Fundación Damien y el Proyecto del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

El trabajo que la Red desarrolla ha demostrado ser crucial para la movilización de recursos, el compromiso político para implementar las actividades de promoción, comunicación y movilización social, la investigación operativa, y actualizar las normas nacionales del programa, la descentralización de programas y aumento de la acción para el logro de los objetivos acordados.

La interacción entre los miembros de la red se lleva a cabo tanto en espacios institucionales, como en los foros de colaboración, reuniones del CTA, reuniones macro-regionales, con una agenda conjunta, directrices definidas entre los miembros, así como el desarrollo de acciones en las que los miembros solicitan la participación de los PNT para dar a conocer sus actividades, establecer directrices o establecer planes de trabajo conjuntos. Dado el amplio despliegue de las políticas y estrategias del programa se ha facilitado el debate en estos foros. Un claro ejemplo de un espacio de debate es el CTA, en el cual se brinda apoyo técnico y científico al PNCT en un proceso consultivo y deliberativo. El

CTA aprobó la decisión del PNCT para cambiar el régimen de tratamiento para la tuberculosis utilizando la combinación de cuatro medicamentos de dosis fija.

La OPS tiene una participación en todos los ámbitos mencionados anteriormente y está siempre presente en las reuniones mensuales del PNCT, además de tener un profesional nacional que trabaja en forma descentralizada en el PNCT para, entre otras funciones, supervisar la aplicación de un acuerdo de cooperación – TC32 que ya está en su séptima adición presupuestal. La participación de la OPS/OMS tiene un valor importante en esta red de relacionamiento por el apoyo técnico, político y estratégico, además de promover la interlocución con la OMS y otros países de la región, así como con otros organismos internacionales para el desarrollo de actividades complementarias de la ejecución de proyectos, como el que OPS/OMS apoya con fondos de USAID en Río de Janeiro, Sao Paulo, Minas Gerais y Manaus. No hay duda de que el desarrollo de las redes está permitiendo al PNCT los avances en el desarrollo de acciones como la descentralización del programa en los municipios prioritarios y reforzar la cobertura de tratamiento directamente observado que es el resultado del compromiso político de los administradores en todos los niveles del SUS, de la participación activa de las organizaciones representativas de la sociedad civil y de los profesionales de la salud. A través de la participación de instituciones académicas en la red, se han desarrollado investigaciones operacionales para promover la revisión de los procedimientos y protocolos para la atención de pacientes con tuberculosis. La participación de organismos de cooperación añade nuevos recursos y mejora el desarrollo de acciones en lugares prioritarios.

### Red de Relacionamento en Hanseniasis.

El Programa Nacional de Control de Hanseniasis del Ministerio de Salud (PNCH/MS) trabaja con el tema de red de atención a la salud y líneas de cuidado en hanseniasis, con base en el modelo de atención a las enfermedades crónicas y en los principios rectores de la Atención Primaria en Salud como coordinadora de la red de atención, conforme fue propuesto por el Prof. Eugênio Vilaça. Siendo así, las Redes de Relacionamento como parte de las redes de atención a la salud, se refieren propiamente a la relación entre organizaciones aliadas, constituida por instituciones y grupos gubernamentales y no gubernamentales.

La Coordinación General del PNCH definió cinco ejes estructurales (componentes) de las acciones de control de hanseniasis (vigilancia epidemiológica, gestión, atención integral, comunicación y educación, e investigación), para operacionalización de las estrategias y acciones en todo el territorio nacional, respetando la competencia e atribuciones de las diferentes instancias de gestión y pactuación del Sistema Único de Salud (SUS). La directriz de trabajar cada componente, en conjunto con las interfaces que les son peculiares, fortaleció la inserción del PNCH en la macro política del gobierno federal y en los

pactos del SUS, ampliando las alianzas interministeriales y la integración con las áreas afines del Ministerio de Salud.

Las acciones relacionadas a los cinco componentes vienen siendo implementadas en los estados y municipios de modo articulado. Para el desarrollo de todos los componentes, el establecimiento de alianzas ha sido una estrategia fundamental, conducida nacionalmente y estimulada en los estados y municipios.

La red es compuesta por diversos sectores del Ministerio de Salud que trabajan de forma articulada en la atención a la salud relacionándose con las Secretarías de Salud Estaduales y Municipales. Hacen parte de la red varias instituciones:

- Gubernamental – Fondo Nacional de Salud, Región Integrada de Desarrollo del Distrito Federal y Entorno (RIDE), Departamento de Salud Indígena de la Fundación Nacional de Salud, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), Consejo Nacional de Salud/Comisión de Hanseniasis, Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria (INCRA), Secretaria Especial de los Derechos Humanos, Ministerio de Educación, Ministerio de Cultura, Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Salud (CONASS) y Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems); Correos y Telégrafos.
- Instituciones técnico-científicas y asociaciones científicas – Laboratorio de Hanseniasis- FIOCRUZ, el Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Instituto de Patología Tropical y Salud Pública (IPTSP/UFG), la Universidad Federal de Río de Janeiro, la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn), Sociedad Brasileña de Dermatología, la Sociedad Brasileña de Leprología (SBH), Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Brasileña de Pediatría, Centro de Investigación Aggeu Magalhães-FIOCRUZ.
- ONG (asistencia y activismo) – Reconocimiento precoz de Hanseniasis del Instituto Brasileño de Innovaciones en Salud Social (REPREHAN/IBIS),
- Instituciones Basadas en la Fe y/o religiosas – Orden de Malta, Provincia Francisca; Pastoral de Salud.
- Movimientos Sociales – Movimiento de Reintegración de personas afectadas por hanseniasis (MORHAN) y Grupo de Apoyo a las mujeres afectadas por hanseniasis (Gamah)
- Sector Privado – Brasil Telecom, Supermercado en Tocantins
- Organismos de Cooperación – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), Deutsche Lepra und Tuberkulosehilfe (DAHAW), Netherlands Leprosy Relief (NLR), Associazione Italiana Amici Raoul Follereau (AIFO), International Leprosy Association (LRA), Damien Foudation, Sasakawa Foudation e International Association for Integration Dignity and Economic Advancement (IDEA)

En el modelo de atención para las enfermedades crónicas se considera clave para el éxito del tratamiento y la mejora de las condiciones de salud de la población la articulación con las organizaciones de la sociedad, con las familias y con los usuarios. En este modelo, los puntos de atención (y no los servicios) de la salud no se restringen al sector de la salud, abarcando organizaciones de apoyo a la familia, comunidad, abogacía, etc. Para el acompañamiento de la persona con hanseniasis o con secuelas de la enfermedad, el papel del paciente, la familia, los grupos de autoayuda y la sociedad en general, es esencial para su recuperación, reinserción social y creación de trabajo en redes.

El PNCH ha establecido alianzas con estrategias variadas, que depende del tipo de institución con la cual el programa está actuando.

Para citar algunas estrategias:

- Establecimiento de convenios para realizar acciones de interés para el programa y fortalecimiento de las instituciones como las ONG, instituciones científicas, centros de referencia;
- Apoyo directo para llevar a cabo actividades de entrenamiento y movilización social;
- Articulación con otras instituciones que apoyan o realizan investigaciones;
- Producción y divulgación de información con apoyo al trabajo de instituciones como, por ejemplo, el Ministerio Público que tiene un papel importante junto a las coordinaciones locales y en defensa de los derechos de los usuarios.

El papel de las instituciones aliadas ha sido fundamental para la divulgación de las acciones de detección, tratamiento y cura de las personas con hanseniasis, para la movilización social, especialmente en tiempos de campañas para la población en general, y para la formación de los profesionales de la salud, entre otros.

La OPS/OMS forma parte de esta red de relaciones y desempeña un papel importante en el suministro de medicamentos, el desarrollo de las actividades del programa, en la estandarización de las medidas de control de la enfermedad y en el apoyo a la investigación. La OPS es parte del Comité Técnico Asesor de Hanseniasis y ha estado presente en todos los debates importantes para el PNCH. Además, ha fortalecido la relación de PNCH con otros organismos internacionales.

Para el control de la hanseniasis, enfermedad crónica de período de incubación muy largo, con signos y síntomas a menudo difíciles de ser identificados al inicio de la enfermedad, se necesita una población bien informada y preparada para reconocer tempranamente los primeros signos de la enfermedad. Las alianzas establecidas amplían el radio de las acciones gubernamentales. Los aliados por su parte no solo trabajan para apoyar las acciones del Programa, sino que van más allá, estableciendo sus propios objetivos y acciones que dinamizan al PNCH.

Se destaca que la propuesta del PNCH es el trabajo en red, de forma articulada y coordinada, tratando de evitar la duplicación de esfuerzos y fomentar la acción más amplia. Para ello sostiene reuniones y discusiones con todos los miembros de la red para discutir estrategias y acciones del Programa; formando grupos de trabajo para producir materiales educativos dirigidos a profesionales de la salud y al público. Los miembros de la red también participan en las reuniones nacionales que incluyen la presencia de todos los coordinadores estatales y otras instituciones involucradas en el control de la hanseniasis en el país.

### Red de Relacionamento – Dengue

El Programa Nacional para el Control del Dengue/PNCD mantiene una red de relacionamiento que reúne a personas e instituciones, ya sean de la esfera gubernamental o no (secretarías del MS, SES, SMS, universidades, institutos de investigación, organismos internacionales, asociaciones profesionales, el Comité Técnico Asesor y consultores *ad hoc*), cuyo objetivo es promover el intercambio de información, experiencias y conocimientos sobre este tema, y el trabajo interprogramático y horizontal con el objetivo de encontrar formas o alternativas que puedan ayudar a resolver preguntas y problemas relacionados con el dengue, o colaborar en la implementación de políticas para prevenir y controlar esta enfermedad.

En cuanto a la composición de la red de relacionamiento del PNCD citamos algunos miembros que integran la red, según su vinculación:

- Ministerio de Salud y Sector Salud – Grupo Ejecutivo de Dengue del Ministerio de Salud (Secretaría Ejecutiva, Secretaría de Atención a la Salud, Secretaría de Gerencia Estratégica y Participativa, Secretaría de Gerencia del Trabajo y la Educación para la Salud; Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos; Agencia Nacional para la Vigilancia Sanitaria; Agencia Nacional de Salud Suplementar, la Fundación Nacional de Salud, y la Fundación Oswaldo Cruz), CONASS, CONASEMS, Secretarías Estadales y Municipales de Salud
- Organismos y comisiones internacionales – Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y MERCOSUR (Comisión Intergubernamental “Control del Dengue” – CICD)
- Comité Técnico Asesor del PNCD – (Escuela Nacional de Salud Pública/FIOCRUZ, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Universidad de São Paulo/USP, Instituto de Salud Colectiva/UFBA, la Universidad Federal de Minas Gerais, Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, Consejo Nacional de Secretarios de Salud/CONASS; Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud y la Asociación Brasileira de Enfermería.
- Otros Ministerios – Grupo Ejecutivo Interministerial (Casa Civil de la Presidencia, Secretaría de Comunicación Social, Ministerio de las Ciudades, Ministerio de De-



fensa, Ministerio de Educación, Ministerio de Integración Nacional, Ministerio de Justicia, el Ministerio de Medio Ambiente y el Ministerio de Turismo).

- Consultores *Ad Hoc* – Dr. Juan Bosco (Epidemiólogo – UFGO), Dra. Lucia Rocha (Infectóloga – Fundación de Vigilancia de Salud de la Amazonia), Dr. Rivaldo Venancio (Infectólogo UFMS/FIOCRUZ-MS), Dr. Kleber Luz (Infectólogo – UFRN), Ivo Castelo Branco (Infectólogo – UFC), Dr. Leonidas Lopes Braga Junior (HMI/UFMA) y Dr. Fernando Aith (Centro de Investigación de Derecho de la Salud/USP).
- Instituciones técnico-científicas y organizaciones profesionales – Instituto Evandro Chagas, la Fundación Oswaldo Cruz/FIOCRUZ RJ-MS, Centro de Investigación Aggeu Magalhães – FIOCRUZ-PE, Instituto de Salud Colectiva/UFBA, Universidad Federal de Goiás, Universidad Estadual Paulista/UNESP- Jaboticabal e Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira/IMIP, Consejo Federal de Medicina/CFM.
- Sector privado – UNILEVER, Wall Mart, CLARO y RECICLANIP.

El trabajo en red que está siendo llevada a cabo por el Programa Nacional de Control de Dengue/PNCD ha sido una estrategia importante para la aplicación del Programa, ha permitido la realización de actividades importantes, tales como el establecimiento de alianzas con el sector privado, principalmente en movilización y comunicación social, ha promovido la educación continuada de los profesionales que tratan con el problema, ha permitido la revisión y/o el desarrollo de estándares, protocolos, directrices, así como la movilización de recursos, los compromisos políticos e institucionales, y de tal manera contribuir al logro de los objetivos propuestos por el PNCD.

La dinámica de trabajo en red utilizada por el PNCD ocurre a través de reuniones técnicas y programas de entrenamiento con agendas de trabajo centradas en temas específicos, foros y seminarios. También hay reuniones del Grupo Ejecutivo, donde son pactadas acciones con las demás secretarías del MS, o evaluadas aquellas en ejecución y establecidos los planes de acción. Otro tipo de dinámica es la mantenida por el Comité Técnico de Seguimiento y Asesoría del PNCD, el cual supervisa y evalúa la aplicación de las acciones propuestas en el plan nacional y propone los mecanismos que permitan la plena aplicación del Programa. Este comité se reúne regularmente o de manera excepcional cuando es convocado por su coordinador. La interacción entre los miembros de la red por lo general ocurre en estos espacios de discusión con agendas establecidas de antemano.

La aplicación de las políticas y estrategias del PNCD, encuentra en la estrategia de red de relacionamiento un facilitador y un factor de la integración y movilización de esfuerzos. Esto principalmente por el apoyo técnico-científico aportado, y uno de los ejemplos es el Comité Técnico de Seguimiento y Asesoría. Otro punto relevante es la transferencia de tecnología y de conocimiento a través de seminarios, reuniones técnicas o capacitaciones realizadas tanto por universidades, institutos y centros de investigación. No se puede dejar de mencionar la contribución en el área de educación y movilización de la comunidad a través de las alianzas establecidas.

La OPS/OMS tiene un papel importante en los espacios para la discusión y el asesoramiento facilitado por la red de relacionamiento. Vale la pena mencionar el papel de la OPS/OMS en el Comité Técnico de Seguimiento y Asesoría del PNCD, que tiene entre otras funciones la generación de mecanismos que contribuyan a la ejecución del PNCD, además de su acompañamiento y evaluación.

En el campo de los modelos teórico prácticos de los nuevos programas de control de enfermedades, la contribución ofrecida por la OPS/OMS es de alto valor en el sentido de asesorar al país en la alineación del PNCD a la Estrategia de Gestión Integrada para Dengue (EGI-Dengue). También existe el apoyo técnico al Ministerio de Salud, como sucedió en 2010 cuando se asesoraron tres unidades federales (Goiás, Minas Gerais y el Distrito Federal) por motivo de la epidemia de dengue en el primer semestre. Además, cabe resaltar el papel estratégico de la OPS/OMS en el sentido de la interlocución con otros países de la región, con el fortalecimiento de la posición brasileña en la cooperación Sur-Sur, y también la interfase mediada por la OPS/OMS con el Programa Regional de Dengue y la Organización Mundial de la Salud.

Por último, cabe señalar que la OPS/OMS mantiene un profesional nacional de dengue, que tiene entre sus funciones el apoyo técnico y administrativo a las autoridades nacionales sobre el tema del dengue, así como el seguimiento y la ejecución del Termo de Cooperación TC 11, el cual estuvo vigente hasta el 24 de julio 2010, el cual será sucedido por el TC 62. Esta continuidad de acciones de cooperación técnica demuestra claramente la integración y la alianza mantenida entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud.

El trabajo en redes es esencial para la ejecución de las acciones previstas en el PNCD. Esto en la medida que permite su constante perfeccionamiento, evaluación y la inclusión de nuevas tecnologías, el desarrollo de investigación por medio de institutos y universidades centradas en problemas específicos de prevención y control del dengue, así como en la revisión y el desarrollo de protocolos, manuales, etc. El trabajo en redes también pretende fortalecer la participación y la corresponsabilidad en la construcción de alternativas y medios para hacer frente a este grave problema, sea en las esferas de gestión del SUS o en la sociedad. La participación de organismos internacionales como la OPS/OMS ha facilitado la movilización de recursos financieros y técnicos, lo que da una mayor flexibilidad a los procesos de implementación del PNCD y refuerza el carácter técnico de las medidas adoptadas. No se puede dejar de mencionar que la red presta apoyo a la capilarización de las directrices nacionales en los estados y municipios, las cuales están alineadas con la estrategia EGI-Dengue (Estrategia de Gestión Integrada-Dengue).

## Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Plano Estratégico 2008-2012. Washington: OPS; 2007.
2. Organización Panamericana de la Salud, Gestión de Recursos Humanos. Descripción del Puesto de Asesor Internacional en Enfermedades Transmisibles. Washington: OPS; 2009.
3. Panamerican Health Organization. Technical Cooperation Strategy for PAHO/WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012. Brasília: OPS/OMS; 2007. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=267&Itemid=423](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=267&Itemid=423)
4. Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage en Internet]. Rede de Relacionamento da Gerencia de Prevenção e Controle de Doenças e Desenvolvimento Sustentável. OPAS/OMS Brasil. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/images/stories/BRA03A/rederelac\\_dtnt.jpg](http://new.paho.org/bra/images/stories/BRA03A/rederelac_dtnt.jpg)



# Los asesores de salud ambiental y desarrollo sostenible: una red estratégica y técnica

*Diego González, Mara Oliveira, Homero Silva, Luis R. Escoto,  
Marie-Claude Lavoie, Ciro Ugarte, Carlos Corvalán*

**“La alianza evidencia un claro valor añadido para la salud pública en lo que concierne a movilización de asociados, conocimientos y recursos y creación de sinergias, y por lo tanto facilitaría el logro de un objetivo de salud pública que de otra manera no se podría conseguir en la misma medida”.<sup>1</sup>**

## Introducción

La presencia de riesgos ambientales a la salud en contextos vulnerables esta directamente relacionada a una mayor probabilidad de enfermedades y muertes de poblaciones afectadas y a la degradación de sistemas de soporte de la vida en los ecosistemas afectados (Porto 2007) (1). De acuerdo con la OMS (2007) por lo menos 24% de todas las enfermedades y el 23% de muertes prematuras en escala global están relacionadas con factores de riesgo ambiental que son modificables. (2)

Cada año mueren más de tres millones de menores de cinco años por causas y afecciones relacionadas con el medio ambiente. El aire interior y exterior y el agua contaminados, la falta de saneamiento adecuado, los riesgos de toxicidad, los vectores de enfermedades, la radiación ultravioleta y los ecosistemas degradados son factores ambientales de riesgo importantes para los niños, y en la mayor parte de los casos para sus madres también. En efecto, los factores ambientales contribuyen al 36% de las muertes en niños de 0 a 14 años (2).

En particular en los países en desarrollo, los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles asociadas a las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, traumatismos físicos, intoxicaciones, enfermedades transmitidas por insectos e infecciones perinatales. (3)

---

1 63.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010. OMS.

Esto es lo que la Organización Mundial de la Salud clasifica como “riesgos tradicionales” y “riesgos modernos”. Los “riesgos tradicionales” son aquellos vinculados con la pobreza e insuficiente desarrollo. Los “riesgos modernos” son aquellos relacionados con el desarrollo pero que carecen de salvaguardas en cuanto a los peligros del ambiente para la salud. (4). Hoy también nos enfrentamos a los riesgos emergentes, tales como la pérdida de biodiversidad, la desertificación, la escasez de agua, la radiación ultravioleta, y el cambio climático. Todos estos riesgos emergentes tienen impactos directos e indirectos en la salud de la población.

Una respuesta importante a esta problemática ha sido “La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas”, firmada en septiembre de 2000, que compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODMs), dimanantes de esa Declaración, tienen metas e indicadores específicos, que para su cumplimiento exigen de un trabajo intersectorial a nivel local y nacional con acompañamiento por parte de los organismos internacionales como la OPS/OMS, ya que tres de los ocho objetivos y ocho de las 18 metas guardan relación directa con la salud y uno con la sostenibilidad del medio ambiente.

A nivel mundial, pero principalmente en nuestra Región, el problema de las desigualdades sociales dificulta el progreso y alcance de objetivos globales, como los ODMs, u otros a nivel nacional o local. Esto se reconoce en el Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, *“tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud – el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan – es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política. Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario”*. (5).

Si bien los países de la Región de las Américas han hecho algunos avances en la materia, las brechas entre diferentes grupos de la población persisten y, en ocasiones, se han ensanchado indicando que el camino por recorrer es aún largo y sinuoso. Sólo con la plena y proactiva participación de todos los sectores de la sociedad será posible revitalizar la agenda de la salud am-

biental. Estas han sido también las recomendaciones de la propia Comisión Global sobre los Determinantes Sociales de la Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud.<sup>2</sup>

En este contexto, y de acuerdo a la practica actual en materia de apoyo a los países por la OPS/OMS para formular e implementar sus políticas, estrategias y planes nacionales de salud, los consultores del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE), desempeñan una función significativa y se percibe cada vez más como clave su contribución, no solo para la cooperación técnica específica, sino también, en facilitar el diálogo político y técnico entre interesados directos pertinentes internos y externos del sector salud, para generar consensos tanto en el análisis de las situaciones, como la planificación y la toma de decisiones.

