
JAMAICA
PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD
(15 de marzo, 1999)
(Revisado, 30 de agosto, 1999)

Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Jamaica es la nación insular de habla inglesa más grande en la región del Caribe. Está ubicada en la región del Caribe del norte, al sur de Cuba y al este-sudeste de La Española. Abarca 11.244 kilómetros cuadrados y tiene una población de cerca de 2,5 millones de habitantes. Jamaica se independizó en 1962. El gobierno es de tipo democrático parlamentario y sigue el modelo del sistema Westminster/Whitehall de Inglaterra.

Las industrias principales en función del ingreso de divisas son el turismo, la agricultura y ganadería, la minería y la manufactura. En 1997, se estimó que el producto interno bruto (PIB) era de 6.200 a 6.500 millones de dólares. Los años noventa pueden caracterizarse como un período de estabilidad relativa, pero de poco crecimiento económico. Si bien la economía de Jamaica es sumamente sensible a los factores externos, tales como las condiciones y tendencias económicas mundiales, muchos de los problemas económicos actuales tienen sus raíces en las políticas y condiciones internas.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) han sido los principales financiadores externos de la reforma del sector de la salud (RS) en Jamaica. La OPS/OMS ha sido el principal organismo de cooperación técnica en asuntos sanitarios pero también existen otros organismos multilaterales y bilaterales que aportan cooperación técnica y apoyo financiero al desarrollo de los servicios de salud. Además, Jamaica se beneficia de la entrega de bienes y servicios de salud por parte de los jamaicanos que viven en el extranjero y por profesionales de salud e instituciones en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido.

Tradicionalmente, el sector público ha sido el centro del sistema de salud. Hay 33 hospitales en Jamaica, 23 públicos y 10 privados. Uno de los hospitales públicos, el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales, es un establecimiento regional asistencial y docente, afiliado a la Escuela de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI). El Ministerio de Salud (MS) administra 23 hospitales: 2 hospitales terciarios, 6 establecimientos de servicios especiales, 5 establecimientos de atención secundaria y 10 hospitales comunitarios. La mayoría de los hospitales rurales son antiguos, vestigios de la era colonial británica. Jamaica tiene una red extensa y bien desarrollada de atención primaria con unos 360 consultorios. En 1999, cerca de 1.800 médicos y 1.200 enfermeras estaban autorizados para ejercer.

Muchas personas atribuyen al sistema de atención primaria de salud los índices sanitarios relativamente buenos del país, que se asemejan a los de los países industrializados. Lamentablemente, dados los cambios en la prestación y el financiamiento de la asistencia sanitaria, la infraestructura del sistema sanitario público actual resulta muy onerosa de administrar y mantener. El sistema público de servicios de salud

existente, con su infraestructura masiva, abarca demasiado. Además, la situación de transición epidemiológica y demográfica impone la necesidad de reordenar la asignación de recursos al sistema de salud para satisfacer mejor las necesidades de la población.

Antes de la presente etapa de RS, el sector privado no estaba sujeto a reglamentación. En consecuencia, hay poca información sobre las características y el desempeño del sector sanitario privado en Jamaica. Se espera que esto mejore con la elaboración de nuevas leyes, reglamentos y procedimientos de supervisión.

Los diferentes cálculos del gasto sanitario nacional oscilan del 6 al 9% del PIB, una de las cifras más altas de la región. Un tema discutible es el estado financiero y el desempeño del sector privado. El Gobierno de Jamaica (GJ) gasta un promedio de USD 230 per cápita en salud.

Ha habido un crecimiento notable en el sector privado durante los últimos 20 años. Alrededor de 1980, el MS financiaba entre el 60 y el 70% del gasto de asistencia sanitaria. En 1995, el gasto privado en servicios de salud representó cerca del 65% del gasto sanitario nacional, y en gran parte está dedicado a la atención primaria o ambulatoria. El GJ sufraga 35% del gasto sanitario nacional, incluido un 95% del gasto en atención hospitalaria, que en gran parte es gratuita o está muy subsidiada. En 1995, se calculaba que entre 8 y 10% de la población tenía algún tipo de seguro privado de salud, incluidos los trabajadores del sector público. Los medicamentos son el tercer componente en importancia del gasto sanitario (cerca de 10% del gasto sanitario nacional). Los gastos del GJ en los servicios de salud representan cerca de 6% de su presupuesto total, o sea, el segundo componente de gasto público después de la educación. El MS emplea cerca de 10% de la fuerza laboral pública. La atención secundaria consume cerca de 65% del presupuesto anual del MS. La proporción de atención primaria del presupuesto público oscila entre 17 y 22%. En 1999, los costos de personal representaron cerca de 75% del presupuesto de operación del MS. El presupuesto sanitario anual del GJ se ha mantenido estable o ha disminuido levemente durante la segunda mitad del decenio, como un reflejo de las tendencias en la economía.

La RS no es nueva en Jamaica. En los años 70, el Banco Mundial (BM) creó una extensa red nacional de consultorios de atención primaria y el primer establecimiento médico regional. En los 80, surgió el Proyecto de Racionalización de los Servicios de Salud, una alianza entre el GJ y el BID, para modernizar instalaciones y equipos en algunos hospitales. De 1988 a 1998, el GJ, con el apoyo de la USAID, puso en marcha el Programa de la Iniciativa de los Servicios de Salud (PISS). El Programa de Reforma del Sector de la Salud (PRSS), una alianza entre el GJ y el BID, empezó a mediados de los 90. Incluye la reestructuración de la sede del MS y la descentralización de la gestión en cuatro Direcciones Regionales de Salud (DRS). El desarrollo de un Programa Nacional de Seguro de Salud (PNSS), la integración de los

servicios primarios y secundarios y el establecimiento de normas de control de la calidad (CC) son otros objetivos del programa.

Es prematuro evaluar el PRSS, ya que es todavía incipiente y se necesita implementar sistemas de información que permitan medir la repercusión de la RS. Algunos logros importantes son que en 1997 se presentó en el Parlamento un documento de consulta sobre el PNSS, que en 1998 se crearon 4 DRS, y que en 1999 la sede del MS empezó a ser reorganizada.

El PRSS se ha lanzado en un momento en el que Jamaica enfrenta muchos otros retos. Varias iniciativas del gobierno se están llevando a cabo al mismo tiempo. Por ejemplo, la reforma del Sector Público y la nueva Política Industrial Nacional. El crecimiento económico ha venido descendiendo lentamente desde mediados de los noventa, lo cual repercutirá en el financiamiento de la asistencia sanitaria. Finalmente, el PRSS introduce conceptos que se oponen a las formas tradicionales de organización, gestión, prestación y utilización de los servicios de salud en Jamaica. Se requerirá una educación y capacitación considerables para facilitar el cambio de comportamiento en los encargados de adoptar las decisiones, los proveedores y los consumidores.

1. Contexto

Contexto político: Jamaica, estado independiente del Commonwealth del Caribe desde 1962, es gobernado por una democracia parlamentaria, basada en el modelo Westminster/Whitehall de Inglaterra. El parlamento está formado por un gobernador general, que representa a la Reina, y una legislatura bicameral, que incluye una cámara de diputados electa y un senado nombrado. El gabinete de ministros forma el poder ejecutivo, que está encabezado por el primer ministro.

*Contexto económico*¹ : En 1997, se estimó que el producto interno bruto (PIB) de Jamaica alcanzaba los USD 6.500 millones de dólares. Durante los años 90, la economía de Jamaica tuvo un período de estabilidad relativa y crecimiento lento. Las tasas anuales generales de crecimiento del PIB han estado en una escala de -2 a 2%, con un promedio del 1% anual.

