



FORTALECIENDO LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS REFORMAS

Número 7 2004

RETOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

EDITORIAL

1

EXPERIENCIAS DE PAÍS

3

SEGUIMIENTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

7

MEJORES PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS

13

GUÍA DE RECURSOS

19

FORMACIÓN DE REDES

20

HOJA DE DATOS

23

La Región de las Américas ha comenzado el nuevo milenio con algunos logros, como son el aumento del número de gobiernos democráticamente electos, políticas macroeconómicas y reformas para promover el crecimiento económico y el progreso social. No obstante, persisten retos significativos como son el revertir el aumento de los niveles de la pobreza, reducir los niveles de malnutrición infantil, caracterizar las inequidades por género en el mercado de trabajo y en los niveles políticos, aumentar el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento en países de bajos ingresos y en las regiones más pobres de los países con ingresos medianos, y de mayor relevancia, mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud y los índices sanitarios.

Las experiencias acumuladas de políticas de ajuste estructural de Reformas del Estado y de Reformas del Sector de la Salud (RSS), no han tenido una influencia positiva definitiva sobre el desarrollo de los sistemas de salud en la Región.^{1,2} Actualmente, los países de América Latina y el Caribe (ALC) cuentan con una infraestructura de salud pública inadecuada y subutilizada, disponibilidad limitada de servicios de salud, un patrón regresivo en los gastos de bolsillo en salud, inequidad extrema en el acceso a los servicios de salud y en índices sanitarios.

En 1998, los países de ALC determinaron que los principios orientadores de los RSS deberían centrarse en mejorar el acceso, la equidad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud.³ A pesar de estos objetivos iniciales, los esfuerzos en la Región se han dirigido principalmente a la gerencia de sistemas de salud y a temas de eficiencia económica que se tradujeron en el incremento de la separación de las funciones de financiamiento y de provisión de servicios del sistema de salud. Las reformas también se han centrado en el aumento de la participación del sector privado y en la promoción de la competencia entre los proveedores y los aseguradores de salud. Dentro de este contexto, consideraciones de equidad, calidad, protección social en la salud e inversión, mantenimiento e infraestructura de salud pública, se han relegado a un nivel secundario.⁴

La evidencia producida en el marco de la *Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América*

Latina y el Caribe,⁵ apoya la noción de que muchos de los resultados esperados de los procesos de reforma del sector salud no se han materializado plenamente.⁶ Por ejemplo, a pesar de la limitada evidencia que muestra que las reformas orientadas al mercado mejoran la eficiencia de la prestación de servicios de salud, los pequeños logros en eficiencia fueron alcanzados a expensas de la equidad y el acceso a los servicios de salud. Esto se ha ejemplificado en el incremento de la demanda por sistemas de salud que son más receptivos a las necesidades de la población, valoran la calidad, incorporan la participación social y protegen los derechos de la sociedad civil.

Además, esto se manifiesta en el desarrollo limitado de la función de rectoría de las entidades que comprenden la Autoridad Sanitaria Nacional (por ejemplo, Ministerio de Salud, Instituto de Seguridad Social), particularmente en su capacidad de conducción, regulación y ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (ver cuadro 1). Como resultado, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en estrecha colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro de Investigación sobre Sistemas de Salud Latinoamericana (CLAISS), desarrolló un instrumento metodológico para evaluar el desempeño de las FESP. Dentro del marco de la *Iniciativa "La Salud Pública en las Américas"*,⁷ el instrumento se aplicó en 41 países y/o territorios de la Región de las Américas con el objetivo de fortalecer la capacidad institucional de Autoridad Sanitaria Nacional, para que cumpla eficazmente con sus responsabilidades de promoción y protección de la salud de la población. Los resultados de la aplicación hicieron evidente la necesidad apremiante de restaurar la infraestructura de la salud pública, incluyendo el desarrollo de la fuerza laboral de salud pública. La *Iniciativa "La Salud Pública en las Américas"* resultó ser un mecanismo efectivo para colocar estratégicamente los temas de salud pública en el centro de las agendas de reforma del sector de la salud en la Región.

Por lo tanto, la prioridad asignada a las FESP dentro de la agenda de reforma del sector de la salud, ha constituido un fuerte mecanismo para fortalecer los sistemas de salud y asegurar que los grupos socialmente excluidos se beneficien plenamente de los esfuerzos a nivel global para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),⁸

CUADRO 1: FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación de los ciudadanos en la salud
5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de los recursos humanos y de la formación en salud pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en materia de salud pública
11. Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud

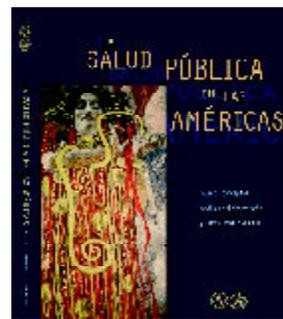
en las áreas de salud materno-infantil, infección por el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y nutrición. Por lo tanto, es absolutamente esencial conciliar y revitalizar la agenda de RSS con esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud y la infraestructura de salud pública para llevar a cabo las intervenciones que permitirán el logro de los ODM.

Los ODM son un hito importante para la reducción de la pobreza y el desarrollo humano. El compromiso de los países y los esfuerzos para vigilar el progreso hacia el logro de ODM relacionados con la salud, brindan una oportunidad sin igual de fortalecer la capacidad nacional para generar y usar información para la formulación y evaluación de políticas sociales y de salud. Sin embargo, para lograr los ODM relacionados con la salud, es esencial incorporar un *enfoque sistémico* que vaya más allá del logro de los ODM, para dirigirse a las limitaciones de los sistemas de salud susceptibles de intervención. Ya no podemos pasar por alto “los componentes omitidos” en

la búsqueda por fortalecer y mejorar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, a saber:

- El fortalecimiento de la infraestructura de salud pública;
- La mejora de la equidad mediante la extensión de los sistemas de protección social en salud;
- La priorización del desarrollo de recursos humanos en salud;
- El desarrollo de la capacidad operativa de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población.

Lo anterior ha conducido a un consenso sobre la necesidad de *fortalecer los sistemas de salud y mejorar el desempeño de los sistemas de salud* mediante estrategias y acciones efectivas para fortalecer el rol rector y las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).^{9,10} Para abordar estos temas, la OPS/OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) firmaron recientemente un nuevo acuerdo regional con duración de tres años, por un monto de \$20 millones, *para mejorar la salud materno-infantil, reducir las enfermedades transmisibles y fortalecer los sistemas de salud*.¹¹ El objetivo principal del componente de **Fortalecimiento de los Sistemas de Salud** del nuevo acuerdo, consiste en mejorar el desempeño de los sistemas de salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad en salud pública y el desarrollo integral de recursos humanos de una manera equitativa, eficiente y sostenible. Por consiguiente, las actividades conjuntas entre la USAID y la OPS/OMS en el período 2004-2007 se centraron en: (1) *Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, Infraestructura y Servicios de Salud Pública*; (2) *Fortalecimiento del Rol Rector en el sector de la salud*; y (3) *Trabajo coordinado entre la reforma de salud y sistemas de salud, enfermedades transmisibles y salud materno-infantil*.



SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS

...Sea este un reconocimiento a la inspiración, el conocimiento y el compromiso de un gran número de trabajadores de la salud pública del Continente, cuyos esfuerzos están contenidos y reflejados en la medición del desempeño en las Funciones Esenciales de Salud Pública en 41 países y territorios de la Región de las Américas.

¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPS/OMS; 2001.

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Suplemento Especial en la Reforma del Sector de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington, DC: OPS/OMS; Julio/Agosto de 2000; vol.8 n.1-2.

³ La reforma del sector de la salud (RSS) se define como un conjunto de actividades y los esfuerzos que orientan mejorar el desempeño del sector de la salud, al mejorar el acceso, la equidad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad financiera. Estas actividades representan los esfuerzos continuados para lograr cambios fundamentales en la provisión, financiera, adquisitiva y la utilización de los sectores de la salud públicos y privados y son guiados por un marco general legal y normativo. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Seguimiento y Evaluación de los Procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington, DC: OPS/OMS; 1999. (XLI Consejo Directivo: Resolución CD41.R12).

⁴ López-Acuña, D. *Una Nueva Generación de Reformas del Sector Salud: Fortaleciendo los Sistemas de Salud*. Conferencia Magistral en el Foro Regional en Reforma del Sector Salud de LACRSS, Antigua, Guatemala, Julio 2004. Disponible: <http://www.lachsr.org/static/ForoGuatemala/pdf/DrDanielLopezAcuna.pdf>.

⁵ La Iniciativa es una asociación entre la OPS, USAID y otros socios colaboradores que busca promover la prestación más equitativa y eficaz de los servicios básicos de salud, apoyando las actividades regionales para la toma de decisiones, basadas en la política sanitaria, el manejo, el financiamiento sanitario, el mejoramiento de servicios de salud, la descentralización y el desarrollo institucional. *Sitio electrónico de la Iniciativa Regional LACRSS*: <http://www.lachsr.org>.

⁶ Rivas-Loria P, Shelton C y Saldaña K. Tendencias de la Reforma del Sector Salud en la Región de las Américas. *Pan American Journal of Public Health*. Washington, DC: OPS/OMS; 2005. (Se publicará en breve.)

⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Salud Pública en las Américas*. Disponible: <http://www.campusvirtualsp.org/esp/pub/PublicHealthAmericas/index.html>.

⁸ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son la primera visión mundial de desarrollo que combina el aval político mundial con un enfoque claro y con los medios para comprometerse directamente con las personas pobres del mundo. Son un conjunto indivisible de metas cuantificables y objetivos a ser logrados para el año 2015. Los ODM fueron adoptados en la Cumbre del Milenio, en septiembre de 2000, y expresados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Los países afirmaron su compromiso de lograr los ODM en el Consenso de Monterrey, en marzo de 2002. Este compromiso constituye la base del Consenso para el Desarrollo del Milenio que insta a todos los interesados a orientar sus esfuerzos para asegurar el éxito de los objetivos en un sistema de responsabilidades compartidas.

⁹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial*. Washington D.C.: OPS/OMS; 1997. (XL Consejo Directivo: Documento CD40/13).

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Funciones Esenciales de Salud Pública*. Washington D.C.: OPS/OMS; 2000 (XLII Consejo Directivo: Documento CD42/15).

¹¹ El acuerdo sombrilla entre la OPS/OMS y USAID: 2004-2007, Septiembre 30 de 2004. Disponible: <http://www.lachsr.org>.

CONSTRUYENDO EN BASE A LOS VALORES EL FUTURO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CANADÁ

CAROLYN SHELTON Y PRISCILLA RIVAS-LORIA
OPS/OMS

El incremento de los costos farmacéuticos, la tecnología médica avanzada, la mayor presión de una creciente población que envejece y las grandes expectativas del público por atención de la salud son algunos de los factores que llevaron al Primer Ministro canadiense a disponer que una Comisión Real examinara el futuro de la atención de la salud. En los años noventa, las provincias canadienses sufrían enormes déficits y deudas; en consecuencia, el gobierno federal y las provincias unieron sus fuerzas para reducir el gasto público. Dado que la atención de la salud y otros servicios sociales representan el mayor gasto anual de las provincias, el margen para recortes era limitado. Como resultado, el financiamiento público de la atención de la salud disminuyó gradualmente.

Se emprendió entonces un debate entre los funcionarios de gobierno, sin la participación del público, para determinar si el déficit financiero podría suplirse con capital privado con fines de lucro, pago de bolsillo o primas adicionales. En las reformas propuestas predominaban cuatro posturas ideológicas principales: 1) capital privado con fines de lucro; 2) más dinero público sujeto a condiciones de cambio; 3) privatización, y 4) reorganización.

En el 2001, el Sr. Roy Romanow¹ fue designado por el Primer Ministro para que presidiera la Comisión Real sobre el Futuro de la Atención de la Salud en Canadá e invitara a los canadienses a participar en un diálogo nacional para recomendar cómo mejorar la calidad y la sostenibilidad del sistema. La Comisión presentó al Parlamento un informe titulado *Building on Values: The Future of Health Care in Canada* (Construyendo en base a los valores: el futuro de la atención de la salud en Canadá), en noviembre de 2002. El mensaje clave es que los canadienses prefieren la prestación pública de la atención de la salud y consideran que el acceso universal a la atención primaria en salud es un derecho de ciudadanía, “un bien público, un símbolo nacional y un aspecto intrínseco de ciudadanía”.



“Este es el programa social máspreciado porque se basa en la filosofía de que la atención de la salud es un bien público y un bien social, no un producto que deba ser regido por el mercado...”

En febrero de 2003, las provincias y el gobierno federal aceptaron las recomendaciones de la Comisión para ampliar y fortalecer el sector de la sa-

lud financiado por el gobierno. El convenio proporcionará 8.900 millones de dólares canadienses en nuevo financiamiento federal durante los tres próximos años y otros fondos después de este plazo; sin embargo, dicha cifra es mil millones inferior a la recomendada por la Comisión.

La Comisión Real recibió un plazo de 18 meses para presentar sus recomendaciones al Parlamento. Casi de inmediato se emprendió un *diálogo nacional*, el cual consistió en que la Comisión viajará por todo Canadá para escuchar a los expertos y a los ciudadanos. Se invitó a los canadienses a debatir a lo largo de 12 sesiones, cada una de las cuales se celebró en un lugar diferente. Se eligieron 40 participantes de cada lugar como muestra representativa de la población con respecto a sexo, minorías, ingresos, educación y antecedentes ocupacionales. Se les presentaron cuatro opciones para el futuro de la atención de la salud: 1) participación de capital privado con fines de lucro; 2) más dinero público sujeto a condiciones de cambio; 3) privatización, y 4) reorganización. Las respuestas discreparon al principio, pero al final los participantes se pusieron de acuerdo por unanimidad en las opciones 1 y 4.