Por consiguiente, esto plantea para el consultor de SDE nuevos desafíos pero también nuevas oportunidades, lo que se traduce en que se le demande un trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario, que frecuentemente desborda sus competencias, conocimientos y habilidades, sin dejar de reconocer que dicha situación puede variar considerablemente de un país a otro.

El Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE), cuenta con consultores en la Oficina Central, que cubren acciones regionales, en centros especializados y en las oficinas de OPS/OMS en los países. El perfil técnico de estos consultores es muy variado y sus experiencias son amplias y heterogéneas, contando con ingenieros ambientales, químicos, agrónomos, biólogos y médicos con diferentes especialidades, como epidemiología, toxicología, entre otras.

En muchas ocasiones los asesores de salud y ambiente de OPS/OMS se enfrentan a la necesidad de atender problemas o acompañar el desarrollo de programas o políticas, que no necesariamente están relacionados con su área de conocimiento y experticia, y cabría aquí la pregunta: ¿Que debe hacer en esos casos?. Una de las posibles respuestas sería, accionar su red de relacionamiento estratégico y técnico, que no se crea en el momento de la coyuntura sino que la ha venido construyendo desde que fue asignado a ese lugar de destino.

Habida cuenta la diversidad de temas en los cuales se ve involucrado el consultor de salud y ambiente se puede concluir que un abordaje basado en redes de gestión de información y generación de conocimiento así como, redes de relacionamiento estratégico, influirá positivamente en la calidad y eficiencia de este consultor.

---

2 ROSES, M. Determinantes ambientales y sociales de la salud: Introducción. Washington: OPS; 2010.

La experiencia ha demostrado que lograr el diálogo, la interacción, la retroinformación sobre la ejecución, aportes técnicos concretos, generar y compartir conocimientos, y la articulación efectiva de interesados directos relevantes aun con intereses contrapuestos, tienen un resultado complementario, sinérgico, catalizador y de aprendizaje importante en la tarea cotidiana que realiza el consultor de SDE.

Comprender las interrelaciones de salud humana con el medio ambiente a partir del reconocimiento de factores de riesgo, de los efectos de acciones antrópicas y de los reflejos de las condiciones ambientales en la salud de la población, es indispensable para subsidiar la definición de políticas y estrategias de diversos sectores. En este sentido la red de relacionamiento de un consultor de salud y ambiente tiene como principal contraparte al Ministerio de Salud y diferentes áreas dentro del mismo. Sin embargo para lograr efectividad en la capacidad de respuesta a la gran diversidad de temas que ya han sido mencionados tiene que ampliar su horizonte de relacionamiento a otros ministerios, instituciones públicas y privadas, ONGs, universidades, asociaciones científicas, redes y centros colaboradores.

La red estratégica, establecida por cada consultor, debe ser en base a la lectura que haga del escenario político en el que se desenvuelve así como a las prioridades técnicas establecidas por el país y por la OPS. En este capítulo no se pretende “dar una receta” de cómo debe estar conformada la red de relacionamiento del consultor de salud y ambiente, solo se desea presentar un mapeo a modo de ilustración de lo que pudiera ser una red de relacionamiento (figura 1) y como se da la relación estratégica y técnica con estas instituciones y así también como este trabajo puede ser adaptado a temas específicos y donde pueden aparecer inclusive instituciones aliadas que no fueron contempladas en



la red general. Para ilustrar esto último presentaremos dos estudios de casos de redes de relacionamiento para los temas de desastres y de salud de los trabajadores.

**Figura 1:** Red de Relacionamento de Consultores de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiente

**RED DE RELACIONAMIENTO TÉCNICO-ESTRATÉGICO PARA LOS ASESORES DE SALUD AMBIENTAL Y DESARROLLO SOSTENIBLE**



### 1. Relacionamiento estratégico con el Ministerio de Salud

La relación con el Ministerio de Salud es de carácter estratégico y técnico, fundamentado en la aplicación de líneas políticas y programáticas priorizadas por el país y por medio de apoyo a la ejecución de proyectos y programas específicos. La relación con el Ministerio de Salud se da con diferentes secretarías, fundaciones y agencias, cuya nomenclatura puede variar de un país a otro. Por ejemplo para los temas de salud ambiental en Perú la OPS trabaja con DIGESA (Dirección General de Salud y Ambiente), el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS) y con la OGE (Oficina General de Epidemiología), en Uruguay el Departamento de Salud Ambiental, en Jamaica se trabaja a nivel central con la Dirección General de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades, con la Unidad de Salud Ambiental y con el Laboratorio Nacional de Salud Pública y en Brasil con la Secretaría de Vigilancia en

Salud, específicamente con el Departamento de Salud Ambiental y Salud del Trabajador (DSAST), con el Centro de Informaciones Estratégicas de Vigilancia en Salud (CIEVS/SVS) y con el Departamento de Análisis de Situación en Salud (DASIS).

Las prioridades de trabajo con los Ministerios de Salud pueden ser diferentes en cada país pero en general entre los temas están las cuestiones relacionadas con la vigilancia de poblaciones expuestas a diferentes factores de riesgos ambientales, calidad de agua para consumo humano, contaminación de aire y suelo, desastres naturales y químicos, cambios climáticos, contaminación por sustancias químicas, efectos de factores físicos e insalubres en el ambiente de trabajo, la prevención y reducción de violencia, seguridad vial y salud urbana.

## 2. Relacionamiento con instituciones descentralizadas de salud.

Este relacionamiento es de carácter estratégico y técnico principalmente por tratarse de instituciones de importancia para la salud pública. El relacionamiento técnico se basa en el apoyo a líneas de acción específicas que son acordadas con las instituciones y en muchos casos la ejecución de las mismas se da con el financiamiento de esas propias instituciones a través de términos de cooperación.

A continuación mencionamos algunos ejemplos:

En el caso de Honduras se trabaja con CESCO en lo relacionado a investigaciones sobre factores de riesgo ambiental relacionados con la salud y en la capacitación de personal de salud ambiental, así como en análisis especializados de laboratorio en muestras ambientales.

En el caso de Costa Rica con el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) responsable de prevenir y controlar problemas prioritarios en salud pública, mediante el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica basados en laboratorios y centros nacionales de referencia (CNR); ejecutar investigaciones en salud pública para generar conocimiento que apoye la toma de decisiones oportunas y eficaces; y transferir el conocimiento generado mediante procesos de enseñanza y comunicación.

En el caso del Perú, resaltamos tres instituciones: El Centro de información, Control Toxicológico y Apoyo a la Gestión Ambiental (CICOTOX), el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo Tecnológico (ININDETEC), y SENCICO, un Organismo Público Descentralizado del Sector Vivienda, Construcción y Saneamiento, que tiene como finalidad formar, capacitar, perfeccionar y certificar a los trabajadores de la actividad de la construcción en todos sus niveles; así como realizar las investigaciones y trabajos

tecnológicos vinculados a la problemática de la vivienda y de la edificación, y proponer normas técnicas de aplicación nacional.

En Brasil, cabe mencionar la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) por medio de la Gerencia-General de Toxicología (GGTOX/ANVISA), y la Gerencia-General de Tecnología en Servicios de Salud (GGTES/ANVISA), la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), en el ámbito de la vice presidencia de salud y ambiente y el Instituto Evandro Chagas/SVS para el tema relacionado con la región Amazónica.

### 3. Relacionamento con Secretarías de Estado y Municipios

Este relacionamento es de carácter estratégico y ofrece la oportunidad de descentralizar las acciones en el marco de proyectos intersectoriales que involucran los sectores de salud, ambiente, educación, seguridad pública, entre otros. Ejemplos de los proyectos que se realizan a nivel local son: Rostros, Voces y Lugares (RVL) en el marco de los ODMs, Municipios Saludables, Escuelas Promotoras de Salud, etc. Es importante resaltar el trabajo que se llevo a cabo en Centroamérica con el proyecto MASICA que implicó el establecimiento de comités intersectoriales e interdisciplinarios (compuestos por profesionales del Ministerio de Salud, Ministerio de Ambiente, Ministerio de Agricultura, Universidades, Agencias de Agua Potable y Alcantarillado, ONGs, etc.) en cada país centroamericano, íntimamente relacionados con puntos focales en la OPS y que permitió abordar los problemas y soluciones de salud y ambiente de una manera holística, lográndose la preparación de planes y proyectos con sus respectivos presupuestos.

### 4. Relacionamento con Universidades.

El trabajo con las universidades es quizás el más importante desde el punto de vista de difusión del conocimiento, la creación de alianzas científicas, la conducción de investigaciones relevantes a bajo costo (tesis de maestría y doctorado) y el aseguramiento de actividades futuras en el área de salud ambiental. Para el asesor en salud ambiental, el estar en contacto con las universidades asegura entre otras cosas su actualización profesional.

Una experiencia única es la relación OPS-Universidades en Jamaica. En este sentido se tiene un programa de trabajo social con los programas de Maestría en Salud Pública de la Universidad de las Indias Orientales (UWI) y la Universidad Tecnológica (UTECH), en donde los estudiantes recién graduados prestan un servicio social de 240 horas durante el verano. Esto ha permitido, reducir el costo de la entrega de la cooperación técnica, llevar a cabo actividades de cooperación a nivel local que son de interés de la OPS, pero que no hubieran sido posible realizar por limitaciones de personal y financieras. El costo relacionado con cada recién graduado es en lo relativo al seguro de salud, que cuesta menos de EUA\$ 100.00. El costo de contratar a un consultor para que lleve a cabo un

trabajo similar sería de por lo menos EUA\$ 4000 mensuales (equivalente a EUA\$ 6000 por 240 horas), lo cual significa un ahorro considerable.

Otra experiencia importante a mencionar es la realización de proyectos especiales con las Universidades, el cual ha permitido generar investigaciones, publicaciones y generación de cursos presenciales y a distancia importantes en los temas de salud y ambiente. Cabe en este sentido citar las experiencias que se tiene en Brasil con la Universidad Federal de Minas Gerais y la Universidad Federal de Río de Janeiro y en Argentina con la Universidad Abierta de Mar del Plata. Experiencias similares se repiten en la mayoría de los países de la Región.

## 5. Relacionamiento con otros aliados fuera del sector salud.

El sector de la salud frecuentemente tiene que enfrentar las consecuencias de problemas generados fuera del sector, y sobre los cuales no siempre tiene control. Es la razón por la cual el sector debe tener dialogo permanente con sectores responsables de acciones preventivas, sean en lo referente a abastecimiento de agua y saneamiento, control de la contaminación ambiental, de los accidentes de tránsito, uso de plaguicidas en la agricultura y muchos otros.

Existen comisiones que son coordinadas por otros sectores y donde la presencia de salud es fundamental, tal es el caso de la Comisión Nacional de Seguridad Química, que en la mayoría de los países es coordinada por el Ministerio de Medio Ambiente o también el caso de proyectos específicos en donde la incorporación de muchos otros actores fuera de salud es fundamental, por ejemplo en los proyectos que en la actualidad se llevan a cabo México y Brasil sobre seguridad vial, en la que actores tales como la Policía, Sector de Transporte, Ministerio de Ciudades, Derechos Humanos, etc, son vitales para el éxito del proyecto encaminado a disminuir la morbimortalidad por accidentes de tránsito.

De igual manera el trabajo que se realiza con Defensa Civil para las acciones de prevención, preparación y respuesta a desastres naturales y tecnológicos, es otro ejemplo a citar cuando hablamos de instituciones fuera del sector salud y con las cuales mantenemos un importante relacionamiento estratégico y técnico en el área de salud ambiental.

## 6. Relacionamiento con Centros Colaboradores de OPS/OMS

La OPS/OMS cuenta con una extensa Red de Centros Colaboradores especializados en diferentes áreas de salud y ambiente, como son los de salud del trabajador, agua y saneamiento, epidemiología ambiental, emergencias químicas, etc, con los cuales se mantiene un relacionamiento además de técnico, estratégico ya que están contribuyendo con el plan estratégico de las Representaciones. La tendencia actual en aquellos países que cuentan con varios centros colaboradores es de fomentar el trabajo de redes y promover

la implementación de redes temáticas con la facilitación por parte de los centros colaboradores, como es el caso de la REQUILAC (Red de Emergencias Químicas de Latinoamérica y el Caribe) que es moderada por CETESB, Centro colaborador de OPS/OMS para este tema. La integración de los centros colaboradores en los resultados esperados y productos de los planes de trabajo de los consultores de salud y ambiente, fortalece las capacidades en los temas de gestión de información y gestión de conocimiento, investigación, así como respuesta a desastres y emergencias, entre otros.

## 7. Relacionamento con organismos de integración regional (MERCOSUR, OTCA, PALOP'S, Comunidad Andina o CAN, el Sistema de Integración Centroamericana o SICA y la Comunidad del Caribe o CARICOM).

Los organismos de integración regional integrando la red de relacionamento estratégico del consultor de salud y ambiente, garantizan la participación en proyectos que buscan la armonización de políticas, de protocolos, de guías a nivel subregional, así como facilita al consultor la posibilidad de identificar potencialidades en otros países que puedan ser movilizadas a colaborar en los trabajos que realiza. A continuación algunos ejemplos:

- La OPS/OMS ha apoyado las acciones que en el ámbito regional desarrollan los países de MERCOSUR en temas de salud ambiental, cambios climáticos, salud de los trabajadores, desastres, entre otros.
- Con la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), la OPS/OMS participa del proyecto “Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental en la Región Amazónica”, que tiene a su Unidad Ejecutora ubicada en la Secretaría Permanente de OTCA y trabaja siguiendo los mandatos de los ocho países parte (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela). Cuenta con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y la Cooperación Técnica de la OPS-OMS, FIOCRUZ, UNAMAZ, IEC y otros. El objetivo del Proyecto, es adoptar un marco operativo e instrumental consensuado y compatible con el Reglamento Sanitario Internacional, de indicadores priorizados y estrategias para la institucionalización de la Vigilancia de Salud Ambiental, al interior de los Sistemas Nacionales de Salud de la región amazónica. En este sentido, el proyecto busca mejorar la capacidad de la toma de decisiones de las instituciones nacionales (Ministerios de Salud y otros) y la coordinación con las instituciones regionales; a efecto de contribuir a la disminución de la morbilidad, discapacidad y mortalidad de la población, debidas a riesgos, efectos y daños ambientales.
- En Brasil particularmente con los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP), un grupo formado por seis países, se ha apoyado la capacitación de técnicos en los temas de políticas de salud, desastres y se pretende ampliar a temas como evaluación de riesgos en sitios contaminados, vigilancia en salud ambiental entre otros.

- En el caso de Centroamérica, OPS ha sido clave en el trabajo que lleva a cabo la SICA (Sistema de la Integración Centroamericana) en el área de salud y ambiente. En ese sentido, la OPS trabaja muy de cerca con dos entidades del SICA: La Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD) y El Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento. El CCAD es el órgano del SICA, responsable de la agenda ambiental regional. Su objetivo principal consiste en “contribuir al desarrollo sostenible de la región centroamericana, fortaleciendo el régimen de cooperación e integración para la gestión ambiental”. Por su parte El Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento, es un organismo regional del Sistema de la Integración Centroamericana, (SICA), orientado a conformar una plataforma de cooperación entre los países en el sector e impulsar acciones concertadas en beneficio de la salud y el desarrollo de los más de cuarenta millones de personas que habitan en la región Centroamericana y República Dominicana.

## 8. Relacionamiento con Movimientos Sociales

No obstante que la dinámica de la cooperación técnica en salud ambiental y desarrollo sostenible de la OPS/OMS se lleva a cabo en un ambiente de presupuesto limitado su presencia a nivel local es de ricas oportunidades de alianza con diferentes actores que en mucho sobrepasan las limitaciones y permiten el establecimiento de un accionar de amplia base solidaria y humana y de presencia en todos los niveles con un objetivo común: el verdadero desarrollo sostenible.<sup>3</sup>

Como la participación social es una de las líneas estratégicas de promoción de salud, promovemos con los movimientos sociales organizados y con otras instituciones de la sociedad civil, proyectos que ayuden a organizarlos, contribuir a su empoderamiento y sobre todo aumentar la conciencia ciudadana y de salud.

Ejemplos de trabajos con movimientos sociales, es el que se realiza en el marco de los ODMs y Determinantes Sociales de la Salud con el proyecto Rostros, Voces y Lugares y también el que se desarrolla con las comunidades afectadas por la minería y otros factores de riesgo.

La alianza con los movimientos sociales facilita el entendimiento de las preocupaciones de los grupos más afectados, como también de las soluciones que se puedan implementar con las comunidades.

---

<sup>3</sup> Palabras de Líder Comunitario durante la Reunión con Comité Intersectorial Ambiental de la Comunidad de Ayash, Huaraz, Perú. Mayo 2007

## 9. Relacionamento con Asociaciones Científicas y Redes de gestión de información y conocimiento.

El relacionamiento con agrupaciones de profesionales, sean éstas asociaciones y sociedades científicas, como redes temáticas, facilita colocar a disposición de todos los actores de la red de relacionamiento estratégico como eje transversal la gestión de información y generación de conocimiento. En este sentido se facilita la realización de eventos científicos de intercambio de buenas prácticas y lecciones aprendidas en el campo de salud ambiental, la realización de publicaciones, la solución de problemas puntuales, el intercambio de expertos entre países, etc. Son múltiples las asociaciones y sociedades tanto Latinoamericanas como Nacionales que pudieran ser mencionadas en el campo de la salud ambiental sin embargo queremos resaltar una de las experiencias de largo plazo y que ha sido muy enriquecedora y autosustentable, que es la relación de la OPS con AIDIS (Asociación Latinoamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental). La historia y la vida de AIDIS se confunden con la de la ingeniería sanitaria en las Américas y por ende con la de la Organización Panamericana de la Salud. Imposible relatar sobre los hechos de una, sin envolver la otra. Algunas de las acciones que se logran en el acuerdo de trabajo estratégico con AIDIS son: movilización de recursos para la ejecución de acciones y proyectos conjuntos en el campo de la ingeniería sanitaria y ambiental en Latinoamérica y el Caribe, con énfasis en países prioritarios, promover la preparación y diseminación de material técnico y didáctico, actividades de capacitación e investigaciones y mantener un sistema hemisférico para el sector agua, saneamiento y ambiente-AVIDSA (Almacén Virtual de Informaciones y Datos sobre saneamiento y ciencias del ambiente en las Américas).

## 10. Relacionamento con los Consejos de Salud

Los Consejos Nacionales de Salud generalmente actúan en la formulación y proposición de estrategias y en el control de la ejecución de políticas de salud. Constituidos por representantes de la sociedad civil (usuarios, trabajadores, prestadores de servicios y gestores de los servicios de salud), ponen en práctica el control social, convirtiendo la sociedad en gestora del sistema. En Brasil por ejemplo, la OPS/OMS participa en diferentes foros de evaluación de políticas públicas, en especial en la Comisión Intersectorial de Saneamiento y Medio Ambiente (CISAMA), en la Comisión Intersectorial de Salud del Trabajador (CIST) y tiene una alianza técnica y estratégica con CONASS y CONASEMS (Comisión Nacional de Secretarios de Salud y de Secretarios Municipales, respectivamente). Un ejemplo significativo de trabajo interministerial desarrollado en Brasil se concretizó con la realización de la I Conferencia Nacional de Salud Ambiental coordinada de forma interministerial y con la integración de los Consejos de Salud, Ciudades y Medio Ambiente.



En cuanto al trabajo con Consejos departamentales, es valioso mencionar el proyecto Arte Puente para la Salud, el cual se está llevando a cabo en Belén, Iquitos, Perú. La Propuesta Integral por un Belén Saludable se elabora a partir de los productos obtenidos en talleres de diagnóstico y planificación participativos y de propuestas específicas de las instituciones integrantes de la Red por Belén.

## 11. Relacionamiento con el Sistema de Naciones Unidas

Una tarea importante para el área de desarrollo sostenible y salud ambiental ha sido fomentar el relacionamiento con agencias hermanas del Sistema de Naciones Unidas, principalmente para sumar esfuerzos y encontrar complemento en relación a líneas de acción o proyectos específicos. Siguen a continuación algunos ejemplos:

- Con la UNESCO, UNODC y UNIFEM se tienen relaciones de apoyo mutuo en áreas de salud escolar y violencia y salud ambiental.
- Con PNUMA en los temas de aplicación de metodología de geosalud y cambios climáticos.
- Con PNUD, FAO y UNICEF se trabaja la disponibilidad de agua, alimentos y ayuda humanitaria.
- Con OIT el tema de salud del trabajador.

