



Volumen 2, Número 1 Enero/Junio 2000

REFORMA EN MARCHA

EN ESTE NÚMERO



Página Editorial:

Equidad 1



Sección Especial:

La Reforma del Sector Salud como Herramienta para Mejorar la Equidad en Materia de Salud 2



Herramientas de la Reforma de Salud:

Seguimiento del Acceso Equitativo 3
 Proceso de Reforma Sanitaria en América Latina 4
 Herramienta para el Análisis de Costos e Ingresos (CORE) 5
 Mecanismos de Aseguramiento Social en los Sistemas de Salud Latinoamericanos 5



Enfoque en Actividades de la Iniciativa:

Programa "Flagship" sobre la Reforma del Sector de la Salud y el Financiamiento Sostenible par la Región de ALC 6
 Visitas de Estudio a Canadá 7
 Difusión de las Publicaciones Impresas en los Países de ALC 8



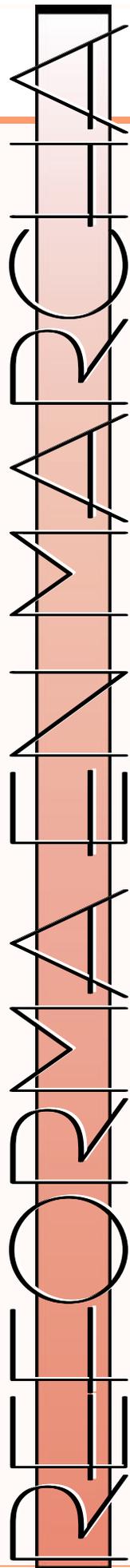
Crónica de País:

Ecuador 9
 Honduras 9



Guía de Recursos

¡Consulte lo Siguiente en el Centro de Información y Análisis! 10



Un boletín para la disseminación de información sobre la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe

EQUIDAD

En este número de *Reforma en Marcha*, se destaca el tema de la equidad porque la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC) se refiere precisamente a un acceso más amplio y equitativo a los servicios básicos de salud.

La equidad es un concepto familiar que se ha prestado a distintas definiciones. Está también estrechamente vinculada a los conceptos de justicia social, asignación de recursos y transformación de los sistemas de salud. La inequidad en el contexto de la reforma sectorial puede verse como una "desigualdad injusta". Se basa en la creencia de que las diferencias de la situación sanitaria de la población son atribuibles a las desigualdades de sus circunstancias socioeconómicas, y que esas desigualdades no solo son poco éticas sino que también son remediables.

El reto a mejorar inequidades en salud es un tema de interés, públicamente reconocido mediante declaraciones y mensajes en la comunidad internacional de salud y desarrollo.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en su documento en la página electrónica sobre el Programa Regional de ALC (América Latina y el Caribe) hace referencia a "ayudar a los países de América Latina a diseñar, implementar y monitorear" las reformas de salud de los países "para aumentar la equidad del acceso a los servicios básicos de salud".

La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su mensaje para el *Informe sobre la Salud en el Mundo, 1999*, hizo claramente hincapié en que uno de los retos que se debía afrontar "en primer lugar y sobre todo" era la necesidad de "reducir la carga de mortalidad y morbilidad excesivas que pesa sobre los pobres". En el informe se hace referencia a la "reducción de las desigualdades de salud" como meta central del desarrollo de sistemas de salud. Respecto a este mismo tema, en una encuesta que se envió a los funcionarios de las oficinas regionales y de las representaciones de la OMS en los países a principios de 2000, se incluían preguntas acerca de la relación entre el desempeño de los sistemas de salud y las inequidades en salud.

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su presentación del *Informe Anual del Director, 1998*, se refirió a la "búsqueda de la equidad" como principio rector para la OPS. Indicó que la "cooperación técnica de la Organización debe medir sus resultados no solo por el número de promedios nacionales que mejoran, sino también por el grado en que se reducen las diferencias entre y dentro de los países". De acuerdo con este mandato, la búsqueda de la equidad en salud se eligió como



LA REFORMA DEL SECTOR SALUD COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD

VINCULANDO EQUIDAD Y REFORMA SANITARIA

La preocupación por la equidad es esencial para alcanzar las metas de la reforma sanitaria. Equidad es justicia. En el campo sanitario, se refiere a si las diferencias de ciertos parámetros de salud entre diferentes grupos de personas son moralmente aceptables, y si las condiciones que sustentan estas disparidades son realmente inevitables. Si ambas proposiciones son negativas, cabe preguntarse si deberá hacerse algo para modificarlas, de tal manera que la población pueda tener las mismas oportunidades para alcanzar su pleno potencial en cuanto a salud. La reforma implica introducir cambios en las diversas funciones del sector y proporciona un medio excelente por el cual se pueden transformar los sistemas de salud para poder lograr el nivel más alto posible de equidad.

RECONOCIMIENTO DE LAS VARIABLES SOCIALES COMO FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

Se acepta en general que los atributos como la edad, el sexo, la raza y el grupo étnico son factores de riesgo para los resultados sanitarios, y si bien esto no siempre es justo, estos rasgos biológicos no se pueden prevenir. El ingreso, la educación, la ocupación, la vivienda y el modo de vida son también factores determinantes de los resultados sanitarios, pero estas son características adquiridas y pueden modificarse. Los países, reconociendo todo lo que se ha señalado, se están preocupando más por incorporar en la reforma del sector salud, criterios tales como el nivel socioeconómico, la calidad de vida, la higiene en las condiciones de vida y la seguridad física en el ambiente de trabajo.

FORMULACIÓN DE INDICADORES PARA MEDIR LAS INEQUIDADES EN EL ACCESO

Un componente fundamental de los proyectos de reforma del sector salud es la formulación de indicadores para el seguimiento del acceso equitativo a los servicios de salud y para ayudar a identificar mecanismos que reduzcan las disparidades en salud, a medida que los países ponen en marcha las reformas. Las mediciones de los resultados sanitarios, la disponibilidad y utilización de los servicios de salud, así como las características básicas del sistema de salud como el financiamiento y los índices de cobertura, proporcionan información que ponen de manifiesto diferencias injustas e innecesarias. Por ejemplo, la falta de equidad en la distribución de los recursos de servicios de salud puede detectarse examinando datos sobre el número de médicos, enfermeras, camas de hospital, ambulancias, centros de salud, etc., por unidad de población. También se pueden calcular las discrepancias en la utilización de los servicios de salud debido a situaciones de falta de equidad, pero que se pueden corregir, a

partir de las diferencias en el número de consultas externas, ingresos en hospitales, servicios de laboratorio y de diagnóstico, etc.