Una vez que se publicó el informe de la Comisión, las encuestas de opinión pública revelaron que alrededor del 79% de los canadienses respaldaban sus recomendaciones. Incluso un año después de la publicación del informe, otra encuesta reveló que más del 70% de los canadienses respaldaban las recomendaciones de la Comisión, lo cual demostraba el compromiso duradero del público con su programa máspreciado.

El Parlamento reaccionó con prontitud al informe de la Comisión. El informe se presentó en la primera mitad de diciembre y para febrero, el Primer Ministro convocó a los jefes de gobierno de las provincias y los territorios para adoptar importantes medidas preliminares. Estos respaldaron la idea de que con más recursos se podría conseguir el cambio, y todos los primeros ministros (es decir, el Primer Ministro y los jefes de gobierno) acordaron los principios de la Ley de Salud de Canadá y el Consejo Nacional de Salud, aunque todavía no se han implantado.

“Este es el programa social máspreciado porque se basa en la filosofía de que la atención de la salud es un bien público y un bien social, no un producto que deba ser regido por el mercado...”

¹ Al Sr. Roy Romanow, ex jefe de gobierno de Saskatchewan y presidente de la Comisión Real sobre el Futuro de la Asistencia Sanitaria de Canadá, se le otorgó el Premio de Administración 2003 de la OPS en la 44.ª sesión del Consejo Directivo, celebrada en septiembre de 2003. El Sr. Romanow recibió reconocimiento por su destacada contribución al desarrollo del sistema de salud canadiense, particularmente en la creación de la Comisión de Derechos Humanos de Saskatchewan y en la dirección de la Comisión sobre el Futuro de la Asistencia Sanitaria de Canadá.

La Comisión recomendó establecer cinco fondos transformadores para: 1) La atención primaria de la salud, incluidos clínicas y consultorios médicos abiertos las 24 horas del día y los siete días de la semana; 2) La protección contra costos de los medicamentos para enfermedades catastróficas (cuyo costo exceda a 1.500 dólares canadienses); 3) La asistencia domiciliaria; 4) La atención rural y en sitios apartados; y 5) Los medios de diagnóstico avanzados (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética y tomografía computarizada).

El Acuerdo de 2003 de los Primeros Ministros eliminó el fondo propuesto para la atención rural; conservó el fondo propuesto para medios de diagnóstico avanzados y combinó los tres restantes (atención primaria de la salud, protección contra costos de medicamentos para enfermedades catastróficas y asistencia domiciliaria) en uno solo denominado "Plan de Reforma Médica". Las provincias tienen la opción de elegir en qué área necesitan los fondos. Por ejemplo, si una provincia no requiere fondos para cubrir servicios de asistencia domiciliaria, pero le hacen falta de fondos para la atención primaria, tendría acceso a dinero para esta última. Aunque las provincias tienen mucha flexibilidad, el Sr. Romanow expresó sus reservas de que las directrices para estos fondos no especifican qué cantidad de ese dinero está sujeto a condiciones de cambio.

"A mi juicio, temo que esto pueda convertirse en otra gran fuente para obtener dinero de las provincias sin operar el cambio. El Consejo de Salud es un ejemplo tangible para los canadienses sobre la seriedad de los gobiernos hacia la reforma, y cuanto más se les hace esperar para que esta se realice, menos paciencia tienen..."

Pese a la acción rápida del gobierno, muchos critican la falta de sostenibilidad financiera de las recomendaciones de la Comisión, a lo cual el Sr. Romanow ha replicado: "muéstrenme cualquier prueba de que no son sostenibles", y ha reconocido la dificultad de equilibrar los recursos con las necesidades. Un sistema de libre mercado permite a la economía fijar este equilibrio, tanto si es justo o acorde con los resultados de salud que se esperan, como si no lo es. Un prominente economista canadiense que testificó ante la Comisión dijo: "Se puede hablar de economía todo lo que se quiera, pero esta es una decisión política".

Hoy en día, Canadá gasta menos en la salud (9%) como porcentaje del PIB que hace 10 años (10%).

Según los expertos que colaboran con el Sr. Romanow, el debate sobre la sostenibilidad fiscal es poco claro. Cuando el gobierno desplaza los costos a los individuos o a los hogares, los costos totales suelen aumentar principalmente debido a una pérdida en el proceso continuo de la atención. Si el gobierno ha de representar el interés público, deben vigilarse los costos totales para garantizar que el ciudadano promedio pueda sufragar el costo, tanto mediante impuestos como por pago directo.

«Es posible que los sistemas como el de Estados Unidos o los de muchos países latinoamericanos con grandes sectores privados, donde hay desembolsos directos o seguros privados, sostengan que no tienen problemas de sostenibilidad fiscal, sobre todo aquellos países que no subsidian la compra de seguros. Sin embargo, esto no significa que los gobiernos no tengan problemas de sostenibilidad. Desde la perspectiva de cada ciudadano, hay un enorme problema de sostenibilidad».

La sostenibilidad fiscal asegura que lo que se paga del erario público se gasta lo más eficazmente posible y que se obtienen los mejores resultados posibles de en la salud. En el curso de los tres o cuatro últimos años, Canadá ha logrado avances extraordinarios en la medición del desempeño del sector de la salud y sus repercusiones en los resultados en salud.

"Tengo la esperanza de que la búsqueda de una mayor atención de la salud sea asumida por un liderazgo decidido y por el gobierno nacional y de que todos los gobiernos de Canadá actúen pronto para evitar que el programa máspreciado en Canadá se esfume debido a la desatención, al desgate y al descuido.."

«Por último, con respecto a la universalidad de la cobertura tengo profundas convicciones. En nuestros momentos de más necesidad, cuando estamos enfermos o lesionados, debe ser cuando una sociedad civil se una. Debe tener como fundamento su necesidad de atención de la salud, no su poder adquisitivo. Me parece que esta sería una consideración primordial para las personas en muchas partes del mundo. No creo que sea cuestión de ideología, ni de religión, ni de filiación política, sino de simple sentido común, si se tiene una población más sana, se estará mejor en todos los aspectos.»

"Por último, con respecto a la universalidad de la cobertura, tengo profundas convicciones. En nuestros momentos de más necesidad, cuando estamos enfermos o lesionados, debe ser cuando una sociedad civil se una. Debe tener como fundamento su necesidad de atención de la salud, no su poder adquisitivo".

Después de 30 años con cierto grado de éxito, Canadá sigue luchando por brindar atención primaria de salud. Una de las enseñanzas más importantes que otros países pueden adquirir de la experiencia canadiense, es el valor de un estudio independiente con participación de la sociedad civil, con medidas transformadoras que podrían resultar beneficiosas fuera de Canadá. Muchos de los aspectos señalados como parte de los cimientos para fortalecer el futuro del sistema de salud canadiense son aplicables a la Región de América Latina y el Caribe: sus valores, filosofías, estructuras, organizaciones, objetivos y el compromiso de los ciudadanos con la salud de la población. ■

ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD DE GUYANA

ENTREVISTA CON EL DR. LESLIE RAMSAMMY, MINISTRO DE SALUD DE GUYANA

ANDREW SKERRITT Y PRISCILLA RIVAS-LORIA
OPS/OMS

En mayo de 2002, el Ministro de Salud de Guyana, Dr. Leslie Ramsammy, dirigió la ejecución del primer *Análisis del Sector de la Salud de Guyana* ("Análisis") con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). El ejercicio de dicho análisis proporcionó un panorama sistemático del sector de la salud en el país, además de revelar las áreas que requieren más investigación y los problemas sanitarios que no han sido abordados. En el documento se describía la situación de la salud en general, incluidos los factores determinantes sociales, políticos y económicos y, lo que es más importante, el *Análisis* permitió señalar las intervenciones prioritarias para la planificación de las políticas sanitarias y el desarrollo del sistema de salud y sus servicios, así como formular recomendaciones al respecto.

Según el Dr. Ramsammy, el *Análisis del Sector de la Salud* fue fundamental para formular el Plan Nacional de Salud de Guyana que se elaboró de manera simultánea. La naturaleza inclusiva del *Análisis* propició la participación de los niveles técnicos de la Autoridad Sanitaria Nacional en la recopilación de información, el debate de los temas, la priorización de los objetivos sanitarios y en recomendaciones de política. En consecuencia, el enfoque intersectorial utilizado ayudó aún más a afianzar la capacidad institucional para ejecutar las políticas, al tiempo que fortaleció la función rectora del Ministerio de Salud.

De los cinco conceptos clave de la Reforma del Sector de la Salud, los cuales incluyen la participación social, la equidad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad financiera, el ministro de salud señaló que los dos primeros siguen siendo la prioridad de su Ministerio. El Dr. Ramsammy explicó que concibe la participación social como un elemento de equidad,

"...el personal técnico de nivel medio comprendió que el resultado del Análisis no solo serían las recomendaciones, sino también la elaboración de un Plan Nacional de Salud; creo que por eso el interés y el compromiso..., ahora tenemos un plan de salud para 2003-2007 aprobado por el Gabinete".

dado que en su país las personas que son excluidas de ella son las mismas que sufren inequidad en salud. Al aumentar la participación social en el proceso de formulación del *Análisis del Sector de la Salud* y del Plan Nacional de Salud, el Ministerio también aborda el problema de la equidad.

El Dr. Ramsammy elogió lo oportuno del *Análisis*, en vista de que el Plan Nacional de Salud se redactaba simultáneamente y dijo que por este motivo "el personal técnico de nivel medio comprendió que el resultado del *Análisis* no solo serían las recomendaciones, sino también la elaboración de un Plan Nacional de Salud; creo que por eso el interés y el compromiso fueron mucho mayores". Añadió que como consecuencia de todo ello "ahora tenemos un plan de salud para 2003-2007 aprobado por el Gabinete".

Además, el Dr. Ramsammy afirmó lo siguiente: "estoy satisfecho de que, en efecto, tengamos un conjunto integral de recomendaciones que, si se aplican, mejorarán de forma considerable el sector de la salud". El *Análisis del Sector de Salud de Guyana* dio lugar a recomendaciones concretas para fortalecer el sistema de salud del país, entre ellas, crear alianzas entre los sectores público y privado para abordar algunas de las necesidades desatendidas dentro del sector. La necesidad de alianzas entre los sectores público y privado en materia de salud son un medio para complementar los limitados ingresos fiscales. El ministro ha insistido en esta última recomendación: "Hoy en día, gran parte de la participación del sector privado se encuentra en los niveles secundario y terciario. Nuestra meta es integrar al sector público y privado para que desempeñe una función mucho mayor en la atención primaria de salud, en la promoción de la salud, etc. Por ahora, los medios de diagnóstico como la tomografía computarizada y el ecocardiograma se ofrecen en el sector privado y el sector público tiene acceso a ellos. Estamos colaborando con el sector privado para ofrecer atención sanitaria familiar y otros servicios. Así que actualmente estamos elaborando una parte muy importante del programa".



De izquierda a derecha: Dr. Bernadette Theodore-Gendi, Representante OPS/OMS, Guyana; Dr. Leslie Ramsammy, Ministro de Salud, Guyana; Dr. Jay MacAuliffe, CDC, Atlanta, GA; Dr. Priscilla Rivas-Loria, Asesora Regional en Reforma del Sector Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

“el Análisis le dio por fin sentido a todo [todos los documentos técnicos], apoyando la elaboración de un nuevo Plan Nacional de Salud. Como he afirmado una y otra vez, esto ha sido así, no solo hoy, sino cada vez que pude comprobar que el Análisis permitió consolidar este proceso. Es por ello que espero que este primer proceso de Análisis del Sector de la Salud en Guyana se pueda institucionalizar permitiendo su aplicación periódica”.

Como ocurre en la mayoría de los países con grandes regiones rurales, Guyana tiene dificultad para atraer a los profesionales de la salud a las zonas apartadas. Otra recomendación importante incluida en el *Análisis*, es que se provean incentivos a los prestadores de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades en las zonas rurales y remotas. Hoy en día no existe ningún programa de incentivos en Guyana; sin embargo, el Ministerio de Salud está revisando los contratos de los estudiantes que reciben financiamiento del gobierno para estudiar en el extranjero, con el objeto de garantizar que ellos presten servicio por un periodo determinado en una región rural cuando terminen su capacitación y regresen al país. A los aspirantes a becas del gobierno para estudiar medicina, originarios de zonas rurales, se les brinda consideración especial con la esperanza de que quieran regresar a su país para prestar servicio en sus comunidades. Para satisfacer la necesidad inmediata, el Dr. Ramsammy señaló que el Ministerio de Salud “contrató aproximadamente a unos veinte médicos de la India para finales de agosto de 2003, con lo que se espera mitigar la situación; sin embargo, atraer médicos y dentistas a estas zonas es una lucha constante”.