La OPS participa además en tareas específicas creadas por el Sistema ONU con el objetivo de integrar el trabajo interagencial, dos ejemplos característicos son UNETE/ONU,



instituido en diversos países como un grupo técnico para emergencias del Sistema das Naciones Unidas y ONU VERDE un grupo que busca integrar acciones para promover el Escritorio Verde y Sustentable y buscar cambios de comportamiento en los funcionarios del sistema ONU. Otras de las experiencias más importantes es el de la Alianza Interagencial por la Nutrición y el Desarrollo, con el objetivo de combatir la desnutrición a través de sus determinantes.

En conclusión, podemos observar en todo lo expresado anteriormente que la fortaleza que pueden adquirir nuestros consultores cuando establecen un buen relacionamiento técnico y estratégico con instituciones claves, supera en mucho sus capacidades cuando trabajan en forma aislada. El gran desafío es superar la barrera conceptual de que la estrategia de trabajo en red se puede dar como un relacionamiento directo “bis” a “bis” entre OPS y las distintas instituciones (rueda de bicicleta) sin importar su naturaleza y trabajar el concepto de redes de relacionamiento en su máxima expresión de conectar todas estas instituciones en un diálogo positivo y constante que potencialice el trabajo en salud y ambiente.

## **Estudios de caso**

A continuación mostraremos dos ejemplos que ponen en práctica las redes de relacionamiento para temas específicos que abordan los consultores de salud y ambiente, como es el caso cuando asumen dentro de una Representación de OPS la coordinación de todos los trabajos relacionados con desastres y el de salud de los trabajadores.

### **La red de relacionamiento para el tema de desastres**

Las emergencias y los desastres son la materialización de las condiciones de riesgo existentes, que dependen de la probabilidad de que ocurran fenómenos destructivos y que existan condiciones de fragilidad de las comunidades expuestas a estos fenómenos. Las amenazas pueden ser fenómenos naturales o producto de la actividad humana, mientras que la vulnerabilidad es siempre producida por el ser humano.

Existe diferencia entre emergencia y desastre. Así, se denomina emergencia al evento adverso en el que los daños y alteraciones pueden ser resueltos haciendo uso de la capacidad existente en la comunidad afectada. Se denomina desastre a todo evento en el cual los daños superan la capacidad de la comunidad afectada y se requiere apoyo de otras comunidades, regiones, estados o países,

Como punto de partida para evaluar el riesgo de emergencias y desastres, es necesario tener conocimiento adecuado de la probabilidad, magnitud, intensidad, duración, localización y frecuencia de las amenazas sean estas por inundaciones, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, tormentas tropicales, eventos que involucran materiales peligrosos, epidemias, u otras,

La vulnerabilidad surge cuando existen un desarrollo inadecuado y fragilidades ambientales. Reducir la vulnerabilidad de los diferentes sistemas y de la comunidad debe ser una acción presente en la agenda de los gobernantes y conlleva a acciones planificadas y permanentes de prevención, reducción y recuperación, tales como remover familias de un área con riesgo de inundaciones, elaborar normas para la construcción y funcionamiento de edificios con estructuras seguras, considerar aspectos hidrogeológicos y climáticos, entre otras. (OPAS, 2000)

El propósito principal de la cooperación técnica de la OPS en el tema de emergencias y desastres es apoyar a sus estados miembros a reducir el impacto de los eventos destructivos y mejorar su capacidad de respuesta. Esto se hace impulsando iniciativas de reducción de riesgos en salud, principalmente a través de la iniciativa de hospitales seguros, y promoviendo actividades de preparativos con el fin de fortalecer la planificación, organización, capacitación, conducción y gestión de recursos para enfrentar emergencias y desastres sea por fenómenos naturales como antrópicos.

Los esfuerzos de reducción de vulnerabilidad en establecimientos de salud llevados adelante durante más de 20 años por los países, han conducido a la aprobación de la política regional de hospitales seguros y al diseño de un plan de acción 2010-2015 cuya implementación fue acordada por los ministros de salud de las Américas en el 50 Consejo Directivo de la OPS/OMS en 2010.

Cuando ocurre un evento adverso, los daños directos a la salud de las personas demandan una respuesta inmediata del gobierno local y de la comunidad, utilizándose los recursos disponibles, pues frecuentemente no puede esperar a la llegada de ayuda externa; Dependiendo de las condiciones sanitarias y epidemiológicas previas al desastre, puede incrementarse la probabilidad del surgimiento de enfermedades, por ejemplo, relacionadas con el consumo de agua contaminada, con la aglomeración de personas en locales cerrados, exposición climática y aumento de vectores.

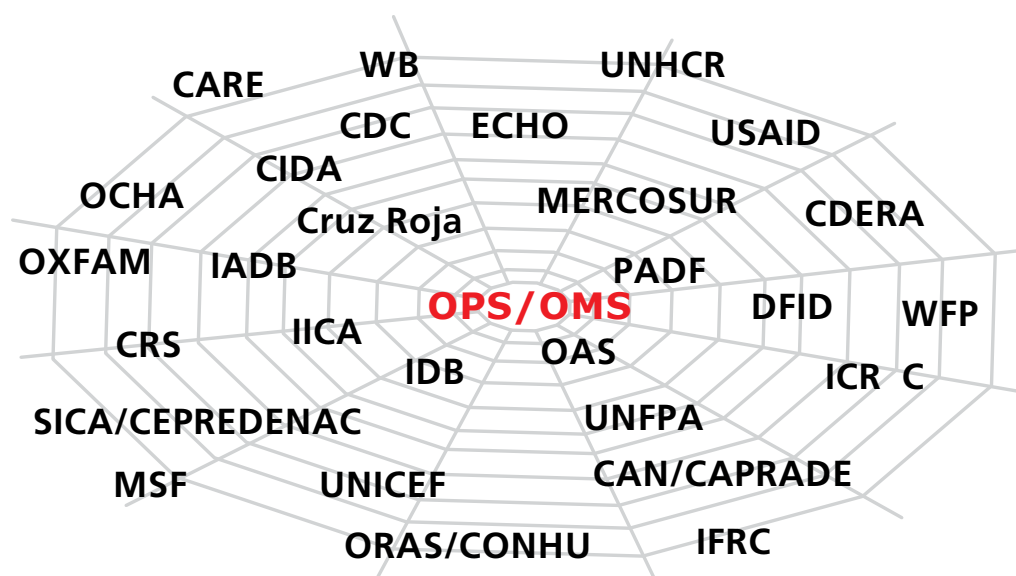
Ante una situación de emergencia o desastre, el sector salud asume las responsabilidades inherentes a su función. Sin embargo, para cumplir con esa responsabilidad, es necesaria la participación activa de todas las instituciones del sector salud y la colaboración de entidades de otros sectores que faciliten la respuesta de salud y contribuyan a la prevención y control de enfermedades. Es necesaria la realización de un diagnóstico rápido y técnico de las vulnerabilidades y de los recursos propios del sector, especialmente hospitales y unidades de salud, además de elaborar y poner en práctica lo más rápido posible el plan de contingencias de salud y promover la articulación y coordinación intra e intersectorial para una acción conjunta y ordenada, evaluando los daños y organizando un sistema de comunicación. Para apoyar este momento es importante la identificación previa de una red de relacionamiento y la integración de los diferentes actores gubernamentales, organismos nacionales e internacionales, militares y la comunidad.

En el marco de la reforma humanitaria y la necesidad de organizar la ayuda humanitaria internacional, desde 2005 el Comité Permanente Inter-Agencial (IASC, por su sigla en inglés) de las Naciones Unidas designó líderes de grupos sectoriales a nivel mundial (“global cluster leads”) – específicamente para las emergencias humanitarias en once sectores o áreas de actividad: *nutrición, agricultura, salud, agua y saneamiento, abrigos de emergencia, gestión en el campo, seguridad, educación, recuperación rápida, logística y telecomunicaciones* (IASC, 2006).

En caso de desastres, el área de salud es coordinada por la OMS con el propósito de servir de mecanismos para que las organizaciones responsables por actividades en el sector salud trabajen en alianza, armonizando los esfuerzos y los recursos de manera eficiente, definiendo objetivos, prioridades y estrategias para el beneficio de las comunidades afectadas. (WHO. 2009).

En la Región de América Latina y Caribe la OPS/OMS asume la coordinación del Cluster Salud en apoyo a las autoridades de salud de los países afectados. Su acción en la Región mantiene estrecha articulación con la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU (OCHA) y demás organismos de las Naciones Unidas, Agencias Donantes, ONGs internacionales, entre muchas otras. (FIG 1)

**Figura 1: RED DE ACTORES INTERNACIONALES** (adaptada de PED/OPS)



La cooperación de OPS/OMS en casos de desastres y emergencias tiene como objetivos:

- Coordinar la ayuda internacional en salud,

- Apoyar la evaluación de daños y necesidades de salud,
- Movilizar la asistencia a través del Equipo Regional de Respuesta a Desastres y del centro de Operaciones de Emergencia,
- Elaborar proyectos de emergencia en salud para ayuda humanitaria y
- Coordinar el componente salud del Sistema de Naciones Unidas asegurando el liderazgo del cluster de salud en colaboración con el Ministerio de Salud del país afectado y la integración con los demás sectores y organismos no gubernamentales (Ugarte; Líderes 2008, Brasil).

Además actúa fuertemente en la preparación y capacitación de recursos humanos por medio de la realización de talleres específicos; simulacros, elaboración de documentos técnicos, videos, informes sobre lecciones aprendidas, cursos presenciales y a distancia, entre otros.

En cada país, diferentes interlocutores son responsables y coordinan la atención a nivel nacional e internacional, tales como: Defensa Civil Nacional, militares y bomberos, los Ministerios de Salud, de Desarrollo Urbano, de Planificación, de Relaciones Exteriores, Universidades, Centros Colaboradores de la OPS/OMS, instituciones a nivel de los estados y municipios, entre otros. Todos estos actores deben entrar a formar parte de la red de relacionamiento estratégico y técnico del consultor de OPS, punto focal para desastres, sea este de salud ambiental o de otra área. A continuación describimos algunos de ellos, a modo de ejemplos:

### **Ministerio de Salud**

- Una de las funciones esenciales de salud pública es la prevención y respuesta a emergencias y desastres. Esta función es coordinada por el programa de desastres del ministerio de salud que está formalmente establecido en la estructura organizativa de más del 75% de los países. Por ello, la acción de la OPS en este campo es apoyar las actividades del Ministerio de Salud encaminadas a fortalecer la gestión de riesgos de desastres en salud a niveles nacional, estatal y municipal, la preparación de planes de emergencia para eventos producidos por amenazas naturales o por productos peligrosos, la capacitación de recursos humanos y la previsión de los recursos necesarios para la respuesta. En el caso de Brasil, además se trabaja con el Centro de Informaciones Estratégicas de Vigilancia en Salud (CIEVS) y Unidad de Respuesta Rápida (URR) para la atención emergencial a los estados y municipios acometidos por desastres de origen natural y/o antropogénico. Otras entidades de salud que también son parte de la red de relacionamiento del consultor de OPS son: secretarías de asistencia en salud y SAMU, Asesoría Internacional de Salud (AISA); etc.
- En situaciones de desastre, la activación y funcionamiento del Cluster Salud es coordinada por la OPS/OMS en contacto estrecho con el ministerio de salud, pero se

vincula también con otros actores nacionales clave, entre ellos relaciones exteriores y defensa/protección civil.

## Otros Ministerios

- La coordinación de la OPS con otros sectores, en preparativos y respuesta a desastres, es muy amplia y fructífera debido a que la OPS/OMS fue pionera en este tema en las Américas. A ello se debe que los manuales de las cancillerías y misiones diplomáticas para asistencia humanitaria en casos de desastres, recibieron y reciben el apoyo técnico de la organización y es considerado el referente principal en la iniciativa del buen donante impulsado por varias agencias de Naciones Unidas, donantes y organismos de asistencia humanitaria. Documentos técnicos como la publicación de “saber pedir, saber donar” está llamado a servir de guía internacional hacia una mejor asistencia humanitaria, lo cual es responsabilidad directa de los ministerios de relaciones exteriores en casi todos los países. La OPS también promueve la transparencia en el manejo de las donaciones y apoya técnicamente en la implementación del sistema de información de suministros humanitarios (SUMA/LSS), a través de cooperación técnica directa, entrenamiento de equipos SUMA, desarrollo de guías técnicas para el manejo integral de suministros de emergencia, entre otros. Esta actividad se desarrolla en coordinación con Relaciones Exteriores y otros sectores e instituciones clave como defensa/protección civil, salud, aduanas, organismos de beneficencia, oficina de la primera dama, ONGs, autoridades locales, entre otras.
- Otros ministerios como el de medio ambiente, agricultura, vivienda, entre otros, reciben cooperación técnica en los componentes vinculados a su responsabilidad específica en casos de desastre como es el caso de riesgos ambientales asociados al desastre, preparativos frente a eventos extremos relacionados al cambio climático, aspectos de alimentación y nutrición en emergencias y desastres, reducción de vulnerabilidad en sistemas de agua y saneamiento, iniciativas globales de ciudades seguras frente a desastres, entre otros.

## Defensa Civil

Además del sector salud, el segundo grupo de organismos vinculados a emergencias y desastres con los que trabaja la OPS/OMS son los organismos nacionales encargados del manejo de desastres y cuya denominación varía de acuerdo al país. Pueden llamarse sistemas nacionales de defensa civil o protección civil, sistemas nacionales de prevención y atención de desastres, comisión nacional de emergencia u otros.

Estos organismos son vitales para que el sector salud pueda implementar las actividades de reducción de riesgo y son particularmente importantes en el logro de la meta de hospitales seguros al 2015. En realidad, son éstos los organismos que tienen la responsabilidad de reportar los avances en reducción de riesgo al Sistema de las Naciones Unidas y

por ello existe un beneficio mutuo tanto para salud como para defensa/protección civil en trabajar conjuntamente y la OPS facilita estos vínculos, provee cooperación técnica, apoya la conformación y capacitación de equipos multidisciplinarios e interinstitucionales para la evaluación de la seguridad de los establecimientos de salud frente a desastres y promueve la implementación de medidas correctivas.

## **Centros Colaboradores y Redes**

Los centros colaboradores y las redes temáticas de gestión de información y conocimiento son fundamentales como instituciones de apoyo de la OPS/OMS para las acciones de prevención, preparación y respuesta a desastres tanto naturales como provocados por el hombre.

En el tema de accidentes con productos peligrosos, la OPS cuenta con el apoyo de CETESB, el cuál coordina la Red de Emergencias Químicas de Latinoamérica y el Caribe. Solo para tener una idea de los logros que hemos alcanzado con la colaboración de este centro, veamos algunas de las acciones que hemos realizado en conjunto: cinco cursos en el periodo de 1999 a 2003, para 150 profesionales de América Latina, en el tema de “Prevención, Preparación y Respuesta a Accidentes Químicos” en la sede de la CETESB en la ciudad de São Paulo. A partir de 2003 para promover una mayor participación de los países, los cursos se empezaron a impartir en los propios países y fueron beneficiados por esta política de capacitación: Panamá (2003), Ecuador (2005), El Salvador (2005), Costa Rica (2006), Cuba (2006), Nicaragua (2007), Colombia (2007), Honduras y Perú (2008) y Guatemala (2009).

En 2004, en una alianza realizada entre la CETESB y la OPS se prepararon y distribuyeron 840 CDs en portugués y en español de la Guía “Sistema Integrado de Gestión para la Prevención, Preparación y Respuesta a los Accidentes con Productos Químicos” y también un curso de Autoaprendizaje, Prevención, Preparación y Respuesta a Desastres con Productos Químicos disponible en Internet en español y en portugués (<http://www.bvsde.paho.org/cursode/e/index.php>).

La CETESB también participó en la atención a situaciones de emergencia: en julio de 2003 en la Ciudad de Asunción, Paraguay, después de un incendio ocurrido en un almacén que contenía una gran cantidad de plaguicidas y el incendio ocurrido el 19 de agosto de 2008 en las instalaciones de las Facultades de Química y Farmacia de la Universidad Autónoma de Honduras, en Tegucigalpa.

El relacionamiento estratégico con CETESB, ha permitido potencializar la presencia de OPS/OMS en los países de la Región en un tema que es de actualidad y que requiere atención.

Otros centros colaboradores en el tema de desastres están vinculados con la iniciativa de hospitales seguros, los preparativos para emergencias y la respuesta en casos de desastre.

Las sociedades nacionales y las asociaciones internacionales de medicina de emergencias y desastres, así como sus similares en enfermería, psicología y otras carreras afines a la salud, además de las asociaciones de ingenieros y arquitectos en salud, comité internacional de medicina militar, entre otros, reciben cooperación técnica de la OPS para desarrollar actividades académicas y científicas para la reducción de riesgo, preparativos y respuesta a desastres.

## **Universidades**

Desde hace más de 25 años, la OPS promueve la incorporación de la enseñanza de emergencias y desastres a nivel de pre y postgrado en las universidades de Las Américas. Aunque la mayoría de las escuelas de medicina y otras profesiones relacionadas a la salud incluyen hoy el tema de desastres en la formación de pre-grado, es necesario continuar el apoyo técnico para el diseño y desarrollo curricular, así como la producción de materiales técnicos correspondientes.

La OPS promueve la formación de recursos humanos en manejo de desastres en salud y apoya la organización y dictado de diplomados, maestrías, doctorados a nivel universitario, al mismo tiempo que organiza periódicamente cursos de Líderes en gerencia en salud, desastres y desarrollo en coordinación con instituciones académicas.

Muchos otros actores pudiéramos mencionar, que en momentos de desastres fortalecen la presencia de OPS/OMS en los países de la Región. Sin embargo, pensamos que con los ejemplos mencionados, los consultores pueden continuar esta tarea de identificarlos y definir la importancia del relacionamiento estratégico con ellos.

## **Red de Salud de los Trabajadores**

### **Introducción**

Los trabajadores, son la columna vertebral del desarrollo social y económico de sus comunidades y países. El crecimiento económico debe realizarse en paralelo con el desarrollo de los lugares de trabajo sanos y seguros.

El lugar de trabajo es un valor importante para la salud pública como por desgracia aproximadamente 2 millones de mujeres y hombres mueren cada año debido a lesiones y enfermedades ocupacionales [1]. A nivel mundial, hay aproximadamente 270 millones de accidentes de trabajo y 160 millones de enfermedades relacionadas con el trabajo cada año [1]. La OMS estima que hay cinco factores específicos de riesgo ocupacional

responsables en todo el mundo de 37% del dolor de espalda, el 16% de la pérdida auditiva, el 13% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 11% de asma, el 8% de las lesiones, 9 % de cáncer de pulmón y el 2% de la leucemia. [2]. Se estima que los carcinógenos ocupacionales son responsables de 152.000 muertes y aproximadamente 1,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) ([3]). Estos números son la punta del “iceberg” de lesiones y enfermedades ocupacionales. La falta de sistema de vigilancia de la salud ocupacional, el acceso limitado a servicios de salud y/o servicios de salud, las deficiencias relacionadas con la protección social de los trabajadores, entre otros, representan algunos de los factores que dan forma a este desafío, especialmente en América Latina y el Caribe. La integración de la salud ocupacional en atención primaria de salud y el fortalecimiento del sistema de salud en el trabajo son fundamentales para reducir esta brecha. Muchos trabajadores de la región de las Américas trabajan en el sector informal, aproximadamente 55%[4] bajo condiciones precarias y con acceso limitado a protección social. Estos desafíos son complejos por lo tanto requieren de un enfoque creativo y sostenible. Mejorar la salud y seguridad ocupacional requiere de varios componentes como la política, la vigilancia, los sistemas de información, comunicación, formación, educación, tecnología, entre otros. Estas habilidades, conocimientos y competencias residen en múltiples socios de diversos sectores, desde instituciones no gubernamentales, gubernamentales, centros colaboradores en salud ocupacional, el sector privado, la academia y la sociedad civil. Por lo tanto existe una gran necesidad de colaborar para aunar recursos (intelectuales, financieros y humanos) para innovar y superar los retos actuales y futuros de nuestra región.

## Coordinación

La coordinación de la red es un componente vital que contribuye a garantizar que la red se mueva hacia adelante en forma unificada y estratégica. Este aspecto es especialmente importante teniendo en cuenta la heterogeneidad de la red, que reúne a representantes de diferentes sectores, tales como, gubernamentales, públicos y privados. Para facilitar el proceso, el equipo de trabajadores de salud colabora con su red basada en el plan estratégico de la OPS. La red de salud de los trabajadores contribuye a los objetivos estratégicos de OPS enfocándose en evaluaciones basadas en evidencia, normas y guías prioritarias sobre salud ambiental y ocupacional. El plan se centra en la aplicación de gestión basada en resultados, que promueve los logros de hitos específicos, productos y servicios para maximizar el impacto de las intervenciones. Las actividades de la red también se alinean al Plan de Acción Global sobre Salud de los Trabajadores de OPS/OMS (2008-2017) aprobado por todos los estados miembros en 2007[5]. El Plan de Acción Global sobre Salud de los Trabajadores incluye cinco objetivos principales enfocados en: 1) políticas, 2) promoción y protección de la salud, 3) el acceso a los servicios de salud en el trabajo, 4) comunicación y disseminación de intervenciones y prácticas basadas en evidencia, y 5) la incorporación de la salud de los trabajadores en otras políticas, (no solo en políticas de salud). El plan Estratégico de la OPS y el Plan de Acción Global sobre Salud de los Tra-



bajadores ofrecen herramientas para trabajar metodológicamente con su red. El equipo de salud de los trabajadores trabaja con los ministerios de salud a lo largo de la región sobre la base de estos planes.