Según los ingresos de divisas, el turismo es la principal industria, pues representa el 70% de las exportaciones totales. Otros sectores económicos importantes son: la agricultura y la ganadería (8% del PIB), la minería de bauxita (9%) y la industria manufacturera (18%). El desempeño de éstos y otros sectores económicos ha sido irregular y varía significativamente cada año. Por ejemplo, 1996 marcó el comienzo de un declive del sector financiero, que condujo al cierre y a la fusión de varios bancos y aseguradoras. El esfuerzo del gobierno para estabilizar el sector financiero y proteger a los inversionistas ha tenido un efecto residual sobre otros sectores de la economía.

La economía de Jamaica es sensible a los factores externos, tales como las tendencias de los mercados mundiales, los acuerdos comerciales internacionales, las fluctuaciones en las tasas de cambio y los desastres naturales. Se espera que la tendencia a una economía relativamente estable con un crecimiento lento continúe en el futuro cercano. El GJ también tiene algunas de las tasas más altas de deuda externa e interna en relación con el presupuesto del sector público en las Américas. A pesar de estas grandes dificultades, el GJ ha tenido éxito al lograr sus objetivos económicos de controlar la inflación, reducir las tasas de interés, incrementar las reservas en divisas y mantener tasas de cambio estables.

Actualmente la erradicación de la pobreza, la creación de empleos, mayores oportunidades en el terreno de la educación y el mejoramiento de los sistemas de infraestructura están recibiendo más atención del GJ. El agua y el saneamiento, los sistemas de transporte mejorados y la protección del medio ambiente son ejemplos de proyectos de infraestructura de alta prioridad. Los gastos sufragados por el GJ en el ámbito sanitario han disminuido gradualmente en los últimos años, tendencia que se prevé va a continuar. En la segunda mitad de los años 90, el GJ gastó en asistencia sanitaria un promedio de USD 230 per cápita. A lo largo de los últimos 10 a 15 años, el porcentaje del gasto total nacional en asistencia sanitaria proveniente del sector público varió de una cantidad estimada en 60% hasta un 35%, en el año 1995. Ha habido un

crecimiento notable del sector privado en la prestación y el financiamiento de los servicios, particularmente en la atención ambulatoria. Este cambio se atribuye a la insatisfacción de los usuarios sobre la calidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios y establecimientos públicos de salud.

Principales indicadores económicos y sociales

Indicador	Año					
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
PNB per cápita en precios constantes, JA\$	17.487	17.737	17.995	18.210	18.294	17.973
Gasto público total como % del PIB	ND	ND	ND	33,3	42,1	39,7
Gasto social público como % del PIB	ND	ND	ND	11,3	10,1	9,7
Gasto total en salud como % del PIB	ND	ND	ND	3,4	3,3	2,1

Fuente: Economic and Social Survey, 1996. ND: no documentado

Contribución de cada sector económico al PIB, 1996

Sectores	Porcentaje
Agricultura y ganadería, silvicultura y pesca	7,5
Minería y cantería	5,2
Industria manufacturera	15,2
Construcción e instalación	10,5
Electricidad y agua	1,9
Transporte, almacenamiento y comunicación	10,5
Distribución	21,5
Instituciones financieras	7,3
Servicios de bienes raíces	4,7
Servicios del gobierno	11,3
Servicios varios	3,9
Domésticos y privados sin fines de lucro	0,6

Fuente: Economic and Social Survey, 1996.

Jamaica ha tenido éxito en el establecimiento de relaciones continuadas con varios organismos donantes que dan apoyo financiero y prestan cooperación técnica. Varios organismos multilaterales y bilaterales se han mantenido sumamente activos en el sector de la salud. El BID, la OPS/OMS y otros organismos de las Naciones Unidas apoyan varios programas de salud y de mitigación de la pobreza. Los gobiernos de los Estados Unidos, los Países Bajos, Italia, Japón, Alemania y Cuba tienen una larga historia de cooperación técnica con Jamaica.

Cooperación financiera externa

Cooperación externa	Año				
	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
<i>Multilateral/bilateral</i>					
Gob. de Italia	10.810	ND	ND	ND	ND
Gob. de los Países Bajos	3.300	5.055	13.200	26.848	ND
Gob. de Alemania	ND	ND	4.000	10.680	6.510
AID	34.596	19.903	6.328	10.379	20.893,0
ONG	ND	ND	ND	ND	ND
UNICEF	10.000	8.160	1.015	ND	5.000

Cooperación externa	Año				
	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98
<i>Multilateral/bilateral</i>					
PNUD	3.500	3.500	ND	ND	ND
FNUAP	ND	562.0	5.332	ND	ND
CEE	2.600	3.000	3.000	2.800	ND
BID	297.169	243.911	159.682	283.020	334.380
Banco Mundial	72.280	72.139	ND	119.401	ND
Otros	30.997	57.962	130.179	ND	ND
TOTAL	400.446	374.012	324.731	455.124	368.780

Fuente: Unidad de Planificación y Evaluación, MS

Las instituciones multilaterales siguen siendo los principales proveedores de fondos, ya que aportan cantidades mayores que las recibidas de los convenios bilaterales. El BID y la AID son los donantes más constantes y ambos han aumentado sus contribuciones durante los últimos tres años. A pesar del mayor apoyo del BID y de la AID, la cantidad total de las contribuciones ha disminuido gradualmente.

*Contexto social*²: Según la Encuesta Económica y Social de Jamaica de 1997, el 49,6% de la población total vive en zonas urbanas. Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH), Jamaica está clasificada en la posición número 83, con un puntaje de 0,736. El país ocupa el lugar 90 en cuanto al PIB per cápita y el 63 en el índice de disparidad de género (IDG).

En 1997, el desempleo alcanzó el 16,5%. Las previsiones sobre el mercado laboral son muy variables ya que Jamaica está atravesando por ajustes estructurales para aumentar la productividad y competir en el mercado mundial. No se dispone de información oficial sobre la tasa de empleo en el mercado informal, ni sobre la economía informal en Jamaica, aunque muchas fuentes sospechan que ambas desempeñan una función importante tanto en la economía como en el sector sanitario.

La tasa de alfabetización es del 26,1%. En las zonas rurales se encuentran el 64,2% de los pobres del país³. Continúa la tendencia hacia una mayor urbanización. Sin embargo, se observa un nuevo modelo de migración rural-urbana. El movimiento reciente es intermunicipal, entre los centros urbanos más pequeños. Anteriormente, la migración se dirigía hacia las dos principales zonas urbanas: Kingston-Saint Andrew y Montego Bay. La emigración todavía tiene repercusiones sobre la estructura de la población y la economía.

Distribución poblacional de los grupos étnicos, 1991

Grupo étnico	Porcentaje
Negro	90,5
Indú	1,3
Asiático	0,2
Blanco	0,2
Mestizo	7,3
Otros	0,1

No declarado	0,5
--------------	-----

Fuente: Pocketbook of Statistics; Jamaica 1997

Desde 1995, los indicadores muestran que 75% de la población está alfabetizada (81% de hombres y 89% de mujeres). En 1996, 60% de la población en edad escolar estaba matriculado en la escuela.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Organización General: El sistema de salud jamaicano se ha descrito como un sistema centrado en los médicos. La mayoría de los niveles de toma de decisiones en el sector sanitario están a cargo de médicos. La capacitación y el ejercicio profesional de los médicos los subsidia el GJ. Los servicios médicos constituyen la categoría de gastos más altos en los hospitales públicos.