Otra recomendación derivada del *Análisis* Guyanés en cuestión, es la importancia de crear las *Cuentas Nacionales de Salud (CNS)* como mecanismo sistemático para evaluar cómo se generan y se gastan los recursos. Dichas cuentas son una herramienta importante para los formuladores de políticas ya que les permite determinar la manera de asignar los recursos en el sector de la salud. En Guyana, las *CNS* se han abordado como una estrategia piloto para modernizar aún más el sector público, lo cual comprende las cuentas nacionales de todos los sectores. Para establecer las primeras cuentas nacionales de salud del país, el Ministerio de Salud está colaborando con el Ministerio de Finan-

zas. El Dr. Ramsammy confía en que la producción sistemática de las cuentas nacionales de salud podría generarse en Guyana y actualmente está negociando con donantes la obtención de cooperación técnica internacional, con el objeto de aumentar la capacidad institucional en esta área.

Las recomendaciones también ofrecen un punto de partida para la planificación sanitaria y evaluar las áreas de posible cooperación técnica entre los donantes y organismos multilaterales con el país. El *Análisis del Sector de la Salud de Guyana* se llevó a cabo con la participación de todos los organismos técnicos y donantes. De hecho, se formó un grupo temático del sector de la salud —integrado por organismos donantes, organismos técnicos, personal del Ministerio de Salud y algunos participantes del sector privado— que se reúne trimestralmente para debatir los temas que surgen del *Análisis*. Esta práctica fomenta la coordinación entre los organismos, facilita la priorización, reduce la repetición de funciones y ofrece el análisis de la situación para documentos estratégicos futuros, tales como la Estrategia de Cooperación en los Países.

La Estrategia de Cooperación en los Países es una estrategia de mediano plazo, adaptable y específica para cada país, que proporciona el marco para la cooperación entre la OPS/OMS y un país determinado. Cuando se le pidió su opinión sobre el aporte del *Análisis* a la planificación estratégica de su ministerio, el Dr. Ramsammy respondió: “el *Análisis* le dio por fin sentido a todo [todos los documentos técnicos], apoyando la elaboración de un nuevo Plan Nacional de Salud. Como he afirmado una y otra vez, esto ha sido así, no solo hoy, sino cada vez que pude comprobar que el Análisis permitió consolidar este proceso. Es por ello que espero que este primer proceso de *Análisis del Sector de la Salud en Guyana*, se pueda **institucionalizar permitiendo su aplicación periódica”.**



Grupo de trabajo del Análisis del Sector Salud en Guyana.

LA EXPERIENCIA DEL ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD EN ALC

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL MEDIANTE LA GENERACIÓN COLECTIVA DEL CONOCIMIENTO

PRISCILLA RIVAS-LORIA Y PEDRO CROCCO
OPS/OMS

Durante los años noventa, los técnicos y encargados de la toma de decisiones en el sector de la salud en los países de la Región de las Américas se enfrentaban a la necesidad de diseñar proyectos de reforma del sector, negociar y defender sus propuestas para obtener financiamiento de socios no-tradicionales del sector salud, a saber, las instituciones financieras internacionales. Como resultado, los países de ALC comenzaron a percatarse que sus técnicos carecían de una comprensión integral del carácter multisectorial de la situación sanitaria de sus países, y que desconocían los factores determinantes del desempeño de su sistema sanitario. Simultáneamente, los procesos de seguimiento y evaluación de las reformas sanitarias¹ en la Región de las Américas confirmaban progresivamente la necesidad imperiosa de fortalecer la capacidad analítica del sector sanitario de los países. Por consiguiente, los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) comunicaron la necesidad de fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para analizar sus sectores sanitarios, sus recursos y su capacidad operativa.^{2, 3, 4, 5}



En el marco de la *Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en ALC*, la OPS/OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) se dieron a la tarea de responder a la necesidad de los países de fortalecer su capacidad de analizar los sistemas de salud. Como resultado, en 1996, se elaboró la primera edición de los *Lineamientos metodológicos para*

la realización de análisis sectoriales en salud.⁶ La versión más actualizada: *Análisis del Sector Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas*, será publicada en 2005.

¿QUÉ ES UN ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD?

El análisis del sector de la salud es un proceso colectivo y participativo cuyo objeto es fortalecer la capacidad de los responsables de formular las políticas y los técnicos del país para orientar y dirigir el sector sanitario. Este proceso contribuye a fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional.⁷ El proceso de análisis sectorial facilita la inclusión de los múltiples actores del sector sanitario en la identificación, interpretación y análisis colectivo de los datos esenciales del sector salud provenientes de fuentes de información secundarias ya existentes. Por tanto, no se precisa inversión financiera para recopilar información nueva.

El documento de análisis del sector describe la situación sanitaria de un país y proporciona una descripción de la manera como se organiza el sistema de salud. Esta descripción indica la calidad del funcionamiento del sistema, es decir, la atención adecuada de la situación sanitaria del país. El análisis también es una guía para identificar y seleccionar intervenciones indispensables para la formulación de políticas sanitarias y el desarrollo del sistema de salud. Mediante este proceso, se determinan y recomiendan políticas o planes, programas, proyectos e intervenciones para lograr las máximas repercusiones del sector sanitario en los objetivos y las prioridades de salud nacionales.

Al utilizar un proceso participativo multisectorial compartido, el análisis sectorial consigue que a los actores del sector sanitario se les ofrezca la misma oportunidad de identificar e interpretar los conocimientos sanitarios esenciales obtenidos de fuentes secundarias. El resultado es un volumen manejable de información útil y actualizada sobre: a) la situación sanitaria y sus factores determinantes y b) las funciones del sistema sanitario. Cada uno de estos temas ayuda a resumir los problemas, las estrategias y las acciones principales.

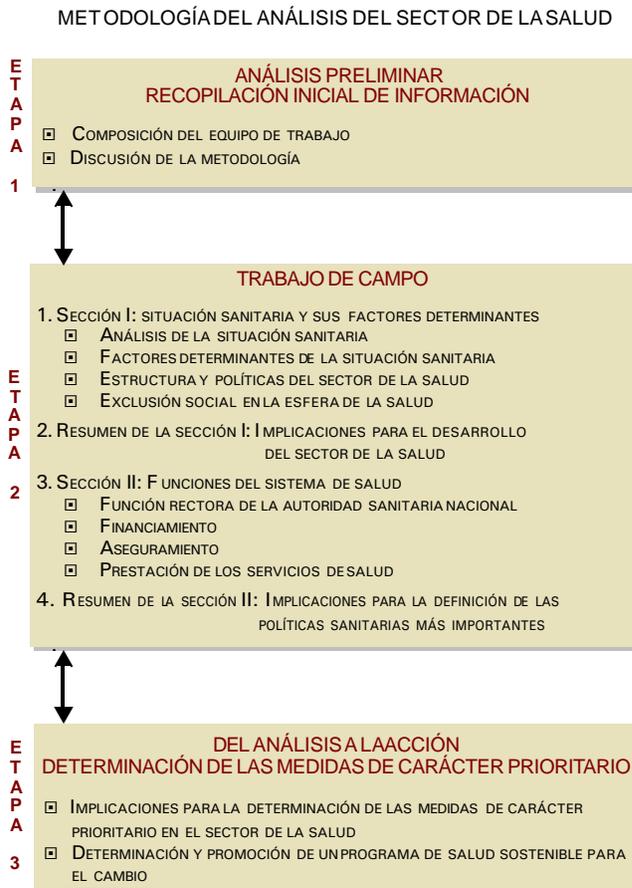
El análisis del sector de la salud utiliza un proceso participativo colectivo y fomenta el enfoque multisectorial de la salud. Facilita la evaluación sistemática de los desafíos, fortalezas y debilidades del sector, y constituye una base sólida para mejorar el desempeño del sistema sanitario. Igualmente, ayuda a reorientar, si es necesario, el proceso de reforma sectorial.

El proceso del análisis sectorial facilita el empoderamiento de los responsables de formular las políticas y de los técnicos en los niveles centralizados y descentralizados de los países, mediante los conocimientos que requieren para:

- 1 Determinar las políticas o intervenciones más apropiadas para maximizar el impacto del sector en la formulación y ejecución de los objetivos sanitarios nacionales;
- 2 Definir, por consenso, los problemas más importantes, las estrategias sanitarias más apropiadas y las medidas que ha de adoptar la autoridad sanitaria nacional, y
- 3 Sentar las bases para la formulación de los planes nacionales de salud basados en conocimientos y para los planes maestros de inversión.

MARCO METODOLÓGICO

Desde 1998, la metodología del análisis del sector de la salud ha sido objeto de revisiones continuas para incorporar las observaciones y la retroalimentación de reuniones de expertos, pruebas piloto y aplicaciones en los países. Como consecuencia, los avances conceptuales y metodológicos se han incorporado en el marco metodológico. El proceso de análisis se organiza en tres etapas sucesivas. Cada etapa se nutre de los resultados y el análisis de la etapa anterior. En la siguiente figura se presentan las tres etapas del análisis sectorial.



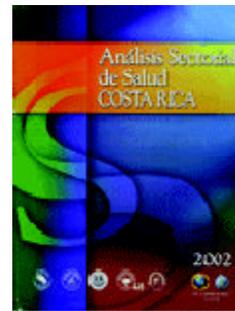
En la primera etapa del análisis se trata de hacer la evaluación más objetiva posible de la situación sanitaria del país y de los factores determinantes externos de dicha situación; así como considerar el sector salud y su relación con otros sectores en el país. La segunda etapa se centra en la evaluación de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional, el financiamiento y el gasto del sector sanitario, y la prestación de los servicios de salud. La etapa final del proceso es la determinación de las políticas y los planes, los programas, los proyectos y las intervenciones con miras a desarrollar el sistema y el sector salud.

APLICACIÓN Y RESULTADOS DEL ANÁLISIS SECTORIAL

El describir la situación sanitaria del país y el desempeño del sistema de salud, el análisis sectorial ha facilitado la formulación de las políticas sanitarias y la selección de las intervenciones más importantes para el desarrollo de los sistemas de salud y la reforma del sector sanitario en estos países.

PAÍSES DONDE SE HA IMPLEMENTADO EL ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD		
BOLIVIA	HAÍTÍ	PARAGUAY
ESTADO DE CHIHUAHUA, MÉXICO	PUERTO RICO	COSTA RICA
GUYANA	NICARAGUA	CUBA

En **Costa Rica**, la metodología del análisis sectorial se aplicó en 2002, al comienzo del gobierno actual, con la participación activa de más de cien representantes del sector sanitario. Las recomendaciones que surgieron del análisis se han utilizado como base para la elaboración de la Agenda Concertada Nacional y el Plan Nacional de Salud, y para negociar con el congreso costarricense el presupuesto nacional del sector sanitario.



El análisis del sector salud en Costa Rica se sustenta en una revisión crítica de sus componentes, con el fin de extraer los elementos necesarios para mejorar su quehacer, de frente al acontecer social, económico y tecnológico de la época y a las demandas de la población por servicios de salud accesibles y de calidad. En el marco de este análisis se parte del principio que la salud es un bien público fundamental y por lo tanto, indispensable para lograr el desarrollo humano sostenible.

Esta concatenación de esfuerzos, en el caso del sector salud, ha de regirse por los principios de la universalidad, la equidad, la solidaridad y la calidad de los servicios. Teniendo en consideración estos principios, uno de los objetivos del análisis sectorial es profundizar y poner al descubierto aquellos aspectos en donde el sistema de salud presenta fallas relevantes, con el propósito de introducir las correcciones posibles con el apoyo de los actores sociales llamados a la formulación de políticas. Finalmente, este análisis sectorial es un paso para la formulación de políticas de salud así como de los objetivos sanitarios, dirigidos a la reducción de las inequidades en salud.

En **Guyana**, el proceso de análisis sectorial fue vital para la formulación del Plan Nacional de Salud del país, que se elaboró conjuntamente con el análisis. El carácter abarcador del proceso analítico llevó a que los técnicos participaran y recopilaran información, trataran los temas principales, establecieran las prioridades de los objetivos de salud pública e hicieran recomendaciones en materia de políticas. Además, las recomendaciones validadas del análisis sectorial ofrecieron un punto de partida para determinar las áreas de cooperación técnica con organismos internacionales técnicos y donantes. En Guyana, todos los organismos técnicos y donantes

participaron en el proceso de análisis sectorial. Incluso, se estableció un grupo temático del sector salud para que abordara los temas que generó el proceso del análisis mencionado. Este grupo se reúne trimestralmente y cuenta con la participación de los organismos donantes y técnicos, el personal del Ministerio de Salud y representantes del sector privado.

El personal técnico de nivel medio pudo constatar que el resultado de todo esto [el proceso del análisis del sector de la salud] iba a ser, no sólo las recomendaciones, sino que habría un plan nacional de salud. Pienso que por eso había mucho más interés y participación. Por tanto, "ahora tenemos un plan de salud aprobado por el Gabinete para 2003-2007".

Dr. Leslie Ramsammy
Ministerio de Salud, Guyana
Entrevista de LACHSR, julio de 2003

En Haití, el proceso del análisis del sector de la salud facilitó que el país obtuviera nueva información analítica. A su vez, el país usó esta información en la negociación de los componentes del préstamo para la reforma sanitaria que le concedió el Banco Interamericano de Desarrollo. Las recomendaciones del análisis se incorporaron en el documento presentado por Haití a los donantes internacionales, en junio de 2004.