## **Organizaciones gubernamentales**

La OPS trabaja en estrecha colaboración con la Organización de Estados Americanos (OEA), principal foro gubernamental político, jurídico y social del hemisferio. La OPS es la agencia de salud reconocida del sistema interamericano. Reconociendo la necesidad de trabajar en forma intersectorial, el equipo de salud de los trabajadores de OPS colabora con la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo (CIMT) de la OEA. Esta colaboración ha dado lugar a varios talleres hemisféricos en materia de salud y seguridad ocupacional. En 2008, el Ministerio de Trabajo y Empleo de Perú, la Organización de Estados Americanos (OEA), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y financiados por el Gobierno de Canadá organizaron el tercer Taller Hemisférico sobre Salud y Seguridad Ocupacional. El Taller Hemisférico reunió a ministerios de Trabajo de la región, organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales, y centros colaboradores para compartir buenas prácticas, desafíos y prioridades de la región. Esta colaboración con la OEA ofrece una vía única para trabajar con los ministerios de trabajo sobre cuestiones relacionadas con la salud de los trabajadores.

## **Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de OPS/OMS**

Los Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de OPS/OMS son las instituciones designadas por el Director/a para formar parte de una red de colaboración interinstitucional en apoyo de al Plan Estratégico de OPS/OMS. La contribución de los Centros Colaboradores incluye el fortalecimiento a nivel nacional y regional, mediante el intercambio intelectual, financiero, y de recursos humanos. Los aspectos específicos de la Red de Centros Colaboradores de Salud Ocupacional fueron descritos con anterioridad.

## **Organización internacional de las Naciones Unidas**

La Organización Panamericana de la Salud trabaja muy de cerca con otras Agencias de las Naciones Unidas como la Organización Internacional del Trabajo. Esta asociación ha llevado a la elaboración de directrices y varios materiales. Recientemente, la OPS/OMS y la OIT colaboraron en el desarrollo de la prevención, tratamiento y atención del VIH y la tuberculosis, entre los trabajadores de la salud. Esta asociación promueve la estandarización y consistencia de las recomendaciones, contribuyendo a una más amplia difusión y alcance de las directrices. Además, en la región de las Américas, la OPS y la OIT están colaborando en un proyecto centrado en la prevención del VIH en el lugar de trabajo. En Costa Rica, esta asociación llevó a la inclusión de la formación de los trabajadores

en la prevención del VIH en el lugar de trabajo, en pequeñas, medianas y grandes empresas. Las directrices internacionales sobre la prevención del VIH en el lugar de trabajo fueron cultural y lingüísticamente adaptadas al contexto local para facilitar su difusión. La asociación con otras Agencias de Naciones Unidas contribuye en la producción de programas coherentes e integrados.

## Organizaciones no gubernamentales

La Organización Panamericana de la Salud también colabora con organizaciones no gubernamentales. Por ejemplo, el equipo de salud de los trabajadores de la OPS colabora con la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo para promover la construcción de capacidad en la región. En 2009, la OPS, International Commission on Occupational Health (ICOH), University of British Columbia (UBC), y Vancouver Coastal Health organizaron un seminario en servicios de salud ocupacional para trabajadores de salud en zonas rurales y remotas. En total, 30 participantes, representando 25 países participaron en la reunión que dio lugar a la producción del procedimiento de la “protección de la salud de los trabajadores de la salud: una perspectiva global”, que captura la experiencia y lecciones aprendidas de diferentes países. Además, en colaboración con ICOH, la OPS está organizando una serie de reuniones virtuales en diferentes temas técnicos para promover una plataforma de discusión y debate sobre temas relacionados con la salud y seguridad ocupacional en el sector salud. La Región de las Américas se prepara ahora para el 30 ° Congreso de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (CIMT), que se celebrará en Monterrey, México en 2012. El tema es “Salud para todos: de la investigación a la práctica. Este evento internacional será una oportunidad para demostrar los avances y logros alcanzados en la región de las Américas en materia de salud ocupacional y de la red de la OPS para compartir buenas prácticas y conocimiento

## La Red contribuye a actividades regionales

En las Américas, la colaboración con el ministerio de salud, centros colaboradores y otros asociados ha dado lugar a diferentes iniciativas regionales. Por ejemplo, un número importante de países está poniendo en práctica actividades centradas en la salud y seguridad ocupacional en el sector salud. Muchos centros colaboradores participan en estos esfuerzos, como IRET, la Universidad de Virginia, la Universidad de Maryland, NIOSH/CDC, el INSAT y otros socios como la Universidad de British Columbia y Vancouver Coastal Health. Proyectos y herramientas innovadoras han surgido de esta cooperación multilateral, tales como el proyecto “*Prevención de Lesiones por Pinchazo de Aguja*” para el personal de salud, liderado por OPS/OMS y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). También, en Trinidad y Tobago, colaboradores desarrollaron productos sub-regionales tales como cursos en línea sobre salud ocupacional y control de infecciones en instituciones de salud y evaluaciones del lugar de trabajo en hospitales. Muchos países están implementando sistemas de vigilancia en salud ocupacional, como “Exposure Prevention Information Network” (EPINet) esto lo hacen de manera integral,

enfocándose en políticas, entrenamientos, uso de dispositivos médicos seguros (por ejemplo: caja contenedora de objetos punzo-cortantes, agujas retráctiles) promoción de la salud, vigilancia, e inmunización de los trabajadores de salud. El equipo de salud de los trabajadores también está trabajando en estrecha colaboración con otras unidades técnicas de la OPS como Salud de la Familia y la Comunidad, Género Diversidad y Derechos Humanos, Vigilancia Sanitaria y Prevención y control de enfermedades, Gestión del Conocimiento y Comunicación, y Sistemas de Salud basados en atención primaria.

La Iniciativa de las Américas para la Eliminación de la silicosis nació también debido a una alianza entre la OPS/OMS, OIT, Chile, Brasil, Perú, y varios centros colaboradores de la región, tales como FUNDACENTRO, INSP, y NIOSH. Esta iniciativa es el primer enfoque regional para mitigar la silicosis y se basa en el intercambio de conocimientos en beneficio de los trabajadores y las comunidades de muchos países. Esta iniciativa ha dado lugar a la cooperación técnica enfocada en la formulación de políticas nacionales y planes de acción, la movilización de recursos para la aplicación de la prevención primaria y secundaria, vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación, el fortalecimiento de las capacidades nacionales necesarias y el establecimiento de programas nacionales.

## Alianzas Estratégicas Intersectoriales



## Bibliografía

1. Porto MF. Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local ao global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. World Health Organization. Preventing disease through healthy environments: towards na estimate of the environmental burden of disease. Geneva: WHO, 2006.
3. World Health Organization. [homepage en internet]. El medio ambiente y la salud de los niños. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/es/index.html>
4. Garza Almanza V. [homepage en internet]. Salud y ambiente en el desarrollo sustentable. Disponible en: <http://www2.uacj.mx/publicaciones/sf/num6/artpri1.htm>
5. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades de una nación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Gineva: OMS; 2009. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf).
6. [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1602&Itemid=1399](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1602&Itemid=1399) (link quebrado)
7. National Institute for Occupational Safety and Health. Health Effects of Occupational Exposure to Respirable Crystalline Silica. Cincinnati: NIOSH; 2002.
8. Driscoll T, Steenland K. Carcinógenos ocupacionales: evaluación de la carga ambiental de diease en el nivel nacional y local Ambiental carga de las enfermedades. Ginebra: OMS; 2004.
9. Iunes R. Seguridad y salud en América Latina y el Caribe: análisis, temas y recomendaciones de política. Washington: BID; 2002.
10. Ribeiro FS. Exposição ocupacional à Sílica no Brasil: tendência temporal de 1985 a 2001. São Paulo. Tese [Doutorado em Epidemiologia] – Universidade de São Paulo; 2004.
11. Ugarte C. Saúde, Desastres e Desenvolvimento e Atores na Gestão de Risco. [Apresentado no Curso Internacional para Gerentes sobre Saúde, Desastres e Desenvolvimento; 2007 26 nov. – 7 dez.; Brasília, Brasil] Disponible en: [http://www.disaster-info.net/lideres/portugues/brasil\\_07/apresentacoes/sd.pdf](http://www.disaster-info.net/lideres/portugues/brasil_07/apresentacoes/sd.pdf)
12. Organización Panamericana de La Salud. Los desastres naturales y La protección de la salud. Washington: OPS; 2000. (Publicación científica n. 575)
13. Comité Permanente Inter-Agencial. Guía de Orientación sobre el uso del enfoque de grupo sectorial (“Cluster Approach”) para fortalecer la respuesta humanitaria. [S.l.]; 2006. Disponible en: <http://onerresponse.info/Coordination/ClusterApproach/publicdocuments/Forms/DispForm.aspx?ID=28>

14. World Health Organization. Health Cluster guide: a practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. Geneva: WHO; 2009.

### **Bibliografía estudio de caso salud de los trabajadores**

1. International Labour Organization. Facts on Safety at Work. Geneva: ILO; 2005.
2. World Health Organization. Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva: WHO; 2004.
3. Nelson DI, Concha-Barrientos M, Driscoll T, Steenland K, Fingerhut M, Punnett L, et al. The global burden of selected occupational diseases and injury risks: Methodology and summary. *Am J Ind Med.* 2005;48(6):400-18.
4. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. A hora da igualdade: brechas por selar, caminhos por abrir. Santiago: Nações Unidas; 2010.
5. World Health Organization. 60th World Health Assembly. Workers'health: global plan of actions. [S.l.]:WHO; 2007. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60/A60\\_R26-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf) ed: WHO 2007.



# Los asesores de salud familiar: una red estratégica y técnica

*Gina Tambini, Luis Codina, Ricardo Fescina, Janine  
Giuberti Coutinho, Bernadino Vito*

## INTRODUCCIÓN

El Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) apoya a los países en el fortalecimiento de intervenciones de salud pública dirigidas a mejorar la salud individual, familiar y comunitaria e incrementar el acceso a servicios sociales y de salud, a través de acciones integrales, apropiadas, sustentables, y basadas en evidencia. En la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH), incluye: Salud del Niño y del Adolescente, VIH/SIDA, Inmunizaciones, Nutrición, Salud Materna y de la Mujer. Incluye dos centros Panamericanos: El Instituto de Nutrición y Alimentación del Caribe (CFNI), y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

A nivel regional, el área de Salud Familiar y Comunitaria apoya a los países, en colaboración con asociados nacionales e internacionales, en la identificación, la elaboración, la implementación y la evaluación de métodos basados en pruebas científicas. Presta especial atención a las etapas clave del crecimiento y desarrollo humano (lactancia, niñez y adolescencia, el comportamiento sexual y la salud reproductiva), además de promover, coordinar y ejecutar actividades de cooperación técnica que ponen de relieve la función central de la familia y la comunidad para fomentar una cultura de promoción y protección de la salud, en cuyo seno ésta es considerada un valor social. También procura coordinar la actuación sinérgica con el objetivo de colmar las brechas en salud y atender las necesidades futuras de los grupos de población más vulnerables de la Región, fortaleciendo la capacidad de los países, mediante la orientación normativa y política, la participación comunitaria, la movilización social y de recursos, la colaboración interinstitucional, la promoción de la causa y la implementación de intervenciones sostenibles y equitativas.

La Gerencia de Salud Familiar y Ciclo de Vida ha mantenido un liderazgo regional y mundial importante en temas como salud del niño, salud del adolescente, salud de la mujer, nutrición, HIV e Inmunizaciones.

La idea siempre fue buscar la atención, de manera integrada, en cada etapa de la vida. Esta búsqueda de integración, enfocada hacia los grupos más vulnerables, hizo que esta Gerencia tocara temas directamente vinculados a varios Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (1, 3, 4, 5 y 6).

En Brasil, la Gerencia de Salud Familiar y Ciclo de Vida es estructurada de acuerdo con la organización matricial del trabajo interprogramático de la representación de la OPS/OMS, considerando sus prioridades, y los enfoques estratégicos de la cooperación 2008-2012.

Así se conforma un mapa que define los temas y áreas de actuación, y su relación con los objetivos estratégicos de la cooperación técnica y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Al mismo tiempo, los espacios de cooperación de las representaciones de la región tomaron rumbos transformadores, signados por el espacio de trabajo descentralizado con Estados y Municipios importantes de los países. Esto generó un proceso de cambio importante, abriendo el abanico de socios en las acciones de cooperación técnica. Si antes, los Ministerios de Salud eran casi las únicas contrapartes de las OPS/OMS en los países, hoy, surgen nuevos actores, reconocidos por los Ministerios de Salud como fundamentales para alcanzar mejores niveles de salud y así lograr los ODM.

Este surgimiento de nuevos actores en el campo de la salud pública actuando en las áreas de la Gerencia, como es el caso de municipios, universidades estatales y privadas, fundaciones y organizaciones locales, le dio un giro a la cooperación en los países.

A partir de una mirada global y nacional, se hacía necesario que nos posicionáramos a nivel más local, donde nuestra cooperación y compromiso eran más visibles. Este intercambio en un nivel más local, nos obligó también a llevar procesos de cooperación horizontal a los países, generando así un intercambio de experiencias entre estados, departamentos y municipios.

Estos procesos de reordenamiento de la cooperación en nuestros países, han llevado a la Organización a revisar y ajustar sus principios de trabajo institucional para fortalecer y estimular el trabajo basado en las competencias de sus funcionarios para una actuación coordinada en redes de relaciones estratégicas.

Podemos observar algunas competencias que buscan facilitar ese trabajo coordinado o negociado con otros actores, para lo cual, un abordaje de trabajo basado en Redes de Relaciones facilita y vuelve más eficiente la inversión que sea hecha por los gobiernos, los agentes financieros y otros organismos de cooperación multilateral y bilateral.



## EL ESQUEMA DE LA RED DE RELACIONES: LO REGIONAL Y LOS PAISES

El trabajo permanente de acompañamiento de las autoridades nacionales, para facilitar la convocatoria y discusión de los temas importantes, de manera que se logre alcanzar consensos, armonizar intereses, alinear prioridades o definir responsabilidades, no puede hacerse por fuera de la estructura de una red de relaciones técnico-estratégicas.

A través de esta red, salen propuestas de trabajo, consensos técnicos y estratégicos para la resolución de los problemas prioritarios. Este nutrirse de los países, lleva al nivel regional de la OPS a definir también estrategias y resoluciones regionales, que sirven como una especie de genéricos para los países, y que luego serán adecuados por ellos a su realidad. Por eso, la red de relaciones a nivel de la gerencia de WDC, sin dudas incorpora, a otro nivel, un nivel de discusión más estratégica y política, que muchas veces los países no asumen plenamente. Por eso, la función regional y su red es fundamental en ese intercambio países-sub.-región-región, ya que incorpora componentes que no aparecen en detalle a nivel de los países.

El asesor de la OPS/OMS frente a la diversidad de instituciones trabajando en las áreas técnicas de la gerencia y conociendo que cada una de ellas tiene diferentes antecedentes, estructura, objetivos, prioridades, conocimiento, experiencia, cuerpo técnico y formas de trabajo, debe establecer una relación uniforme y sin desencuentros entre la autoridad sanitaria nacional y las instituciones que conforman la red, por lo tanto, es prioritario el papel catalizador, mediador y promotor de consensos para alcanzar objetivos comunes aunque cada institución trabaje bajo sus propias reglas y procedimientos institucionales.

El trabajo en la red y con las instituciones de la red de relaciones que hace la gerencia, debe ser registrado y mantenido a través de un seguimiento continuo, por medio del cual debe incorporarse el nombre de la red relacionado con el área técnica, y el grado de vínculo con ellas.

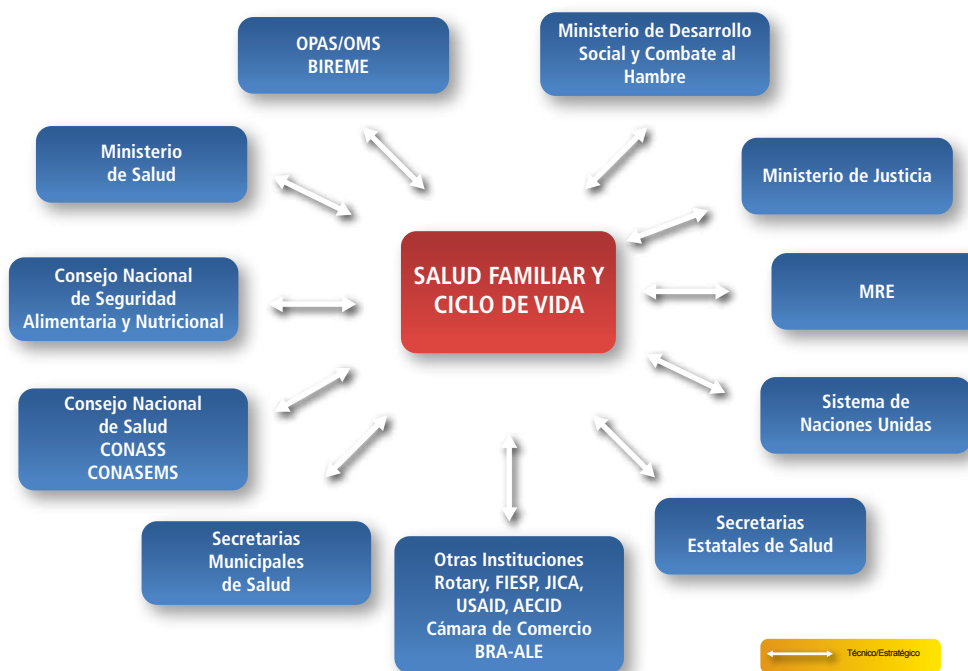
Por lo tanto el seguimiento de cada uno de los actores que hacen parte de la red es de fundamental importancia. Ellos influyen en la cooperación, no como entes aislados, sino en el marco de una cooperación que facilite el intercambio entre ellas y nuestros espacios de país, región y mundo.

A nivel regional, también los consultores deben tener esa capacidad de vincularse de manera armoniosa con los países, nutriéndose de ellos y llevando cosas nuevas, facilitando el intercambio entre ellos, moviéndose desde lo técnico-estratégico de los países, hacia las políticas, planes y estrategias regionales. Esa habilidad se genera desde el conocimiento de lo que es la cooperación técnica, en lo conceptual y lo práctico, donde la OPS intercambia, genera y difunde conocimiento en áreas técnicas, con respeto hacia lo intercultural, lo étnico y lo genérico.

## “La Red de Relacionamento: el caso de Brasil”

La Gerencia tiene vínculos con diversos actores, siendo los más fuertes, sin dudas el nivel federal del MS y los Estados y Municipios que conforman el trípode del Sistema Único de Salud de Brasil.

**Figura 2:** Red de Relacionamento Estratégico Político de la Gerencia de Salud Familiar y Ciclo de Vida.



Participamos con el nivel central en la identificación de problemas, prioridades nacionales y definición de las estrategias de cooperación con el país, utilizando documentos del Plan de Trabajo de la OMS, de la OPS, de la Agenda de Salud de las Américas, las políticas de salud del Gobierno, el *MAIS SAUDE*, los programas y proyectos financiados o asistidos por otros organismos nacionales e internacionales en los temas relacionados con salud del ciclo de vida, donde se encuentran la salud del niño, de la mujer, del adolescente, del adulto mayor, del hombre y procesos transversales tales como la salud mental, el género y la raza.

En el Ministerio de salud tenemos a su vez, una serie de contrapartes que son también organismos autónomos del MS, tales como ANVISA, FIOCRUZ, FUNASA, y con los cuales tenemos Acuerdos de Cooperación que incluyen acciones técnicas a nivel nacional.

Otros actores como las Universidades, las agencias de cooperación hermanas, las sociedades científicas, las ONGs, Grupos filantrópicos hacen parte de nuestro cotidiano en nuestro trabajo y en nuestra planificación bianual. Además, Brasil posee un número muy grande de centros colaboradores de OMS, lo cual enriquece el trabajo técnico en el país.

A continuación, presentamos un ejemplo de red de relacionamiento que puede ilustrar nuestro trabajo en Brasil y en la región.