ANÁLISIS DE LAS REPERCUSIONES DE LA REFORMA EN GRUPOS VULNERABLES

Aunque la situación sanitaria está mejorando en muchos países de las Américas que están ejerciendo activamente reformas, la cantidad o la calidad del progreso puede no ser igual en diferentes países o en diferentes grupos demográficos del mismo país. En algunos casos, los grupos con mayores necesidades no son necesariamente los que se benefician de las mejoras. Para asegurar que las reformas beneficien a los grupos más vulnerables, es necesario desglosar los datos y efectuar comparaciones utilizando mediciones estratificadas por niveles socioeconómicos. Asimismo, se deben examinar con sentido crítico las declaraciones de avances realizados. Si aumentó la esperanza de vida para todo el país ¿qué proporción del aumento corresponde a los sectores más adinerados de la población y qué proporción corresponde a los segmentos menos privilegiados? Si el país A notifica un mayor incremento de la esperanza de vida que el país B en el mismo período, ¿sabemos cómo se comparan los dos países en función del tamaño y la distribución de la población económicamente más desfavorecida?

COORDINACIÓN DE LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS A NIVEL NACIONAL

Las políticas que pueden dar lugar a inequidades sanitarias pueden provenir del interior o del exterior del sector salud, por ejemplo, del sector financiero, del sector privado o de otros. Es importante que los encargados de adoptar las decisiones en los diferentes ministerios del gobierno asignen alta prioridad a las políticas orientadas al logro de la equidad. Las autoridades de salud se encuentran naturalmente en una posición ideal para coordinar las políticas nacionales que repercuten en la salud. A medida que la reforma del sector trate de fortalecer la rectoría de los ministerios de salud, éstos desempeñarán una función más fuerte de liderazgo y desarrollarán la capacidad de negociar con otros líderes del sector para salvaguardar los objetivos de equidad.

MANTENER METAS DE EQUIDAD EN EL PROGRAMA DE REFORMA

En la Región de las Américas, los organismos internacionales ayudan a poner en marcha las políticas de equidad, apoyando los programas de reforma mediante los canales técnicos y consultivos. Al centrarse en actividades encaminadas a lograr resultados concretos, como el desarrollo de metodologías, difusión de información e intercambio de experiencias, la cooperación técnica y los organismos donantes pueden ayudar a los países a permanecer centrados en las metas de equidad en las diferentes fases de la reforma y en sucesivos períodos electorales. Por otra parte, si se trabaja en estrecha colaboración con las autoridades gubernamentales, las estrategias programáticas podrían integrarse con las políticas nacionales y de esa forma propiciarían intervenciones más eficaces para reducir las inequidades. ♦

Herramientas de la Reforma de Salud

Metodologías y resultados de estudios que pueden utilizarse para los procesos de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe

SEGUIMIENTO AL ACCESO EQUITATIVO

La primera Cumbre de las Américas (Miami, diciembre de 1994) estableció que una de las metas principales de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe es la promoción del acceso equitativo a los servicios básicos de salud. Desde 1997, la OPS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros "socios" unieron fuerzas para apoyar las actividades nacionales a fin de alcanzar esta meta mediante una iniciativa regional.

Como parte de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC), la OPS está preparando las pautas de seguimiento al acceso equitativo a los servicios básicos de salud. Estas pautas serán específicas para las condiciones que imperan en esta Región y tendrán en cuenta la capacidad de recopilación y análisis de datos en forma sistemática y razonablemente sostenible de los Gobiernos Miembros.

En marzo de 1999, se estableció un equipo de investigación, se prepararon dos documentos en borrador, se llevó a cabo una Reunión Internacional de Consulta de dos días en la sede de la OPS, y en diciembre del mismo año, se publicó una versión preliminar de las pautas. El equipo de investigación presentó un modelo en el que se delinean las relaciones entre las características demográficas, las necesidades en materia de salud, los recursos sanitarios y la utilización de los servicios. Con base en este modelo, un grupo de trabajo de la OPS está elaborando un instrumento práctico para los países de la Región.

En la Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (OPS, 1998), la equidad en lo que se refiere a los servicios de salud se define como el hecho de **recibir atención en función de la necesidad**. El método de seguimiento que se está elaborando se basa en la recopilación de datos de distintas zonas geográficas de un país, el análisis de las diferencias entre las zonas, y la magnitud de las desigualdades y los cambios que se producen con el tiempo.

Para fines de seguimiento, el número de indicadores tiene que ser limitado y la información fácilmente accesible, preferiblemente de sistemas de información ya existentes, o que se puedan obtener con un gasto razonable de recursos. A continuación se indican ejemplos del tipo de indicadores que pueden ponerse a prueba:

- tasa de vacunación de niños menores de 1 año;
- consultas externas por 1.000 habitantes;
- ingresos en hospitales por 1.000 habitantes, y

➤ porcentaje de partos asistidos por personal entrenado.

Tal como lo indica el modelo, la utilización de los servicios de salud está relacionada con las características y las necesidades en materia de salud de la población y la disponibilidad de los propios servicios de salud. También deberán recopilarse datos sobre algunos indicadores de necesidades sanitarias (mortalidad infantil y esperanza de vida) y sobre la distribución de los recursos para los servicios de salud (médicos, enfermeras y camas de hospital por 10.000 habitantes). Asimismo, deberán recopilarse datos demográficos y socioeconómicos.

Si el acceso a los servicios de salud es equitativo, las personas que tienen las mismas necesidades de asistencia sanitaria tendrán también las mismas posibilidades de recibirla. Pero las diferencias no necesariamente significan inequidad. Las diferencias se convierten en inequidades cuando son injustas y pueden evitarse. Si los datos indican que la utilización y distribución de recursos son muy diferentes para las distintas zonas del país, la explicación residiría, por ejemplo, en las diferencias en las necesidades de salud. Esto quiere decir que los indicadores se analizarán en relación con las características

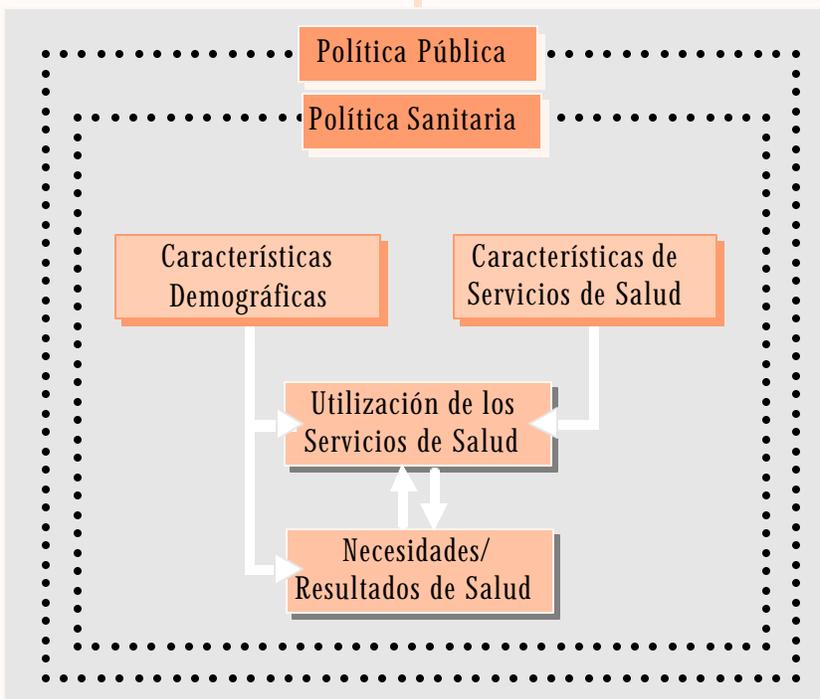
de la población y sus necesidades de salud conforme al modelo presentado anteriormente.