Actores públicos: El Ministerio de Salud (MS) es la principal institución pública en el sector sanitario. El MS forma parte de la administración pública y está estructurado según el modelo burocrático inglés. El GJ aporta el financiamiento y el MS tiene la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria a toda la población. El sector público está compuesto por 24 hospitales y una amplia red nacional de 366 centros de atención primaria de salud. Muchos de los hospitales, particularmente los de las zonas rurales, son instalaciones viejas de la era colonial británica y del sistema de plantaciones. El MS administra 23 hospitales que se clasifican en tres tipos: A, B y C.

El Hospital Público de Kingston (KPH) y el Hospital Regional de Cornwall (CRH), situado en la segunda ciudad más grande (Montego Bay), son los dos hospitales de tipo A o de atención terciaria del país. El Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), un establecimiento regional de enseñanza afiliado a la Escuela de Medicina situada en Mona, es también tipo A. Hay 5 hospitales tipo B u hospitales de atención secundaria y 10 tipo C o centros de salud comunitarios, con instalaciones para dar algunos cuidados de maternidad. Seis hospitales públicos son hospitales de especialistas, y prestan servicios en psiquiatría, pediatría, oncología, rehabilitación, atención cardiopulmonar y respiratoria, y obstetricia y ginecología. En 1996 había 4.500 camas en los hospitales públicos, número que está en aumento.

Los 10 hospitales privados tienen aproximadamente 300 camas y su tasa de ocupación promedio es inferior al 50%. Actualmente, es escasa la información sobre el del subsector privado de asistencia sanitaria.

Anteriormente, bs diferentes niveles de la atención se administraban por separado. La atención primaria era independiente de la atención secundaria y terciaria a nivel central. Los 360 centros de atención primaria se clasifican en 5 tipos. El nivel de complejidad o la gama de servicios y el tamaño de la zona de

captación, determinan la categoría del centro. De acuerdo a la nueva estructura de gestión regional o descentralizada, los niveles de la asistencia sanitaria se simplificarán e integrarán.

La función del sector público como proveedor y contribuyente de los servicios de asistencia sanitaria ha disminuido considerablemente durante los dos últimos decenios. Esto puede atribuirse a cambios en las actitudes y el comportamiento de los usuarios y de los proveedores de la atención. Por una parte, se observa un aumento en las expectativas y en las demandas atribuible al influjo de los sistemas de salud norteamericanos y británicos. Por otra, han disminuido los recursos financieros para sostener una infraestructura de servicios de salud que es relativamente grande. Estudios recientes indican que 60 a 65% de todos los servicios y gastos sanitarios corresponden al sector privado, mientras que entre 35 y 40% corresponden al sector público.

Actores privados: Tradicionalmente, el GJ ha sido el punto central del sistema nacional de salud. Como resultado, la mayoría de los datos disponibles se refieren al sector público y es escasa la información sobre el sector privado. El crecimiento inesperado del sector privado ha tomado por sorpresa a investigadores y planificadores. Aunque se afirma que el sector privado por prestar la mayor parte de los servicios de atención ambulatoria (75%), se calcula que un 95% de la atención hospitalaria se brinda en establecimientos públicos. Los hospitales públicos manejan los casos más complicados y costosos. La mayoría de los médicos participan en ambos sectores.

A las empresas privadas de seguros médicos les correspondió 8% del gasto sanitario nacional en 1995. Se calcula que 15% de la población total y 40% de la población activa tiene seguro médico privado. La población asegurada por empresas privadas está compuesta en su mayor parte por empleados del gobierno. La Blue Cross de Jamaica y 4 aseguradoras de vida tradicionales ofrecen planes de seguro médico. Blue Cross de Jamaica está afiliada a uno de los planes de Blue Cross en los Estados Unidos. Las empresas privadas ofrecen solo pólizas de seguro médico colectivas y están ubicadas en las principales zonas urbanas. La Oficina del Superintendente de Seguros del Ministerio de Finanzas tiene la responsabilidad de vigilar el sector de los seguros.

La mayoría de los reembolsos de las aseguradoras privadas corresponde a medicamentos (más del 40% de los reclamos), seguidos de los servicios de diagnóstico. Los médicos privados reciben el 17% de los reembolsos de los seguros. Sólo 5% de los pagos de las aseguradoras privadas corresponde a la atención hospitalaria. Los reembolsos de las empresas de seguros a los hospitales no guardan ninguna relación con los costos reales. Por ahora hay muy poca información sobre las instituciones privadas de seguro de salud. Los cierres y las fusiones del sector financiero de los años recientes, podrían dejar a Blue Cross de Jamaica como la única alternativa al seguro nacional de salud.

El sistema en su conjunto: El GJ heredó un sistema de salud basado en el modelo británico de un servicio nacional de salud pública y en la filosofía de que la asistencia sanitaria es un bien público. El modelo tradicional se basaba en una administración muy centralizada en la Oficina Central, con funciones financieras, técnicas y gerenciales. El modelo del nuevo sistema que surge con la RS se basa en la regionalización de gestión y prestación de asistencia sanitaria. La nueva función de la Oficina Central será fijar normas y actuar como entidad reguladora para toda la industria de asistencia sanitaria. En 1999, la Oficina Central se reorganizó en tres divisiones principales: Promoción y Protección de la Salud, Normas y Reglamentos, y Planificación e Integración de los Servicios de Salud. La Unidad de RS y el grupo responsable de la ejecución de la RS, fueron absorbidos por la última de las divisiones mencionadas.

Recursos del sistema

Recursos humanos ⁴: En 1999, el Consejo Médico de Jamaica (CMJ) informó que había alrededor de 1.800 médicos inscritos ejerciendo en Jamaica. El registro del CMJ no indica cuál es la especialidad de cada uno. Cerca de 500 trabajan en el sector público, y muchos ejercen la medicina también en el sector privado. Hay cerca de 1.250 enfermeras diplomadas.

En el sector público, se observa una escasez crónica de varios tipos de profesionales sanitarios. Se necesitan muchas enfermeras diplomadas en los hospitales y se calcula que la demanda supera a la oferta en más de 50%. También hay una escasez crónica de enfermeras especializadas, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, técnicos en radiología, físicos médicos e inspectores de salud pública. Por lo general, la escasez de personal se atribuye a los sueldos relativamente bajos, las precarias condiciones de trabajo y la competencia del sector privado.

Los cambios demográficos y epidemiológicos en Jamaica también apuntan a la necesidad de ampliar ciertas categorías del personal sanitario, como por ejemplo, los especialistas en salud mental, los especialistas geriátricos y los auxiliares de atención sanitaria a domicilio. La distribución del personal de salud también plantea problemas, pues las zonas rurales son las más desatendidas. El MS carece de los recursos para dotar de personal, abastecer, hacer funcionar y mantener su extensa red de establecimientos de atención primaria de salud y de hospitales comunitarios. Los sueldos relativamente bajos, las precarias condiciones de trabajo y las pocas oportunidades de promoción se citan como razones principales del descontento de los trabajadores de salud del sector público. Un sistema complejo de subsidios y beneficios, que varían por categoría de trabajo, dificulta los cálculos y las comparaciones precisas de la remuneración del personal. Los sueldos del personal paramédico, como ocurre con los técnicos de laboratorio y farmacia, son más bajos que los de muchos trabajadores no calificados.