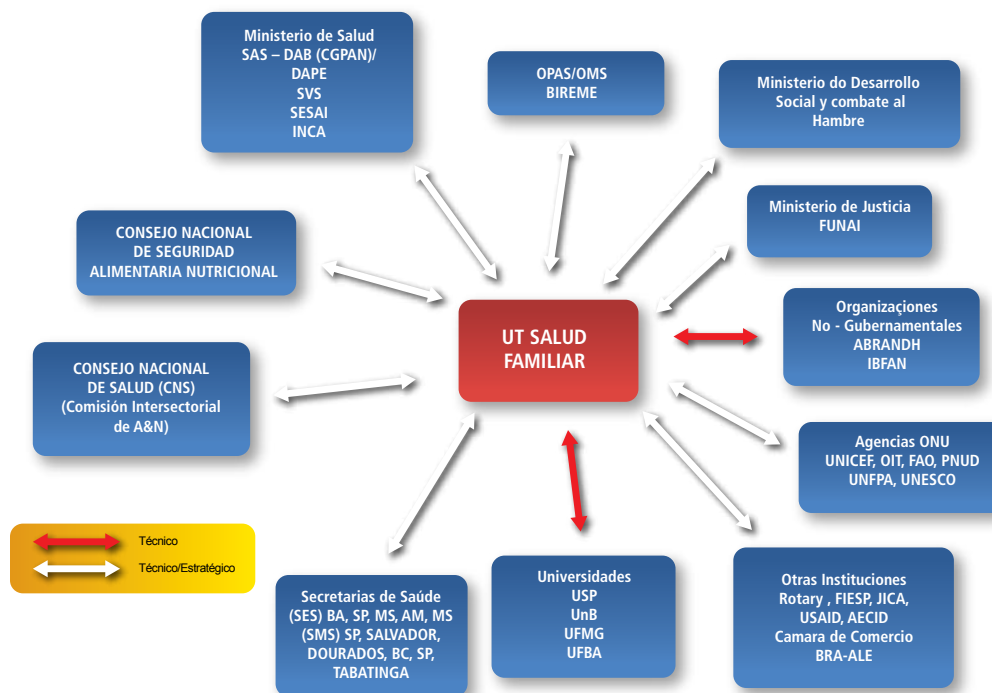
## PRESENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES

### (1) Acuerdo de Cooperación 49 “Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y de la Alimentación y la Nutrición”:

Las acciones de cooperación técnica de nutrición están dirigidas a apoyar la aplicación y fortalecimiento de acciones de Alimentación y Nutrición en el Sistema Único de Salud.

Para responder a esta misión se hace necesario el establecimiento del contacto constante con una serie de socios institucionales estratégicos que integran la Red de Relación de la Unidad Técnica.

**Figura 3:** Red de Relacionamiento Técnico Estratégico de la Unidad Técnica de Salud Familiar



En lo que respecta al apoyo a las acciones de Alimentación y Nutrición en el SUS el principal interlocutor es la Coordinación General de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud de Brasil. Esta coordinación está asignada al Departamento de Atención Primaria y tiene como misión aplicar acciones de acuerdo con las directrices de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) con el objetivo de garantizar condiciones de salud adecuada a la población brasileña.

Desde 2008, el Ministerio de Salud a través del Departamento de Atención Primaria, tiene una cooperación técnica con la Oficina de Representación de la OPS/OMS de Brasil con el fin de fortalecer las acciones de alimentación y nutrición en el Sistema Único de Salud. Las actividades de cooperación técnica discutidas y pactadas entre las partes tienen el propósito de perfeccionar e integrar las acciones de alimentación y nutrición a las acciones de diagnóstico, promoción, prevención y asistencia a la salud en las redes de salud con el fortalecimiento de las esferas del SUS. Desde 2008, las estrategias y las acciones planeadas en el objetivo de una matriz lógica se definen a cada año y son revisadas a cada mes con la Coordinación General de Alimentación y Nutrición. Esta coordinación es la principal referencia para las acciones de cooperación en el marco de la cooperación técnica, no obstante la Red de Relación Estratégica no se restringe a ella, sino también integra una serie de instituciones, las cuales apoyan y aplican las acciones previstas en los Planos de Trabajo Anual y Semestral que son rutinariamente pactados con el Ministerio de Salud.

El trabajo con la red de relaciones ha resultado crucial para la movilización de recursos humanos y financieros, el establecimiento y la ejecución de los compromisos políticos y técnicos, la ejecución de las actividades de promoción, capacitación, comunicación, sensibilización y movilización de los interlocutores sociales.

La Red de Relacionamento Estratégico permite también la potencialización de acciones interdisciplinarias e interprogramáticas. En el caso de la nutrición, se destacan acciones y propuestas ideadas tanto en el marco del Acuerdo de Cooperación 49 como en otros Acuerdos de Cooperación.

- 1) Propuesta de ejecución de un nuevo Término de Ajuste en el marco del Acuerdo de cooperación en Salud de la Familia, Alimentación y Nutrición con el Programa Nacional de Alimentación Escolar para el desarrollo de acciones de promoción de la alimentación saludable en el ambiente escolar;
- 2) Creación de un Grupo Técnico de Nutrición en RIPSAs;
- 3) Acciones de Alimentación y Nutrición en el Acuerdo de Cooperación con el INCA;
- 4) Acciones de Alimentación y Nutrición en el 2º. Término de Ajuste con la Secretaría de Salud de Bahia. Destaque para el apoyo de la elaboración de la Política en Alimentación y Nutrición del Estado de Bahia;

La participación de la OPS/OMS tiene un valor importante en esta red de relacionamiento por el apoyo técnico, político y estratégico, además de promover la interlocución con la OMS.

### **La red de nutrición en el Sistema Único de Salud (SUS) como una buena práctica de trabajo en red**

REDENUTRI, es una red social con la misión de constituir un espacio de problematización, formulación e intercambio de experiencias relacionadas con la aplicación de las directrices de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). En la literatura, hay diversas formas de conceptualización de redes. Origen de los estudios de las redes sociales es apuntado de manera diferente por los autores. Tichy, Tuschman y Fombrum (1979) consideran que los orígenes conceptuales del enfoque de redes están enganchados a tres escuelas de pensamiento. En la sociología, Park, Cooley y Simmel enfatizaron los patrones de interacción y comunicación como aspectos clave para comprender la vida social. En la antropología, Lévi Strauss, Malinowisk y Fraser destacaron el papel de los contenidos de las interacciones, de las condiciones bajo las cuales ellas ocurren y la evolución de esas relaciones a lo largo del tiempo. Y, por fin, tiene su origen enganchado a la teoría de los papeles, de Katz y Kahn (LOPES & BALDI, 2009). Más recientemente, MARTELETO (2001) describe las redes sociales como la representación de un conjunto de integrantes, sujetos unidos en torno a intereses comunes. ALBORNOZ & ALFARAZ (2006) las conceptúan como mecanismos estratégicos para promover intercambios de información, conocimiento y experiencias. Hay consenso entre autores que las redes sociales son organizadas por una estructura no lineal, descentralizada, flexible y dinámica. Estas son establecidas por relaciones horizontales de cooperación. Costa et al (2003) consideran que red es una forma de organización caracterizada por el modo de relación de los elementos sin jerarquía. Y, es justamente esta estructura horizontal, que facilita el intercambio de información y del conocimiento. REDENUTRI se ideó, en 2009, con estas características considerando la necesidad de propiciar el intercambio ágil y oportuno de información, conocimientos y prácticas entre los diversos sujetos responsables de la aplicación de acciones de nutrición en SUS. El objetivo mayor de esta red es favorecer la implantación y calificación de las acciones de nutrición en el sector sanitario a través del intercambio de experiencias entre los diversos sujetos. El Ministerio de Salud, por medio de la Coordinación General de Alimentación y Nutrición (CGPAN), la Universidad de Brasilia, a través del Observatorio de Políticas de Seguridad Alimentario y Nutrición (OPSAN) y OPS/OMS Brasil elaboraron la propuesta de la REDENUTRI. Esta tríada, organizada en un comité gestor, ideó la misión y los objetivos de esta red. Tratan desde la creación de un espacio permanente de debate sobre alimentación y nutrición como determinante social de la salud y del componente del desarrollo de políticas públicas intersectoriales, pasando por la promoción y por la valorización de la acción del control social y aplicación de las acciones de alimentación

y nutrición, además de contribuir a la educación continua de profesionales envueltos en la realización de acciones de alimentación y nutrición. y el estímulo a la planificación y la acción en alimentación y nutrición basada en evidencias (REDENUTRI, 2009a). Con misión y objetivos tan ambiciosos se hace necesario converger las acciones de los sujetos que desde hace tiempo vienen desarrollando su papel.

La Política, publicada en 1999, tiene como propósito la garantía de la calidad de los alimentos colocados para el consumo en el País, la promoción de prácticas alimentarias saludables y la prevención y el control de los trastornos nutricionales, así como el estímulo a las acciones intersectoriales que propicien el acceso universal a los alimentos. PNAN integra la Política Nacional de Salud, insertándose en el contexto de la Seguridad Alimentaria Nutricional. Aún, compone un conjunto de políticas de gobierno centradas en la concretización del derecho humano a la alimentación adecuada (BRASIL, 1999). Al completar diez años de su publicación, la Política presenta avances y tiene aún importantes desafíos. Con objeto de evaluar la implementación de esta Política con miras al avance y consolidación de la Seguridad Alimentaria Nutricional, por medio de la “articulación” entre SUS y el Sistema de Seguridad Alimentaria Nutricional, el Consejo Nacional de Salud (CNS) a través de la Comisión Intersectorial de Alimentación y Nutrición (CIAN) organizó un proceso sistemático de la evaluación de estos avances y desafíos. Los avances están relacionados con el fortalecimiento de los estados y municipios en función del financiamiento de acciones, la aplicación de la Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) en todo el territorio nacional, la publicación de directrices autorizadas para la promoción de la alimentación saludable, aplicación de los programas de suplementación de micronutrientes entre otros (BRASIL, 2010). En el conjunto de los desafíos se destacan la calificación de la gestión de las acciones de nutrición con el fortalecimiento en la atención primaria de salud, el reconocimiento y la valorización de la cultura alimentaria, fortalecimiento de las instancias de control social, Además de la divulgación de información en alimentación saludable y formación profesional y educación continua (BRASIL, 2010).

En este contexto, se entiende que REDENUTRI puede ser uno de los instrumentos para favorecer y promover la concretización de desafíos como la calificación de la gestión de las acciones de nutrición en el servicio y la gestión del conocimiento en alimentación y nutrición. Esto tiene el potencial de fomentar la discusión entre los diversos sujetos que practican las acciones de nutrición al nivel local, además de presentar las experiencias exitosas. Actualmente están catastrados en REDENUTRI más de tres mil participantes. Son profesionales que responden por la aplicación de las acciones de nutrición previstas en el PNAN en las tres esferas de gobierno en SUS. Hay también la participación de profesores e investigadores de universidades y profesionales que trabajan con alimentación escolar en los estados y municipios brasileños. Actualmente, las discusiones en la Red se organizan en temas y son conducidas por moderadores. Esta función es ejercida por la OPS/OMS Brasil y por el OPSAN/UnB. Hay preocu-

pación con el registro de lo que se discute en el ámbito de la Red. Así, a cada ciclo de debate se sistematizan la información y los conocimientos en documentos, cuyos contenidos se comparten a los integrantes, además de quedar disponibles en el portal de REDENUTRI, que está, al momento, hospedado en el sitio del Ministerio de Salud. El escenario actual de la nutrición en el SUS implica en la búsqueda de medios de desarrollar y aplicar políticas que reflejen el aumento del número de actores políticos relevantes, complejas formas de conocimiento y los complejos patrones de interacción. Esto, de forma tal que prácticas de gobernanza deben converger para un modelo de red (Oliveira, 2009). Las redes se vienen empleando tanto en una perspectiva analítica cuanto prescriptiva de como dinamizar organizaciones públicas y privadas. De una forma general se desconoce la especificidad de redes como perspectiva de análisis y como estructura de gobernanza (LOPES & BALDI, 2009).

El trabajo en red necesariamente presupone la gestión del conocimiento. NONAKA y TAKEUCHI (1997) definen Gestión del Conocimiento como “la capacidad que una institución tiene que crear conocimiento, diseminarlo e incorporarlo a otros procesos”. BARBOSA et al (2009) conceptúa como un conjunto de procesos que las organizaciones, de diferentes naturalezas buscan, organizan, proporcionan, comparten y usan la información y conocimiento. Con frecuencia, esos procesos son facilitados por el uso de la tecnología. El conocimiento puede definirse como una capacidad para la acción.

Algunos autores defienden que para entender la Gestión del Conocimiento es necesario que en primer lugar se discutan las diferencias entre información y conocimiento. La información se vuelve conocimiento cuando insertada en un contexto, cuando el sujeto consigue conectarla a información evaluándola y entendiendo su significado. Información funciona como cambio con el mundo exterior, lo que le confiere su carácter social. A partir del momento que se asimila la información, interiorizada, procesada, contextualizada por un sujeto, ella es la base para integración del sujeto al mundo, propiciando ajustes continuos entre el mundo interior y el exterior (TÁLAMO, 2004). Las diversas definiciones de conocimiento convergen para la idea que el conocimiento se forma por información, que puede ser expresa, verbalizada, y que abarca experiencia, contexto y reflexión (NONAKA & TAKEUCHI, 1997). El proceso de conocimiento se consolida a partir de información con valor agregado. Esto es, información asimilada y contextualizada por los sujetos incorporados a las experiencias y al saber anterior, conduciendo a la reflexión y acción. En el caso de REDENUTRI se puede inferir que esta red social propicia instrumentos para la realización de la Gestión del Conocimiento en alimentación y nutrición en el SUS, una vez que los sujetos que la integran tienen la capacidad de a partir de información generar conocimiento y diseminarlo. La evolución de la gestión del conocimiento puede describirse bajo diversas perspectivas. Y, la última de ellas, es la fase en que vivimos que surgió en el fin de los años 90, privilegia el uso de recursos para la interacción entre personas por medio de páginas *web* interactivas. La llamada *web* 2.0 es un símbolo de esta fase (BARBOSA et al, 2009).

## (2) Programa Conjunto de Seguridad Alimentaria y Nutrición para niños y mujeres indígenas en las Regiones de Dourados (MS) y Tabatinga, Benjamim Constant y São Paulo de Olivença (AM)

Otra buena práctica realizada en el marco de la Gerencia de Salud Familiar y del Ciclo de Vida es el Programa Conjunto de Seguridad Alimentaria y Nutrición (PC SAN) para niños y mujeres indígenas.

El gran objetivo del *PC SAN* es apoyar políticas nacionales y acciones locales para la mejora de la seguridad alimentaria nutricional de niños y mujeres indígenas en las dos regiones teniendo como objetivo final: (1) promover el acceso a programas y servicios públicos con el objetivo de reducir la desnutrición y la tasa de mortalidad infantil y (2) promover la sostenibilidad en la producción y acceso al alimento con el fortalecimiento de sistemas productivos locales con el respeto a la cultura de los pueblos indígenas. Los objetivos y los resultados esperados del Programa están alineados al cumplimiento de las metas 1 y 4 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Este es un Programa Conjunto, financiado por el gobierno español (MDG FUND). Se aplica de forma conjunta con cinco agencias de la ONU (OPS/OMS, UNICEF, OIT, FAO y el PNUD), con diferentes instituciones del gobierno brasileño, en diferentes esferas de gestión, además de universidades, organizaciones no gubernamentales, consejos entre otros. OPS/OMS y UNICEF lideran la realización de las actividades.

RED DE RELACIONAMIENTO: Programa Conjunto Seguridad Alimentaria y Nutrición para niños y mujeres indígenas en las Regiones de Dourados (MS) y Tabatinga, Benjamim Constant y São Paulo de Olivença (AM)

**Figura 4:** Red de Relacionamento Estratégico del Programa Conjunto.







**Indígena de la región amazónica de Brasil. Foto: Edmar Chapman/FUNASA**

Para el efectivo cumplimiento de las actividades y alcance de los resultados esperados, de forma integrada y coordinada, el PC SAN se administra por 3 Comités que integran La Red de Relación Estratégica.

#### **1) Comité Gestor:**

- Puntos focales de las instituciones de las agencias da ONU integrantes (OPS/OMS, UNICEF, ILO, FAO, UNDP);
- Puntos focales de las instituciones signatarias en el nivel federal (Ministerio de Salud, Fundación Nacional Del Indio, Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra Hambre y Agencia Brasileña de Cooperación)

#### **2) Comité Directivo Nacional:**

Es el nivel superior en Brasil. El comité es coordinado por La Agencia Brasileña de Cooperación. Integran también el comité la coordinación residente ONU, AECID.

**3) Comité de Gobernanza local:** integrado por La comunidad, líderes indígenas, gobierno local.

#### **(3) Acuerdo de Cooperación 53: “Proyecto de Cooperación Técnica – Secretaría de Salud del Estado de “Bahia”:**

El 53º Acuerdo de Cooperación, firmado entre la Unión Federal, a través del Ministerio de Salud, el estado de Bahia (Secretaría de Salud) y la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, tiene como objetivo el desarrollo de actividades conjuntas para que combinen la movilización de conocimientos y recursos para la ejecución del “Proyecto de Cooperación Técnica de Salud del Estado” de “Bahia” y por objeto específico, la planificación del SUS en el Estado de Bahia, perfeccionando, articulando para fortalecer y consolidar los objetivos y las directrices del mismo. La cooperación abarca diversos campos, como por ejemplo la Gestión Estratégica, Participativa y Efectiva en Salud; Asistencia Farmacéutica; SUS es una escuela: Política Estatal de Educación Permanente en Salud; Atención integral a la salud de Poblaciones Estratégicas y en Situaciones Especiales entre otros. Este estudio de caso presenta la experiencia del proyecto

“Desarrollo de Servicios de Atención Integral para adolescentes embarazadas y madres adolescentes” en la perspectiva de las Redes de Relación Estratégica de la Gerencia de Salud Familiar y Ciclo de Vida.

Este proyecto fue una iniciativa de cooperación técnica desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/BRA) y la Secretaría de Salud del Estado de Bahía (SESAB), a través de tres mecanismos simultáneos:

- Un Acuerdo de Cooperación Técnica (nº53);
- Un Proyecto Especial de Salud de los Adolescentes financiado por la OPS/OMS-BRA;
- Un Término de Cooperación entre Países (TCC), entre la Provincia de Tucumán y el Estado de Bahía, donde uno de los componentes fue el trabajo conjunto en salud neonatal.

La Gerencia de Salud Familiar y Ciclo de vida esclareció los propósitos y el enfoque del proyecto y en alianza efectiva con su Red de Relación Estratégica facilitó la ejecución del presente proyecto.

Las aproximaciones institucionales se iniciaron en abril/2009, la fase de capacitación profesional y reformas de estructura física se ejecutó entre julio y noviembre/2009. En diciembre/2009 se inauguraron las instalaciones en dos de las tres Maternidades y se dio inicio formal a las actividades de aplicación de los flujos de atención diferenciados para adolescentes en los tres servicios. La visita en campo para este informe se realizó en marzo/2010, después de cuatro meses de aplicación de la propuesta; fue recibida información adicional hasta mayo/2010.

El informe del Documento de Buenas Prácticas de la cooperación técnica (OPS/OMS, 2010) esboza las relaciones de la temática específica de esta intervención (amigabilidad y confidencialidad de servicios de salud para adolescentes embarazadas en Salvador/BA) con tres temáticas de importancia en la aplicación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil:

- La preocupación con los procesos de “cambio de modelos asistenciales” y “modelos de atención”;
- A partir del anterior, relacionar este proyecto con la discusión sobre “integralidad en salud”.
- La búsqueda por “buenas prácticas en cooperación internacional” de la Organización Panamericana de la Salud en Brasil, mentora principal del inicio del proyecto. Se muestra que existen fuertes evidencias de un exitoso inicio de aplicación del proyecto con modificaciones notorias en los procesos de trabajo que incidieron en la amigabilidad y en la confiabilidad de la atención a la población del proyecto.

El principal mérito de esta fase inicial del proyecto es demostrar que un cambio del modelo asistencial centrado principalmente en la mejora de la amigabilidad, confiabilidad de los servicios hospitalarios tiene efectos positivos inmediatos. La intervención es considerada por sus actores como una solución pragmática y efectiva para la atención del embarazo en la adolescente en la situación real de la red de servicios en Salvador.