Las diferencias en la utilización de los servicios están también relacionadas con su disponibilidad. En las zonas donde la población dispone fácilmente de servicios, cabe prever que el uso de los mismos sea más intenso que en las zonas donde existen pocos servicios. En una zona donde las necesidades de salud parecen ser elevadas, pero la utilización y la disponibilidad de los servicios son bajas, se pone de manifiesto la necesidad de acceso a un mayor número de servicios en la zona.

Para elaborar las políticas y tomar las medidas que hagan más equitativo el acceso, es importante analizar la relación que media entre el bajo acceso y los factores socioeconómicos. Esto permite entender mejor las barreras al acceso y las características de los grupos de población con bajo acceso. En general, las inequidades en el acceso a los servicios de salud están relacionadas con la edad, el sexo, la educación, el grupo étnico, los ingresos y la modalidad de seguro. Si las zonas de bajo acceso se caracterizan por ingresos bajos, bajo nivel de educación, o ambos factores, y existen servicios de salud en estas zonas, es posible que existan barreras económicas, culturales y/o administrativas al acceso.

El nuevo instrumento de seguimiento al acceso equitativo a los servicios básicos de salud se pondrá a prueba en algunos países y se presentará a los miembros de la RSS ALC en septiembre de 2000. ♦

Colaboración de la OPS: Bernt Anderson y Alberto Infante



PROCESO DE REFORMA SANITARIA EN AMÉRICA LATINA

Pocos son los países que han logrado importantes cambios sistemáticos en sus sistemas de salud a pesar de la oleada de interés internacional que existe en la reforma sanitaria. En América Latina, dos países han emprendido importantes reformas: la reforma del seguro privado en Chile a principios de los años ochenta y la reforma del seguro con competencia dirigida en Colombia a principios de los noventa. México también hizo varios intentos de iniciar reformas de gran envergadura, pero no logró el consenso necesario para ponerlas en práctica. El proyecto *Data for Decision Making* (DDM), en el marco de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud ALC, estudió con detenimiento estas tres experiencias con el objeto de extraer enseñanzas para el proceso de reforma sanitaria en otros países. Los estudios fueron dirigidos por Thomas Bossert de la Escuela de Salud Pública de Harvard, y realizados por equipos de investigadores locales bajo la supervisión de Alejandra González Rossetti.

Los estudios revelaron semejanzas significativas en los éxitos alcanzados por Chile y Colombia, los cuales no se obtuvieron en México donde la reforma no se llevó a cabo. Lo que se evaluó fue el éxito de la adopción y la puesta en práctica de un programa de reforma, no si esa reforma logró o no sus objetivos. A continuación se examinan algunos resultados de los estudios. Estos resultados deben tomarse en el contexto de la cantidad limitada de investigación que se ha realizado en el proceso de política y deben compararse con análisis minuciosos similares de otras experiencias de reforma.

PROCESOS POLÍTICOS OCURREN EN CUALQUIER TIPO DE RÉGIMENES

A menudo se argumenta que en los regímenes autoritarios es más fácil llevar a cabo una reforma de gran amplitud porque se pueden tomar decisiones sin tener que responder a diferentes grupos de interés que, en los sistemas democráticos, pueden a menudo bloquear las reformas. Contrariamente a esta expectativa, encontramos que pueden realizarse reformas tanto en un régimen “democrático” como en una “dictadura”, pero se señaló el caso de un régimen “democrático limitado” en el que no hubo reformas. Además, encontramos que dentro del alcance restringido de actores políticos de una “dictadura” hubo gran negociación, así como también hubo negociación entre los principales interesados directos que lograron retrasar las reformas y limitar su alcance durante la adopción y la aplicación de los cambios.

IMPORTANCIA DEL EQUIPO DEL CAMBIO

Se encontró que un factor importantísimo en el éxito de las reformas fue el establecimiento de un “equipo del cambio” relativamente estable y coherente, integrado por personas que procedían y mantenían vínculos con otro “equipo del cambio” macroeconómico que había formulado exitosas políticas de reforma económica. El equipo del cambio del sector salud estaba constituido por expertos técnicos que compartían un

compromiso ideológico coherente pero que no se consideraban políticos. Estos equipos recibieron el apoyo de los presidentes y otros importantes actores políticos de los Gobiernos de Chile y Colombia. Sus miembros eran del Ministerio de Planeamiento y del Ministerio de Hacienda y habían trabajado inicialmente en las reformas a nivel macro y en las reformas del sistema de jubilaciones y pensiones, generalmente con un alto grado de éxito. Se iniciaron y se establecieron equipos exitosos gracias a un esfuerzo consciente, por lo general, por parte de miembros del gabinete o sus subordinados inmediatos. Seguidamente, los miembros del equipo del cambio macroeconómico dirigieron su atención al sector salud y enviaron a personas clave a trabajar al ministerio de salud.

ESTRATEGIAS POLÍTICAS

Los equipos del cambio del sector salud aplicaron diferentes estrategias para que se adopten sus políticas. Una de las estrategias fue aislar el equipo del cambio del proceso político más amplio hasta que éste definió técnicamente un conjunto coherente de reformas. Esta estrategia parece haber sido más exitosa que el amplio debate público que a menudo se recomienda antes de formular una reforma sanitaria. El conjunto de medidas se presentó como un todo y como propuesta del presidente a la consideración de los legisladores. Durante el proceso legislativo (que tuvo lugar incluso durante una “dictadura”) el equipo del cambio pudo derrotar a la oposición con argumentos técnicos muy bien elaborados. En todo el proceso, fue importante que el equipo del cambio demostrara pleno dominio técnico de los temas planteados y presentara pruebas concretas para sustentar sus argumentos. La propia legitimidad y eficacia del equipo para desarrollar y mantener el apoyo de alto nivel dependían de la credibilidad y de la racionalidad de sus presentaciones.