EL ANÁLISIS SECTORIAL Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

En los últimos años la cooperación internacional en el campo de la salud se ha tornado más compleja como consecuencia de la prioridad de las inversiones a nivel mundial, el cambio a perfiles de proyectos más especializados financiados por los bancos multilaterales de desarrollo, el aumento en la participa-

ción de los organismos bilaterales y la presencia de actores no tradicionales (como fundaciones privadas y fondos mundiales). Las iniciativas macroeconómicas que proponen las instituciones financieras internacionales para la negociación de la deuda externa y la reducción de la pobreza, como la iniciativa de los Países Pobres muy Endeudados (HIPC) y los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP, por su sigla en inglés), suelen contener componentes relacionados con la salud. Las actividades nacionales, regionales e internacionales para cumplir el compromiso mundial de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también ofrecen una oportunidad para mejorar los sistemas sanitarios.

En este contexto, la metodología del análisis del sector de la salud es mucho más que un instrumento útil, es un insumo esencial para la formulación de políticas sanitarias basado en la evidencia, en particular considerando que el nuevo entorno internacional del desarrollo sanitario exige un esfuerzo concertado para fortalecer las instituciones nacionales, la capacidad de gestión y la competencia de los recursos humanos.

Actualmente, el proceso del análisis del sector de la salud en Puerto Rico fue concluido; los resultados se publicarán y se difundirán a principios de 2005. Las autoridades sanitarias nacionales de Paraguay han solicitado una segunda aplicación, programada para abril de 2005. La OPS/OMS finalizará una versión actualizada de los lineamientos para el análisis del sector salud en el cual se incluyen las mejores prácticas y las lecciones aprendidas hasta el presente.

El proceso de análisis sectorial ha dado lugar a un conjunto de recomendaciones de políticas para el sector que ha servido de punto de partida importante para determinar las áreas de cooperación técnica para el país con organismos técnicos y donantes. Conforme a la experiencia obtenida hasta el momento con el análisis del sector salud en la Región, el consenso en torno a las recomendaciones ha mejorado la coordinación entre los organismos nacionales e internacionales y también ha contribuido a reducir la duplicación de esfuerzos para mejorar el desempeño de los sistemas de salud en la Región. ■

¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Lineamientos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud/ Seguimiento y evaluación de la reforma sectorial en los países de la Región*. Washington, DC: 2000. Disponible: <http://www.lachsr.org/es/profiles.cfm>.

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Implementación de las OEPP para el Cuadrenio 1991-1994*. Washington, DC: OPS/OMS; 1991:21.

³ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998*. Washington, DC: OPS/OMS; 1995.

⁴ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana 1999-2002*. Washington, DC: OPS/OMS; 1998.

⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Período 2003-2007. XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington, DC: OPS/OMS; 2002.

⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Lineamientos Metodológicos para la Realización de Análisis Sectoriales en Salud*. Washington, DC: OPS/OMS, Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS); 1996. (Serie de Reportes Técnicos No.6).

⁷ La principal institución del sector público encargada de llevar a cabo la función de autoridad sanitaria nacional es el ministerio de salud. En tal capacidad, el ministerio es la entidad primaria responsable de ejercer la función rectora del sector sanitario. No obstante, se ha observado que muchos países tienden a eludir la asignación de las responsabilidades de la función rectora en conjunto a un solo órgano institucional. En este caso, la autoridad sanitaria nacional está compuesta por un grupo de funcionarios sanitarios gubernamentales, lo cual conduce al desarrollo de mecanismos institucionales diversos y complementarios que facilitan el ejercicio de la función rectora por medio de instituciones más estratégicas, especializadas y ágiles. Para obtener más información, consúltese Levcovitz, E. *Capítulo 3: Análisis de la Estructura, Organización y Políticas del Sector Salud*. En: *Análisis de Sector Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas - Lineamientos Metodológicos*. Washington, DC: OPS/OMS; 2005. (Se publicará en breve.)

TENDENCIAS DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN ALC

¿ESTÁN PROGRESANDO LAS REFORMAS PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD?

PRISCILLA RIVAS-LORIA Y CAROLYN SHELTON
OPS/OMS

Hace diez años en la “Cumbre de las Américas” celebrada en Miami, los gobiernos de los países de América Latina y el Caribe identificaron la necesidad de contar con una red para apoyar las reformas del sector de la salud en curso mediante el análisis, la capacitación y otras medidas para el desarrollo de la capacidad nacional. En 1995, una reunión internacional sobre la Reforma del Sector de la Salud (RSS) en Washington, DC reafirmó esta necesidad. La creación de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud de ALC en 1997 entre la OPS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros socios colaboradores, junto con el establecimiento de un centro de diseminación de información sobre las reformas sanitarias, respondieron a este mandato.

Como parte de la Iniciativa, la OPS desarrolló lineamientos metodológicos para que los países pudieran elaborar el perfil de su sistema de salud y monitorear el progreso de sus reformas. En 1998, la OPS desarrolló, en cooperación con los países de la Región, los “Lineamientos para la elaboración de perfiles del sistema de salud para los países de la Región de ALC”. Desde entonces, casi 35 perfiles de sistemas de salud del país han sido elaborados por equipos nacionales del sector salud y sometidos a instituciones académicas nacionales de salud pública para su debida revisión por pares. Debido a los cambios políticos y la evolución en los procesos de reforma, un porcentaje grande de países han actualizado sus perfiles y completado una segunda edición.

Basado en los perfiles de los sistemas de salud, el “Análisis regional de la reforma del sector de la salud en la Región de ALC”, consolida, compara y examina las semejanzas, las diferencias y especialmente el progreso de los países en sus procesos de reforma del sector de la salud. El Análisis se basa exclusivamente en la información suministrada por las autoridades nacionales de salud de los países en sus respectivos perfiles de sistemas de salud. El documento está disponible en la página electrónica de la Iniciativa de Reforma, www.lachsr.org.

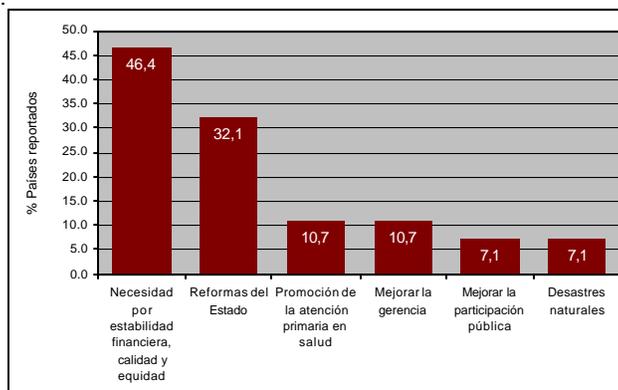
ORIGEN DE LAS REFORMAS

Dado que la Región, como un todo, representa una diversa variedad de culturas, idiomas, niveles de desarrollo socioeconómico e índices de salud, estas diferencias también se reflejan en las reformas actualmente en marcha en cada país. A pesar de las diferencias en el proceso, el diseño y el contenido de las reformas, existen semejanzas sorprendentes en la Región. Por ejemplo, la mayoría de los países en la Región comenzaron sus reformas en los años noventa, con la excepción de Brasil y México quienes las iniciaron en los años sesenta y ochenta, respectivamente.

FACTORES REPORTADOS PARA INICIAR LA REFORMA

La necesidad de atención de salud de calidad, accesible y equitativa para toda la población ha impulsado la reforma en la mayoría de los países de la Región. El gráfico 1 ilustra que casi la mitad de los países en la Región iniciaron una reforma del sector de la salud que buscaba la estabilidad financiera, la calidad y la equidad en el sistema de salud. Esta meta ha resultado ser un reto enorme para países de ALC.

GRÁFICO 1: FACTORES REPORTADOS PARA INICIAR LA RSS
N=28 PAÍSES



Dado que la equidad es un pilar de los objetivos de reforma del sector de la salud, la mayoría de los países de ALC han efectuado enmiendas constitucionales para defender el derecho a la salud para todos; no obstante, cómo este derecho se manifiesta, varía ampliamente. El término “*derecho a la salud*” se define en cada país de modo diferente, variando desde definiciones explícitas hasta terminologías generales, como “*protección de salud*” y “*seguridad social por el estado*” en otros países.

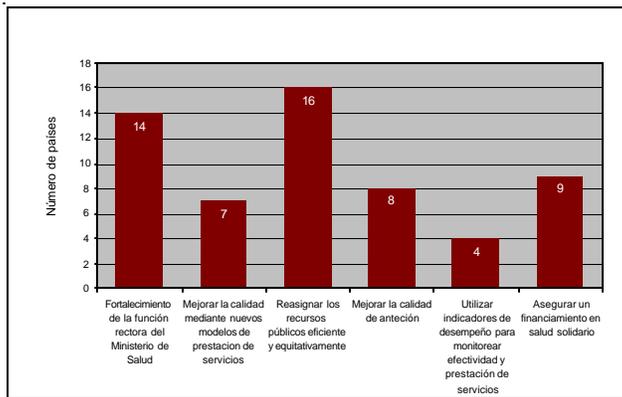
Debido a que muchos países están implementando medidas de ajuste estructural económico y reformas estatales, la salud se ha incorporado en los procesos de modernización del Estado. Por consiguiente, están produciéndose cambios simultáneos dentro de las estructuras del gobierno y los sistemas de prestación de asistencia sanitaria los cuales repercuten en la eficacia y la eficiencia general del proceso de reforma. Casi un tercio de los países de ALC reportaron que iniciaron el proceso de reforma del sector de la salud como resultado de las reformas estatales a nivel macro focalizadas en la reducción de los gastos públicos.

Un menor número de países citó los desastres naturales como el factor que impulsó las RSS. Por ejemplo, en Montserrat, la reforma del sector de la salud se inició después de una erupción volcánica que trajo un crecimiento económico negativo, nivel alto de desempleo y emigración del 60% de la población.

OBJETIVOS DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

La mayoría de los países informaron haber desarrollado programas específicos como producto de las reformas. El gráfico 2 muestra los objetivos de las reformas del sector salud citados por los países en sus perfiles de sistemas de salud.

GRÁFICO 2: OBJETIVOS DE RSS REPORTADOS
N=35



DISEÑO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD (RSS)

El diseño del proceso de reforma en la mayor parte de la Región fue impulsado por el Ministerio de Salud (MS) con apoyo técnico y financiero de organizaciones internacionales como la OPS/OMS, la USAID, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial. Aunque la mayoría de los países informan que el MS ha ejercido la función de liderazgo en el diseño de las reformas sanitarias, el sector económico condujo el inicio de las reformas sanitarias en países tales como Nicaragua. Además de la participación de los donantes, las organizaciones no gubernamentales internacionales también han desempeñado funciones significativas.

PLANES DE ACCIÓN

Los países informaron que al momento de presentar los perfiles de los sistemas de salud no se habían definido planes de acción con metas cuantificables, cronograma y responsabilidades. Tres países enfatizaron la existencia de planes de acción detallados incluyendo metas específicas, cronogramas y responsabilidades para la ejecución de las reformas. Chile informó sobre la formulación de un plan de acción que esboza las acciones de política con metas cuantitativas. Aunque Bolivia y Ecuador han demostrado voluntad política para la implantación de RSS, no se ha definido la ejecución, metas, cronograma o responsabilidades. Sólo Colombia informó que

los criterios de evaluación se habían definido en la etapa de inicio del proceso de reforma.

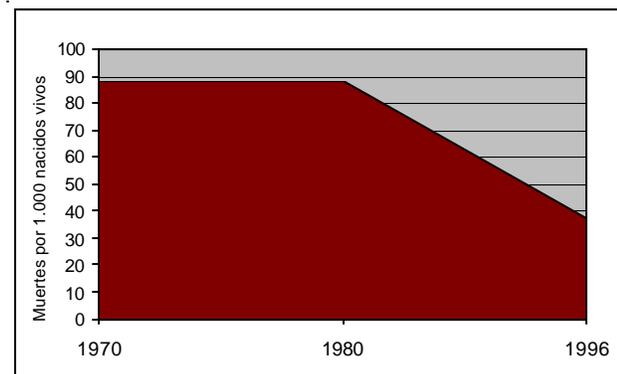
Por consiguiente, mientras muchos países han identificado los objetivos de RSS, las reformas se han ejecutado en muchos casos sin metas cuantificables específicas. Sin la existencia de un plan de acción estratégico que defina las responsabilidades y cronograma, la evaluación del desempeño del sistema de salud será casi imposible. **Los países de la Región necesitan priorizar la planificación e instrumentos de desempeño en el momento de diseñar las reformas.**

IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Pocos países reportaron evidencia clara sobre cómo la RSS ha influenciado la efectividad y la calidad general del sistema de salud. No obstante, indicadores como la mortalidad infantil y materna utilizados para monitorear estos objetivos han mejorado en algunos países. Brasil fue el único país que atribuyó una conexión directa entre la mejora en la tasa de mortalidad infantil (TMI) y los procesos de reforma del sector de la salud (gráfico 3).

Se reconoce que es difícil evaluar la sostenibilidad de las reformas sanitarias debido a su naturaleza reciente y la ausencia generalizada de sistemas de monitoreo para evaluarlos. Sin embargo, es alentador que en algunos países se estén implantando actualmente mecanismos para vigilar la sostenibilidad financiera del sector salud mientras que también están monitoreando su capacidad para desarrollar sistemas de salud sostenibles, a pesar de las limitaciones que obstaculizan este proceso.

GRÁFICO 3: BRASIL VINCULA LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL A LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD



PARTICIPACIÓN SOCIAL

En general, los países reportaron participación limitada de la población, específicamente en las etapas iniciales del proceso de reforma. Sin embargo, en Colombia participaron diferentes grupos de interés durante las fases iniciales del proceso de reforma. Ecuador y Bolivia establecieron leyes para ordenar legalmente la participación social en el proceso de toma de decisiones. En Brasil, casi todos los municipios y los estados formaron consejos de salud compuestos por trabajadores de sa-

lud y usuarios de los establecimientos de salud, para participar en las discusiones sobre reforma sanitaria. En Honduras, el proceso de negociación incluyó a la Asociación de los Municipios, el sector académico, la empresa privada, la sociedad civil, legisladores y responsables de formular la política en salud.