Jamaica tiene varios programas de capacitación de alta calidad para la mayoría de las categorías del personal sanitario. Gracias a esto, la mayoría del personal puede capacitarse localmente. Las principales instituciones de educación son la Universidad de Tecnología de Jamaica (UTECH) y la Universidad de las Indias Occidentales (campus de Mona). Recientemente, la Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales se fusionó con la UTECH. La mayoría de los estudios de posgrado se realiza en el extranjero, con mayor frecuencia en Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Las universidades siguen fortaleciendo los programas académicos para competir en el mercado mundial.

Recursos humanos en el Sector de la Salud (1990-1997)

Tipo de recurso	AÑO							
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Nº. total de médicos	377	407	397	364	394	417	421	486
Nº. total de enfermeras (todas las categorías*)	N\D	N\D	1100	1159	1519	1836*	1241	2786*
Nº. total de técnicos de laboratorio médico	144	149	147	134	138	119	N\D	236
Nº. de personas con títulos de posgrado en salud pública	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D
Médicos por cada 10.000 personas	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D
Enfermeras profesionales por cada 10.000 personas	N\D	N\D	4,5	4,7	6,1	7,3	4,9	11

Fuente: Pocketbook of Statistics: Jamaica, aportó las estadísticas para los años 1990-95 y el Informe Anual del MS aportó el resto.

El MS emplea alrededor de 10.000 personas, lo que consume cerca del 55% de su presupuesto operativo. Sin embargo, el MS está llevando a cabo un proceso de reducción de su plantilla y de reestructuración de sus operaciones. Al mismo tiempo, todo el sector público está efectuando algún tipo de reforma. Como resultado, la fuerza laboral pública está cambiando constantemente. En los establecimientos de asistencia sanitaria y en las ASR, los costos de personal consumen entre 70 y 80% del presupuesto operativo anual. La formación de recursos humanos en el sector público se ha convertido en una prioridad para el MS. Se han establecido grupos de estudio para evaluar las políticas nacionales, con miras a lograr un número suficiente, una combinación adecuada y una distribución equitativa del personal de salud de todos los tipos, desde médicos hasta inspectores de salud pública. El MS sigue patrocinando programas básicos de capacitación para una amplia gama de profesionales paramédicos. Durante el último decenio, se ha prestado mayor atención a los programas de capacitación gerencial, como un medio de fortalecer y aumentar la capacidad de gestión. Hay numerosos vínculos con instituciones extranjeras para la capacitación avanzada de profesionales y gerentes sanitarios. Hay poca información sobre las necesidades de recursos humanos y las tendencias en el sector privado.

Distribución de recursos humanos entre instituciones sectoriales (mediados de 1998)

TIPO DE RECURSOS						
Instituciones	Médicos	Enferm..	Aux. de enferm	Otros Trabaj.	Personal Administra.	Servicios generales
MS	486	1242	N/D	N/D	N/D	N/D
Otro	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
TOTAL	486	1.242	N/D	N/D	N/D	N/D

Fuente: Departamento de Personal, MS

*Medicamentos y otros productos para la salud*⁵: La industria farmacéutica representa entre 10 y 12% de los gastos nacionales en asistencia sanitaria, lo cual la convierte en el tercer componente del sector de la salud. La industria puede dividirse en tres partes: el MS, Health Corporation, Ltd. (HCL) y el sector privado. La HCL, un organismo semipúblico establecido en 1994 por el Gobierno, de conformidad con la ley, se encarga de la adquisición, distribución y venta de productos farmacéuticos y suministros médicos a los sectores público y privado. Existe poca reglamentación del sector privado.

Indicadores sobre productos farmacéuticos y finanzas (1990-1997)

Indicadores	Año						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Nº. de productos farmacéuticos comercializados	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	530	509
Nº. de medicamentos de nombre comercial	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	371	356
Nº. de medicamentos genéricos	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	159	153
Gasto total en medicamentos (precio al por mayor)	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	217,05 3.1	234,68 0.9
Gasto total en medicamentos (precio al por menor)	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D
Gasto per cápita en medicamentos (precio al por mayor)	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	\$89	\$92
Gasto per cápita en medicamentos (precio al por menor)	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D

Fuente: Health Corporation Limited

No fue posible obtener información sobre los cinco productos de mayor venta en el mercado nacional ni sobre su precio unitario. En Jamaica hay un *Formulario Nacional* que incluye todos los medicamentos autorizados por la División de Servicios Farmacéuticos (PSD) del MS. El PSD controla la autorización, importación, distribución y el uso de los productos farmacéuticos.

Como parte del PRSS, la PSD se propone fortalecerse para funcionar como entidad de reglamentación para todo el mercado, tanto público como privado. Sus metas son: promoción del uso racional de los medicamentos; mayor eficiencia en el registro de proveedores y consumidores, y en la aprobación de

medicamentos; acatamiento de las convenciones internacionales y regionales sobre la administración de la industria; reformas legislativas; reformas administrativas; y cooperación técnica regional. Se redactó un anteproyecto de Política Farmacéutica Nacional, basado en las recomendaciones del CARICOM.

En 1998, el MS publicó la tercera edición de la Lista de Medicamentos Vitales, Esenciales y Necesarios (VEN), la cual consta de 500 productos. Hay 15 categorías de medicamentos aprobados para el mercado de Jamaica. El programa “Drug Serve Outlet” es un medio para que la población pueda adquirir los medicamentos a menor costo. El programa “Medicamentos para los Ancianos”, está destinado a suministrar a los ancianos medicamentos a bajo costo. Para poder vender medicamentos que necesitan receta médica es obligatoria la presencia de un farmacéutico en el establecimiento, ya que solamente los farmacéuticos titulados están autorizados para ello. Hay cerca de 270 farmacias y 520 farmacéuticos titulados en el país. Se necesita mayor información sobre la industria farmacéutica privada en Jamaica.

Las donaciones de sangre se han mantenido relativamente estables, y llegaron a 22.000 por año durante este decenio, al haberse recuperado luego de la alarma inicial ocasionada por la epidemia de infección por el VIH. El Laboratorio Nacional de Salud Pública ha establecido una meta de 40.000 donaciones por año.

El MS sigue educando al público sobre la seguridad y los beneficios del banco de sangre como un medio de generar mayor participación.

Donaciones anuales de sangre

Año								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Unidades	21.703	22.556	23.159	21.169	20.687	22.189	22.064	23.418

Fuente: Servicios de Transfusión de Sangre

El Servicio Nacional de Laboratorio ha realizado grandes progresos en las esferas de fortalecimiento de la gestión, adquisición de equipo, capacitación y recapitación del personal, así como formulación y ejecución del Programa de Control de Calidad (CC). Con apoyo financiero de la Unión Europea (UE), el Laboratorio Nacional de Salud Pública instaló sistemas computadorizados de administración de personal, control de inventarios y notificación de los resultados de pruebas a los pacientes. Durante los últimos años, los Departamentos de Química Clínica y Hematología adquirieron más de 300 unidades de equipo para los laboratorios del MS en toda la isla. El apoyo de la OPS permitió que el MS emprendiera un extenso programa de capacitación de asistentes técnicos de laboratorio y de recapitación de tecnólogos médicos en diversos aspectos de CC, así como la preparación e impresión de varios documentos para el Programa de CC. Se forjó otra alianza valiosa con la Oficina de Laboratorios del Organismo de Salud Pública Comunitaria del Estado de Michigan.