## Bibliografía

1. Barbosa RR, Sepúlveda MI, Costa MU. Gestão da Informação e do Conhecimento na era do compartilhamento e da colaboração. *Inf.&Soc.* 2009; 19(2): 13-24.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Documento Base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS. Acceso en 18 mar. 2010. Disponible en: [www.saude.gov.br/alimentacao](http://www.saude.gov.br/alimentacao).
4. Costa L, Junqueira V, organizadores. Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. Brasília: WWF, 2003.
5. Forrest B. Controversy about our Web service Mark. O'Reilly Radar; 2006. [homepage en internet] Disponible en: <http://radar.oreilly.com/2006/05/controversy-about-our-web-20-s.html>.
6. Marteleto RM. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da informação*, 2001;30(1):71-81.
7. Nonaka I, Takeuchi H. Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. 9 ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
8. Oliveira KS. Documento técnico com proposta de gestão da rede de nutrição para o aprimoramento dos processos de planejamento. [Documento inédito]; 2009.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão em Redes na OPAS/OMS no Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas. Brasília: OPAS; 2008.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS; 2009.
11. Raman M. Wiki technology as a free collaborative tool within an organizational setting. *Information Systems Managements*, 2006; 23(4): 59-66.
12. Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde. Documento de criação da Rede de Nutrição no SUS (REDENUTRI). Disponible en: <http://nutricao.saude.gov.br/redenutri/>.
13. Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde. Texto de sistematização 01: Qualidades e limitações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponible en: [ecostenutri.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=13](http://ecostenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=13)

14. Tálamo MF. A pesquisa: recepção da informação e produção do conhecimento. DataGramaZero: revista de ciência da informação [revistas en Internet]. 2004; 5(2). Disponible en: [http://www.dgz.org.br/abr04/F\\_I\\_art.htm](http://www.dgz.org.br/abr04/F_I_art.htm).
15. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Informação e Informática do SUS: proposta versão 2.0: inclui deliberações da 12. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.4-8.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Política Editorial do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponible en: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/portaria1958.htm>
17. ROLLEMBERG MH, SANTOS EP. Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde: contribuições da área de documentação e informação com foco na participação e no controle social. Brasília. Monografia. [Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica da Saúde] Unicamp; 2005

# Los asesores de gestión de información, conocimiento y comunicación: una red estratégica y técnica

*José Moya, Myrna Marti, Paulo Lyra, Lorely Ambriz*

## Introducción

### Sobre gestión de información y del conocimiento

Gestión del conocimiento surge en el mundo de las empresas privadas, -luego del ciclo de *Calidad Total*- con el objetivo de hacerlas más competentes, eficientes, donde el colectivo de trabajadores comparten capacidades, buscando que las empresas sean generadoras de lucro, ante un mercado global cada vez más exigente. Este concepto y práctica sobre gestión del conocimiento es contrario a lo que se pretende en el campo de la salud pública, cuyo fin es de obtener mejores condiciones de vida y de salud. Así, gestión de información y del conocimiento busca en las instituciones de salud, generar cambios conductuales para intercambiar, compartir información en espacios presenciales o virtuales, con los cuales el capital intelectual individual como colectivo, mejore capacidades de trabajo en red, que nos permita alcanzar una mejor salud para las poblaciones.

La gestión de la información y del conocimiento son dos términos que se usan “cotidianamente” para referirse al mismo proceso, aunque ambas tengan diferencias conceptuales y teóricas. El entendimiento usual para ambas frases es el de difundir, compartir información, que genere nuevos conocimientos, aunque algunos autores opinen que no es correcto hablar de *gestión del conocimiento*, (GC) pues se trata del “*acto individual de pensar*”, de incorporar información, que en función a su historia académica, laboral y demás situaciones y experiencias a lo largo de la vida, generan conocimiento y opinión. La polémica surge en la premisa que para que el conocimiento se comparta, debe salir de la mente del individuo y registrarse como información, situación en la que es correcto hablar de gestión de la información. Sin embargo en ocasiones el conocimiento no es físicamente registrado como información, pero si aprendido por otro, a través de la observación, es decir transferencia de conocimiento tácito para tácito, situación en la que es correcto hablar de gestión del conocimiento.<sup>4</sup>

---

4 Costa SM. Fundamentação teórica sobre Gestão do Conhecimento e Ciência da Informação. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS; 2009. p. 25-32.

Entendemos que la información es un conjunto de datos procesados y que el dato es de naturaleza más compleja, mientras que en la producción de conocimiento existe una comprensión del fenómeno y de apropiación por parte del sujeto. La misma información puede generar conocimientos diversos por su carácter interpretativo en función del referencial teórico o ideológico del sujeto receptor.<sup>5</sup> Así, el dato se relaciona con la “descripción” y que puede ser de naturaleza cualitativa o cuantitativa, que puede aun detallarse según la variable, el valor de la variable ó la unidad de análisis. La información ordena los datos, los analiza (análisis de situación de salud) y los transmite a manera de noticias, testimonio, documentos, artículos, etc. Por conocimiento, en cambio, se relacionan los conceptos de “entendimiento, comprensión y apropiación”. El acto del conocimiento es individual y esta ligado al pensamiento. Así, gestión del conocimiento implica una lógica de procesos, que se inicia con el dato, luego la información, conocimiento, comunicación y acción (Alazraqui y col 2006). Por acción comprendemos la aplicación del conocimiento, momento central que nos permita cambios y transformaciones positivas en las condiciones de vida y de salud.

La comunicación es el eje articulador de los conceptos anteriores con la práctica. Solo es posible hacer gestión del conocimiento cuando existe una estructura comunicable, como por ejemplo: la voz, una imagen, un texto, un mapa, una partitura, esculturas, gráficos o tablas, -entre otros- que son capaces de modificar la estructura cognitiva del sujeto receptor. (Sely De Souza, 2009) Desde la perspectiva de comunicación para el desarrollo o comunicación para la salud, esta estructura comunicable, se difunde con herramientas propias de la comunicación que pueden incluso transmitir emociones, según subjetividades del sujeto emisor.

Una forma de aplicar las propuestas de gestión de información, es compartiendo lo que podemos denominar como “*evento de información*”, que significa una actividad desarrollada de manera presencial o virtual, sincrónica o asincrónica, donde se comparta una conferencia, un seminario, diversos talleres, cursos, capacitaciones, reuniones de trabajo, visitas técnicas, incluso un lanzamiento, una celebración o conmemoración, que haya sido organizada en el marco de los objetivos institucionales.<sup>6</sup> De ese modo los eventos –y los materiales que se presenten- son oportunidades para compartir con un público mayor y donde las tecnologías de información y comunicación (TICs), ofrecen ventajas para su difusión, almacenamiento y recuperación, que nos conduce a preservar la memoria histórica de la cooperación técnica institucional.

---

5 Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Saúde Pública, 2006; 22(12):2693-2702. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/17.pdf>

6 Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Funcionalidades e elementos de comunicação e interação social no contexto dos Ambientes Aprendizes e Informados na Biblioteca Virtual em Saúde. São Paulo: BIREME; 2009.

Aunque la Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja con estos principios desde su creación, las nuevas TICs, han producido cambios importantes en los últimos 20 años, desde la aparición de Internet y el correo electrónico, por ejemplo. Nuevas TICs aparecidas en los últimos cinco años y agrupadas bajo el nuevo paradigma de la Web 2.0,<sup>7</sup> hacen necesarios nuevas formas articuladas de trabajo, en redes estratégicas de relacionamiento técnico, de construcción colectiva de información, de nuevas competencias y cambios institucionales para su implementación.

La importancia del trabajo en redes esta ampliamente presentado en el libro: *Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas*, lanzado el 2008 en Brasilia, donde se destacan las definiciones sobre redes: como mecanismos estratégicos para promover el intercambio de informaciones, experiencias y conocimiento, (Albornoz-2006). Como una estructura social en un sistema abierto altamente dinámico susceptible de innovaciones sin amenazas para su equilibrio. (Castells-2000). Así, las redes las clasifican en redes sociales o informales, las comunidades de prácticas y las redes formales. Las redes sociales también las clasifican en primarias o secundarias, siendo las primarias las que establece el individuo a lo largo de su vida y que representan procesos de socialización. Las redes secundarias son las que se forman en actuación colectiva, de grupos e instituciones o movimientos que defienden intereses comunes. Así, las redes sociales tienen un concepto de unión entre información y acción (salud), que por procesos participativos, democráticos y solidarios buscan el cambio social, cambios en las condiciones de vida y de salud<sup>8</sup>, de manera especial para aquellas poblaciones excluidas y vulnerables, donde los determinantes sociales, económicos y culturales, condicionan carga de enfermedad y muerte prevenibles.

Desde el año 2004, la OPS ha fomentado espacios de discusión para generar propuestas de trabajo con la perspectiva de gestión del conocimiento. Lo ha hecho también la OMS en el año 2006, concluyendo en la re-definición de las bibliotecas para la creación de unidades o centros de gestión del conocimiento, que bajo una mirada interdisciplinar, construyen nuevas formas de cooperación técnica en salud pública. Para buscar estos objetivos la OPS busca el trabajo colaborativo y en redes internas, que a su vez requiere de espacios de capacitación permanente, con los cuales continúe a difundir buenas experiencias y prácticas en salud pública, así como difundir información científica y técnica de calidad, es decir que se fortalezca el reconocimiento histórico que tiene la OPS en las Américas, como una fuente autorizada de difusión de información sanitaria. El desafío esta en construir redes, comunidades de práctica, es decir asociaciones estratégicas con

---

7 O'Reilly T. What is Web 2.0: design patterns and business models for the next generation of software's. Sep 2005. *Communications & Strategies*, 2007;(65): 17-37.

8 Marteleto R (Org). *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimento nas comunidades da Maré*. São Paulo: Hucitec; 2009.

las instituciones de salud, centros académicos, centros de investigación, organizaciones de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales, entre otras.<sup>9</sup>

De este modo, los centros de gestión del conocimiento de la OPS son promotores de una nueva forma de trabajo en la organización que busca que cada funcionario, en cada unidad técnica y en cada representación; incorpore los conceptos y prácticas de gestión de la información y del conocimiento, para hacerlas transversales a todas las actividades de cooperación técnica en salud.

Una propuesta concreta para hacer efectiva estos principios es el de trabajar en redes. Una primera red nuclear es la que forman los responsables de los centros o unidades de Gestión de Información, Conocimiento y Comunicación de la OPS, que en forma coordinada con la oficina central, llevan a la práctica las propuestas y objetivos, para que nuestra organización trabaje bajo esta perspectiva.

### **Una red orientada a un proyecto**

En Abril de 2008, la Gestión Ejecutiva de la Organización Panamericana de la Salud aprueba la implementación de una nueva estrategia Web para la OPS que soporte con calidad y eficiencia su estrategia de disseminación de información y que sea consistente con los mandatos de equidad en el acceso a información técnico-científica de Salud Pública.

La estrategia Web 2.0 de la Organización Panamericana de la Salud le plantea el desafío a la gerencia de Gestión del Conocimiento y Comunicación (KMC por sus siglas en inglés), de ser implementada -de una manera estandarizada- en todas las Oficinas de País y los Centros. Asimismo establece la creación de un “equipo Web multidisciplinario” por cada sitio que se desarrolle, diferente a mantener un “punto focal” como único responsable de los contenidos, el desarrollo y el mantenimiento de una página Web, además de la incorporación del trabajo descentralizado, considerando la riqueza y diversidad de las Américas. Así, la “Estrategia Web 2.0 de la OPS”, generó la formación de esta red, que la hace crecer en número de miembros y en la incorporación de nuevos sitios y equipos. Se puede clasificar la Red Web 2.0 de OPS, como una red social formal, ya que el tipo de relacionamiento que predomina es el personal, pero dentro de los compromisos técnicos y lineamientos administrativos de la Organización.

Para la creación de la Red de Equipos Web de la OPS, la oficina central a través de KMC, utilizó dos recursos ya existentes: la Red de Centros de Conocimientos (antes bibliotecas)

---

<sup>9</sup> Marteleto R (Org). Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimento nas comunidades da Maré. São Paulo: Hucitec; 2009.



y la Red de Administradores de Sistemas, donde se incluía al responsable de la página Web Institucional (Webmaster). Esta fue la puerta de entrada a cada Representación, Centro y Entidad de la OPS, quienes se encargaron de transmitir dentro de cada oficina la estrategia WEB, los planes de trabajo y las necesidades para su implementación. De esta forma se conformó una red entre las oficinas de país, y KMC; conformando un equipo de trabajo de carácter multidisciplinario, pues lo conformaban miembros del equipo técnico, administrativo, así como informáticos, comunicadores, salubristas y bibliotecólogos.

Los avances logrados con la red de Equipos Web 2.0 de la OPS han superado las expectativas iniciales de su creación y de la misma estrategia, permitiendo: conocer las capacidades técnicas en desarrollo de sitios Web en toda la Región; ampliando el equipo Web de KMC, integrándolos y apoyando a los países al desarrollo de la plataforma electrónica; reutilizando desarrollos propios de cada entidad como modelo para responder a necesidades concretas de información. La red cuenta actualmente con más de 300 miembros en toda la OPS y se mantiene activa y en crecimiento a pesar de los cambios y adaptaciones que ocurrieron.

### **La comunicación como elemento central de la nueva Web 2.0**

Para el desarrollo de la estrategia fueron utilizados espacios de comunicación asincrónica, destacando: *la Intranet Web 2.0* que fue la primera herramienta desarrollada para acompañar el proceso de implementación, para compartir y disponer la información sobre la estrategia a todo el personal de la OPS y principalmente a los equipos Web. El espacio en SharePoint mantiene actualizada la información sobre Equipos Web; boletines semanales; reuniones virtuales; biblioteca; material de capacitación y anuncios.

*El boletín semanal* tuvo como principal objetivo el de compartir información con todo el personal de la OPS. Se edita este boletín sobre temas técnicos, informe de actividades realizadas, novedades sobre herramientas de soporte, entrevista a colegas, etc. Este valioso recurso ha aportado un resultado inesperado pero altamente positivo que fue la demanda espontánea de los equipos Web de cada país, para sumarse a la nueva propuesta, que a su vez enriqueció el debate y generó nuevas ideas.

Se desarrolló *material de capacitación propio*, como guías para que los equipos Web pudieran administrar el contenido y la plataforma. Se trabajó con *el correo electrónico*, como una herramienta de comunicación principal en la red, para realizar las invitaciones a formar parte de la estrategia, y que incluía el envío de guías y acceso a los documentos que se compartían en SharePoint.

Entre las Herramientas Sincrónicas, señalemos a las *Reuniones virtuales*, con Elluminate, que nos permitió compartir los avances con la red regional para hacer seguimiento a los compromisos. El equipo moderador se focalizó en mantener un tono distendido y ame-

no para las reuniones, haciendo énfasis en el respeto con el que fue pensada y creada la estrategia, preservando la individualidad del país y subregión, con el objetivo de formar parte de la misma imagen institucional.

Las reuniones virtuales de inicio de actividades, tuvieron siempre una misma estructura, en el orden siguiente: presentación de los moderadores; presentación de los participantes; presentación del sitio SharePoint Web 2.0; presentación del sitio Web y la estrategia; breve explicación sobre cómo agregar nuevo contenido al sitio, con énfasis en las taxonomías y en la asignación de secciones y categorías; y explicación de los pasos a seguir de acuerdo a las necesidades de cada equipo. Cada tema abordado era seguido de un espacio para preguntas y respuestas. Se organizaron reuniones de seguimiento, -las que fueran necesarias- dependiendo de las necesidades de cada equipo. Tuvinieron por objetivo resolver las dudas, y planificar el proceso de migración del contenido y lanzamiento de la nueva plataforma institucional Web 2.0.

Para revisar los avances de la estrategia, se realizaron reuniones semestrales con el asesor regional (KMC) y tuvieron como objetivo compartir los avances semestrales y conocer las expectativas de la red. Asimismo estas reuniones mantienen la red activa y refuerzan la pertenencia a una red que tiene objetivos institucionales a favor de la salud pública regional.

El gran desafío de esta red es el de incorporar otras redes de relacionamiento externas de las unidades técnicas de cada representación OPS en los países de la región, con la cual se establezca una red de redes que genera y disemina información en salud, disminuyendo la brecha del acceso a información, y por lo tanto considerando a la WEB 2.0 como fundamental para la cooperación técnica en salud.

### **Red de gestión del conocimiento y la estrategia Web 2.0 en la OPS Brasil**

En la OPS-Brasil, la propuesta de trabajar gestión de información y del conocimiento se basó en dos objetivos centrales: el primero de ellos, busca establecer espacios de intercambio de información dentro de la representación, con reuniones presenciales de discusión, entre los equipos técnicos, entre las unidades, y en plenarios generales. Incluye espacios virtuales de acceso y difusión de información por la intranet, el boletín interno, -que se extiende a varios televisores en diferentes espacios de la representación-. Se busca que cada funcionario sea usuario y gestor de la información en salud. Un segundo objetivo busca el intercambio de información con las instituciones con las cuales compartimos el trabajo cotidiano, destacando el Ministerio de Salud, FIOCRUZ, universidades, centros de investigación, en las tres esferas del SUS, con los cuales establecer espacios de trabajo colaborativo y en red, para compartir y difundir información privilegiando la nueva plataforma Web 2.0 de la OPS, el boletín externo, difusión de publicaciones por medio de alertas, usando para este finalidad nuevas tecnologías que comparten audio,

imagen, contenido, que a su vez se organiza, almacena y recupera. Ambos objetivos están ligados, se complementan y buscan llevar la cooperación técnica en salud pública a través de redes formales o comunidades de práctica. También se busca preservar la memoria de la cooperación institucional.

Con la finalidad de compartir propuestas conceptuales y operacionales sobre gestión del conocimiento en salud, la OPS Brasil organizó un seminario en febrero del 2009, con el Ministerio de Salud, Fiocruz, INCA y otras instituciones de salud, incluyendo las académicas, que permitió la elaboración y difusión de un libro que esta disponible en formato físico y virtual.<sup>10</sup> Compartimos en este evento los avances y propuestas a futuro sobre gestión del conocimiento que las instituciones de salud en Brasil realizan, que incluyen la formación a distancia, telemedicina, bibliotecas virtuales en salud, (BVS), entre otros. Un segundo seminario, realizado en junio del 2010, incluyó la participación de los puntos focales de GC de las representaciones de la OPS en las Américas, la gerencia KMC de la oficina sede, así como la red de GC de los países de lengua portuguesa, que la OMS las agrupa a través de ePORTUGUESe. Destaquemos de este segundo seminario, la importancia y rol central de GC en la salud pública global, en la cooperación internacional sur-sur, en la urgencia de fortalecer todos los medios disponibles para hacer llegar información en salud hasta los lugares más remotos del planeta, para reducir las inequidades en el acceso a la información, para democratizar y participar en las intervenciones de salud a los agentes comunales, o los consejeros municipales de salud, por ejemplo.

Destaquemos en Brasil, la difusión a través de la Web 2,0, de la Red Interagencial de Información para la Salud (RIPSA), que congrega a 30 instituciones de salud de Brasil, que bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y de la OPS, promueve el mejoramiento de los sistemas de información en salud, la elaboración y difusión de indicadores básicos de salud, así como informes técnicos, los cuales son usados para conocer la situación de salud del país y favorecer el proceso de toma de decisiones en las tres esferas de gestión del Sistema Único de Salud de Brasil. La RIPSA es un ejemplo exitoso de una red, pues en sus 14 años de creada, ha mantenido el interés de sus miembros, a través de las diferentes instancias de participación, como los comités de gestión de indicadores, los comités temáticos interdisciplinarios, el seguimiento mensual al programa operacional de trabajo, los cuales son presentados, discutidos y aprobados en la Reunión de Trabajo Interinstitucional (OTI), que se reúne dos veces al año y que constituye la máxima instancia decisoria de la red<sup>11</sup>.

---

10 Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371)

11 Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage en internet]. Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSA. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=view&id=268&Itemid=603](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=268&Itemid=603)

Otro ejemplo a destacar, es la red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Brasil, que congrega a 22 instituciones que aportan con sus capacidades y experiencia una mejor preparación de los equipos de salud para enfrentar los problemas y temas prioritarios de la salud pública, no solo para el país, sino para la región y el mundo.<sup>12</sup>

Finalmente, constituye un desafío para la representación OPS de Brasil, continuar con los avances que nos han permitido contar con una nueva plataforma Web 2.0, que participa con PANAFTOSA y BIREME en sus desarrollos y temas, que incorpora a cada funcionario como gestor y usuario de la información, y que a su vez involucra a las diferentes áreas técnicas de las instituciones que conforman su red de relacionamiento técnico. De ese modo, la Web 2.0, se convierte en espacio privilegiado para la elaboración conjunta de contenidos, para destacar y difundir información de calidad de las instituciones de salud de Brasil.

### **Una red que proporciona información y promueve el diálogo con periodistas**

Red-Salud es una red virtual de periodistas, fuentes, medios y organizaciones de la sociedad civil, comprometida en mejorar la salud de la población en América Latina. Está disponible en: <http://www.comminit.com/es/mainpage/294>.

La red fue creada en julio de 2003 por la Organización Panamericana de la Salud, la Iniciativa de Comunicación (una ONG especializada en comunicación para el desarrollo, con sede en Colombia) y la Fundación para el Nuevo Periodismo Iberoamericano (la fundación creada por el escritor y periodista Gabriel García Maques, también con sede en Colombia).

La iniciativa parte del supuesto que las estrategias tradicionales para mejorar el cubrimiento de temas de salud, como por ejemplo los talleres de capacitación, tienen poco impacto porque son asistemáticas, efímeras y verticales.

Red-Salud nació con una propuesta de romper con esos paradigmas y ofrecer una herramienta sostenible y participativa para mejorar la cobertura del noticiero de salud. El proyecto original tenía como meta reunir “virtualmente” a 100 periodistas de salud de los países de habla hispanica y portuguesa en la región, para que pudieran compartir sus experiencias en la cobertura de temas de salud, y simultáneamente recibir información idónea sobre temas sanitarios críticos en la región.