¿HACIA DÓNDE SE DIRIGE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ALC?

Los evidencia recopilada del seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector salud en ALC, muestra que a pesar de los logros en el aumento de la cobertura y mejoras en la eficiencia de la prestación de servicios de salud, muchos de los resultados propuestos por las reformas del sector salud no se han materializado plenamente. La evidencia mencionada indica que se requiere un sólido compromiso político con el desarrollo sanitario nacional para la reforma del sector de la salud y el desarrollo de sistemas de salud, para tener un efecto positivo. Dentro de este contexto, las Autoridades Sanitarias Nacionales en la Región se enfrentan cada vez más con cambios significativos en la organización del sector de la salud, con una tendencia hacia la separación de las funciones y la fragmentación del sistema de salud. Esto ha conducido a una mayor demanda por los países de la Región de ALC de apoyo técnico y orientación para mejorar el liderazgo y la capacidad institucional de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Aunque los procesos de RSS han estado centrados en la mejora del desempeño de los sistemas de salud, concentrándose en la reducción de inequidades en el acceso a los servicios, el financiamiento de la atención de la salud y la promoción de la calidad de atención, hasta la fecha los resultados obtenidos son cuestionables.

Igualmente la *salud pública* ha estado ausente de la agenda de Reforma del Sector Salud, en consecuencia, *la mejora de la práctica de la salud pública y el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales* ha sido relegada. Esto ha motivado a un consenso^{1,2,3,4} sobre la necesidad de desarrollar los sistemas de salud y mejorar el desempeño de los sistemas de salud a través de *estrategias efectivas y acciones para fortalecer la Función Rectora y las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)*.^{5,6}

Como parte de sus esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud en el marco de las estrategias de Desarrollo de Salud Nacional, la USAID y la OPS/OMS firmaron un convenio regional de tres años por US\$20 millones, en septiembre de 2004. La meta prioritaria del componente de Reforma del Sector Salud del convenio, es mejorar el desempeño de sistemas de salud mediante la formación de capacidad en salud pública, el desarrollo integral de recursos humanos para la salud, y el desarrollo de los sistemas de salud y la infraestructura de salud pública de una manera equitativa, eficiente y sostenible. Por lo tanto las actividades se centran en tres áreas estratégicas, a saber:

- ▣ Funciones esenciales de salud pública, infraestructura y servicios de salud pública.
- ▣ Fortalecimiento de la función rectora del sector de la salud.
- ▣ Temas transversales entre reformas, salud materno-infantil y enfermedades infecciosas.

Para más información con respecto al convenio conjunto, sírvase referirse a: <http://www.lachsr.org>.

¹ Pan American Health Organization/World Health Organization (OPS/OMS), LACHSR Regional Initiative. *Scaling Up Health Systems to Respond to the Challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, LACHSR Regional Initiative; 2003. (Edición Especial #8).

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Salud Pública en las Américas*. Washington, DC: OPS/OMS; 2002.

³ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPS/OMS; 2001.

⁴ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial*. Washington, DC: OPS/OMS; 1997. (XL Reunión del Consejo Directivo: Documento CD40/13).

⁵ Para ver un listado completo de las FESP referirse a la página 2 (Editorial) de este boletín.

⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial*. Washington, DC: OPS/OMS; 1997. (XL Consejo Directivo: Resolución CD40.R12).

LOS RECURSOS HUMANOS Y LOS SISTEMAS DE SALUD ANTE UNA NUEVA PERSPECTIVA DE DESARROLLO

PEDRO E. BRITO Q.
OPS/OMS

El decenio de los 1990 estuvo marcado por una ola de transformaciones en los sistemas de salud orientadas por una lógica principalmente económica y operativa. Estos cambios dejaron huellas profundas en general en los sistemas sociales y en particular en los sistemas de salud y educación. Estas transformaciones, que apuntaban a un importante cambio en el rol del Estado, se centraron en aspectos de la estructura del sistema de servicios de salud, modificándolo a través de la descentralización, la separación de los roles de financiamiento y prestación y la introducción de mecanismos de mercado, entre otras medidas.

Sin embargo, un conjunto de problemas importantes como la falta de equidad en el acceso a los servicios, el descuido de los aspectos de salud colectiva, el bajo grado de autonomía de los países, específicamente de las autoridades sanitarias para conducir el sector y fortalecer el desarrollo de los recursos humanos de salud, persisten e inclusive han emergido con mayor fuerza configurando los puntos de una agenda pendiente focalizada al desarrollo nacional de la salud durante los próximos años. En el campo de los recursos humanos de salud, al igual que en otros temas del desarrollo social, confluyen exigencias de problemas antiguos y nuevos, tales como:

DESEQUILIBRIOS ENTRE LA DISPONIBILIDAD Y LA DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO

Existen importantes desequilibrios entre la disponibilidad y la distribución del recurso humano en salud y por lo tanto en la Región no se cuenta hoy con el tipo, calidad y asignación de recursos humanos que se requiere para cubrir sus necesidades de salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

En el año 2000, 20 países de la Región superaron los estándares del Plan Decenal de las Américas de 1971 (8 médicos por 10.000 habitantes).¹ Pese a este aumento global, la distribución continúa siendo el problema más grave en la Región, ya que se mantienen altos niveles de concentración urbana de profesionales de la salud.

DESEQUILIBRIOS EN LA OFERTA EDUCATIVA

En las últimas tres décadas, en América Latina se ha registrado un incremento en la oferta educativa, tanto en el número de facultades como de programas de formación profesional. En un marco de máxima austeridad para la educación pública, el número de escuelas de Medicina, principalmente privadas, se ha multiplicado por cinco en los últimos 40 años. Igualmente, la oferta de educación de postgrado y de educación continua con una lógica empresarial, se ha multipli-

cado sin control sin que a la par se hayan establecido sistemas nacionales para vigilar la calidad y reflexionar en el destino laboral de los nuevos graduados.

La super especialización es una de las tendencias más consistentes en la Región. En un estudio de ocho países seleccionados² se observa un rango de especialidades reconocidas que va de 38 en Chile a 91 en Costa Rica. La especialización en áreas de cirugía y clínica en general, concentran desde un 45% de los residentes médicos en Argentina, hasta un 82% en Panamá.

Así mismo, con estos procesos de evaluación e intentos de cambio en los procesos de formación, se ha ido consolidando una mejor comprensión de la educación como un continuo que no solo incluye las fases de formación inicial (general y de especialización), sino también la dimensión educativa inherente al ejercicio establecido de la práctica profesional.

DETERIORO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD E IMPACTOS EN LA GOBERNABILIDAD DEL SECTOR

Varios estudios demuestran la transformación del sistema de empleo en salud. En la última década, éste ha evolucionado hacia la precarización del empleo y la proliferación de sistemas de contratación e incentivos, determinando un deterioro en las condiciones de trabajo del recurso humano en salud y un impacto negativo en la calidad del trabajo mismo.

Los impactos de las crisis fiscales y las reformas, con largos e inconclusos procesos de modernización institucional, se han traducido en una resistencia de los hombres y mujeres que trabajan en los servicios públicos y en especial en salud, expresándose en conflictos y dificultades en la gobernabilidad del sector.

Un estudio de las organizaciones sindicales y profesionales en el sector salud en la Región³ que permitió instalar un sistema de monitoreo de conflictos, recogió la información de 37 conflictos de alcance nacional en 12 países de la Región, en el año 2003.

Los países no valoran sus recursos humanos como uno de sus activos más importantes y por lo tanto no cuentan con marcos legales, recursos o iniciativas capaces de retener y reforzar la fuerza de trabajo requerida para responder a las necesidades de salud de sus poblaciones. Los procesos migratorios develan esta deficiencia cada día con mayor claridad.

DESAFÍOS FUTUROS

Después de una década de olvido, actualmente existe un consenso mundial sobre la centralidad de los asuntos de recursos humanos en las transformaciones de los sistemas de salud. Una iniciativa global, *The Joint Learning Initiative (JLI)*,⁴ que reunió durante dos años a un conjunto de actores globales, agencias y donantes para definir una agenda de acción, pretende colocar ahora esta agenda en la discusión de los líderes políticos.

La Organización Mundial de la Salud ha definido que el Día Mundial de la Salud de 2006 se centrará en el punto más débil de los sistemas de salud, los recursos humanos en salud, impulsando la necesidad de una acción colectiva para reforzar las carencias cuali-cuantitativas de personal que toman dimensiones trágicas en las regiones azotadas por la Malaria y otras enfermedades.

Se espera lanzar una ofensiva de largo alcance para intervenir en problemas tales como la escasez de personal, las migraciones no controladas de profesionales, las dificultades para retener el personal y la adecuación de la distribución y capacidades a las necesidades de la población. Un resultado previsto es que esta ofensiva se concrete en una década de trabajo sostenido para desarrollar los recursos humanos en salud.

La OPS/OMS se encuentra en la primera línea de estas acciones produciendo evidencia que ha servido de insumo para el desarrollo de las buenas prácticas en el desarrollo de los Recursos Humanos.^{5,6} Su objetivo se ha centrado en apoyar técnicamente los esfuerzos de los países para establecer

procesos sostenibles de consenso político a través de sus Observatorios de Recursos Humanos en Salud.⁷ Además de acompañar los procesos de construcción de capacidades institucionales mediante una cooperación focalizada en las necesidades de los países e impulsar procesos de reorientación de la enseñanza y la práctica de las profesiones de salud y la salud pública.

Recientemente el Consejo Directivo de la OPS/OMS, emitió un mandato específico reforzando la centralidad de las políticas de recursos humanos en la Región,⁸ con proyecciones hacia:

- ▣ La necesidad de establecer articulaciones permanentes con las autoridades nacionales de educación y de trabajo para concretar transformaciones con enfoque multi-sectorial.
- ▣ La construcción de agendas sub-regionales que se deriven de la realidad de mercados ampliados de trabajo que van más allá de las fronteras nacionales y vinculadas a las migraciones del personal.
- ▣ La intensificación de esfuerzos en países clave, donde los recursos humanos son la base de un fortalecimiento necesario de las instituciones de salud.

Es la intención de la OPS/OMS tomar este mandato como guía de acción y marco para renovar el compromiso de los trabajadores y de las organizaciones de la salud, para lograr una atención de alta calidad humana y una práctica de alto nivel científico y profesional.■



<http://www.lachsr.org/observatorio/esp/>

¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile 2-9 de Octubre de 1972.* Washington, DC: OPS/OMS; 1973. (Documento Oficial No. 118).

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Especialidades Médicas en América Latina: Análisis de su Disponibilidad e Institucionalidad en 8 Países Seleccionados.* Washington, DC: OPS/OMS; diciembre de 1999. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 22.).

³ Scavino, Julio J. *Panorama de Organizaciones de Profesionales y Trabajadores de la Salud en las Américas.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; noviembre de 2003. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 35.).

⁴ La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto, *the Joint Learning Initiative (JLI)*, por sus siglas en inglés, una red de líderes mundiales en salud, fue lanzada por la Fundación Rockefeller y fue apoyada por la secretaria de la Iniciativa Mundial de Equidad de la Universidad de Harvard (GEI).

⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Iniciativa Regional LACRSS. *Estabilidad y Remuneraciones: El Personal de Salud del Ecuador a Inicios del Siglo XXI.* Washington, DC: OPS/OMS, Iniciativa Regional LACRSS; 2004. (Edición Especial No. 10).

⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Iniciativa Regional LACRSS. *Profesionalización de Auxiliares de Enfermería en América Latina.* Washington, DC: OPS/OMS, Iniciativa Regional LACRSS; enero de 2005. (Edición Especial No. 13).

⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 27 de Septiembre - 1 de Octubre de 2004.* Washington, DC: OPS/OMS; 2004. [XIV Consejo Directivo: Resolución CD45/9 (Esp.).]

⁸ Ibid.

USO DEL APRENDIZAJE MIXTO PARA FORTALECER LA ADMINISTRACIÓN Y EL LIDERAZGO EN LATINOAMÉRICA

S. JOHNSON Y J. SELTZER
MSH

El Programa de administración y liderazgo, Management Sciences for Health (M&L, por su sigla en inglés), ha fortalecido el liderazgo y la administración en Latinoamérica con el uso innovador de las comunicaciones electrónicas para dar apoyo a gerentes en todos los niveles. Dos programas de aprendizaje mixto financiados por la USAID —el Programa virtual de desarrollo de liderazgo y el Programa de planes de negocios— combinan el aprendizaje presencial con el asesoramiento personal continuo utilizando tecnologías electrónicas. El programa M&L ofrece a los gerentes enfoques para abordar el desarrollo gerencial y del liderazgo que pueden adaptarse a sus estilos de aprendizaje personales y su contexto institucional.

PROGRAMA VIRTUAL DE DESARROLLO DE LIDERAZGO (VLDP)

El Programa virtual de desarrollo de liderazgo (VLDP) es un programa interactivo basado en Internet que ayuda a los gerentes de establecimientos de salud a fortalecer sus destrezas y aptitudes de liderazgo, enfocando retos que afectan a sus propias organizaciones. Los participantes en el programa VLDP han mejorado el desempeño de los equipos de trabajo, abordado críticos interrogantes en sus centros de trabajo, iniciado cambios organizativos y mejorado los resultados institucionales. Equipos enviados por ministerios de salud, ONG y otras instituciones en toda Latinoamérica han terminado con éxito el programa.