Equipo y tecnología: La mayor parte de la tecnología y del equipo está ubicada en los hospitales de tipo

A y B, o en hospitales especializados de los dos centros urbanos. La Unidad de Mantenimiento de los Establecimientos de Salud (UMES) se encarga del mantenimiento preventivo, la reparación y el reemplazo de instalaciones y equipo en los establecimientos públicos. Varios organismos han brindado apoyo técnico y administrativo, así como capacitación, a la Unidad de Mantenimiento de los Establecimientos de Salud del MS. Los planes de la RSS promueven una mayor autonomía para la Unidad de Mantenimiento. Los recursos los asignarán y administrarán DRS locales. Históricamente, el mantenimiento de la tecnología biomédica, de las instalaciones y del equipo se ha administrado mal. El financiamiento insuficiente para los programas de mantenimiento es un problema de larga data. Varios proyectos están en marcha para mejorar la capacidad técnica y administrativa del personal de mantenimiento de los establecimientos de salud. El Proyecto de Restauración y Fortalecimiento de los Hospitales (PRFH) financiado por el BID aportó fondos para la remodelación y la compra de equipos de 6 hospitales. En 1997, se terminó un nuevo hospital tipo B.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública se ha beneficiado de un proyecto de la UE para suministrar equipo biomédico e impartir cursos sobre cuestiones técnicas, de gestión y de control de calidad. La Unidad de Epidemiología recibió recursos de diversas fuentes destinados a su programa de VIH-SIDA.

Varios establecimientos sanitarios han forjado algunas alianzas con profesionales e instituciones de asistencia sanitaria, así como con organizaciones de beneficencia, de los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Además, organizaciones de desarrollo comunitario y de beneficencia en Jamaica dan su apoyo constante a establecimientos de salud y a personas que necesitan atención. En consecuencia, hay un sistema no muy estructurado, pero en funcionamiento, de suministro de bienes y servicios al sector de la salud. Hay proyectos en curso en todo el país de reparación, mantenimiento y mejoramiento del equipo que reciben apoyo de algunos organismos donantes.

Disponibilidad de equipo en el sector de la salud (1997)

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas	Laboratorios Clínicos	Bancos de Sangre	Equipo de radiodiagnóstico
Tipo A	0,43	0,004	0,0004	0,008
Tipo B	0,28	N/D	0	0
Tipo C	0,41	0	0	0
Especialista	0,71	0	0	0
Subtotal	1,78	0,004	0,0004	0,008
Hospitales privados (con y sin fines de lucro)	0,28	0,007	0	0,007
Subtotal	0,28	0,007	0	0,007
TOTAL	2,05	0,011	0,0004	0,015

Fuente: Unidad de Planificación y Evaluación (MS)

La RSS procura integrar la prestación de servicios de salud entre los sistemas de atención primaria y secundaria. Los planes requieren el refinamiento y la racionalización de los establecimientos clínicos y hospitalarios, para lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos limitados en el sector público. En consecuencia, los servicios hospitalarios y clínicos, así como su clasificación pueden consolidarse y simplificarse.

Disponibilidad de equipo en el sector sanitario por nivel de la atención (1997)

TIPO DE RECURSO						
Subsector	Salas de partos		Laboratorios Clínicos		Equipo radiodiag.	
	1er.Nivel	2 ^{do} Nivel	1 ^{er} Nivel	2 ^{do} Nivel	1 ^{er} Nivel	2 ^{do} Nivel
<i>Público</i>	N/D	17	N/D	11	N/D	21
Subtotal	N/D	17	N/D	11	N/D	21
<i>Privado (con y sin fines de lucro)</i>	N/D	7	N/D	18	N/D	19
Subtotal	N/D	7	N/D	18	N/D	19
TOTAL		24		29		40

Fuente: Unidad de Planificación y Evaluación (MS) y las entrevistas del personal de los hospitales privados.

Debido a un inventario deficiente, no se conoce el porcentaje de equipo defectuoso o que no funciona. Por lo general se asigna menos de 1,50% del presupuesto operativo anual a la preservación y el mantenimiento del equipo biomédico, lo cual es insuficiente. El MS también mantiene una flota grande de vehículos automotores que comprende cientos de vehículos de todo tipo, para trasladar a los pacientes, al personal y los materiales. Los servicios de transporte también han creado problemas, con respecto a su mantenimiento y administración eficaz.

El sector privado es un gran proveedor de atención ambulatoria. Hay poca información sobre el estado de las instalaciones y el equipo en el sector privado. Parece que hay poco control o vigilancia sobre la compra de tecnologías por los médicos y los hospitales privados.

Funciones del sistema de salud

Rectoría: Las funciones del MS están experimentando una transición. Dicho organismo está en vías de renunciar a sus responsabilidades tradicionales de tipo gerencial, para funcionar como organismo regulador. Las funciones gerenciales se han delegado a 4 ASR puestas en marcha en septiembre de 1998. La nueva función de la oficina central del MS incluirá formulación de políticas, planificación y evaluación, establecimiento de normas, y vigilancia. La mayoría de sus funciones tradicionales de financiamiento y prestación de servicios será delegada en las ASR. El ministro de salud y los directores de alto nivel del MS

son en gran parte responsables de la dirección del sistema de salud de la nación. De conformidad con la RS, el MS se propone fortalecer su función como conductor del sistema nacional de salud, al ampliar sus conocimientos y control de todo el sistema, incluido el sector privado.

El MS administra el sector de la salud a través de la autoridad del ministro de salud, que es un representante elegido por el poder legislativo y miembro del ejecutivo del país. El MS tiene control directo sobre el sistema de salud pública, y al mismo tiempo, mediante la Ley de Salud Pública, intenta reglamentar el sistema privado. En la actualidad, hay pocos reglamentos de control sobre el sistema de salud del sector privado. Muchas leyes y reglamentos son anticuados. El MS se esfuerza en consolidar sus sistemas de información y análisis sobre el estado de salud y la utilización de los servicios públicos.

Los niveles de toma de decisiones conocen bien los problemas sanitarios del país. La Unidad de Desarrollo y Administración de Recursos Humanos, junto con la Unidad de Planificación y Evaluación, tiene a su cargo la formulación de políticas, la planificación, y la coordinación en materia de recursos humanos.

No hay ningún organismo público o privado dedicado a la evaluación de las tecnologías en salud.

Financiamiento y gasto: La mayor parte de la información sobre financiamiento y gasto se limita al sector público. El MS sigue recibiendo su financiamiento del Ministerio de Finanzas y Planificación y las Direcciones Regionales de Salud reciben sus propios presupuestos. Sin embargo, esto se encuentra aún en una etapa de ejecución o transición. El financiamiento desde el fondo consolidado del Ministerio de Finanzas y Planificación representa el 90% del presupuesto del MS. Los proyectos extrapresupuestarios con organismos de ayuda internacional suponen cerca del 7% de los gastos operativos.

Aunque existe la tradición de brindar asistencia sanitaria gratis a los niños, los ancianos y los pobres, el MS ha puesto en práctica varios programas de recuperación de costos, como parte de la RS. Los programas de recuperación de costos, particularmente en los hospitales, representan del 3 al 5% de los gastos recurrentes. Los dos componentes mayores del presupuesto del MS son la atención hospitalaria (55%) y la atención primaria de salud (23%).

El 60% de la cooperación financiera es financiada como préstamo. El BID es el principal financiador (40%) y era el único acreedor del MS en el último año fiscal (préstamo de USD 25,4 millones para la RS).

