

54.º CONSEJO DIRECTIVO

67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

CD54/DIV/7
Original: español

**PALABRAS DE APERTURA DEL SR. HÉCTOR SALAZAR SÁNCHEZ, GERENTE
DEL SECTOR SOCIAL DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO**

**PALABRAS DE APERTURA DEL SR. HÉCTOR SALAZAR SÁNCHEZ, GERENTE
DEL SECTOR SOCIAL DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO**

**28 de septiembre del 2015
Washington, D.C.**

**54.º Consejo Directivo de la OPS
67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

Muy buenos días tengan todas y todos ustedes, delegados, líderes, autoridades, distinguidos panelistas de la mesa de apertura: Don Juan Orlando Hernández, Presidente de Honduras; señora Sylvia Mathews Burwell, Secretaria del Departamento de Salud de los Estados Unidos; señor Luis Almagro Lemes, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos; doctor Hans Troedsson, Subdirector del Departamento de Administración General de la Organización Mundial de la Salud; doctora Carissa Etienne y demás asistentes.

Les transmito un saludo del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, señor Luis Alberto Moreno. Estoy aquí en representación del Banco como Gerente del Sector Social que tiene una de las áreas más importantes: la de la salud y la protección social, como se mencionó acá, además de la de educación.

Somos una Región que está cerrando las brechas de salud mundial. Chile, Costa Rica y Cuba, como ustedes saben, han reducido notablemente sus tasas de mortalidad prevenible, a cifras comparables con los países desarrollados. Este año se logró el 97% de la meta regional de reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años y el 83% de la meta de mortalidad en menores de 1 año. Sin embargo, a pesar de que se han reducido las disparidades persistentes, Haití, por ejemplo, tiene 14 veces más muertes maternas que Chile, 350 contra 24 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, y Guatemala tiene 8 veces más niños con desnutrición crónica comparada con Costa Rica.

Los sistemas de salud de los países de la Región se encuentran en distintas fases de evolución, lo cual refleja la variabilidad de su capacidad y desempeño. Coexisten, sin embargo, enfoques conservadores, pero otros también innovadores. La persistencia de estrategias verticales para controlar padecimientos específicos señala una tendencia conservadora, pero también las reformas de salud orientadas a lograr la cobertura universal, reducir las desigualdades, brindar beneficios explícitos y garantizar la protección financiera, se sustentan en abordajes novedosos. Hay muchos países en la Región que son modelos en este sentido.

Los esfuerzos para mejorar la atención primaria de la salud como puerta de entrada a las redes de servicios más integrados también están cobrando nuevo ímpetu para otorgar servicios de salud más equitativos y con mayor capacidad resolutive. Eso lo sabemos. Los abordajes son múltiples y a la vez congruentes con los contextos locales. Menciono algunos ejemplos como los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de El Salvador; el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua, el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador; el Programa SUMAR de Argentina y la estrategia nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y la promoción de la salud de México, entre otros, que nos brindan lecciones importantes a todos nosotros. La estrategia de salud familiar del Sistema Único de Salud del Brasil, que ya también es una referencia obligada, es muy bien conocida.

No obstante, el escenario se complica por el viraje de la carga de enfermedad hacia enfermedades crónicas no transmisibles y las lesiones por accidentes o violencia. Un 68% de las muertes en la Región son causadas por enfermedades crónicas. No obstante los avances, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud de calidad con financiamiento público por parte de los segmentos más vulnerables de la población presenta retos todavía muy importantes. Esta compleja problemática requiere la articulación de múltiples actores y de respuestas innovadoras que deben ser respaldadas por la gobernanza y, a la vez, deben ser institucionalizadas para volverse práctica común.

Nuestros países requieren fortalecer la gobernanza para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y lograr un impacto en el estado de salud de la población. La gobernanza en salud corresponde a procesos de toma de decisiones responsables, transparentes, efectivas y eficientes que minimicen el desperdicio que produce la inequidad, hacia la sostenibilidad de los sistemas de salud.

La precariedad de la gobernanza, como he dicho, es un tema central y es visible a nivel comunitario y a nivel nacional, dentro de los sistemas de salud de muchos de nuestros países. Por ejemplo, en el nivel comunitario, la epidemia por el virus del chikunguña ha confirmado la urgencia de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y los servicios de salud para responder a este y otros riesgos.

En el nivel nacional la búsqueda de la cobertura universal pone de manifiesto la necesidad de mejorar los procesos de toma de decisión basados en evidencia, la planificación por resultados, las proyecciones de gastos de mediano plazo, las políticas de recursos humanos, la colaboración entre áreas técnicas y entre los niveles centrales y subnacionales, entre otros aspectos. El interés global ya no se centra solamente en cómo funciona un sistema de salud, sino en medir y mejorar su desempeño. De ahí el tema de gobernanza y el énfasis que he mencionado.

Debemos continuar los esfuerzos para identificar lo que ha funcionado y lo que no logró los resultados esperados; identificar las dimensiones políticas y sociales de las reformas, y fortalecer las herramientas que permitan tomar decisiones, como por ejemplo, la priorización y definición de los paquetes de beneficios y la estrategia de movilización de recursos.

La voluntad política para reducir la inequidad y brindar acceso a los servicios no es suficiente, se debe traducir en la implementación de políticas de gobernanza que logren estos fines. Por ejemplo, a pesar de que hay un mayor gasto de salud, todavía muchas personas pagan de su bolsillo debido a que la cobertura de servicios es inadecuada y la calidad de los servicios proporcionados con fondos públicos no es la deseable. Un 33% del gasto de salud de América Latina y el Caribe todavía proviene del pago del bolsillo, comparado con el 14% de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Si bien este porcentaje va disminuyendo, ya que en el año 2000 era el 38%; es un área de énfasis muy importante y un indicador preocupante que sea así todavía.

En conclusión, la gobernanza en salud de los países de América Latina y el Caribe debe evolucionar para que los sistemas de salud sean capaces de responder a los grandes desafíos que enfrentan para lograr los resultados tangibles de la cobertura universal y reducir las brechas de inequidad para la población.

Muchas gracias.

- - -