



**ORGANIZACIÓN  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

XXXVIII Reunión



**ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**

XLVII Reunión

Washington, D.C.  
25 al 30 de septiembre de 1995

*Tema 5.7 del programa provisional*

CD38/18, Rev. 1 (Esp.)  
10 agosto 1995  
ORIGINAL: ESPAÑOL

**IMPLICACIONES DE LA CUMBRE DE LAS AMÉRICAS  
PARA LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD:  
MARCO PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

En consideración a las dificultades que enfrenta el sector salud, los países americanos han manifestado la intención de unir esfuerzos, intercambiar experiencias y movilizar la cooperación externa en apoyo a los procesos nacionales de reforma del sector salud. Esta iniciativa se materializó en la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami del 9 al 11 de diciembre de 1994, cuyo Plan de Acción incluye una resolución sobre el "Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud".

En esa resolución, los países del hemisferio que participaron en la Cumbre de las Américas plantearon la realización de una reunión especial de los gobiernos americanos con las agencias de cooperación especializadas. Los objetivos de esa reunión son los siguientes:

- Establecer un marco de referencia regional para los mecanismos de reforma del sector salud, a ser concertado juntamente por los gobiernos nacionales, organizaciones internacionales y agencias bilaterales;
- Definir los objetivos y mecanismos para el seguimiento regional de la implementación de planes y programas nacionales de reforma del sector salud, incluyendo el papel de la OPS en este proceso;
- Planificar el fortalecimiento de una red interamericana y el apoyo externo requerido, dedicada al intercambio de conocimientos y experiencias sobre la reforma del sector salud entre autoridades gubernamentales, representantes del sector privado, los ONG, investigadores y donantes.

La Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial organizaron un grupo de trabajo para la preparación de la reunión especial. El grupo de trabajo realizó varias reuniones e incorporó la participación de otros cuatro organismos (la Organización de los Estados Americanos, la Comisión Económica para América Latina el Caribe, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas), de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y del Gobierno del Canadá. Además, efectuó consultas con autoridades de salud de algunos países seleccionados. Después de estas consultas, la Organización Panamericana de la Salud redactó el documento adjunto para que sirva de base en las deliberaciones de la reunión sobre reforma del sector salud a celebrarse en Washington, D.C., el 29 y 30 de septiembre, como sesión especial de la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. (Ver el Programa Provisional adjunto.)

Además, como parte de la documentación relacionada con esta actividad, se solicitó a cada Estado Miembro la preparación de un informe sobre los principales problemas del sector y las reformas ya implementadas o las que piensen poner en marcha en el futuro. Los informes disponibles serán distribuidos durante la sesión especial del Consejo Directivo.

Anexos

**ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD:  
HACIA UNA AGENDA PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

**PROGRAMA PROVISIONAL**

*Viernes, 29 de septiembre*

- |               |  |
|---------------|--|
| 9:00 a.m.     | Sesión de apertura: Declaraciones de las agencias responsables por la coordinación de la reunión |
| 10:00 a.m.    | <i>Receso</i>  |
| 10:30 a.m.    | Panel: Opciones para la reforma: Organización de los servicios de salud                          |
| 12:00 m.      | <i>Almuerzo</i>  |
| 14:00 p.m.    | Panel: Opciones para la reforma: Financiamiento de los servicios de salud                        |
| 15:30 p.m.    | <i>Receso</i>  |
| 16:00 - 17:30 | Panel: Procesos nacionales de reforma del sector   |

*Sábado, 30 de septiembre*

- |            |   |
|------------|---|
| 9:00 a.m.  | Panel: Monitoreo y cooperación para la reforma del sector salud |
| 10:30 a.m. | <i>Receso</i>   |
| 11:00 a.m. | Discusión y adopción de resoluciones                            |
| 12:00 m.   | Sesión de clausura  |

**ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD:**  
***HACIA UNA AGENDA REGIONAL PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD***

Septiembre de 1995

Documento de trabajo en seguimiento a la Cumbre de las Américas preparado por la OPS, con base en las deliberaciones del grupo de trabajo interagencial constituido con BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS, FNUAP, UNICEF, USAID y el Gobierno del Canadá