LECCIONES PARA LOS PROCESOS DE REFORMA SANITARIA

Se extraen de los estudios las siguientes lecciones para los esfuerzos importantes de reforma:

- Conseguir apoyo para la reforma a nivel de la *presidencia y el gabinete*, y de los *ministerios de planificación y hacienda*. La reforma en la que solo participa el sector de la salud no tiene probabilidades de contar con el apoyo suficiente para llegar a los poderes ejecutivo y legislativo.
- Prestar atención al *establecimiento de un “equipo del cambio” técnico y competente con objetivos comunes*, conexiones verticales fuertes con funcionarios de alto nivel y enlaces horizontales con funcionarios de otros sectores.
- En los procesos políticos *son importantes los argumentos técnicos y la buena calidad de los datos*. La legitimidad y la eficacia de los equipos del cambio dependen de su capacidad de presentar argumentos válidos y datos bien fundamentados. Esta es la fuente de su poder y de vinculación con otros interesados directos.
- El *aislamiento del equipo del cambio en la formulación de políticas* puede ser una estrategia eficaz para crear un único conjunto coherente de medidas de reforma que tenga el apoyo de los principales actores políticos. ♦

HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE COSTOS E INGRESOS (CORE)

Durante el proceso de reforma del sector salud, los administradores a menudo se formulan las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son nuestros servicios más lucrativos y cuáles los menos?
- ¿Qué nivel de precios para cada servicio nos permitirá llegar al punto de equilibrio?
- ¿Cuál es la combinación y el volumen adecuados de servicios para nuestro establecimiento?
- ¿Cuál es la mejor manera de aprovechar los recursos humanos (perfil de dotación de personal)?
- ¿Qué proporción de la población de bajos recursos podemos atender y cuánto se debe cobrar?

Management Sciences for Health (MSH) ha creado una nueva herramienta para los administradores sanitarios que les ayuda a responder estas preguntas. Es la Herramienta para el Análisis de Costos e Ingresos (CORE).

de personal (sueldo, comisiones, honorarios por servicios prestados, honorarios por sesión, etc.) y permite incorporar y asignar otros costos fijos en los distintos servicios. Además, los análisis de la herramienta CORE pueden reconciliarse con informes contables para su control y validación.

DESCRIPCIÓN Y FINALIDAD

CORE es una herramienta analítica en forma de planillas electrónicas que se utiliza para determinar costos e ingresos a nivel de servicio individual en diferentes escenarios. Está diseñada para utilizarse a diferentes niveles de personal y para proporcionar una imagen general con una clara indicación de las áreas problema. Una de las características más importantes de CORE es que no es un sistema de contabilidad de costos ni un informe rutinario que pudiera no estar disponible a nivel de un servicio, sino una herramienta que puede aplicarse periódicamente para el seguimiento del desempeño financiero y para explorar oportunidades para mejorar la eficiencia y la generación de ingresos.

APLICACIÓN

CORE está constituida por un conjunto de planillas *Excel* que pueden adaptarse fácilmente a una determinada situación. Utiliza datos que ya existen o que son fáciles de calcular por un equipo de empleados familiarizados con los aspectos financieros y clínicos de la organización. Con esta información, CORE calcula los costos unitarios basándose en los insumos estándar (es decir, productos y materiales, costo de mano de obra). Tiene la capacidad de adaptarse a diferentes sistemas de remuneración

HISTORIA

La herramienta CORE fue creada en respuesta a la presión creciente que se ejerce tanto en organizaciones públicas como en las no gubernamentales (ONG) para hacerse más económicamente sostenibles. Se originó de los mecanismos creados por MSH/FPMD en Zimbabwe para comparar costos en diferentes modelos de prestación de servicios (centros de salud, unidades móviles y centros comunitarios). La Iniciativa ha producido una versión en español y ha procurado ampliar su aplicación en la Región. Hasta la fecha, la herramienta CORE ha sido utilizada por organizaciones en Guatemala, Haití, Honduras y México, existen planes de aplicarla en Ecuador y Paraguay.

DISPONIBILIDAD

Actualmente la herramienta CORE está disponible en español e inglés a un costo nominal. El módulo consta de una guía que describe cómo aplicar la herramienta y un disquete con un total de seis archivos, tres archivos de ejemplos y tres hojas de trabajo. Puede obtenerse más información sobre cómo adquirir esta herramienta en la página Web de MSH <http://www.msh.org>. ♦

Colaboración de FPMD: Stacey Irwin Downey

MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS

Los sistemas de salud en América Latina son muy heterogéneos en lo que se refiere a cobertura, equidad, estructuras de financiamiento y resultados. Los modelos de aseguramiento social están llamados a jugar un papel fundamental en el diseño de una estrategia en salud que compense limitaciones presupuestarias y brinde a su población una mejor calidad de vida. Este trabajo ofrece a los que toman decisiones una herramienta que resume la variedad de modelos de aseguramiento social en salud desarrollados en la Región y las reformas recientes en países clave, resaltando las ventajas y desventajas de cada modelo en términos de equidad, cobertura y sustentabilidad financiera.

Este estudio define un sistema de aseguramiento social "ideal" como aquel constituido por cuatro elementos: un grupo de servicios de salud definido y disponible, un sistema de

financiamiento que incluya subsidios cruzados desde grupos de altos ingresos hacia grupos de bajos ingresos, un esquema de riesgo compartido que genere subsidios implícitos entre personas más sanas y menos sanas, y una población beneficiaria definida e identificada.

Bajo estas premisas, se comparan las fuentes de financiamiento y mecanismos de recolección de cada modelo de aseguramiento social, y las diferencias entre "fondo", "plan" y "provisión" presentes en cada uno. Asimismo, y desde la perspectiva de la oferta de servicios, el estudio se concentra en la coordinación entre los sistemas de aseguramiento social y el sector público, y en la organización interna del modelo prestador, sus esquemas de descentralización, propiedad de las instalaciones utilizadas y estructuras de incentivos a proveedores. ♦

Colaboración de PFR: Daniel Maceira

Enfoque en Actividades de la Iniciativa

PROGRAMA "FLAGSHIP" SOBRE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y EL FINANCIAMIENTO SUSTENTABLE PARA LA REGIÓN DE ALC

Existe una considerable diversidad en el estado y los procesos de reforma del sector salud en la Región de las Américas. Se han observado variaciones significativas tanto en la dinámica como en el contenido de los cambios que están introduciendo la mayoría de los países. Los encargados de adoptar las decisiones clave a nivel nacional se enfrentan constantemente con la necesidad de evaluar qué enfoques de reforma tendrían más sentido en su propio país. Las herramientas elaboradas en el marco de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC) pueden ayudar en este proceso pero son útiles solo si son aplicadas debidamente por personas que han recibido una capacitación adecuada.