Aseguramiento: Sólo 10% de la población está cubierta por un seguro de salud privado y la mayor parte de ella son trabajadores del sector público. Blue Cross (BC) de Jamaica, que tiene vinculación con un plan de BC en los Estados Unidos, es el asegurador privado principal de los servicios de asistencia sanitaria. Había 5 compañías de seguro de vida, que también ofrecían seguro colectivo de salud, pero la consolidación ocurrida en el sector financiero desde 1996, llevó a la quiebra a la mayoría de ellas.

Los seguros médicos cubren en gran parte los gastos en medicamentos y servicios de diagnóstico. Los

pagos que hacen estas compañías a los hospitales son pequeños y no guardan ninguna relación con los costos reales. El MS se encarga de brindar asistencia sanitaria a todos los individuos, independientemente de su capacidad de pago. El PSNS está todavía en su fase de planificación. En 1997 se creó un Comité Directivo Nacional para dirigir el debate público y brindar apoyo administrativo para el desarrollo de un PSNS. El PSNS preliminar requiere la participación obligatoria y la cobertura universal para un paquete definido de prestaciones que incluye atención hospitalaria, medicamentos, diagnóstico y procedimientos terapéuticos. Se están realizando los respectivos estudios de costo y se están recopilando los datos demográficos. Asimismo, se están estudiando modelos alternativos de reembolso. Las aseguradoras privadas competirían con el PSNS. La Asociación Médica de Jamaica (AMJ) es el principal opositor a la propuesta actual sobre el PSNS. El AMJ propone un programa que se centra en la atención primaria y en el reembolso a los médicos. El Esquema del Seguro Nacional (ESN) es un sistema de jubilación similar al de la seguridad social y depende del Ministerio de Trabajo, sin ninguna relación con los servicios de salud.

Prestación de servicios:

Servicios de atención individual: La mayoría de las personas, incluidos los pobres, indican que acuden al médico privado como su principal fuente de atención, si es que pueden pagarlo. Se considera que la utilización de los servicios públicos aumentó ligeramente a finales de los años 90. Muchos atribuyeron esta tendencia a que el público cada vez tiene más dificultades para costear los servicios privados.

Una tercera parte de los 1.800 médicos privados autorizados para ejercer en Jamaica en 1999 trabaja en el sector público. Muchos de ellos también ejercen su profesión en el sector privado. En la mayoría de los hospitales privados hay médicos que trabajan individualmente y otros en grupos, además de los servicios de emergencia. Los gerentes de los hospitales esperan que el ejercicio profesional de los médicos privados y los servicios de emergencia generen actividad económica significativa a nivel de los servicios de hospitalización, pero hasta el momento esto no ha ocurrido. Hay poca información sobre los dentistas privados, las farmacias, los laboratorios biomédicos y los servicios de radiología.

Número de consultas por 1.000 habitantes (1997)

Consulta	Número	Tasa por 1.000 habitantes
Consultas y chequeos médicos	N/D	N/D
Consultas y chequeos paramédicos	N/D	N/D
Consultas y chequeos dentales	181.540	71
Consultas de urgencia	N/D	N/D
Pruebas de laboratorio	54.647	21

Fuente: Monthly Clinical Summary Report

Servicios de salud poblacional: El MS presta asistencia sanitaria a la población por medio de hospitales y centros de salud. Las prioridades del MS son la promoción de la salud, la educación sanitaria y la

asistencia sanitaria preventiva. La Oficina de Educación Sanitaria utiliza la red de atención primaria para desarrollar la educación comunitaria y la colaboración de los residentes.

*Atención primaria*⁶ : Los servicios de atención primaria están al alcance de toda la población de Jamaica por conducto de una red de consultorios, de los cuales 345 funcionaban en 1998. Los servicios de salud comunitarios y las actividades de promoción de la salud también se centran en la red de consultorios de atención primaria.

Las razones más frecuentes de las consultas en atención primaria son: hipertensión, enfermedades respiratorias, enfermedades de la piel, diabetes y enfermedades de transmisión sexual. Es necesario mejorar el manejo de los casos de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, tales como el cáncer, la cardiopatía y la diabetes. Las consultas de seguimiento, especialmente las relativas a medicamentos asequibles, son un problema. Las ONG trabajan muy activamente en la esfera de las enfermedades crónicas, ya que educan al público y promueven exámenes de tamizaje. En Jamaica, las enfermedades transmisibles que predominan son las de transmisión sexual.

Servicios de salud pública y promoción de la salud: Los servicios comunitarios se prestan por medio de la red de consultorios de atención primaria. En 1998, el HIU dio cuenta de 1,8 millones de visitas, lo que representa un aumento de 10% con respecto al año anterior. No se informó sobre visitas a domicilio y otras actividades comunitarias. La mayoría de los clientes son mujeres (67%) y un 48% de los clientes solicitan atención curativa. La salud materno-infantil es el punto central de la atención primaria de salud establecido en los años 70. Los programas de vacunación se integran bien al sistema de atención primaria y las tasas de vacunación son relativamente altas. La escasez de recursos de los servicios de salud mental recibirá atención especial bajo la RSS.

Los organismos donantes o prestadores y las ONG trabajan activamente en la promoción de la salud. Se han puesto en práctica varios programas concretos de prevención, incluido el Programa Ampliado de Inmunización (ver datos a continuación) y la Campaña Masiva de Vacunación contra la rubéola, que hasta el presente tiene una cobertura del 74%. También hay un programa de prevención y control del SIDA.

Cobertura del Programa Ampliado de Vacunación en niños menores de 1 año

Vacuna	Cobertura
TBC	97.4%
Poliomielitis	89.9%
DPT	89.8%
Sarampión y SPR	88.3%

Fuente: Indicadores Básicos, 1997

Varias ONGs también están ejecutando programas de tamizaje para la detección temprana de patologías.

La Fundación del Corazón de Jamaica, la Asociación de Diabetes de Jamaica y la Sociedad del Cáncer de Jamaica son ejemplos. Las ONG trabajan con recursos muy limitados. Un proyecto piloto de un sistema de servicios médicos prehospitalarios de urgencia ha venido funcionando en la región occidental desde 1996, como parte del programa de RS. Cuatro equipos básicos de SMU ubicados en estaciones de bomberos trabajan activamente para tratar de demostrar la necesidad y el valor de los SMU. El Departamento de Medicina Comunitaria de la UWI tiene un programa de capacitación en curso para una variedad de trabajadores de los servicios públicos y personal de la industria del turismo en la esfera de los SMU.

La *atención secundaria y terciaria*⁷: A los problemas de salud reproductiva se deben 40% de los ingresos y egresos en hospitales, por lo que es el tipo más frecuente. Según la Unidad de Información Sanitaria (UIS), los accidentes y las lesiones, los problemas respiratorios, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos gastrointestinales siguen a los casos de maternidad, y constituyen las 5 causas principales de ingreso en los hospitales. La gastroenteritis, las neoplasias, la anemia, los trastornos mentales y los trastornos infecto/parasitarios son los diagnósticos más significativos, de acuerdo a las estadísticas sobre egresos de hospitales generadas por un Sistema de Administración de Pacientes instalado recientemente (SAP), proyecto piloto que forma parte de la RSS. Sin embargo, los accidentes y las lesiones, además de las enfermedades crónicas, representan la mayor proporción de los gastos de los hospitales. El departamento de accidentes y emergencias representa la fuente más grande de ingresos, lo que indica que para muchos este departamento es su fuente principal de atención médica.