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Antecedentes . . . . .	3
I. La razón de ser de la reforma del sector salud . . . . .	5
1. ¿Por qué es necesaria la reforma del sector de la salud en la Región? . . . . .	6
2. ¿Qué objetivos persigue la reforma del sector salud? . . . . .	6
II. El escenario en que se produce la reforma en las Américas . . . . .	8
1. El contexto general . . . . .	8
2. Los problemas regionales en materia de equidad, eficiencia y eficacia en salud . . . . .	9
3. La evolución de las políticas de salud . . . . .	11
III. El marco de referencia para la reforma del sector salud . . . . .	13
1. Opciones en materia de organización y gestión de servicios de salud . . . . .	14
2. Opciones en materia de financiamiento del sector salud . . . . .	16
IV. Los procesos de reforma del sector salud . . . . .	18
1. Estrategias adoptadas para la reforma . . . . .	18
2. Las dimensiones políticas de la reforma . . . . .	18
3. Problemas enfrentados por los procesos de reforma . . . . .	19
V. La cooperación hemisférica en apoyo a la reforma . . . . .	21
1. La coordinación interagencial en apoyo a la reforma . . . . .	21
2. La red interamericana de reforma del sector de la salud . . . . .	21
3. El monitoreo de los procesos nacionales de reforma del sector de la salud . . . . .	22

## ANTECEDENTES

En la presente década, se han intensificado en numerosos países los procesos de reforma del sector salud, en razón del desafío de proporcionar a todos sus habitantes servicios eficientes y de buena calidad, en respuesta a las necesidades acumuladas y emergentes de la población. Al sector salud se le plantea crecientemente la necesidad de alcanzar más equidad y eficiencia en la utilización de sus recursos, enfatizando la atención a los grupos más vulnerables y el control de problemas prioritarios, a través de medidas costo-efectivas de alta externalidad.

En la Región de las Américas, la reforma está enmarcada por la apertura económica, la consolidación democrática y el reordenamiento del Estado. El análisis de las experiencias de reforma en marcha evidencia la diversidad de los modelos y estrategias adoptados por los países para alcanzar una cobertura universal con servicios de buena calidad, conforme a las realidades nacionales. La reforma del sector es un proceso complejo, cuyo desarrollo involucra no solo componentes técnicos y gerenciales, sino también políticos, económicos, sociales y culturales, que no puede admitir fórmulas únicas para su desarrollo.

En consideración a las dificultades que confronta el sector, los países americanos han manifestado la intención de unir esfuerzos, intercambiar experiencias y movilizar la cooperación externa en apoyo a los procesos nacionales de reforma del sector salud. Esta iniciativa se materializó en la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami, de 9 a 11 de diciembre de 1994, cuyo Plan de Acción incluye una resolución sobre el "Acceso equitativo a los servicios básicos de salud" y una agenda que incluye los siguientes puntos:

- reafirmación del compromiso de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990, del Acuerdo de Nariño de 1994 y de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1994, de reducir la mortalidad infantil en un tercio y la mortalidad materna a la mitad hasta el año 2000;
- endoso a un paquete básico de servicios clínicos, preventivos y de salud pública, conforme a las recomendaciones de la OMS, la OPS, el Banco Mundial y la Conferencia sobre Población y Desarrollo, destinado a atender la salud infantil, materna y reproductiva, incluyendo atención prenatal, durante y después del parto, información y servicios de planificación familiar y prevención del VIH/SIDA, las inmunizaciones y el combate a otras causas de mortalidad infantil;
- compromiso de desarrollar, de acuerdo a los mecanismos definidos por cada país, reformas destinadas a alcanzar las metas de salud infantil, materna y

reproductiva; el acceso universal y no discriminatorio a los servicios básicos de salud; la atención a los pobres, discapacitados y poblaciones indígenas; una infraestructura de salud pública más sólida; alternativas de financiamiento, administración y prestación de servicios; garantía de calidad y una mayor participación de actores y las ONG;