El Instituto del Banco Mundial, Bitrán & Asociados, la Universidad Alberto Hurtado y la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC), representada por la USAID y la OPS, convinieron en ser socios en el Programa *Flagship* sobre Reformas y Financiamiento Sustentable para la Región de ALC.

El programa se lleva a cabo en Santiago (Chile), donde se impartirán en total cinco cursos: un curso en el año 2000, dos cursos en el 2001 y dos en el 2002. La duración de cada curso es de 10 días y se espera que asistan de 50 a 60 participantes.

La colaboración en el marco de la Iniciativa contempla lo siguiente: a) poner a disposición de los instructores del curso los materiales de capacitación preparados como parte de la Iniciativa; b) proporcionar financiamiento o recursos humanos para adaptar el material didáctico existente, o elaborar nuevos mate-

riales; c) proporcionar financiamiento o recursos humanos para impartir los cursos; d) promover el curso mediante la distribución de folletos explicando los objetivos y el contenido del curso, etc. e) subvencionar los gastos de los participantes de los países destinatarios de la Iniciativa.¹

La Iniciativa ha logrado considerables avances desde su lanzamiento en 1997. En el primer año se establecieron fundamentos firmes para la colaboración entre

los socios. En el segundo año se colocaron las bases sólidas en el desarrollo de las actividades estratégicas para creación de capacidad, incluyendo el desarrollo y la puesta a prueba de herramientas y metodologías para ayudar en el análisis, diseño, ejecución y seguimiento de la reforma del sector salud en los países. Al finalizar su tercer año, el próximo paso natural es centrarse en la disseminación de algunos de los instrumentos

elaborados, y desarrollar las capacidades nacionales para utilizarlos. Una forma lógica y eficaz de alcanzar ambas metas es participando en el Programa *Flagship* sobre Reformas y Financiamiento Sustentable del Sector Salud. ♦

¹ Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.



VISITAS DE ESTUDIO A CANADÁ

Una de las actividades de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en ALC de la USAID/OPS es realizar visitas de estudio. Se invita a los encargados de adoptar las decisiones de alto nivel del sector salud en los países seleccionados a que participen en un viaje de una semana a un determinado país. La finalidad principal de estos viajes es adquirir conocimientos y experiencia en temas específicos relacionados con la reforma sanitaria que puedan tener aplicación en el proceso de reforma en sus propios países.

En septiembre de 1999, 11 delegados provenientes de Ecuador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y la República Dominicana fueron invitados a Canadá para estudiar el Seguro de Salud Nacional y la estructura y función del sistema de asistencia sanitaria de ese país. El primer viaje de estudio a Canadá tuvo tan buena acogida que se repitió en mayo de 2000. En la segunda visita, fueron invitados a participar 12 delegados provenientes de Bolivia, Honduras, México y Perú.

La Sociedad Canadiense para la Salud Internacional trabajó directamente con la OPS para organizar un programa de una semana en Ottawa, Ontario y Victoria (Columbia Británica).

El programa abordaba varios temas

clave, tales como seguro, medidas de reforma y política sanitaria, separación de funciones, regionalización y descentralización. Se trataron asimismo otros temas importantes como promoción de la salud, población y salud, gobernación y administración de hospitales, financiamiento y organización de personal médico. Además de la presentación del panorama general de atención sanitaria del sistema de atención de salud canadiense, también se

presentaron ponencias detalladas sobre la promoción del sistema de salud canadiense y de las asociaciones canadienses de salud pública, la enfermería, la política de atención de salud dentro de la estructura sanitaria provincial, el plan de servicios médicos de Columbia Británica, los programas de atención continua y de enfermedades agudas y *Pharmacare*.

Experiencias como estas son beneficiosas porque brindan a los funcionarios que toman las decisiones en materia de reforma sanitaria, ideas, información y conocimientos que los colocan en mejor posición para dirigir los procesos de reforma en su país. Las visitas de estudio también promueven intercambios y contactos entre profesionales de diferentes países que deben afrontar muchos temas similares de la reforma sanitaria, lo que facilita la cooperación técnica en áreas específicas. ♦



Foto: Visita de Estudio a Canadá (Sept. 99). De izquierda a derecha: Cesar Herminda, Subsecretario General de Salud, Ministerio de Salud Pública de Ecuador; Roberto Dullak, Director General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud de Paraguay; Felix Sabarino, Asesor Médico de la Presidencia Ejecutiva de Nicaragua; Raj Sharda, Programa de Residentes de la OPS; Steve Kenny, Director Ejecutivo, Oficina de Desarrollo de la Industria de Salud de British Columbia; Luis Enrique Plaza Velez, Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Rosajilda Velez, Subsecretaria Técnica de la Presidencia de la República Dominicana; Fulgencio Severino, Miembro de la Comisión de Reforma de la República Dominicana; Janet MacGregor, Asistente Ministerial de Programas Corporativos, Ministerio de Salud de British Columbia; Margaret Lewis, Directora de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud de Jamaica; Rhonda Lecky, Ministerio de Salud de Jamaica; Fernando Sacoto, Subsecretario de Desarrollo Institucional, Ministerio de Salud de Ecuador.



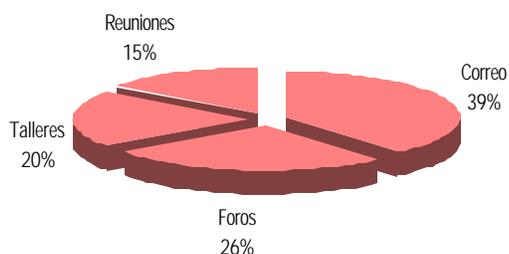
Foto: Visita de Estudio a Canadá (Mayo '99). Fila del fondo de izquierda a derecha: Rosa Godoy Arteaga, Honduras; María Sandoval, Unidad de Planificación, Secretaría de Salud de Honduras; Alberto Castro, Director de SEDIES Potosí, Bolivia; Edwina Yen, Consultora OPS; Diego González, Presidente de la Unidad de Coordinación para la Modernización del Sub Sector Público de Salud, Ministerio de Salud de Perú; Octavio Barreiro, Asesor Médico, Instituto Mexicano del Seguro Social; Peter Czerny, CSIH. Fila del medio de izquierda a derecha: Carlos Godoy Arteaga, Asesor al Ministro de Salud de Honduras; Jaime Tellería, Director Nacional de Atención a las Personas, Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia; María Elena Zabala, Consultora, Ministerio de Salud y Previsión Social; Manuel Lorenzo Hurtado, Gerente de Programas Externos en Salud, Seguro Social de Salud de Perú; Manuel Gamero, Director General de Hospitales, Secretaría de Salud de Honduras; José Manuel Matheu, Subsecretario de Salud, Política Sectorial y Desarrollo Institucional, Secretaría de Salud de Honduras. Fila del frente de izquierda a derecha: Roman Rosales, Titular de la División de Hospitales, Instituto Mexicano del Seguro Social de México; Roberto Bohrt, Director del Hospital Materno Infantil del Seguro Social de Bolivia; Serge Lafond, Jefe de Sistemas de Salud y Política, División de Seguro Médico, Ministerio de Salud de Canadá; Nick Previsich, Asesor en Ciencias, Directivo Internacional de Salud, Ministerio de Salud de Canadá; Patricia Schroeder, Consultora OPS; María Victoria Palacio, Traductora, CSIH.