EL RETO: LAS NECESIDADES EMERGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD

En el ambiente rápidamente cambiante del sector de salud de hoy, tanto las organizaciones como los gobiernos requieren un fuerte liderazgo para vérselas con recursos cada vez más escasos, nuevos problemas de salud, y circunstancias políticas y económicas variables. Las formas tradicionales de desarrollar la capacidad institucional, entre ellas el envío de elementos específicos del personal a talleres y cursos realizados fuera del centro de trabajo, pueden ser tanto lentas como costosas y tienen el potencial para desbaratar los servicios. Otras desventajas de los enfoques tradicionales incluyen una orientación más teórica que práctica y la participación de un número demasiado reducido de personal de la misma organización. Es probable que los participantes encuentren difícil generar apoyo al cambio institucional, y su aprendizaje no se beneficia de las perspectivas de personas de otros países e instituciones con problemas similares.

LA RESPUESTA: DESARROLLO CONTINUO DE LA ADMINISTRACIÓN Y EL LIDERAZGO

En respuesta a la demanda de organizaciones de atención de salud tanto públicas como privadas de contar con medios de desarrollo gerencial y de liderazgo que sean prácticos, accesibles y eficaces en función de los costos, MSH diseñó su Programa virtual de desarrollo de liderazgo. El programa, que tiene una duración de 12 semanas, consiste de un módulo inicial, cinco módulos de desarrollo de liderazgo y un último módulo para reflexión y evaluación. Cada equipo participa utilizando el sitio del VLDP en Internet, un disco CD-ROM y un cuaderno impreso. Concluido el programa, los participantes se afilian a una red virtual denominada LeaderNet, por cuyo medio reciben asesoramiento individualizado y apoyo para continuar atendiendo sus retos.

Facilitadores virtuales apoyan a los equipos de las diferentes organizaciones a medida que avanzan por los módulos hasta abordar los retos reales que enfrentan en sus organizaciones. Se inscriben equipos completos, de manera que se representan todas las destrezas necesarias para abordar diferentes tipos de reto y los miembros de los equipos pueden trabajar juntos para iniciar cambios en sus organizaciones. Los participantes identifican y abordan estos retos, examinan sus destrezas y estilos de liderazgo individuales, y aprenden a mejorar sus actuaciones como gerentes y como equipos.

USO DEL APRENDIZAJE MIXTO PARA ABORDAR RETOS INSTITUCIONALES

Los retos tratados por los equipos incluyen la diversificación de las fuentes de financiamiento, la institucionalización de un programa de seguridad de la calidad, y el rediseño del proceso de referencia de pacientes. Personal de MSH facilita el programa, proporcionando apoyo y retroalimentación a los participantes por medio de correspondencia electrónica, llamadas telefónicas y mensajes colocados en el sitio del programa en Internet.

La facilitación proporcionada por expertos es crítica para el éxito del programa. Facilitadores con experiencia trabajan en estrecha colaboración, rotando la responsabilidad por los servicios de facilitación. Diariamente, estos facilitadores colocan avisos, ya sea para llamar la atención a un tema determinado en la lectura asignada, comentar sobre las discusiones de los participantes, o plantear preguntas estimulantes. Asimismo, revisan y responden a las tareas realizadas por los equipos y dan retroalimentación sobre los avances de cada uno hacia la resolución de su reto institucional.

El desarrollo virtual del liderazgo en Honduras

ASHONPLAFA es una filial de la FIPF que por más de 20 años ha proporcionado servicios de educación y salud reproductiva a nivel de clínica y comunidad a través de sus seis centros regionales. El equipo gerencial de mayor jerarquía de ASHONPLAFA participó activamente en el programa VLDP. El reto escogido por el equipo para ser tratado fue el de “desarrollar estrategias de mercadeo” para su ONG. Desde que terminó el programa VLDP, el equipo ha creado un nuevo programa de mercadeo en su organización, con indicadores de mercadeo y una base de datos. Debido a su alto grado de satisfacción con el programa, las autoridades de ASHONPLAFA inscribieron en el programa a otros dos equipos gerenciales. Desde la conclusión del segundo programa, en junio de 2003, los participantes han continuado trabajando con sus retos, que ahora incluyen el mejoramiento de la logística farmacéutica y la calidad de los espejuelos. También se han inscrito para recibir asesoramiento virtual, lo que les permitirá así continuar recibiendo apoyo y retroalimentación de MSH sobre las mejores formas de abordar sus retos.

“Felicitaciones a los coordinadores. Nos ayudaron a reconocer nuestros aspectos fuertes y débiles para así mejorar nuestro desempeño personal e institucional.” —Humberto Cerrato, ASHONPLAFA, Honduras

POSIBILIDADES DE REPLICACIÓN

El programa VLDP se desarrolló en español para su realización en Latinoamérica y ha sido traducido al portugués y al inglés. Los materiales para el programa, que incluyen el cuaderno y el disco CD-ROM, hacen posible participar incluso en ausencia de una buena conectividad. El programa es adecuado para equipos gerenciales de alto nivel en instituciones del sector público y ONG, así como para gerentes en niveles descentralizados.

El programa VLDP puede presentarse ya sea simultáneamente a varias organizaciones o a dos o más equipos de una sola institución. Puede ofrecerse a gerentes de programas de salud reproductiva, VIH/SIDA o control de la tuberculosis o de otros programas de salud. Las actividades del programa relacionadas con la capacitación y el desarrollo del liderazgo pueden integrarse fácilmente con otras actividades de capacitación y asistencia técnica en el área de desarrollo gerencial y del liderazgo, y pueden adaptarse a las necesidades específicas de las instituciones clientes.

Por medio del programa VLDP, el aprendizaje mixto apoya de manera eficiente y eficaz a los gerentes que dirigen organizaciones de servicios de salud. Los participantes que evaluaron el primer programa VLDP consideraron que el programa es estimulador e innovador y que les apoyó en sus esfuerzos de enfrentar sus retos institucionales. Un participante comentó que “*El programa ayudó a consolidar la necesidad de enfrentar este reto. El programa nos motivó o impulsó para que lo abordáramos de frente*”.

PROGRAMA DE PLANES DE NEGOCIOS MSH (BPP)

El Programa de planes de negocios (BPP, por su sigla en inglés) de MSH ayuda a ONG a ampliar y diversificar sus fuentes de fondos para que puedan financiar el desarrollo e introducción de nuevos productos y servicios que satisfagan las necesidades de sus clientes. Este programa, denominado “El arte de diseñar un plan de negocios para un retorno social sobre la inversión”, capacita a organizaciones para

que desarrollen planes de negocios que adelanten sus misiones. Durante el programa, los participantes aprenden a captar y consolidar ideas innovadoras, identificar mercados meta y estrategias de mercadeo, identificar el mejor personal para desarrollar las ideas, y atravesar los diversos aspectos financieros de un plan de negocios, entre ellos la proyección de los retornos sociales y de algunos rendimientos financieros.

EL RETO: DIVERSIFICAR LOS FLUJOS DE FONDOS Y LOS RIESGOS FINANCIEROS

En el ambiente rápidamente cambiante del sector de salud de hoy, tanto las organizaciones como los gobiernos requieren un fuerte liderazgo para vérselas con recursos cada vez más escasos, nuevos problemas de salud, y circunstancias políticas y económicas variables. Las formas tradicionales de desarrollar la capacidad institucional, entre ellas el envío de elementos específicos del personal a talleres y cursos realizados fuera del centro de trabajo, pueden ser tanto lentas como costosas y tienen el potencial para desbaratar los servicios. Otras desventajas de los enfoques tradicionales incluyen una orientación más teórica que práctica y la participación de un número demasiado reducido de personal de la misma organización. Es probable que los participantes encuentren difícil generar apoyo al cambio institucional, y su aprendizaje no se beneficie de las perspectivas de personas de otros países e instituciones con problemas similares.

LA RESPUESTA: DISEÑO DE PLANES DE NEGOCIOS PARA OBTENER RETORNOS SOCIALES

Muchas ONG enfrentan reducciones del financiamiento que reciben de sus donantes tradicionales y necesitan diversificar sus flujos de fondos. Por ejemplo, PROCOSI, una red de salud boliviana integrada por ONG nacionales e internacionales, se dedica a mejorar la salud de las poblaciones más necesitadas, especialmente los niños y las mujeres, mejorando la coordinación institucional, fortaleciendo las instituciones afiliadas, y promoviendo la puesta en vigencia de

políticas nacionales de salud que sean eficaces. El apoyo financiero recibido por PROCOSI, proporcionado principalmente por la USAID, permitió que esa organización otorgara subdonaciones a organizaciones afiliadas. Esas donaciones representaron entre el 5% y el 80% del financiamiento anual total de los miembros. A medida que la USAID elimina progresivamente su financiamiento, si los miembros de PROCOSI no diversifican sus fuentes de fondos, tendrán que depender cada vez más de clientes con capacidad de pago para recuperar sus costos.

USO DEL APRENDIZAJE MIXTO PARA DESARROLLAR LA CAPACIDAD

El programa BPP combina metodologías presenciales y electrónicas para permitir que las organizaciones participantes desarrollen capacidades especializadas para la elaboración de planes de negocios. Durante el programa, los participantes desarrollan planes de negocios estudiados y adquieren destrezas que pueden aplicar al diseño de planes de negocios en el futuro.

El programa BPP consiste de 6 módulos independientes presentados en un disco CD-ROM. Cada módulo contiene preguntas, tareas y materiales de referencia, y culmina en la finalización del plan de negocios. Después de una orientación presencial de una semana sobre el programa, los participantes vuelven a sus lugares de trabajo, donde preparan borradores de secciones determinadas de sus planes de negocios a la vez que consultan vía correo electrónico con un revisor asignado. Los revisores son expertos en contenidos que asesoran a los participantes y abordan sus preguntas y dudas antes de dar los últimos toques a la versión final de cada sección. Un equipo integrado por entre tres y seis personas de cada organización elabora el plan de negocios, solicitando ayuda de otros en su organización de acuerdo a la necesidad. Un capitán de equipo supervisa la finalización de las tareas y se comunica con el revisor asignado al equipo.

POSIBILIDADES DE REPLICACIÓN: ESTABLECIMIENTO DE SOCIOS DEL PROGRAMA

El modelo para la replicación del programa incluye tres pasos:

- ▣ MSH identifica una o dos ONG en la región para recibir capacitación como socios del programa. Estos socios deben gozar de una sólida reputación por realizar programas de administración y liderazgo tecnológicamente modernos en la región y contar con suficiente personal para participar en el programa e incorporarlo en sus actividades de consultoría.
- ▣ Los socios del programa participan en el programa BPP y reciben capacitación y materiales para ejecutar el programa con otros grupos en la Región.
- ▣ Los socios del programa promocionan y ejecutan el programa BPP con organizaciones en su región dedicadas al mejoramiento de la salud pública en el mundo en desarrollo. MSH proporciona a los socios materiales actualizados, ayudas didácticas y posibles contactos en el mercado.

El modelo comercial del programa BPP ofrece a los socios del programa tres flujos potenciales de ingresos: financiamiento para sus planes de negocios, ingresos generados por las ventas de los productos y servicios introducidos a sus comunidades meta, e ingresos para cubrir los costos provenientes de las cuotas de inscripción en el programa BPP.

Muchos de los participantes en el programa BPP han recibido financiamiento para sus planes de negocios. Por ejemplo, el Ministerio de Municipalidades está considerando un contrato con PROCOSI para ofrecer el programa BPP a más de 300 funcionarios municipales. PROCOSI ya ha recibido solicitudes de ejecutar el programa BPP en Brasil, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay. Por otro lado, APROSAR ha recibido una donación por un monto considerable para el desarrollo y producción de su manual.

El uso del aprendizaje mixto ha fortalecido la capacidad de las organizaciones afiliadas a PROCOSI a ampliar sustancialmente su base de financiamiento a la vez que mejoran su capacidad para generar un impacto significativo sobre la salud de las comunidades pobres de Bolivia, adaptando programas para satisfacer sus necesidades específicas. Uno de los participantes declaró que “*este programa de planificación de negocios nos permite reflexionar en detalle no solo sobre lo que son nuestras organizaciones hoy, sino también sobre lo que podrían ser mañana*”.

Una organización boliviana sin fines de lucro genera una idea innovadora

Bolivia tiene dos sistemas de salud bien definidos: el sistema médico de occidente y el sistema médico de la población indígena. En Oruro, una ciudad del altiplano boliviano, más del 80% de la población consulta exclusivamente con curanderos tradicionales. A pesar de la relación complementaria que une la medicina tradicional con la medicina de occidente, el sistema médico boliviano no contempla un mecanismo que permita que los facultativos de cualquiera de los sistemas aprenda de las experiencias del otro, y viceversa.

La Asociación de Promotores de Salud de Area Rural (APROSAR) busca abordar esta falta de fertilización cruzada. APROSAR, una organización sin fines de lucro, se propuso desarrollar y producir un manual que incluirá referencias cruzadas entre las normas y tratamientos tradicionales y los de occidente. El manual ayudará a instruir a los facultativos para que ofrezcan tratamientos de una manera culturalmente sensible a la vez que aumentan los grados de seguimiento de los tratamientos.