- fortalecimiento de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFES), como foro para compartir conocimientos, información y experiencias, fortalecer la capacidad nacional y fomentar la cooperación hemisférica sobre la reforma, incorporado a funcionarios gubernamentales, representantes del sector privado, instituciones y las ONG, donantes y expertos;
- convocatoria a una reunión especial de los gobiernos del Hemisferio con los donantes y los organismos internacionales interesados, patrocinada por el BID, el Banco Mundial y la OPS, para establecer el marco de referencia para la reforma, definir el papel de la OPS en el monitoreo regional de los planes y programas nacionales de reforma y planificar el fortalecimiento de la red, incluyendo las contribuciones de sus co-patrocinadores.

La Declaración de Principios de la Cumbre insta a las organizaciones internacionales a apoyar el cumplimiento de los acuerdos del Plan de Acción, que los países se comprometen a cumplir sin demora. El sector privado y el público, los partidos políticos, las instituciones académicas, las ONGs y demás actores interesados, fueron invitados a cooperar y participar en los esfuerzos nacionales y regionales, fortaleciendo así los vínculos entre los gobiernos y la sociedad y creando un "Pacto para el desarrollo y la prosperidad en las Américas".

En respuesta a esta decisión de los gobiernos, la Organización Panamericana de la Salud encabezó un grupo de trabajo integrado por representantes del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial. También participaron cuatro organismos internacionales (la Organización de los Estados Americanos, la Comisión Económica para América Latina el Caribe, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Gobierno del Canadá. En una reunión de consulta de autoridades nacionales celebrada el pasado mes de junio en Washington, D.C., se analizó un informe preliminar. La actual versión del documento incorpora las sugerencias formuladas en esa reunión y otras aportadas por algunos países. En consecuencia, su contenido no representa la posición oficial de ninguna organización ni de ningún gobierno. Su finalidad es servir de base para las deliberaciones de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, que se celebrará en Washington, D.C., el 29 y 30 de septiembre de 1995.

## I. LA RAZÓN DE SER DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

*La reforma sectorial en salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan.*

A pesar de que el sector de la salud es fundamental para lograr un mayor bienestar para la población y la formación de capital humano y que existen experiencias positivas en el desarrollo de la estrategia de atención primaria, todavía padece un atraso relativo frente a los ritmos de cambio que ha vivido la Región en los últimos años en otros renglones de la vida económica, política y social.

Mientras que la Región se esfuerza por transformarse internamente para lograr una inserción competitiva en la nueva conformación del mundo, al sector salud le hace falta vencer una serie de inercias que le impiden acceder a un mayor grado de modernización organizativa, tecnológica, política y administrativa.

Los servicios de salud pública son un importante ingrediente del salario social, cuyo impacto será más grande mientras mejor opere el sector en su conjunto. Para cumplir a cabalidad su papel, el sector salud tiene que ser visualizado como un sector integral de la economía que contribuye a ésta, y la productividad debe guiar su evolución futura. Por ello resulta imperativo que el sector mejore su eficiencia en la asignación de recursos, a fin de concentrar los recursos en intervenciones eficaces contra daños y riesgos.

Ante los problemas arriba apuntados, los procesos de reforma de la salud en la Región tienen que tomar en cuenta una serie de principios rectores compatibles con la reforma del Estado, de modo tal que se apuntalen las siguientes funciones del Estado:

- establecer las prioridades generales en materia de salud
- velar por que se atiendan las necesidades esenciales de todos los ciudadanos;
- reasignar los recursos escasos para afrontar las desigualdades que afectan a los sectores más desfavorecidos de la población.



Ello supone que la salud de los ciudadanos sigue siendo una de las responsabilidades fundamentales del Estado.

**1. ¿Por qué es necesaria la reforma del sector de la salud en la Región?**

¿A qué se busca dar respuesta con una reforma de la salud en la Región? ¿Cuáles son los hechos que fundamentan la necesidad de este cambio?