DIFUSIÓN DE LAS PUBLICACIONES IMPRESAS EN LOS PAÍSES DE ALC

Un grupo importante de actividades de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en ALC de la USAID/OPS se refiere a la difusión de publicaciones relacionadas con la Iniciativa en los países de la Región de las Américas. En el número anterior del boletín se analizó el acceso a la difusión electrónica. En este número se analizan los principales mecanismos por los que se distribuyeron los ejemplares impresos del material de la Iniciativa, a fin de tener una idea del alcance y el perfil de distribución. Se distribuyeron documentos técnicos, materiales de información pública y el boletín.

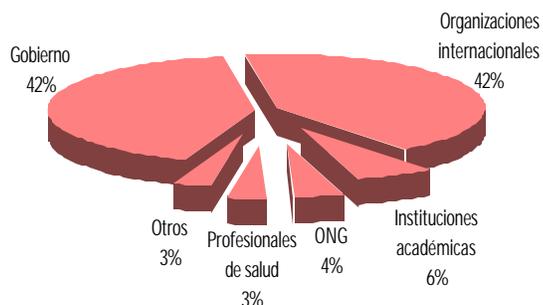
En la figura 1 se muestran los principales canales de distribución empleados. Casi dos tercios de las publicaciones se distribuyeron en foros, talleres y reuniones. Aproximadamente, una tercera parte de las publicaciones se enviaron por correo a profesionales que se dedican a la reforma del sector salud.

Figura 1: Canales de Distribución



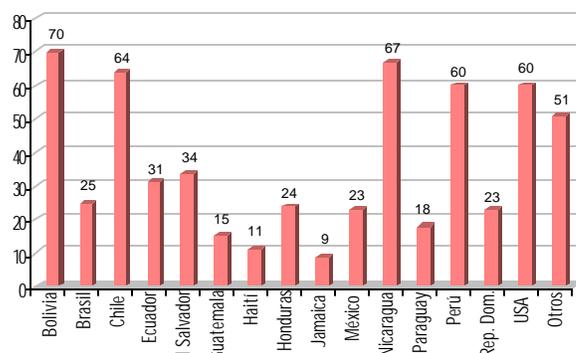
En la figura 2 se presenta un desglose de las instituciones a las que pertenecen las personas que reciben los materiales impresos. Se observa una distribución pareja entre las dependencias gubernamentales y los organismos internacionales de desarrollo y asistencia con un 42% cada grupo. El 6% estaba afiliado a instituciones académicas y el 4% a organizaciones no gubernamentales (ONG). Las asociaciones de profesionales de la salud y las instituciones proveedoras de servicios representaron un 3%. El resto corresponde a una categoría mixta que incluye a empresas privadas y consultores individuales.

Figura 2: Tipo de Institución



En la figura 3 se ilustran los países a los que se enviaron los materiales impresos. Todos los países que son parte de la Iniciativa se identificaron individualmente. En el caso de los demás países, se identificaron solo aquellos en los que reside un número significativo de personas que reciben materiales; el resto se incluye en la categoría "Otros".

Figura 3: Representación de Países por Materiales Recibidos



Los resultados del análisis señalan varias observaciones interesantes:

- Los 13 "países destinatarios" estuvieron representados, lo que refleja la naturaleza regional de la Iniciativa.
- Los esfuerzos de difusión alcanzaron a los principales tipos de instituciones que, según se había previsto, participarían en las actividades de reforma sectorial nacional.
- Se llegó a un público más amplio en los países que patrocinaron los eventos, lo que demuestra un sesgo que podría emplearse como estrategia de planificación, es decir, patrocinando eventos en los países donde se desea una mayor promoción de las actividades de la Iniciativa
- Un gran número de personas que residen en los Estados Unidos recibieron materiales impresos, lo que concuerda con el rol activo de USAID en apoyo de la Iniciativa.

Aunque las observaciones se basaron en los datos proporcionados por los encargados de disseminar el material, indican que el método tradicional de publicar documentos impresos todavía surte efecto a pesar de la popularidad que está adquiriendo la comunicación electrónica. Sería conveniente realizar estudios adicionales para precisar los factores de demanda y el potencial de circulación. ♦

Colaboración de la OPS: Edwina Yen

ECUADOR



Ecador es uno de los países de la Iniciativa de ALC. Los resultados de las actividades de la Iniciativa pueden agruparse en las siguientes áreas:

- El uso de datos en la formulación de la política de reforma sanitaria.
- La colaboración del sector salud en los temas de la reforma.
- El aprovechamiento de las experiencias regionales para desarrollar y llevar a cabo la reforma sanitaria.

Mayor uso de datos en la formulación de la política de reforma sanitaria. Ecuador ya había comenzado a hacer mayor uso de los datos para la política de reforma sanitaria y la toma de decisiones a través de las cuentas nacionales de salud (CNS). Con el apoyo de la Iniciativa, el país concluyó una estimación de las CNS con base en datos de 1995 y seguidamente comenzó a trabajar con una estimación basada en datos de 1997 utilizando recursos de la USAID en Quito y del Ministerio de Salud. El Gobierno proporcionó la información para sustentar debates en el sector salud sobre la equidad geográfica de los gastos en salud, la necesidad de hacer más énfasis en la atención preventiva que en la curativa, y en el alto nivel de gasto en medicamentos en que incurrían las unidades familiares. Los datos de 1995 fueron particularmente importantes como fuente de información para las leyes sanitarias adoptadas durante una revisión de la Constitución Nacional en 1998.

Mayor colaboración en el sector salud. La Iniciativa ayudó a incrementar la colaboración entre las distintas entidades del sector salud de Ecuador. Específicamente, las CNS alentaron la cooperación entre las entidades públicas, privadas y sin fines de lucro del sector al exigir colaboración para difundir y utilizar la información sobre CNS. La cooperación sectorial también se reforzó mediante la participación de cuatro ciudadanos ecuatorianos (dos del Ministerio de Salud y dos representantes de ONG) en un taller patrocinado por la Iniciativa, cuyo tema fue la participación de las ONG en la política sanitaria.