DETERMINANDO LOS EFECTOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LOS SISTEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE AMÉRICA LATINA

EDGAR BARILLAS
MSH^{PLUS}

A principios de la década de los noventa, la convergencia de factores sociales, económicos y políticos en América Latina desencadenó lo que se conoce hoy como Reforma del Sector Salud (RSS). Entre los más importantes se encuentran la consolidación de las economías de mercado, el aumento del costo de las atenciones de salud, la renovada importancia del capital humano como motor de desarrollo económico, y la ineficiencia e inequidad percibida en la producción y distribución de los servicios públicos, particularmente en salud y educación. En este contexto, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial tomaron la decisión de incluir la RSS en sus agendas técnicas y financieras para la Región.¹ Con su apoyo, para fines de la década pasada, la mayor parte de países de América Latina se encontraban en las fases de diseño o implementación inicial de la reforma sectorial.

A pesar que las propuestas de RSS difieren de país a país, la mayor parte de las reformas planificadas comparten componentes similares: descentralización, separación de funciones, participación social, contratación de proveedores privados, cambios en el modelo de gestión, incremento de la participación privada en los modelos de financiamiento, aumento de los sistemas de pre-pago y el diseño de canastas básicas de servicios de salud. Los cambios que ocurren como resultado de la RSS pueden tener implicaciones directas e indirectas en el sistema de suministro de medicamentos, al ser este una parte del sistema de provisión de servicios de salud. Específicamente, las interrogantes a ser resueltas deben incluir, *si y cómo* los cambios en las tareas y responsabilidades gerenciales y las políticas de financiamiento e implementación impactarán en el funcionamiento efectivo y eficiente del sistema de suministro de medicamentos. Las oportunidades y retos resultantes de la RSS a ser consideradas incluyen, *si cualquiera* de los cambios impactará en el *cómo y cuáles* medicamentos serán seleccionados para su utilización en un programa, *cómo* se efectuará la adquisición y se pagará por los suministros, *cómo* se asegurará la calidad de los productos, los mecanismos disponibles para un almacenamiento adecuado y distribución oportuna y el apoyo al personal para prescribir y dispensar los productos de forma racional. Algunos de estos aspectos requieren una revisión legal y solución integral; otros pueden requerir la capacitación del personal en sus nuevas responsabilidades, mientras que otras funciones se mantendrán inalteradas.

Una de las lecciones aprendidas con la RSS es que los impactos potenciales de los cambios en las funciones deben ser examinados cuidadosamente para que el balance de los efectos finales sea positivo. En El Salvador, por ejemplo, una estrategia importante de la RSS para mejorar la rendición de cuentas y aumentar la participación local, fue la descentralización administrativa de 30 hospitales públicos. Esta incluyó la delegación de la función de adquisición del nivel central a las respectivas unidades de adquisición en esos hospitales. El efecto no anticipado de esta iniciativa fue el incremento del precio unitario de los medicamentos (en promedio 48%) debido a la pérdida de economías de escala que obtenía el Ministerio de Salud (MS) como resultado de una licitación nacional.² Como resultado de estos hallazgos, el MS decidió cambiar las regulaciones para permitir que los hospitales organizaran una licitación conjunta. En 2003, como resultado de estos cambios, se obtuvieron ahorros de un 18 por ciento en relación al presupuesto aprobado.³

A pesar que otros sistemas de suministro de medicamentos del sector público en la región están experimentando cambios, las decisiones para reestructurar estos sistemas pueden no haberse beneficiado de un análisis de las lecciones aprendidas de experiencias de reforma, como la de El Salvador, y pudieron no haberse recolectado los datos necesarios para una línea de base que permita evaluar el impacto. *Rational Pharmaceutical Management Plus* (RPM Plus, por su sigla en inglés) de *Management Sciences for Health* se encuentra desarrollando un marco conceptual para orientar el análisis y entendimiento de los efectos que tienen cambios en el sistema de salud sobre el sub-sistema de suministro de medicamentos. Para desarrollar este marco, se están estudiando experiencias en la región que permitan identificar los efectos directos o indirectos de la RSS en el sistema de suministro de medicamentos, así como el impacto de estas reformas en las instituciones y en los consumidores, en términos de la disponibilidad y uso de medicamentos de calidad. El documento que contiene el marco conceptual y los estudios de caso de país estará disponible en Marzo de 2005. Para mayor información en relación a los sistemas de suministro de medicamentos y el marco conceptual propuesto, por favor consulte www.msh.org/rpmplus/. ■

¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Vol. I. La Salud en las Américas*. Edición 2002. Washington, DC: OPS/OMS; 2002. (Publicación Científica y Técnica No.587).

² Chaves, A., et al. 2002. *Sistema de Suministro de Medicamentos en El Salvador*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

³ Center for Pharmaceutical Management. 2003. *Strategies for Enhancing Access to Medicines Year 3 Report*. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

EXCLUSIÓN EN SALUD EN ALC

MARÍA CECILIA ACUÑA
OPS/OMS

La exclusión en salud es cada vez un tema de creciente importancia en el escenario de la política pública, no solo como un problema que debe afrontarse y resolverse, sino también como una herramienta analítica para evaluar las intervenciones diseñadas para mejorar el estado de salud de la población.

A pesar de su importancia como fenómeno social y como problema de política pública, actualmente no se encuentra en la lista de los temas prioritarios de la agenda política-social de los países de la Región. Las reformas sectoriales han tocado este tema sólo de una manera indirecta y fragmentada.

Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en la salud en los países de la Región, es que en la actualidad no se conoce con exactitud su magnitud, sus factores causales y a qué poblaciones afecta. Tampoco está claro cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficaces para combatirla. Esto se debe principalmente a:

- El carácter multi-causal de la exclusión en la salud, que hace que su medición sea compleja y;
- La escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

Por lo tanto, es necesario generar herramientas para analizar el tema con profundidad y exactitud. Específicamente, se requiere de instrumentos que permitan analizar la exclusión en salud como un factor determinante importante del estado de la salud de un país, una región, una provincia o un estado; identificar las características políticas, sociales, económicas y demográficas asociadas con exclusión social en la salud; distinguir sus factores causales; e identificar las intervenciones o estrategias más eficaces para reducirla. Con el desarrollo de estas áreas, será posible identificar los mecanismos más adecuados para ampliar la protección en salud en diferentes condiciones y contribuir a mejorar la toma de decisiones en esta área.

En el año 2000 se creó una iniciativa conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la "Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo" (ASDI) para abordar el problema de la exclusión en salud en la Región, mediante la ampliación de la protección social en la salud. Como parte de esta Iniciativa, la publicación, "Exclusión en Salud en América Latina y el Caribe,"¹ presenta los resultados de seis estudios de países, conducidos entre 2001 y 2003, con el objetivo de caracterizar y medir la exclusión en la salud. Los estudios fueron realizados en Ecuador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y la República Dominicana.

El estudio reveló que la exclusión en la salud parece estar vinculada fuertemente a:

- la pobreza;
- la marginalidad;
- la discriminación racial y otras formas de exclusión social, así como los modelos culturales, incluido el idioma;
- estructuras laborales informales;
- el subempleo y desempleo;
- el aislamiento geográfico, especialmente vinculado a la ruralidad;
- la falta de servicios básicos como la electricidad, el agua potable y el saneamiento básico; y
- un bajo nivel de educación o un bajo nivel de información de los usuarios de servicios de salud.

Sin embargo, también hay dimensiones de la exclusión en salud que parecen depender de variables relacionadas con el propio sector de la salud, tales como el modelo de prestación de servicios, el déficit de infraestructura adecuada para responder a la demanda de la salud y la asignación de los recursos humanos y financieros dentro del sistema de salud.

El conjunto de las metodologías utilizadas para la medición de la exclusión en salud en este estudio, mostraron ser altamente explicativas del fenómeno de la exclusión en salud en sus distintas dimensiones como un todo. La medición de la exclusión realizada de esta manera puede constituir un instrumento importante para la definición de políticas sociales en los países. ■



EXCLUSIÓN EN SALUD EN PAÍSES
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Presenta los resultados de seis estudios de países, conducidos entre 2001 y 2003, con el objetivo de caracterizar y medir la exclusión en salud. Los estudios fueron realizados en Ecuador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y la República Dominicana.

¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS/OMS; 2003. (Serie Extensión de la Protección Social en Salud No.1.)

CUENTAS NACIONALES DE SALUD EN ALC

PASADO Y PRESENTE DE LAS ACTIVIDADES EN TORNO A LAS CNS DE LA INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ALC

JACK GALLOWAY
PHRPlus

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) son una herramienta para reunir información sobre el financiamiento y los gastos de salud de un país durante un período de tiempo definido. Tales Cuentas grafican la forma en que se generan y se gastan los recursos financieros para la salud, siguen los flujos de gasto y conectan las fuentes de los fondos con los proveedores de servicios y los usuarios finales. Esta información es indispensable para las autoridades responsables que determinan cómo se asignarán los recursos en el sector salud.

Las Cuentas Nacionales de Salud son una herramienta útil para comprender muchos aspectos que atañen el financiamiento de los servicios de salud en países de bajos y medianos ingresos. Si bien los países individuales han abordado estos asuntos por cuenta propia, la colaboración de varios países en el desarrollo de las estimaciones de estas cuentas arroja beneficios significativos. El Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR), predecesor del Proyecto Socios para la Reforma del Sector Salud (PHRplus), reunió a representantes técnicos de Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú para crear la Red Regional de CNS en América Latina y el Caribe. En esta iniciativa, PHR contó con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Red Regional de Cuentas Nacionales de Salud se desarrolló entre abril de 1997 y julio de 1998 (dieciséis meses) a través de tres talleres y asistencia técnica a escala nacional. Los talleres permitieron que los equipos técnicos de los países aprendieran la metodología de las CNS, formularan un marco conceptual regional, definiciones comparables y las fuentes de información y colaboraran en la solución de los problemas que surgieron durante el desarrollo de sus cuentas nacionales respectivas. Representantes técnicos de Haití, Jamaica y Honduras también participaron en el tercer taller regional para familiarizarse con la metodología de estas cuentas y aprender a utilizar su información.

Después del desarrollo inicial de la red de Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe, la PHR y la OPS colaboraron, en la primavera de 1999, para llevar a donantes internacionales, autoridades regionales responsables y personal técnico de once países a un seminario en El Salvador. El seminario se centró en la necesidad de aumentar la pertinencia de los resultados de estas Cuentas para las políticas y de incorporarlas a las formulaciones de ellas, como también en la necesidad de comunicar de manera efectiva la información derivada de las CNS a las autoridades responsables de alto nivel dentro de la región. Por otra parte, el seminario puso de relieve la necesidad de disponer de estas cuentas para la planificación del sector salud y los beneficios que arroja su utilización, además de la urgencia de prestar más atención a las necesidades técnicas específicas de los equipos técnicos mientras continúan implementando las CNS e intentan institucionalizarlas en sus respectivos países.

Para seguir sustentándose en el trabajo previo de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe y mantener actualizados a los grupos técnicos de las Cuentas Nacionales de Salud en la región respecto de las actuales normas internacionales más modernas para estimar las cuentas sobre la base de la recientemente publicada *Guide To Producing NHA with Special Applications for Low-and Middle-Income Countries*,¹ PHRplus

llevó a cabo un taller intensivo de capacitación de seis días en Montelimar, Nicaragua, entre el 27 de julio y el 2 de agosto de 2003. En el taller participaron equipos técnicos de Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Perú. El grupo técnico de PHRplus, acompañado de otros expertos internacionales en CNS de la región, presentaron la última metodología para estimar tales cuentas, como también nuevas herramientas analíticas como el subanálisis sobre VIH/SIDA y TBC de las CNS y las estimaciones subnacionales de las CNS. El taller también brindó la oportunidad a los equipos de las Cuentas Nacionales de Salud de doce países de la región para compartir experiencias, identificar áreas de consulta y discutir la utilización de las cuentas en la formulación de las políticas de salud.

Para proporcionar apoyo sostenido dentro de la región de América Latina y el Caribe y también respaldo sobre la marcha a los grupos técnicos de los países que participaron en el taller de CNS en Montelimar, Nicaragua, los expertos técnicos de PHRplus en 2004:

- 1 Solicitaron a los equipos técnicos de CNS que participaron en el taller de Montelimar que plantearan sus preguntas e inquietudes y facilitaron el diálogo a través de Internet con el grupo de expertos en CNS que se estableció en diciembre de 2003. PHRplus traduce al grupo de expertos las inquietudes y problemas planteados por las personas de América Latina y el Caribe que no hablan inglés y se asegura que las respuestas se traduzcan y transmitan a nuestros países asociados de esta región.
- 2 Elaboraron y enviaron regularmente a nuestros asociados de la región las actualizaciones metodológicas y una síntesis de las preguntas/respuestas y discusiones que se llevan a cabo a través de la página Web del grupo de expertos. Esta información se envía por correo electrónico en el idioma y formato correspondiente de manera de eliminar tanto las barreras idiomáticas como las tecnológicas.
- 3 Siguió el avance de la institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud en los países de América Latina y el Caribe para determinar:
 - ▣ Cuántos países están estableciendo las CNS
 - ▣ Quiénes interactúan con las CNS como individuos y como instituciones
 - ▣ Cuáles son los asuntos normativos que se abordan con la información de las CNS

Estas actividades promueven la conversión a la metodología de estimación de las Cuentas Nacionales de Salud aceptada internacionalmente para garantizar la comparabilidad internacional, manteniendo al mismo tiempo tales cuentas para la formulación de las políticas de salud nacionales, apoyan la institucionalización de las CNS y aumentan el conocimiento y utilización de las CNS para el seguimiento de los gastos en VIH/SIDA en ALC.