Las tasas de ocupación de los hospitales varían considerablemente según el tipo de establecimiento, el establecimiento individual y el servicio. Las tasas de ocupación registradas en los hospitales de tipo A, B y C son de 65, 60 y 22%, respectivamente. Se dice que los hospitales comunitarios rurales carecen de recursos para prestar la amplia gama de servicios que muchos pacientes requieren. No es raro que algunos pabellones de maternidad en las zonas urbanas registren más del 200% de ocupación. Para algunos servicios, tales como oftalmología y cirugía especializada, hay un período de espera. Es más, un número significativo de enfermos hospitalizados no requieren hospitalización, pero sencillamente están allí porque se considera que carecen de alternativas de alojamiento apropiadas para la convalecencia.

En 1999, las consultas y los procedimientos aumentaron en el Laboratorio Nacional de Salud Pública en más del 10%, en comparación con 1998. Se registró una situación similar en las farmacias públicas y la fisioterapia. Esto invierte las tendencias recientes hacia un mayor uso de los proveedores privados. Los servicios de radiodiagnóstico en el sector público disminuyeron casi 10% en 1999.

No existe mucha información sobre los hospitales privados. Varios hospitales privados en Kingston

padecen problemas financieros crónicos y han solicitado la intervención del MS. Los hospitales privados atribuyen la disminución en sus negocios al lento crecimiento de la economía. Sin embargo, el sector privado parece sufrir los mismos males que el sector hospitalario público: la falta de recursos financieros, una administración débil, y la incapacidad para trabajar de manera planificada y coordinada. La RS exige un sector hospitalario privado viable. Se requiere mejorar la recopilación y el análisis de datos.

Indicadores de productividad (1997)

Indicador	Sector público
Nº. total de egresos	153.101
Tasa de ocupación	66,1%
Estadía promedio en días	5,7

Fuente: Informe Mensual Hospitalario

Calidad: El control de calidad es una prioridad en todos los aspectos de la asistencia sanitaria y en la RS. Se están formulando normas, se está capacitando al personal, y se están llevando a la práctica mecanismos para la auditoría y la supervisión, a fin de lograr la acreditación por las autoridades profesionales reconocidas. Hasta la fecha, la mayor parte del trabajo de control de calidad se ha centrado en la atención hospitalaria y los servicios de laboratorio. El MS está utilizando en el control de la calidad un enfoque basado en el cliente. La salud y la seguridad de los trabajadores también son motivo de preocupación.

Calidad técnica: El Programa de Control de Calidad ya está funcionando en los 23 hospitales públicos. Todos los hospitales tienen un Comité de Control de Calidad en funcionamiento y un Comité de Control de Infecciones. Se están elaborando y distribuyendo gradualmente manuales sobre diferentes servicios. Los llamados Consejos de Profesionales constituyen el mecanismo para dictaminar en caso de quejas sobre la ética o el comportamiento profesional. Sus actuaciones varían (p. ej., se investigan cerca de 90% de las defunciones maternas, pero no ocurre lo mismo en el caso de defunciones de niños u otros casos).

Calidad percibida: De conformidad con el PRSS, los hospitales realizan periódicamente estudios y encuestas sobre la satisfacción de los usuarios.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica: La RS no es nueva en Jamaica⁸. En los años 70, el BM creó una extensa red nacional de consultorios de atención primaria y el primer establecimiento médico regional. En los años 80 se inició el Proyecto de Racionalización de los Servicios de Salud (PRSS), una alianza entre el GJ y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para modernizar las instalaciones y el equipo en algunos de

hospitales. Desde 1988 hasta 1998, el GJ, con el apoyo de la AID, mantuvo en funcionamiento el Programa de la Iniciativa de Servicios de Salud (PISS) para introducir métodos empresariales en la administración de los hospitales públicos. Se contrató a los directores de los hospitales y se les impartió adiestramiento. Se establecieron juntas directivas en los hospitales; se capacitó a los gerentes; se terciarizaron algunos servicios de hostelería; se establecieron programas de recuperación de costos y de mercadeo social.

El Programa de Reforma del Sector de la Salud (PRSS), una alianza entre el GJ y el BID, empezó a mediados de los años 90. El PRSS de Jamaica tiene varias metas, objetivos y actividades que se realizarán simultáneamente y a nivel nacional^{9, 10}. Los objetivos incluyen el control de costos, una mayor eficiencia, la equidad, el control y la acreditación de la calidad, una asignación de recursos eficaz, una combinación de servicios compatible con modelos epidemiológicos y demográficos en constante cambio, tecnología y sistemas de información apropiados, mejores servicios al usuario, educación pública y promoción de la salud, así como una mayor responsabilidad comunitaria e individual. Los sindicatos, equipos de recursos de diversos ministerios y la Asociación de Administración Pública participaron en el proceso de negociación. El MS se encarga en gran parte de la ejecución, la supervisión y la documentación de la RSS. El BID también tiene responsabilidades de supervisión y evaluación.

Seguimiento de los contenidos

Marco legal: Se están preparando varios proyectos de ley y reglamentos nuevos. El PRSS facilitó la contratación de abogados para trabajar con el personal técnico, con el fin de formular nuevas leyes que reflejen los objetivos de la RS y los cambios en la provisión de servicios. El PRSS se encarga de la nueva legislación en las esferas de los servicios de salud mental, la descentralización de la administración y el seguro de salud nacional. Se están realizando trabajos sobre legislación y reglamentos para los servicios de salud, los servicios médicos de urgencia, las políticas farmacéuticas nacionales y el control de calidad.

Derecho a la atención y al seguro de salud: La asistencia sanitaria siempre ha sido considerada como un bien público, al alcance de todos, independientemente de su capacidad de pago. El plan del PRSS exige un Programa de Seguro Nacional de Salud (PSNS) obligatorio y universal. Desde 1998, el PSNS ha venido realizando el análisis requeridos para formular un seguro de salud. Se están recopilando datos demográficos y efectuando estudios de costos. Asimismo, se están evaluando las proyecciones actuariales. Sin embargo, se han tomado varias decisiones importantes. El Paquete de Beneficios incluirá el pago por la atención hospitalaria, los medicamentos con receta, las pruebas de laboratorio y radiodiagnóstico y los procedimientos terapéuticos. El PSNS será universal y obligatorio. Los empleadores estarán obligados a contribuir a las primas de seguro de sus trabajadores. El gobierno cubrirá el seguro de

los pobres. La administración del PSNS estará a cargo de una entidad pública no gubernamental y varias funciones tal vez las desempeñen subcontratistas. Cualquier excedente será destinado a la atención primaria.

Rectoría: En 1997, se presentó al Parlamento un documento de consulta sobre el PSNS y se creó un Comité Directivo Nacional para informar y solicitar la participación del público. El MS sigue aprovechando los logros de los programas anteriores de RS. Se están evaluando y probando sistemas alternativos de información y de tecnología de la información sanitaria (TI/SI) en los hospitales, la Oficina Central y las DRS. El costo de adquisición y la tasa de cambio en el ámbito de TI/SI son retos muy importantes para el MS. En 1998, el MS adquirió en Canadá un Sistema de Administración de Pacientes para los hospitales. Tanto el Servicio de Salud de los Pueblos Indígenas de los Estados Unidos, como la OPS/OMS, han ofrecido donar sus sistemas de información sobre gestión sanitaria al MS.

Separación de funciones: Según la RS, la Oficina Central del MS desempeñará funciones directivas y reglamentarias. Las DRS y los Departamentos Municipales de Salud serán las principales unidades de administración.