---

12 Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage en internet]. Centros Colaboradores da OMS no Brasil. Disponible en: <http://new.paho.org/bracolab/>

Desde su creación la red tuvo un crecimiento exponencial. En julio de 2010, siete años después de su lanzamiento, Red-Salud contaba con 2.967 miembros, en su mayoría periodistas profesionales, comunicadores y profesionales de salud pública, y su página recibía más de 100 mil visitas anuales.

Red-Salud tiene tres líneas estratégicas: La gestión del conocimiento; la interacción y el diálogo entre pares; y el estímulo a la calidad periodística

En esas líneas estratégicas, Red-Salud utiliza diversas herramientas, de acuerdo con una metodología que fue perfeccionada en los últimos siete años. La más importante de esas herramientas es el foro en línea conocido como “Consejo de Redacción”, que obedece a la siguiente dinámica:

- Los auspiciadores de Red-Salud seleccionan de uno a tres temas de salud para el desarrollo de “Consejos de Redacción” durante un año.
- Se producen reseñas informativas sobre el tema seleccionado. Las reseñas identifican las mejores fuentes de información, ejemplos de notas periodísticas sobre el tema, y análisis de la cobertura periodística.
- La información se aloja de manera permanente, en las secciones de información y conocimiento de la plataforma Web 2.0 de Red-Salud
- A través del boletín electrónico, Red-Salud anuncia los temas de los “Consejos de Redacción” y distribuye la información reseñada.
- Se anuncia a los miembros el despegue del “Consejo de Redacción”.
- Cada foro en línea dura alrededor de cuatro semanas y es moderado por un periodista profesional reconocido.
- El moderador se presenta de manera personalizada, comparte aspectos de su hoja de vida y habla de cómo su experiencia moldó su visión sobre periodismo y salud. En seguimiento, el moderador guía la discusión a través de preguntas previamente definidas, pero que son adaptadas a medida en que avanza el diálogo.
- Al final de cada semana el moderador hace un resumen de los comentarios.
- El moderador cierra el diálogo con una síntesis analítica de todos los comentarios.
- El debate queda disponible en la página Web para futura referencia.
  - Es importante notar que el objetivo del “Consejo de Redacción” no es compartir información técnica, sino identificar los desafíos y oportunidades que ellos encuentran para cubrir temas de salud a partir de un diálogo entre periodistas y la OPS.
  - Conjuntamente con el “Consejo de Redacción”, Red-Salud dispone de tres otras herramientas: el boletín electrónico, el concurso de mejor reportaje periodístico y la página Web.
- Un boletín mensual es enviado electrónicamente a todos los miembros, además de estar disponible en la página Web. Además de anunciar los “Consejos de Redacción” y compartir sus resultados, el boletín cubre una variedad de temas de interés de pe-

riodistas de salud, como becas y capacitaciones. Hasta julio de 2010 se produjeron y diseminaron 72 boletines.

- El concurso de mejor reportaje periodístico se hace en seguimiento a los “Consejos de Redacción”. Se convoca a periodistas vinculados a medios profesionales a escribir sobre el tema del último Consejo. Se creó una sofisticada plataforma electrónica de inscripción, juzgamiento y diseminación de los trabajos postulantes. Un jurado de profesionales independientes elige tres trabajos ganadores. Los jurados producen un acta en la que examinan las fortalezas de los trabajos ganadores. Los periodistas reciben dotación en dinero y reconocimiento (publicación en el Boletín Red-Salud y otros medios) y un diploma que se entrega en una ceremonia en la representación de la OPS en el país. Hasta el momento, Red-Salud ha recogido, juzgado y premiado trabajos periodísticos en los temas de sífilis congénita (en proceso), urbanismo y salud, trabajo sexual y salud, donación de sangre, salud y cambio climático, prueba de VIH, consumo de alcohol y tratamiento con medicamentos antirretrovirales.
- La página Web disemina todo el repositorio de Red-Salud, lo que incluye el debate, y todos los artículos sometidos al concurso, incluyendo los que no fueron premiados. Para cada tema quedan disponibles entre 20 y 50 artículos de buena calidad, que pueden servir para mejorar la calidad y pautar nuevos enfoques en los países de la región.

Las herramientas son usadas sinérgicamente pero también independientemente. Por ejemplo, no todos los “Consejos de Redacción” son seguidos por concursos y hubo concursos sin “Consejos de Redacción”.

A continuación describimos la aplicación de herramientas de Red-Salud en el “Consejo de Redacción” y concurso periodístico sobre urbanismo y salud (2010):

- Se hicieron públicas 30 reseñas relacionadas con el urbanismo y la salud (13 experiencias, 5 pensamientos estratégicos, 9 materiales, un evento, un enlace y un premio)
- Se seleccionaron 15 trabajos periodísticos de 13 periódicos en 9 países, que visibilizan iniciativas novedosas: arquitectura antisísmica, saneamiento básico, escuelas y hospitales saludables, uso de energías limpias, etc.
- Se juntaron a Red-Salud, como resultado de las diversas convocatorias 153 miembros, de las cuales 61 (40%) manifestaron ser periodistas profesionales de importantes medios de la región, como se ve en la tabla debajo. Todos ellos recibieron la información, los boletines y las convocatorias relacionadas con el urbanismo y la salud.
- Se enviaron dos boletines, que permitieron socializar las reseñas elaboradas (Boletín Red-Salud No. 72 – Municipios, ciudades y comunidades saludables” – 8 de abril de 2010 y Boletín Red-Salud No. 74 – “Urbanismo y Salud” – 3 de junio de 2010)
- Hubo 70 interacciones entre los miembros (entre preguntas del moderador y comentarios de los miembros), divididos en 20 tópicos.

- Se inscribieron en el concurso periodístico 29 trabajos de 15 países – Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, México, Perú, Uruguay y Venezuela.
- Se eligieron las tres mejores notas periodísticas, Respirar, en Bogotá, puede amenazar la vida, publicado en un periódico, Colombia, Vivir de la basura, publicado en Revista Express, Argentina, y La muerte puede viajar en un vaso de agua, publicado en Diario Panorama, Venezuela.
- El jurado hizo dos recomendaciones basadas en la experiencia, sobretodo que los medios impulsen las piezas en las cuales prima el reporterismo y la investigación periodística por encima de la mera divulgación de informaciones proporcionadas por instituciones.
- Se programó la ceremonia de entrega en las representaciones de OPS.

Entre los desafíos de Red-Salud se encuentran: Institucionalizar la participación de la OPS en el proyecto, que nació en el programa de VIH. La participación de la OPS todavía se hace de manera ad-hoc. Debemos identificar maneras de aumentar la participación de los periodistas ya que en algunos temas de menor visibilidad, la participación en el “Consejo de Redacción” es menor que la deseada. Paradójicamente, lo mismo ocurre con los temas más controversiales como “trabajo sexual y salud”. Debemos fomentar la sinergia entre la Red-Salud y otras propuestas que buscan mejorar la cobertura de salud, así como aprovechar las oportunidades generadas por la crisis global del periodismo, incluyendo la incorporación a la red de representantes de nuevas modalidades de periodismo, como blogs y otros.

### **Redes de Gestión de Conocimiento: la experiencia de la Frontera México-Estados Unidos**

La OPS/OMS cuenta con una Oficina para cooperación técnica en la Frontera México-Estados Unidos, la cual desde 1942 viene facilitando y promoviendo la colaboración fronteriza con las instituciones e instancias binacionales, públicas y privadas, involucradas en mejorar la salud de la población en la frontera. La región fronteriza de México-Estados Unidos fue definida en el Acuerdo de Paz de 1983 y es una de las fronteras internacionales más dinámicas y transitadas en el mundo, con una longitud de 3,100 kilómetros desde el Golfo de México al Océano Pacífico y con 100 kilómetros de ancho a cada lado de la frontera.

La frontera entre México y Estados Unidos está formada por 4 estados (Texas, Nuevo México, Arizona y California) y 48 condados al sur de los Estados Unidos, y 6 estados (Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Baja California) con 80 municipios al norte de México, constituyendo una población total de más de 13 millones de habitantes. Ambos lados de la frontera, comparten características ambientales, sociales,

económicas, culturales y epidemiológicas entre sí, pero funcionan bajo diferentes políticas, normas y reglamentos<sup>13</sup>.

La Oficina OPS/OMS de la Frontera México-Estados Unidos, desarrolla cooperación técnica en estrecha alianza con instituciones estratégicas que también tienen mandato en toda la frontera, como: la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CS-FMEU), la Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza (COCEF), la Red de Consulados Mexicanos en la Frontera Sur de los Estados Unidos, los Consejos Binacionales de Salud (COBINAS), la Conferencia de Gobernadores Fronterizos, la Conferencia de Legisladores Fronterizos, y otras instituciones académicas, de investigación y organizaciones de la sociedad civil.

En este contexto geopolítico y social, las redes de cooperación técnica en ocasiones son delimitadas por diversos factores, tales como: la diferencia de horario, de idioma, dispersión geográfica, regulaciones migratorias, diferentes agendas e intereses institucionales en los dos países, disparidad de recursos humanos y financieros, conflictos, cambios sociales y tensiones entre diferentes grupos y más recientemente el desmedido incremento de la violencia en la frontera norte de México. Así, el trabajo en redes constituye un desafío permanente –que venimos fortaleciendo desde el 2006 a través de nuevos medios – para la construcción de espacios de intercambio de información y conocimiento, la formación de comunidades de práctica, con las cuales estar mejor preparados y coordinados para las intervenciones de salud pública en la zona fronteriza.

Con esa finalidad se ha fortalecido el trabajo en red entre los funcionarios de la Oficina de Frontera de la OPS/OMS, pasando del trabajo individual al colectivo. Por ejemplo el 2006, se hizo una sola plantilla estandarizada para el ingreso de la información de las redes de relacionamiento técnico y directorios de contacto de cada unidad y de cada uno de los consultores; de manera que fuese compatible con el envío de correspondencia; la sincronización con el organizador personal de su cuenta de correo electrónico; la sincronización con los teléfonos móviles inteligentes, compartiendo contactos y haciendo que los contenidos sean respaldados y resguardados. Esta actividad ha permitido 2,500 registros de contactos, los cuales pueden ser filtrables por institución, tipo de institución, ciudad, estado, tema, etc. Permitiendo hacer listas que facilitan la formación de redes y listas de distribución para fortalecer la cooperación técnica.

Actualmente se han establecido cerca de 20 redes de relacionamiento técnico en la Oficina de frontera de la OP/OMS, cada una agrupa cerca de 40 participantes de acuerdo

---

13 Organización Panamericana de La Salud. Salud de las Américas. Washington:OPS; 2007. p. 787-800. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Frontera%20de%20Estados%20Unidos%20y%20M%C3%A9xico%20Spanish.pdf>



a un tema y con un objetivo común, aunque existen redes de más de 100 miembros. Todas ellas intercambian información, conocimiento y experiencias, en un solo espacio de colaboración virtual, con usuarios dispersos geográficamente en los dos países. A continuación se mencionan cuatro ejemplos de cooperación técnica en red:

El Comité Consultivo y Grupos de Trabajo de la Biblioteca Virtual Fronteriza (BVS Fronteriza)<sup>14</sup>, tiene más de 125 personas que representan a 31 instituciones en ambos lados de la frontera y con 18 instancias del Comité Consultivo. Esta red tiene un sitio de colaboración apoyada por las TICs, y herramientas sincrónicas para las conferencias en tiempo real, que se realizan dos o tres veces por año, lo que la mantiene activa la red, además de una reunión presencial anual.

El Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas en el Municipio de Juárez, Chihuahua<sup>15</sup>, es una red que comenzó como una iniciativa local en noviembre de 2008, con la colaboración del gobierno municipal y la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ). El Observatorio es una red estratégica para recolectar y analizar los datos de violencia y lesiones generalmente dispersos entre diversas instituciones. Los datos son transfigurados en información útil de una manera sistemática para determinar la magnitud y características de las formas principales de violencia que existen en el municipio, con el objetivo principal de generar información y conocimiento para proponer y evaluar políticas públicas y programas entre las partes interesadas para mejorar la seguridad y convivencia pacífica de todos los habitantes. Esta red ha logrado la generación de conocimiento y líneas de investigación, el establecimiento de bases de datos consultables y la producción de tres boletines. Esta red que surgió en el nivel local, ya alcanzó un relacionamiento nacional e internacional, con actores del gobierno federal de ambos países construyendo propuestas e intercambiando información en espacios virtuales.

Los Consejos Binacionales de Salud (COBINAS)<sup>16</sup>, son otro ejemplo de trabajo en red exitoso. Esta red esta compuesta por los jefes de los departamentos de salud y organizaciones civiles y tiene por finalidad examinar las necesidades de salud, los problemas y los programas e intervenciones en salud con especial atención a la zona geográfica del Consejo. Estos consejos son fundamentales para actuar en los asuntos de salud binacionales y las prioridades para la salud pública a lo largo de toda la región fronteriza. Actualmente, hay 15 COBINAS en los 10 estados fronterizos, la Oficina de la Frontera

---

14 Organización Panamericana de la Salud. [homepage en internet]. Biblioteca Virtual en Salud Fronteriza: México – Estados Unidos. Disponible en: [www.infofrontera.org](http://www.infofrontera.org).

15 Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez. [homepage en internet]. Disponible en: <http://www.observatoriodejuarez.org/>.

16 United States-Mexico Border Health Commission. [homepage en internet]. Consejos Binacionales de Salud (COBINAS). Disponible en: [http://www.borderhealth.org/health\\_councils.php?curr=bhc\\_initiatives](http://www.borderhealth.org/health_councils.php?curr=bhc_initiatives)

ha venido brindando cooperación técnica y fortaleciendo a las COBINAS desde los años 50's. Desde el 2006 se viene apoyando el intercambio de información y conocimiento y conferencias virtuales en especial durante emergencias de salud como la pandemia de Influenza H1N1.

El Proyecto de Prevención y Control de Diabetes en la Frontera México – Estados Unidos, tiene un sitio Web donde se difunden las experiencias y conocimiento<sup>1</sup>. Desde este sitio Web 2.0, los socios, OPS/OMS, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y la SSA de México, entre otros, tienen acceso al espacio de colaboración, así como a toda la información generada, que apoyará a políticos, tomadores de decisiones y comunidades académicas. El proyecto fortaleció la capacidad de los proveedores de servicios de la salud fronteriza y la comunidad en general, fomentando el relacionamiento entre ellos y dejando un gran número de redes fortalecidas a lo largo de la frontera. Este Proyecto dio pie al establecimiento de un Centro de Excelencia para la Prevención de las Enfermedades Crónicas en la Frontera, que desde su inicio, tuvo la participación de ocho universidades fronterizas en ambos lados, quienes elaboraron el proyecto a través del sitio de colaboración virtual y conferencias Web en tiempo real.

## Bibliografía

1. Costa SM. Fundamentação teórica sobre Gestão do Conhecimento e Ciência da Informação. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS; 2009. p. 25-32.
2. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Saúde Pública, 2006; 22(12):2693-2702. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/17.pdf>
3. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Funcionalidades e elementos de comunicação e interação social no contexto dos Ambientes Aprendizes e Informados na Biblioteca Virtual em Saúde. São Paulo: BIREME; 2009.
4. O'Reilly T. What is Web 2.0: design patterns and business models for the next generation of software's. Sep 2005. Communications & Strategies, 2007;(65): 17-37.
5. Marteleto R (Org). Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimento nas comunidades da Maré. São Paulo: Hucitec; 2009.
6. D'Agostino M. La Visión de la OPS/OMS en relación con las redes: contextualización. In: Organización Panamericana de la Salud. Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas. Brasília: OPAS; 2008. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=view&id=472&Itemid=517](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=472&Itemid=517)

---

1 Organización Panamericana de la Salud. [homepage en internet]. Proyecto para la Prevención y Control de Diabetes en la Frontera México-Estados Unidos. Disponible en: <http://new.paho.org/prfep/>.

7. Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Brasília: OPAS; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=848&Itemid=371)
8. Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage en internet]. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. Disponible en: [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&task=view&id=268&Itemid=603](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=268&Itemid=603)
9. Organização Pan-Americana da Saúde. [homepage en internet]. Centros Colaboradores da OMS no Brasil. Disponible en: <http://new.paho.org/bracolab/>
10. Organización Panamericana de La Salud. Salud en las Américas. Washington: OPS; 2007. p. 787-800. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Frontera%20de%20Estados%20Unidos%20y%20M%C3%A9xico%20Spanish.pdf>
11. Organización Panamericana de La Salud. [homepage en internet]. Biblioteca Virtual en Salud Fronteriza: México – Estados Unidos. Disponible en: [www.infofrontera.org](http://www.infofrontera.org).
12. Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez. [homepage en internet]. Disponible en: <http://www.observatoriodejuarez.org/>.
13. United States-Mexico Border Health Commission. [homepage en internet]. Consejos Binacionales de Salud (COBINAS). Disponible en: [http://www.borderhealth.org/health\\_councils.php?curr=bhc\\_initiatives](http://www.borderhealth.org/health_councils.php?curr=bhc_initiatives)
14. Organización Panamericana de la Salud. [homepage en internet]. Proyecto para la Prevención y Control de Diabetes en la Frontera México-Estados Unidos. Disponible en: <http://new.paho.org/prfep/>.



# La Red de Relacionamento de los Administradores de la OPS/OMS

*Silvia Valentin, Patricio Coral, Ana Maria Frixone*  
*Asesores: Guillermo Birmingham, Catherine Cocco, Kira Fortune*

## **EL TRABAJO EN REDES: Contextualización de la problemática del Administrador de la OPS/OMS.**

Para que un trabajo cuente con valor agregado en el siglo 21, se requiere que nos organicemos para conseguir resultados, a través de la producción y búsqueda de conocimiento, experiencia o tecnología. Esta necesidad de relacionarnos con el objeto de facilitar este intercambio promueve una serie de relaciones que, aun cuando se podrían considerar complejas, son de fácil alcance debido a la tecnología, eliminando barreras geográficas y culturales. Conjuntamente con el desarrollo tecnológico, los individuos hemos incrementado la necesidad de conocimiento mientras perfeccionamos la forma de intercambiarlo.

La suma de esta necesidad más el desarrollo tecnológico han producido este nuevo fenómeno denominado “La Red”, y aquellos que buscamos conocimiento venimos a transformarnos en “Buscadores”.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), como Organismo Internacional de Cooperación Técnica, no queda fuera de este contexto; el Administrador tiene la necesidad de relacionarse de forma efectiva para perfeccionar el conocimiento, transformándose en una nueva competencia a desarrollarse a fin de aprovechar al máximo estas nuevas herramientas y posibilidades.

### **a) Escenarios en los que se inserta el trabajo del Administrador**

El escenario de trabajo en la Organización Panamericana de la Salud está compuesto por una serie de desafíos estratégicos que requieren el desarrollo de alianzas y asociaciones estratégicas con todos sus colaboradores y socios. Es indispensable la inclusión de nuevos actores, englobar a la sociedad civil, a la iniciativa privada. El trabajo en red es la metodología que facilita la participación de todos ellos a nivel político, estratégico, técnico y operativo. En este escenario se inserta el trabajo del Administrador moderno, que precisamente hoy, más que nunca participa activamente en el diseño, elaboración y promoción de este cambio.

Por otro lado, al ser parte de la red y hacer uso de ella, todos los actores con quienes nos conectamos e interactuamos estamos permanentemente mejorándonos unos a otros. Este nuevo escenario erosiona la individualidad agotando el modelo tradicional, por ello, nos sentimos en la obligación de modificar viejas formas de pensar para pasar a la acción participativa.

Nos encontramos en la encrucijada de abandonar conocidos, tradicionales y ahora obsoletos caminos y, optar por nuevas rutas que retan la voluntad, el carácter y la creatividad de los actores aceptándonos e interactuando como un “nodo” parte de una red, y lo que es más importante, que podemos definir la forma de organizar y reglamentar las funciones de dicha red al definir los nodos que la conforman.

#### b) Temas del Administrador

Tal como explicado anteriormente, las palabras claves para escoger los nodos son horizontalidad, cooperación, sinergia, coordinación y sobre todo la búsqueda de objetivos comunes. Definir los temas de especialización del Administrador y diferenciarlos de aquellos en los que no lo es, son de vital importancia para este proceso.

Las principales áreas de conocimiento de un Administrador se fundamentan en aspectos relacionados a: facilitar una eficiente prestación de servicios; organizar aspectos logísticos; administración de recursos humanos; análisis y pronóstico financiero; conocimiento de registros contables; conocimientos de los mercados locales e internacionales; administración y mantenimiento del ambiente por medio de infraestructura física y tecnológica y, supervisión y apoyo efectivo al desarrollo tecnológico.

Partimos del principio de que el conocimiento es un bien común, y es capaz de proporcionar satisfacción directa o indirecta a cualquier necesidad de información humana. Por otro lado el conocimiento no es un “bien rival”, se puede compartir sin que se deteriore, y se enriquece con las diferentes interacciones. En este sentido esperamos que lo que entregamos a la red lo recibimos de regreso con un valor acrecentado.

El trabajo en red nos permite registrar y sistematizar las “Buenas Prácticas” desarrolladas por otros colegas, y aún más nos permite replicarlas con relativo éxito y disminución de errores.