Para mayor información sobre los temas mencionados en este artículo, comuníquese con: Mary_Diehl@abtassoc.com. ■

¹ La Guide To Producing NHA with Special Applications for Low- and Middle-Income Countries (Guía para la Creación de CNS con Aplicaciones Especiales para Países de Bajos y Medianos Ingresos) publicada por el Banco Mundial, la OMS y la USAID está disponible en el siguiente sitio Web: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>

LA NUEVA GENERACIÓN DE REFORMAS, LA SALUD PÚBLICA Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN ALC

CAROLYN SHELTON
OPS/OMS

El 15 de marzo de 2004, se realizó un seminario técnico copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el Club Nacional de Prensa en Washington, DC, EEUU, titulado, “*La Nueva Generación de las Reformas, la Salud Pública y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODMs) en América Latina y el Caribe*”. Además, se lanzó la nueva página electrónica de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe.

La Dra. Ruth Frischer de la Unidad de Salud y Nutrición de la Oficina de América Latina y el Caribe de USAID, moderó el seminario. Los panelistas fueron:

- ▣ Dr. Daniel López-Acuña, Director de Gestión de Programas de la OPS/OMS;
- ▣ Dra. Ilona Kickbusch, Asesora de la OPS/OMS para los Objetivos del Desarrollo del Milenio;
- ▣ Dra. Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken, Oficial Principal del Programa de Reforma Sanitaria y Unidad Financiera, Management Sciences for Health (MSH); y
- ▣ Dra. Priscilla Rivas-Loria, Asesora Regional en Reformas del Sector de la Salud, Unidad de Políticas Sanitarias y Sistemas, OPS/OMS.

Los panelistas afirmaron que para ejecutar eficazmente las intervenciones que permitirán el logro de los ODMs, es necesario conciliar y revitalizar los programas de reforma del sector salud con esfuerzos concentrados en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la infraestructura de la salud pública.

Dentro del contexto de esta discusión, una presentación breve marcó el lanzamiento de la rediseñada y actualizada página electrónica de la Iniciativa Regional de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. La presentación recalzó los esfuerzos de la Iniciativa por aumentar el acceso a la información basada en la evidencia sobre la Reforma del Sector Salud y la Extensión de la Protección Social en Salud.

La información incluida en la página electrónica de la Iniciativa de LACRSS recoge, sistematiza y difunde la evidencia resultante del monitoreo y la evaluación de los procesos de Reforma del Sector Salud, el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública y la naturaleza de la Exclusión Social en la Región. La meta principal del sitio de la Iniciativa de LACRSS es dotar con información relevante a los encargados de definir las decisiones de política sanitaria, para abordar los retos y oportunidades de los sistemas de salud y enfrentar los ODMs, así como formular la próxima generación de reformas sanitarias y promover la Extensión de la Protección Social en Salud. ■



La Dra. Ruth Frischer de la Unidad de Salud y Nutrición de la Oficina de América Latina y el Caribe de USAID, moderó el seminario. Los panelistas incluyeron al Dr. Daniel López-Acuña, Director de Gestión de Programas de la OPS/OMS; Dra. Ilona Kickbusch, Asesora de la OPS/OMS para los Objetivos del Desarrollo del Milenio; Dra. Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken, Oficial Principal del Programa de Reforma Sanitaria y Unidad Financiera, Management Sciences for Health (MSH); y Dra. Priscilla Rivas-Loria, Asesora Regional en Reformas del Sector de la Salud, Unidad de Políticas Sanitarias y Sistemas, OPS/OMS

5º FORO DE EUROLAC: MEJORAR EL RENDIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LOS RESULTADOS EN MATERIA DE SALUD

RECIFE, BRASIL - 13-16 DE ABRIL, 2004

CAROLYN SHELTON
OPS/OMS

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en coordinación con el Banco Mundial, el Ministerio de Salud de Brasil y el Banco Interamericano de Desarrollo organizaron el 5º Foro de EUROLAC enfocado a "Mejorar el rendimiento de los sistemas de salud y los resultados en materia de salud". El Foro se llevó a cabo en Recife, Brasil, del 13 al 16 de abril, 2004. Participaron expertos de ministerios de salud e instituciones relacionados con la salud de los países de América Latina, el Caribe y Europa. El Foro 2004 se centró en temas relacionados con mejorar los sistemas de salud y su desempeño y con los resultados de salud en la región de ALC, dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los objetivos del Foro fueron promover:

- ▣ **El debate y la discusión sobre temas relacionados con los ODM** en el contexto de la mejora del desempeño de los sistemas de salud y de los resultados en materia de salud;
- ▣ **El intercambio de experiencias, tecnologías innovadoras y nueva información** sobre la mejora del desempeño de los sistemas de salud y de los resultados en materia de salud utilizando enfoques que aborden cuestiones relativas a la accesibilidad, disponibilidad y calidad, especialmente en lo que se refiere a satisfacer las necesidades de los pobres;
- ▣ **Mayor comprensión de los desafíos a que se enfrentan los países** y las medidas que han tomado para resolverlos, y de cómo esto podría ser pertinente para los países de la Región de ALC.

El Director de Gestión de Programas de OPS/OMS, Dr. Daniel López-Acuña, participó en la apertura del Foro mostrando las condiciones dadas para enfrentar los retos y las implicancias de los ODM en la Región de ALC. El Dr. López-Acuña recalcó que el nivel del logro de ODM en los países de ALC está directamente vinculado con la eficacia y el desempeño del sistema de salud; es decir que para que los países alcancen los objetivos de ODM para 2015, los sistemas de salud deben fortalecer sus esfuerzos en: los sistemas de información sanitaria, el monitoreo y la evaluación de los indicadores de salud, la incorporación de grupos excluidos y el desarrollo de recursos humanos, entre otras áreas. Por último llegó a la conclusión de que es

crucial que los países, al fomentar un diálogo multisectorial con actores claves nacionales e internacionales en el sector de la salud, sigan un enfoque orientado a los sistemas en la planificación y ejecución de las intervenciones para lograr los ODM.

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe también participó en el Foro exhibiendo los instrumentos y las metodologías de las políticas de salud y la toma de decisiones. Estos fueron presentados en una Feria de Innovaciones que incluía 15 puestos adicionales de los diversos programas e instrumentos de los ministerios de salud y/o otras organizaciones internacionales.

Cada elemento exhibido en el puesto de la Iniciativa responde a una necesidad específica en la región de ALC en el área de reforma del sector salud y representa diferentes innovaciones en el proceso de la reforma. La selección de los instrumentos destacados en el puesto de la Iniciativa de LACRSS incluyó:

- ▣ Fortaleciendo el Rol Rector de las Autoridades Nacionales de Salud (ANS)
- ▣ Marco Conceptual del Análisis del Sector de la Salud
- ▣ Marco Conceptual por la Formulación de Políticas Nacionales en Recursos Humanos en Salud
- ▣ Metodología por el Monitoreo y Evaluación de las Reformas del Sector de la Salud en ALC
- ▣ Cuentas Nacionales en Salud (CNS)
- ▣ AIDSTREATCOST
- ▣ Instrumento para el Mapeo de la Descentralización (DMT)

El canal, Health TV Channel Inc., una organización internacional sin fines de lucro, incluyó la Feria de Innovaciones de EUROLAC como parte de su transmisión televisiva mundial con la misión de proveer educación y capacitación en salud. Kelly Saldaña (Asesora de Salud Pública en América Latina y el Caribe de la Oficina de Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Dra. Priscilla Rivas-Loria (Asesora Regional en Reformas del Sector de la Salud de la OPS/OMS) fueron entrevistadas acerca del trabajo de la Iniciativa en la Región de ALC y ambas coincidieron en la importancia de diseminar los productos de la Iniciativa en foros regionales como EUROLAC. ■



De izquierda a derecha: Julio Suárez, OPS/OMS, Brasil; Evelyn Martinez, OPS/OMS, Washington, DC; Edmundo Gallo, Ministerio de Salud de Brasil; Eduardo Levcovitz, OPS/OMS, Washington, DC; Nata Menatbe, OMS/EURO; Priscilla Rivas-Loria, OPS/OMS, Washington, DC; Pedro Brito, OPS/OMS, Washington, DC; Candelaria Araoz, OPS/OMS, Washington, DC; Carolyn Shelton, OPS/OMS, Washington, DC; Manuel Vidaurra, OPS/OMS, Washington, DC.

REFORMA DEL SECTOR SALUD

- ▣ Las razones que impulsaron la RSS incluyen la necesidad de estabilidad financiera, la mejora en la calidad de la atención de salud y el logro del acceso equitativo a los servicios de salud.
- ▣ Pocos países reportan el uso de mecanismos más eficientes para la asignación de recursos. *Chile, Costa Rica y Perú* reportaron que la RSS ha tenido un impacto positivo en la gerencia de los recursos en el sector de la salud.
- ▣ Todos los países de la Región reportan que el Ministerio de Salud ejerce la función rectora en el sector salud. Los siguientes países reportaron que habían revisado el papel de la función rectora: *Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Jamaica, México, Paraguay, Trinidad y Tobago, y Uruguay.*
- ▣ Varios países, tales como *Argentina, Bolivia, Colombia, México, Paraguay, y Suriname*, han concentrado sus esfuerzos en aumentar el acceso a servicios de salud para grupos específicos vulnerables.
- ▣ Las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna y la prevalencia de bajo peso al nacer bajaron en *Costa Rica y Brasil* durante el proceso de RSS.
- ▣ *Brasil* es el único país que hace un vínculo directo entre la reforma del sector salud y mejoras en los indicadores de salud. Entre 1970 y 1980, el promedio de la tasa de mortalidad infantil fue 87,8 muertes por 1.000 nacidos vivos y según los cálculos nacionales más recientes (2000), la tasa de mortalidad infantil en el país fue 28,3 por 1.000 nacidos vivos.
- ▣ *Brasil, Colombia y Costa Rica* reportan que la RSS ha tenido una influencia sobre la situación de la salud en el país particularmente por la relación con el suministro del agua potable y servicios de saneamiento ambiental.

Fuente: OPS/OMS, "Tendencias de la Reforma del Sector Salud en la Región de las Américas". Revista Panamericana de Salud Pública. (Se publicará en breve).

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

- ▣ La evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en la Región reveló el logro más alto para las funciones de "Reducción de las Emergencias y el Impacto de los Desastres," y "Vigilancia de Salud Pública."
- ▣ El logro más bajo se evidenció en el "Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en la Salud Pública"; "Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud"; y la "Investigación en Salud Pública".

Fuente: OPS/OMS, *La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. OPS/OMS: Washington, DC; 2002.

EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

- ▣ Se ha establecido una fuerte asociación entre el gasto público bajo en la salud y falta de cobertura en la salud.
- ▣ Una fuerte correlación entre la falta de cobertura y la falta de seguro de salud han sido determinados entre las poblaciones rurales, así como gastos de bolsillo desproporcionadamente altos entre las mismas.
- ▣ La pobreza es altamente correlacionada con la falta de servicios básicos de salud.
- ▣ El origen indígena es fuertemente asociado a la falta de cobertura de servicios básicos de salud, lo cual conduce a altos gastos de bolsillo y a mortalidad infantil.

Fuente: OPS/OMS, *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe: Serie Extensión de la Protección Social en Salud*, No.1, 2003.

Equipo de producción

Editor general: Priscilla Rivas-Loria

Editor de estilo: Versión en inglés: Carolyn Shelton

Versión en español: Departamento de traducciones de la OPS,
Ana Milena Paredes y Zaida Sequeira

Diseño y diagramación: Guadalupe Gonzalez y Matilde Cresswell

Producción de impresión: Matilde Cresswell

El boletín FORTALECIENDO LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS REFORMAS es publicado dos veces al año y disseminado a instituciones e individuos interesados en temáticas relacionadas a sistemas de salud y la reforma del sector salud. Para más información contactar a OPS/OMS, Área de Desarrollo Estratégico en Salud / Unidad de Políticas y Sistemas en Salud, Tel.: (202) 974-3289, Fax: (202) 974-3612.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial 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-00-97-00007-00. 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 / Organización Mundial 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. ■

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe es un esfuerzo conjunto de las siguientes Organizaciones:

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895, US
Tel.: 202.974.3832 ☎ Fax: 202.974.361.



Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional
1300 Pennsylvania Avenue, N.W., Washington, D.C. 20523-5900, USA
Tel.: 202.712.5859 ☎ Fax: 202.216.3262



Partnerships for Health Reformplus
ABT Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600, Bethesda, Maryland 20814-5341, USA
Tel.: 301.913.0500 ☎ Fax: 301.652.3916



Rational Pharmaceutical Management Plus
Management and Leadership Project
Management Sciences for Health, Inc.
165 Allandale Road, Boston, Massachusetts 02130, USA
Tel.: 617.524.7766 ☎ Fax: 617.524.1363



Quality Assurance Project
University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, Maryland 20814-4811, USA
Tel.: 301.654.8338



Visite nuestra página electrónica en: <http://www.lachsr.org>



INICIATIVA LACHSR
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (PAHO/WHO)
ÁREA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO DE LA SALUD (SHD)
UNIDAD DE POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD (HP)
525 TWENTY-THIRD STREET, N.W.
WASHINGTON, D.C. 20037-2895
USA