- Se ha presentado una oportunidad significativa de mejorar la situación de salud: pese a los avances logrados en las últimas décadas, de una magnitud considerable, en términos absolutos y relativos, persisten las enfermedades evitables y muertes prematuras; América Latina y el Caribe tienen una sobremortalidad de alrededor del 50%.
- Los cambios en las características de la población (en especial la estructura etaria) y de los modos de vida (debido principalmente a los perfiles epidemiológicos, la urbanización y la industrialización creciente) hacen necesario reorientar los modelos de atención.
- La falta de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud: vastas regiones geográficas y grupos sociales muy amplios no tienen acceso a la atención de las necesidades básicas de salud que todos los ciudadanos necesitan.
- La falta de coordinación entre las instituciones, los subsectores y los sectores nacionales.
- La asignación ineficiente de los recursos escasos.
- En algunos países existe un flujo insuficiente de financiamiento hacia el sector de la salud; ello ha determinado deficiencias en la prestación de servicios de salud, en términos de cantidad y calidad, así como una acumulación de rezagos en la atención a las necesidades básicas de la población.

**2. ¿Qué objetivos persigue la reforma del sector salud?**

¿Qué objetivos fundamentales persigue, por consecuencia, la reforma del sector salud? ¿A qué premisas deben obedecer las estrategias que se pongan en marcha para poderla llevar a cabo?

En esencia:

- Mejorar las condiciones de salud y de vida de todos los habitantes de las Américas.
- Ser parte de la reforma social que se produzca en la Región, constituyéndose en uno de los pilares del desarrollo con justicia, bienestar y equidad.
- Contribuir efectivamente al combate a la pobreza y ser un ingrediente clave de los programas de acción para este propósito.
- Reducir las desigualdades del estado de salud, mejorar el acceso a servicios sanitarios de buena calidad y fomentar que las instituciones, los individuos y las comunidades compartan la responsabilidad.
- Modernizar y descentralizar la organización y el funcionamiento de las instituciones públicas que prestan servicios de salud.
- Lograr el equilibrio entre los subsectores público y privado de salud, con miras a conseguir que sus esfuerzos se complementen.
- Velar por que el sector cuente con recursos financieros razonables y a un nivel sostenible para que pueda lograr sus objetivos.

Una reforma integral no puede aspirar a dejar cubiertos todos sus propósitos en un corto plazo. Sin embargo, es un componente de la necesaria modernización social que requieren nuestros países, y los problemas con los que hay que contender son vulnerables si se aúnan voluntad política, recursos y capacidad técnico-administrativa.

Ello hace que los procesos de reforma sectorial en salud tengan que ser implementados a través de un conjunto de estrategias políticamente viables, técnica y administrativamente factibles y económicamente sustentables, que tengan plena coherencia entre sí, al mismo tiempo que capitalicen al máximo posible las conquistas institucionales que han sido logradas en cada uno de nuestros países.

## II. EL ESCENARIO EN QUE SE PRODUCE LA REFORMA EN LAS AMÉRICAS

### 1. El contexto general

La meta de salud para todos ha venido enfrentando múltiples obstáculos y desafíos a lo largo de las últimas décadas. A pesar de que enfermedades como la viruela y la poliomielitis se han eliminado de las Américas gracias a los esfuerzos del sector de la salud y al desarrollo de la estrategia de atención primaria, persisten desigualdades en las condiciones de salud y vida de la población. Se incrementa la demanda a los servicios y se profundizan las inequidades en el acceso a los mismos, cuyos costos en ascenso desafían los presupuestos de salud. La creciente ineficiencia de los servicios deja insatisfechos a los usuarios, a los prestadores y a la sociedad en su conjunto. Los programas de ajuste adoptados a partir de la crisis de los ochenta también afectaron al sector salud, aumentando las desigualdades en el acceso a los servicios.

La Región se encuentra atravesando un momento especial de su desarrollo caracterizado por la consolidación de los ajustes macroeconómicos introducidos en respuesta a la crisis de los ochenta. La apertura de las economías nacionales, el proceso de privatización y la búsqueda de una mayor eficiencia y credibilidad del Estado coinciden también con el desarrollo de los procesos de integración regional, que abren nuevas oportunidades de cooperación entre los países, incluso en el campo de la salud.