Mayor aprovechamiento de las experiencias regionales para desarrollar y llevar a cabo las reformas del sector salud. Ecuador también se benefició de las enseñanzas de las contrapartes regionales recogidas en los intercambios regionales patrocinados por la Iniciativa. Por ejemplo, el viaje de estudio sobre la reforma de los hospitales a Colombia, reforzó en el momento más oportuno los intentos de modernización hospitalaria iniciados en Ecuador. Después del viaje, los funcionarios del Ministerio de Salud que habían participado, aplicaron lo que aprendieron. Específicamente, se utilizaron las herramientas de evaluación y planificación estratégica presentadas por los colombianos como orientación en los hospitales ecuatorianos que estaban iniciando reformas. También se ajustó el Plan Nacional de Modernización Hospitalaria que estaba en marcha con base en las lecciones aprendidas en Colombia.

Las actividades de la Iniciativa también incluyen la creación de tres redes regionales en la que participaron ciudadanos ecuatorianos. Una de ellas se creó gracias a los seminarios regionales de CNS, otra a través de una lista de personas interesadas en la reforma hospitalaria, y la otra mediante contactos informales entre las ONG en la Región. Estas redes regionales dieron lugar a consultas intrarregionales por correo electrónico y visitas, lo que permitió a los ecuatorianos ampliar sus conocimientos sobre otras experiencias de la Región. ♦

HONDURAS



Honduras es otro de los países de la Iniciativa. Los resultados de las actividades de la Iniciativa pueden agruparse en las siguientes áreas:

- El uso de datos en la formulación de la política de reforma sanitaria.
- La capacidad de seguimiento y evaluación de la reforma sanitaria.
- El aprovechamiento de las experiencias regionales para desarrollar y llevar a cabo la reforma sanitaria.

Mayor uso de datos en la formulación de la política de reforma sanitaria. Honduras ha incrementado el uso de datos para la política de reforma sanitaria y la toma de decisiones utilizando como herramienta las cuentas nacionales de salud (CNS). La Iniciativa ALC incluía a Honduras en la red de CNS, por lo cual se invitó a representantes del país al cuarto seminario regional. Tanto el seminario como los contactos con expertos mundiales y regionales en CNS, han sido sumamente útiles para promover la importancia de las CNS ante los responsables de la política nacional y lograr su apoyo. Las enseñanzas aprendidas ayudaron a los hondureños a organizar mejor su equipo de CNS y a definir mejor sus estimaciones para asegurar su pertinencia en la política sanitaria.

Además, durante el segundo año del proyecto, se terminó la elaboración del marco para la ejecución detallada de planes de reforma del sector salud y planes maestros de inversión, y se puso a prueba la herramienta a escala piloto en Honduras y Nicaragua.

Mayor capacidad de seguimiento y evaluación de la reforma sanitaria. La Iniciativa preparó una estructura de seguimiento basada en cinco principios rectores: equidad, eficacia y calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación comunitaria. Honduras preparó un informe con base en esa estructura y propuso que se utilizaran los resultados en la formulación de políticas del Ministerio de Salud, en tanto manifestó su apoyo a la institucionalización de la estructura de seguimiento y evaluación.

Mayor aprovechamiento de las experiencias regionales para desarrollar y llevar a cabo las reformas del sector salud. El Ministerio de Salud de Honduras participó en un intercambio regional patrocinado por la Iniciativa en Panamá, en el cual se presentó información del Proyecto San Miguelito sobre descentralización de los servicios de salud y autonomía de los hospitales. Durante el intercambio se trataron diversos temas, tales como el marco conceptual de la reforma del sector salud de Panamá, el modelo de atención primaria de salud, el modelo de autonomía de los hospitales, el modelo financiero, el modelo de administración y regulación de salud pública, el modelo para el cuidado de la salud ambiental, de la familia y la comunidad, y el sistema de información sobre la gestión sanitaria WINSIG, entre otros. Este intercambio regional permitió a la delegación hondureña entender más la descentralización para ayudarlos a planificar mejor sus propios esfuerzos de descentralización del sector salud.

Para promover aún más el proceso de descentralización en Honduras, *Partners for Health Reform* (PHR) y el Ministerio de Salud de Honduras invitaron a Thomas Bossert de la Escuela de Salud Pública de Harvard, a participar en un seminario nacional sobre descentralización. En el seminario se presentaron el enfoque y los resultados preliminares de la investigación aplicada en descentralización del sistema de Datos para la Toma de Decisiones (DDM), el cual fue financiado por la Iniciativa. En el curso del seminario surgió interés en realizar un estudio para evaluar el nivel actual de descentralización del sector salud, con el fin de crear las condiciones para formular propuestas adicionales de una mayor descentralización en Honduras. ♦

Guía de Recursos

¡CONSULTE LO SIGUIENTE EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS!

Una encuesta de usuarios que nos dirá lo que usted opina de nuestra página electrónica y enlaces directos a otras páginas con información sobre reforma del sector salud en América Latina y el Caribe



ENCUESTA DE USUARIOS DE RSS ALC



<http://www.americas.health-sector-reform.org>

Encuesta de usuarios de RSS ALC: Ayúdenos a orientar nuestros servicios a sus intereses diciéndonos algo sobre su organización y campo de trabajo.

La encuesta es breve y sencilla. Bastan unos minutos para contestar el cuestionario. Al decirnos de dónde es usted, a qué se dedica y a qué tipo de organización está afiliado, nos puede ayudar a hacer nuestra página Web más interesante y útil.

Puede participar en la encuesta a través de los puntos de acceso múltiples en la página Web de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org>. Para ingresar, haga clic en el logotipo de la encuesta en la página principal o mediante los enlaces de navegación estratégicamente colocados en la parte inferior de las otras páginas. ♦

Para ayudarnos a producir una página Web sobre reforma del sector salud que refleje sus intereses, déjenos saber algo de usted y envíenos los comentarios y sugerencias que pudiera tener para hacerla más útil.

Le agradeceríamos llenar el formulario y presionar "Enviar Información" cuando termine.

¿Es esta página útil para Ud.?

¿En qué país vive Ud.?

¿Nombre de la institución en donde trabaja?

¿Ha recibido su institución material informativo a través de la Iniciativa en RSS ALC?

¿En qué Sector trabaja?

Comentarios y sugerencias sobre la utilidad de este sitio de Web

CENTRO DE RECURSOS ELECTRÓNICOS

The Manager's
ELECTRONIC RESOURCE CENTER

<http://erc.msh.org>

Centro de Recursos Electrónicos (ERC) del "Management Sciences for Health": Encuentre en el ERC la información que necesita para ser un gerente eficaz.