Para definir las áreas de especialización del Administrador de la OPS/OMS, proponemos definir a dicho individuo como aquel funcionario que tiene capacidad de dirigir eficaz y eficientemente una Unidad, Área o PWR/Centro, y que debe conocer de aspectos industriales, comerciales, financieros y de prestación de servicios, al más alto nivel nacional e internacional.

Con el enfoque de red, el Administrador debe desarrollar capacidad de procesar y sistematizar el conocimiento que le permita generar un pensamiento holístico de las diversas situaciones a las que se enfrenta. Esto significa que debe tener capacidad de procesar información económica, financiera, jurídica, política, social y laboral; capacidad para impulsar desarrollo técnico y científico; desarrollar técnicas de negociación y expresión en público; conocimiento de sistemas informáticos; excelentes relaciones humanas; capacidad de liderazgo; capacidad para generar ahorros y/o desarrollar y mejorar la capacidad operativa del organismo a cargo.

### Contextualización de los temas que conozco y en los que soy especialista.

Como hemos observado por los conceptos anteriores, el Administrador en general, como cualquier otro profesional hoy en día puede resultar ampliamente limitado debido a la amplitud y complejidad de los temas que aborda.<sup>2</sup> La función del Administrador es eminentemente dinámica, competitiva y exigente. En nuestra Organización, si asociamos la función del principal gestor con el Director, Representante o Gerente, y a este último con la del Capitán del buque, el Administrador de nuestra Organización sería el primer oficial o el piloto. Con esto queremos graficar de mejor manera la idea de que el “Administrador” es el responsable por proporcionar el apoyo requerido por el principal gestor para llevar a su destino a la Organización.

Con esta introducción, sin pretender tener un listado acabado, expresamos algunos temas para entender las áreas de especialización en las que se involucra el Administrador.

- 1) **Representar:** Como toda organización, la OPS/OMS tiene en todo momento un “Representante de país” o un “Gerente de Área Técnica” o un “Director de Centro Especializado”; el Administrador cumple una función importante de apoyo a ese vocero convirtiéndose muchas veces en el nexo o el factor aglutinante.
- 2) **Liderar y enlazar:** El Administrador apoya directamente el logro de los objetivos planteados a través del liderazgo de la cadena operativa convirtiéndose en un líder de la organización formal e informal, al mismo tiempo actúa como un medio de comunicación y coordinación.
- 3) **Planificar:** Todo el tiempo requiere coordinar los recursos disponibles en función de las demandas y necesidades operativas. La Planificación ayuda a la Organización a actuar proactivamente y disminuir la vulnerabilidad al estímulo exterior.
- 4) **Organizar y proporcionar información:** El poseer información verbal o escrita, formal o informal en todo momento le permite desempeñar esa función de Punto de Referencia para la toma de decisiones. Es indispensable tener la habilidad de

---

2 García Castillo R. Que es un Administrador? Gestión y Estrategia. [revistas em internet]. 1995;(8). Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/gestion/num8/doc7.htm>

saber como recolectar, organizar y distribuir esa información. El Administrador se ha convertido en una de las formas de comunicación de la Organización, y debe ser aprovechada al máximo.

- 5) **Emprendedor:** Muchas veces debe romper viejos esquemas o restricciones que indican que “no” se puede realizar algo, por falta de recursos, porque siempre se hizo de otra forma, etc. Por ello siempre debe modular las ideas en planes y orientarlas hacia la solución viable, sin quedarse en el proceso tradicional, ejecución de pequeños proyectos que son llevados a cabo en forma paralela o en diferentes tiempos a fin de hacerlos alcanzables y en la sumatoria de metas obtenidas lograr la satisfacción de los objetivos máximos.
- 6) **Negociar y disponer recursos:** Identificar y asignar los recursos existentes, así como poner a disposición cualquier recurso nuevo que se pueda necesitar para cumplir los objetivos. Dado que tiene que cumplir esta función, la negociación pasa a ser una función importante dentro de sus tareas.

### Contextualizar temas que no conozco y en los que voy a precisar ayuda.

Como se menciona en el apartado V, el Administrador es el responsable de aquellas actividades que sin ser el ramo principal de la Organización (Cooperación Técnica en Salud), son sin embargo, delicadas y de gran responsabilidad e importancia ya que son las que proveen el soporte necesario para la entrega eficiente de la cooperación técnica

Como se ha visto, la variada gama y complejidad de temas a los que los administradores se enfrentan requiere ampliar el espectro de su conocimiento. El ambiente en el que se desarrollan todas las organizaciones actualmente como parte de la globalización, nos obliga a profundizar en áreas como política, derecho, economía y aspectos sociales. Las crisis frecuentes de los países en la Región que puede desembocar en desastre, guerra civil y/o desmembramiento nacional, requieren capacidad de pronóstico y análisis de estos aspectos.

Para el administrador actual es también imperativo incluir en su conocimiento el ámbito internacional; necesidad que responde al hecho de que ningún Administrador de un Organismo Internacional se forma, en principio, para desempeñarse solamente en su país y, dado el fenómeno de la globalización tiene necesariamente que remitirse al campo internacional.

Además de desarrollar su propia profesión, el Administrador de un Organismo Internacional de Cooperación Técnica debe ser capaz de impulsar el desarrollo científico técnico del organismo en el que trabaja. La ciencia y tecnología son punta de lanza en el crecimiento, liderazgo e incluso sobrevivencia de todo organismo; son el más poderoso instrumento competitivo de empresas y gobiernos, de ahí que los más visionarios realicen cuantiosas inversiones en investigación y desarrollo, y guarden celosamente sus resultados.



La administración es un fenómeno eminentemente económico-jurídico-político, así como laboral y técnico; el administrador profesional competente debe tener una clara comprensión de la Economía, el Derecho, y la situación sociopolítica laboral, naturalmente en cuanto a la teoría y la realidad actual, de su país, de la Región y del contexto mundial.

Por último, el deterioro ambiental está estrechamente ligado a lo mencionado líneas arriba. Las Organizaciones, sus productos y desechos son los principales responsables directos de las alteraciones ecológicas. El Administrador de la OPS/OMS requiere conocer y comprender ampliamente el problema ecológico, así como los recursos técnicos científicos para enfrentarlo, y mejor aún, debe ser capaz de convocar a la participación de todos los involucrados como parte importante de sus responsabilidades hacia la solución y como un ejemplo a seguir.

### La Red del Administrador de la OPS/OMS



## Importancia del relacionamiento con cada uno de los participantes de la red, y descripción de la forma en que me relaciono con ese participante.

Si el Administrador esta dispuesto a aceptar el reto de involucrarse en la red, ser protagonista y no espectador, tendrá las herramientas disponibles para:

- Desarrollar la confianza entre la organización y sus socios institucionales.
- Posibilitar la comprensión del contexto complejo de nuestro trabajo e, incluso la identificación de nuevas oportunidades estratégicas;
- Informar, educar e influenciar a los socios institucionales y estratégicos para mejorar sus procesos de toma de decisiones y las acciones del medio ambiente que nos afectan;
- Conducir a un desarrollo conjunto más equitativo y sostenible al brindar una oportunidad de participar en los procesos de toma de decisiones; y
- Permitir la combinación de recursos (conocimiento, personas, recursos financieros y tecnología) que resuelva los problemas comunes en forma eficiente y alcance objetivos que las organizaciones no pueden lograr de forma independiente y si de forma colectiva.

MATRIZ DE LA RED Y SUS FORMAS DE RELACIONAMIENTO			
Nº	Participante	Importancia del relacionamiento	Forma de relacionamiento
1	Administradores de Agencias de NNUU	Compartir experiencias, estandarizar procesos, economías de escala, mayor poder de negociación a través de los servicios comunes e, implementar conjuntamente medidas aprobadas para MOSS y MORSS.	Regional, organizacional, temporal y temática
2	Áreas financieras, administrativas, de Logística, de compras de los Ministerios de Salud	Seguimiento al pago de cuotas como país miembro, control, seguimiento de procesos, homologación de información, actualización de normas, apoyo específico.	Temática y organizacional
3	Red de Administradores	Buenas prácticas, estandarizar procesos, intercambio de conocimientos, análisis de consecuencias, causa y efecto.	Regional, organizacional, Temática y Temporal
4	Áreas administrativas, financieras de Donantes	Negociación, control, captación y gestión de recursos	Organizacional y Temática
5	Áreas administrativas de la Oficina Central	Conocimiento de normas, control de recursos y procedimientos, seguimiento de procesos, análisis de consecuencias, causa y efecto.	Organizacional y Temática

6	Otras Áreas de la Oficina Central (PBR, LEG, IES, Oficial de Ética, Ombudsman)	Conocimiento de normas, control de recursos y procedimientos, seguimiento de procesos, análisis de consecuencias, causa y efecto.	Organizacional y Temática
7	Áreas administrativas de las Oficinas de país (Representaciones) y de los Centros Especializados de la OPS/OMS	Actuación conjunta y coordinada para la realización de actividades organizacionales puntuales que requieran, intercambio de información y conocimiento, autorización específica y revisión de buenas prácticas	Organizacional y Temática
8	Administración de otras Instituciones Nacionales (ONGs, Organismos descentralizados, etc)	Control, seguimiento de procesos, homologación de información, actualización de normas	Temática y Temporal
9	ONGs, Asociaciones de Profesionales, Universidades, etc.	Intercambio de conocimiento, actualización de tecnologías	Temática y Temporal
10	Proveedores de bienes y servicios	Conocimiento del mercado, economías de escala, gestión de recursos, apoyo logístico	Temática y Temporal

### Experiencia exitosa – La Red de Administradores

Las organizaciones, según su ambiente, cultura, programas y políticas, operan información, conocimiento y aprendizaje en los niveles individual y de grupo, dentro de la organización, entre organizaciones y/o en red. El intercambio de conocimiento que ocurre entre estos niveles es fundamental para el desarrollo de las organizaciones y de sus actores como un todo. En la OPS/OMS destacamos la “Red de Administradores de la OPS/OMS” como foro para el desarrollo del Administrador y que facilita el intercambio de información y conocimiento también importantes para su desempeño.

La Red de Administradores, establecida en el año 2005, cuenta con la participación de todos los Administradores de la OPS/OMS. Su principal objetivo es el intercambio de información, experiencia y conocimiento adquiridos por sus miembros y en sus diferentes contextos y actuación, sea en la Sede, en las Representaciones, o en los Centros Especializados de la Organización. La Red se ha consolidado como foro para el desarrollo de las competencias y habilidades del Administrador focalizada a mejorar su actuación local y en red y consecuentemente, el mejoramiento sostenido de nuestra Organización.

En el ámbito de la Red se realizan encuentros virtuales y presenciales periódicos entre sus miembros con el fin de tratar los temas comunes en el ejercicio de sus actividades y responsabilidades. Estas reuniones son esenciales para socializar temas relevantes, encaminar nuevos desarrollos, estandarizar procesos y procedimientos así como identificar y sugerir mejorías en el área de actuación del Administrador de la OPS/OMS además de:

- abordar y compartir buenas prácticas y nuevos conocimientos;

- participar activamente del desarrollo continuado de la Organización;
- contribuir a la transparencia de los procesos administrativos y de gestión;
- aumentar la acción y contribución en los procesos de cooperación técnica;
- apoyar en el desarrollo de la cultura de ambientes aprendices e informados;
- compartir información, ideas, buenas prácticas y proponer innovaciones; e
- identificar soluciones innovadoras y viables a situaciones particulares.

La Red, por su dinámica virtual y presencial, es también importante en los casos de transferencia de Administradores entre las diferentes instancias de la OPS (sede o país) o para la llegada de nuevos Administradores. Es decir, la Red como mecanismo que fortalece y sostiene los flujos de conocimiento entre los distintos niveles de la Organización favorece el intercambio de experiencias y buenas prácticas convirtiéndose en una instancia formal para acceso a los propios profesionales además del acceso a la información y conocimiento necesarios para el excelente desempeño de sus actividades.

### Conclusiones y aspectos relevantes de la Red.

Las organizaciones tienen en su personal el principal capital para la conducción exitosa de su misión, programas y planes de trabajo. Al inicio del siglo 21 hay un consenso generalizado en sociedad, instituciones, autoridades y liderazgos que la formación continua del personal a través del aprendizaje organizacional es esencial para la gestión y operación de las organizaciones basadas en conocimiento y orientadas al resultado (RBM).

La OPS/OMS se ha ajustado a esta visión en su desarrollo organizacional en los últimos años. Entre los grupos estratégicos a cargo de la gestión y operación de la OPS/OMS están los Administradores en sus distintas instancias, cuyas funciones siguen los mismos principios, reglas, procedimientos y prácticas comunes. Esta actuación alineada y convergente de los Administradores representa un desafío siempre presente para la OPS dada su dimensión operativa con más de mil personas en su cuadro permanente de personal, con instancias que operan en los niveles regional, subregional y nacional, bajo una misma misión, estrategia y programa de trabajo, que se ajustan a los diferentes contextos. Para enfrentar este desafío la OPS ha motivado, reforzado y valorado el trabajo en red incluyendo a sus Administradores.

La actuación efectiva en red (inter e intra organización) de los Administradores de la OPS/OMS en sus distintos contextos y actores involucrados se ha tornado indispensable para sostener y aumentar el desempeño individual y profesional y así colectivamente beneficiar a toda la Organización en el cumplimiento de su misión y alcance de los resultados de cooperación técnica en salud pública.

El trabajo en red en sus respectivos contextos y ambientes de actuación de los Administradores OPS/OMS se basa en el constante y proactivo intercambio de información y

conocimiento con base en experiencias y lecciones aprendidas en las distintas instancias de la Organización, facilitado y mediado por las tecnologías de información y comunicación características del mundo globalizado.

Entre los desafíos que enfrentan los Administradores en su trabajo diario está en primer lugar el alineamiento continuado de sus actividades a la estrategia, políticas y programas de la Organización y su aplicación con base en los principios y reglas administrativas. En segundo lugar el desafío de maximizar la eficiencia, eficacia y calidad del trabajo administrativo y de gestión. En tercer lugar está el desafío de la constante actualización profesional en las funciones de administración para mantenerse como miembro activo dentro de la globalización. Y, por último y muy importante está el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas para el efectivo trabajo en red.

La búsqueda, sistematización, intercambio y amplia diseminación de las experiencias exitosas y buenas prácticas, que también ha caracterizado la Red de Administradores de la OPS/OMS deberá seguir mejorando continuamente para apoyar el desarrollo de la Organización en aspectos estratégicos, políticos e institucionales.

## Bibliografía

1. Duarte F, Frei K. Redes Urbanas. In: Duarte F, Quandt C, Souza Q, organizadores. O Tempo das redes. São Paulo: Perspectiva; 2008. p. 156
2. Capra F. Vivendo Redes. In: Duarte F, Quandt C, Souza Q, organizadores. O Tempo das redes. São Paulo: Perspectiva; 2008. p. 21-23.
3. Freeman L. The Development of Social Network Analysis. Vancouver: Empirical Press; 2006.
4. Lemieux V, Ouimet M. Análise Estrutural das Redes Sociais. Porto Alegre: Instituto Piaget; 2008.
5. Barabási A. Linked: how everything is connected to everything else and what it means for business, science, and everyday life. Nova Iorque: Plume; 2003.
6. Barney DD. The network society. Cambridge: Polity, 2004.
7. Benkler Y. The wealth of networks: how social production transforms markets and freedom. New Haven: Yale; 2006.
8. Buchanan M. Nexus: small worlds and the groundbreaking theory of networks. New York: WW Norton; 2002.
9. Castells M. A sociedade em Rede. São Paulo: Paz & Terra; 2002. (Era da informação: economia, sociedade e cultura, v. 1)
10. Castells M. Internet e sociedade em rede. In: Moraes D, editor. Por uma outra comunicação: mídia, mundialização cultural e poder. Rio de Janeiro: Record; 2003.

11. Ghosh RA. Code: collaborative ownership and the digital economy. Cambridge: MIT Press; 2005.
12. Johnson S. Emergência: a dinâmica de redes em formigas,cérebros, cidades. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.
13. Monge PR, Contractor NS. Theories of Communication Networks. New York: Oxford Univ.Press; 2003.
14. Rheingold H. Smart mobs: the next social revolution. Cambridge: Basic Books; 2002.
15. Scott J. Social network analysis: a handbook. London: SAGE; 2000.
16. Strogatz S. Sync: The emerging science of spontaneous order. New York: Hyperion; 2003.
17. Trivinho E. Redes: obliterações no fim de século. São Paulo: AnnaBlume; 1998.
18. Watts DJ. Six degrees: the science of a connected age. New York: Norton; 2003.
19. Watts DJ. Small worlds: the dynamics of networks between order and randomness. New Jersey: Princeton University; 2003.
20. Latour B. Reassembling the social. New York: Oxford Univ. Press; 2005.
21. Putnam RD. Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 2000.
22. García Castillo R. Que es un Administrador? Gestión y Estrategia. [revistas em internet]. 1995;(8). Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/gestion/num8/doc7.htm>

# Consideraciones finales

*Diego Victoria, Diego González,  
Luciana Chagas*







Mantener el compromiso con el bienestar de los pueblos de la Región, acorde con los principios y valores que guían las acciones para apoyar las políticas de OPS/OMS, considerando el contexto de las prioridades y necesidades en salud de los países de las Américas implica en invertir en el intercambio de experiencias entre actores institucionales, profesionales y sociedad en general. Diálogos intensos son fundamentales para comprender los desafíos y planificar estratégicamente la institucionalización de sistemas de salud universales, solidarios y equitativos.

Existen múltiples lecciones aprendidas que apuntan a que el trabajo en red, es una metodología de trabajo exitosa para la integración del sector salud en el gobierno y los demás sectores sociales y para lograr el relacionamiento político, estratégico y técnico con los actores que trabajan en pro de la salud de los pueblos de las Américas.

El trabajo en red es un instrumento valioso de apoyo para los nuevos modelos de gestión de la Cooperación Técnica, ya que: (1) da apertura a la participación de una cantidad variada de contrapartes y socios, (2) permite el intercambio de información científica y técnica, (3) se tiene mayor garantía de alcance de objetivos comunes y/o complementarios al interrelacionar a los actores que la componen, además de articular esfuerzos y disminuir replicación de trabajo y (4) facilita la valoración e integración con los demás sectores de la sociedad. Todo esto trae como resultado que las diferentes acciones planificadas pueden tener una fuerza mucho mayor que aquellas desarrolladas a través de un único tipo de actuación.

El rol de la OPS/OMS en este contexto, es esencial para facilitar el establecimiento de múltiples alianzas, constituidas en redes, cada vez más importantes y críticas para el desempeño y la conducta de instituciones y gobiernos.

Es importante reforzar que en el marco de una red de relacionamiento las instituciones mantienen su propia autonomía y se trabaja en un ambiente de horizontalidad, camaradería, de intercambio de información y aprendizaje constante y donde se comparten recursos humanos y financieros con el único fin de obtener resultados más eficientes para la salud de nuestras poblaciones.

Este documento resalta la importancia del trabajo en redes para la gestión estratégica de la Organización con la finalidad de mejorar su desempeño para actuar en el campo de salud pública. Esta publicación contó con la contribución de 65 autores de diferentes áreas de la Oficina Sanitaria Panamericana y de otras instituciones y en el se presentó la consolidación de conceptos y experiencias en 2 secciones principales:

- **Capítulo I:** Redes de relacionamiento: Aspectos conceptuales. Presenta la metodología que apoya el posicionamiento estratégico y efectividad operacional de las organi-

zaciones en el siglo XXI, la interconexión de redes y las competencias de los asesores de la OPS/OMS en escenarios complejos y competitivos.

- **Capítulo II:** Las redes de relacionamiento: la experiencia de OPS/OMS. Presenta estudios de casos sobre instituciones claves para las redes de relacionamiento estratégico de OPS/OMS, así como las redes de relacionamiento de acuerdo con grupos temáticos de consultores y de los Representantes de OPS/OMS en los países. Algo que se destacó en este capítulo fue la presentación de redes que han sido exitosas y de las cuales podemos obtener las lecciones aprendidas.

## **Reflexión final**

El trabajo en red es una estrategia que permite compartir, innovar, crear y generar resultados mucho más sólidos, que constituyen la somatoria de diferentes áreas de conocimiento. Permite la integración del trabajo técnico y el progreso armónico con los actores claves, de forma que se logre un mayor impacto y una adecuada integración del sector salud con los demás sectores sociales.



CONCEPTOS  
COMPETENCIAS  
SESORES REDES  
OPS OMS  
STRATEGICA  
REDES OPS  
CONCEPTOS  
COMPETENCIAS  
SESORES REDES  
CONCEPTOS  
ACIONES OMS  
ES OPS  
COMPETENCIAS

OMS  
RELACIONAMIE  
CONCEPTO  
LECCIONES  
ESTRATEGIC  
OMS  
RELACIONAMIE  
CONCEPTO  
LECCIONES  
ESTRATEGIC



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

ISBN 978-85-7967-067-1



9 788579 670671