Modalidades de descentralización: La descentralización empezó o se ensayó por primera vez en los años 70, cuando se consideró una manera de aumentar la eficiencia y mejorar la participación comunitaria en las actividades de atención primaria en el Condado de Cornwall. En 1998, se establecieron 4 Direcciones Regionales de Salud (DRS), que recibieron financiamiento y dotación de personal en 1999. Las DRS dirigirán el sistema existente en los Departamentos Municipales de Salud. La descentralización está todavía en ejecución. Lamentablemente, los costos del cambio, combinados con un presupuesto público en disminución y el aumento de los costos de la mano de obra, hacen que los costos de personal de las DRS requieran entre 70 y 80% del presupuesto operativo total.

Participación social y control: Las campañas de mercadeo social se han aplicado durante mucho tiempo en los programas de RS. Un servicio de salud es muy importante en cualquier sociedad y es un tema sumamente político en Jamaica. Además, el país también cuenta con medios de difusión bien informados y eficaces. Los miembros de las juntas administrativas y de los comités directivos se escogen entre el público general. Las estrategias de promoción de la salud son comunitarias. A nivel regional, el público general participará en la planificación y administración del sistema de salud. En el nivel primario, el objetivo es movilizar a la comunidad para que asuma un papel más activo en la prevención de los riesgos para la salud. La inclusión de mujeres o de grupos minoritarios en la toma de decisiones nunca planteó problemas.

Financiamiento y gasto: El financiamiento público de los servicios de salud se ha mantenido relativamente

constante durante la segunda mitad del decenio. La última encuesta sobre financiamiento, gasto y utilización de servicios del sector privado se realizó a principios de los años 90. El BID está planificando otra encuesta para fines de 1999. Se están fortaleciendo los programas de recuperación de costos. Se están examinando y promoviendo esquemas de privatización, pues se considera que un sector privado autosuficiente es importante para la RS.

Prestación de servicios: La prestación de servicios no parece haber cambiado significativamente hasta este momento. La RS requiere la integración de los servicios primarios y secundarios y ahora esta responsabilidad incumbe a los directores de las DRS. Se racionalizarán los recursos de los consultorios de atención primaria y de los hospitales comunitarios, lo cual dará lugar a la consolidación de servicios y a una reclasificación de los establecimientos públicos.

Modelo de prestación: Se están redactando varias leyes nuevas para reflejar los planes de RS y los cambios en la prestación de asistencia sanitaria, por ejemplo en los servicios de salud mental y los diversos tipos de establecimientos de asistencia sanitaria. El NHIP también permite la formulación de proyectos especiales para demostrar si los sistemas alternativos de prestación de asistencia son adecuados. Por ejemplo, en 1996 el MS junto con la Brigada de Incendios de Jamaica y el Departamento de Medicina Comunitaria de la UWI, ejecutó un proyecto piloto sobre un Servicio Médico de Urgencia Prehospitalario (SMU). El proyecto de demostración del SMU de Jamaica es el primero de su clase en la región y en un país de ese tamaño.

Modelo de gestión: En 1999 la Oficina Central del MS empezó un proceso de rediseño de su estructura y sus funciones. Ahora, tiene tres divisiones principales. Estas son: normas y reglamento, integración y planificación de los sistemas de salud, y promoción de la salud. La Unidad de la RSS se integró a la nueva estructura orgánica del MS. Las iniciativas principales en esta etapa son la revisión y actualización de las políticas y los procedimientos administrativos, así como el cambio en la capacitación gerencial. En la reorganización, dos servicios importantes ya no están bajo el control directo del MS: mantenimiento de las instalaciones de salud y transporte. Los directivos del MS participan en la evaluación y adopción de mejores prácticas de gestión por las instituciones públicas de salud y en lo referido a las normas ISO 9000.

Recursos humanos: Bajo la RS se está brindando mayor atención al desarrollo de los recursos humanos. Se están reevaluando las necesidades y se están evaluando y racionalizando los programas de adiestramiento. Las universidades de Jamaica son también un recurso regional, ya que capacitan a un gran número de personal de los países del Caribe de habla inglesa.

Evaluación de la calidad y de las tecnologías en salud: El PRSS tiene un componente de Control de

Calidad, pero no se ha prestado ninguna atención a la evaluación de tecnologías. Para 1999, todos los hospitales públicos tenían comités de Control de Calidad en funcionamiento y se está llevando a la práctica un sistema para las auditorías internas y externas. El objetivo a largo plazo del Programa de Control de Calidad es establecer un sistema reconocido a nivel internacional para la acreditación de los hospitales. Para antes de fines del año 1999, se prevé una política farmacéutica nacional, compatible con las recomendaciones de CARICOM. Finalmente, se siguen haciendo algunas mejoras en la infraestructura y el equipo de los hospitales gracias a varios programas donantes, por ejemplo el PRSS del BID y la UE.

Evaluación de los resultados

Es prematuro evaluar el PRSS, ya que muchos de sus elementos están todavía en las etapas iniciales de desarrollo. Dado el número de objetivos y proyectos que abarca el PRSS, quizás sea mejor evaluar cada componente individualmente, ya que las dificultades son diferentes y el proceso está ocurriendo a ritmos distintos. Es necesario fortalecer los sistemas de información, la recopilación y el análisis de los datos para obtener todo dato significativo que permita evaluar el impacto de la RS.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Planning Institute of Jamaica: “Economic and Social Survey Jamaica 1997”, Kingston, 1998

¹ Statistical Institute of Jamaica: “Demographic Statistics 1997”, Kingston, 1998

¹ Statistical Institute of Jamaica & Planning Institute of Jamaica: “Jamaica Survey of Living Standards 1996, Kingston, 1997

¹ MoH-Planning and Evaluation Unit: “Monthly Clinical Summary Report 1997, Kingston, 1998

¹ Health Corporation Ltd.: “Annual Report 1996-1997 & 1997-1998, Kingston, 1999

¹ MoH-Health Information Unit: “Monthly Clinical Summary Report 1997, Kingston, 1998

¹ MoH-Health Information Unit: “Hospital Clinical Summary Report 1997, Kingston, 1998

¹ World Bank: “Jamaica Health Sector Review: Present Status and Future Options, 1994

¹ Administrative reform program: “Annual Report 1996-1997 & 1997-1998”, Kingston, 1999

¹ Health Reform Unit (MoH): “Health Reform in Jamaica”, Kingston, 1997

¹ Planning Institute of Jamaica: “Economic and Social Survey Jamaica 1997”, Kingston, 1998

² Statistical Institute of Jamaica: “Demographic Statistics 1997”, Kingston, 1998

³ Statistical Institute of Jamaica & Planning Institute of Jamaica: “Jamaica Survey of Living Standards 1996, Kingston, 1997

⁴ MoH-Planning and Evaluation Unit: “Monthly Clinical Summary Report 1997, Kingston, 1998

⁵ Health Corporation Ltd.: “Annual Report 1996-1997 & 1997-1998, Kingston, 1999

⁶ MoH-Health Information Unit: “Monthly Clinical Summary Report 1997, Kingston, 1998

⁷ MoH-Health Information Unit: “Hospital Clinical Summary Report 1997, Kingston, 1998

⁸ World Bank: “Jamaica Health Sector Review: Present Status and Future Options, 1994

⁹ Administrative reform program: “Annual Report 1996-1997 & 1997-1998”, Kingston, 1999

¹⁰ Health Reform Unit (MoH): “Health Reform in Jamaica”, Kingston, 1997