Ahora los profesionales de la salud pueden encontrar respuestas prácticas a preguntas sobre cuestiones gerenciales junto con herramientas fáciles de usar, información sobre buenas prácticas de gestión y comentarios sobre las últimas tendencias gerenciales en el ERC. El ERC incluye información y recursos sobre la reforma del sector salud y temas afines. Muchos de estos recursos están disponibles en francés y español.

Otro recurso valioso del ERC es "La Caja de Herramientas Gerenciales del Administrador de Programas de Salud". Este mecanismo ofrece instrumentos de gestión diseñados y probados por organismos experimentados en todo el mundo, para ayudar a los administradores de programas de salud en áreas críticas, tales como *Políticas y Reforma de Salud y Sustentabilidad Organizacional*.

Otros servicios del ERC:

- Foros electrónicos y grupos de discusión sobre diferentes temas.
- Un calendario para que se mantenga informado sobre oportunidades de desarrollo profesional, conferencias, cursos de capacitación, etc. Usted también puede buscar eventos sobre un tema particular, o incluir eventos para información de otros usuarios.
- Una base de datos en la cual puede encontrar colegas que comparten sus inquietudes e intereses. ¡Cuando usted efectúe una búsqueda en el ERC, inclúyase en la Red!

El ERC está ubicado en la dirección <http://erc.msh.org>. También puede accederse a través de la página inicial de la Iniciativa en <http://www.americas.health-sector-reform.org>. ♦



<http://www.insp.mx/ichsri/Newslett.html>

Informando & Reformando es una publicación del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma de los Sistemas de Salud (NAADIIR). Es un boletín informativo de lengua española que se dirige a la Región de América Latina y el Caribe. Incluye descripciones de las iniciativas de reforma e información general sobre las reformas del sistema de salud en los países en desarrollo.

Por ejemplo, el número de enero/marzo 2000 incluyó las siguientes cinco secciones:

- *Panorama*, que presenta las experiencias de reforma de Colombia, Chile, Guatemala, Paraguay y Perú;
- *Monitor de la Salud*, que hace énfasis en los países de economías medianas-altas;
- *Páginas de la Reforma*, que contienen información sobre publicaciones recientes;
- *Noticias*, con informes sobre las nuevas iniciativas de reforma y otras noticias; y
- *Cita con la Reforma*, que enumera eventos específicos relacionados con la reforma. ♦



<http://www.funsalud.org.mx/red-jlb>

La Red Interamericana de Políticas de Salud José Luis Bobadilla (la "Red JLB") fue establecida por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), nombrándose a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) como organismo ejecutor, con el fin de apoyar el desarrollo de reformas del sistema sanitario en la Región.

El programa de actividades de la Red JLB, como se indica en su página Web, incluye los siguientes componentes: instrumentos de política, el Foro Interamericano de Liderazgo de Salud, el Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma de los Sistemas de Salud, la base de información del NAADIIR, el Programa de Becas y el Fondo José Luis Bobadilla para la Promoción de las Políticas de Salud Pública. ♦

BOLETINES INFORMATIVOS LATINOAMERICANOS

latin american newsletters
conferences and seminars

<http://www.latinnews.com>

Esta página electrónica provee información sobre una conferencia realizada en 1999: *"Reformando los Sistemas de Atención de la Salud en Latinoamérica: aprendiendo de los éxitos y fracasos de otros"*.

En la conferencia se presentaron experiencias de reforma de la atención de la salud de diferentes partes del mundo, las que pueden servir como lineamientos para países que están llevando a cabo reformas del sector salud. Entre los conferencistas se encontraban expertos de organizaciones internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). ♦

"THE ECONOMIC INTELLIGENCE UNIT"



<http://www.eiu.com>

El desarrollo de las reformas del sector salud en Latinoamérica fue analizado en el número del tercer trimestre de 1999 de *"Healthcare Latin America"*, una publicación de *"The Economist Intelligence Unit (EIU)"*, la cual analiza tendencias y temas de interés en sistemas de servicios de salud de América Latina.

Los temas discutidos incluyeron: la importancia del sector privado, la rectoría de los ministerios de salud y la necesidad de una mayor responsabilidad. También se explicó la función de la Organización Panamericana de la Salud y la misión de la Iniciativa RSS ALC lanzada por la USAID y la OPS. ♦

tema de debate para la Reunión de Gerentes de la OPS celebrada en 1999.

La necesidad de acción se apoya en las inequidades persistentes que se encontraron en la situación sanitaria y que se publicaron en *La Salud en las Américas (OPS, 1998)*. Se examinaron varios indicadores básicos de salud y desarrollo como la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la tasa de fecundidad global, el gasto en salud pública, el acceso al agua potable y saneamiento. A pesar de la tendencia general hacia mejores condiciones de vida, los datos revelaron desigualdades correlacionadas con diferencias económicas regionales basadas en el PNB per cápita en los países de la Región en un período de 25 años.

El comienzo de un nuevo milenio es sin duda un momento oportuno para reactivar los esfuerzos encaminados a reducir la falta de equidad en lo que se refiere a salud. ♦

Colaboración de la OPS: Edwina Yen

EQUIPO DE PRODUCCIÓN

Editor Gerente: Edwina Yen

Editor de estilo: *Versión en inglés:* Edwina Yen
Versión en español: Gladys Jordon

Diseño y diagramación: Matilde Cresswell

Producción: Matilde Cresswell

Traducción: Departamento de Traducciones de la OPS y Matilde Cresswell

Colaboradores en este número: Bernt Andersson, Thomas Bossert, Pedro Crocco, Stacey Irwin Downey, Jennifer Graff, Alberto Infante, Daniel Maceira, Kathleen Novak, Kammi Schmeer, Patricia Schroeder, Edwina Yen

Las fotografías fueron cortesía del Ministerio de Salud de Canadá y de Patricia Schroeder, Consultora de la OPS.

REFORMA EN MARCHA es publicado dos veces al año y disseminado a instituciones e individuos interesados en asuntos de reforma del sector salud. Para más información contactar a la División de HSP de la OPS, Tel.: (202) 974-3152; Fax: (202) 974-3641; Internet: yenedwin@health-sector-reform.org

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del *Grant* número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Organización Panamericana de la Salud.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales. ♦

LAC/RSD-PHN
U.S. Agency for International Development
Ronald Reagan Building
Washington, DC 20523-5900



Iniciativa de la Reforma del Sector Salud en ALC
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037-2895



Partnerships for Health Reform
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814-5341



Family Planning Management Development
Management Sciences for Health, Inc.
165 Allendale Road
Boston, Massachusetts 02130



Data for Decision Making
Harvard School of Public Health
665 Huntington Avenue
Boston, Massachusetts 02115



REFORMA EN MARCHA

Un boletín para la disseminación de información sobre la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe

www.americas.health-sector-reform.org

Iniciativa RSS ALC
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
División de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
E.U.A.