En el plano político se ha avanzado en dirección a una democratización creciente, acompañada de la redefinición de los roles que corresponden al Estado y a la sociedad en el proceso de desarrollo, y destaca la mayor participación de la comunidad, del sector privado y de los gobiernos locales. Es evidente el efecto positivo de estos movimientos hacia el sector salud, que desde la década anterior ha estado empeñado en la descentralización de sus instituciones y en la participación social a nivel local.

Se reconoce que las inequidades sociales en América Latina y el Caribe son de las más acentuadas en el mundo y que, fruto de la implementación de las políticas de ajuste, ellas se han exacerbado. Según la CEPAL, entre 1980 y 1990 aumentó en 60 millones el número de pobres, alcanzando la cifra total de 196 millones con renta mensual inferior a los US\$ 60. Actualmente, 10 millones de latinoamericanos en edad y con deseos de trabajar no encuentran trabajo, mientras otros 54 millones sobreviven en actividades de baja productividad en el sector informal. El desempleo y la pobreza dificultan en gran medida el acceso a condiciones de vida razonables, reduciendo la capacidad de las personas para participar en el desarrollo y, como consecuencia, afectando negativamente su salud.

Hacia mediados de los ochenta prevaleció la noción de que los equilibrios macroeconómicos son condición fundamental para el desarrollo, y que los procesos

inflacionarios afectan con mayor intensidad a las personas de menores ingresos. A esto se sumó la presión para que el sector público eliminara los gastos destinados a atender a la población no necesitada y aumentar su eficiencia en la producción de servicios. Frente a esta situación en varios países se establecieron fondos de emergencia o inversión social, para mitigar los efectos de la crisis y de los programas de ajuste sobre los grupos sociales más vulnerables. Los fondos, que operan con bastante autonomía, fueron concebidos como complemento a un sector público cuya capacidad de ejecución estaba en cuestionamiento.

Sin embargo, la realidad mostró que el solo crecimiento económico no traía como consecuencia el aumento de la equidad, como tampoco la sola redistribución de la riqueza conducía de forma automática al crecimiento económico. Se rescató la noción de que una apropiada distribución de los beneficios del crecimiento económico, reflejada en el progreso en las condiciones de vida de la población, era lo que diferenciaba a una economía que crece de una que se desarrolla. Esta nueva perspectiva se ha traducido en los compromisos asumidos en las recientes cumbres internacionales sobre infancia, medio ambiente, población y desarrollo social, así como en la Cumbre de las Américas, que formulan lineamientos globales y soluciones para superar la situación de inequidad en que viven importantes grupos poblacionales.

## **2. Los problemas regionales en materia de equidad, eficiencia y eficacia en salud**

Las inequidades en salud son diferencias innecesarias, evitables e injustas en las condiciones de salud de la población y en su acceso a los servicios de salud. Además de las inequidades entre países, se verifican inequidades de salud al interior de cada uno de ellos, afectando principalmente a los grupos sociales más pobres, las mujeres y niños, los grupos indígenas y los trabajadores informales que viven en las periferias urbanas y en el área rural.

A fines de la década de los ochenta, la expectativa de vida al nacer para América Latina y el Caribe era de 70 años, un incremento considerable en relación a los 62 años observados en 1975. Al mismo tiempo, la región perdía anualmente cerca de 233 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por cada 1.000 habitantes, ubicándose en una situación intermedia entre los países industrializados y aquellos en desarrollo. La mortalidad infantil en las Américas muestra gran disparidad desde 7,5 por 1.000 a 109,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna variaba entre 3 y 270 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Diez países tenían tasas de mortalidad reducible superiores al 50%. El bajo peso al nacer afectaba entre 5% y 18% de los recién nacidos y entre 3% y 37% de la población infantil estaba desnutrida.

Se observó asimismo el aumento de algunas enfermedades transmisibles y carenciales, que caracterizaron los perfiles epidemiológicos prevalentes en la región en décadas pasadas. Los cambios en la estructura etárea y la distribución urbano-rural de

la población, y en los estilos de vida individuales y colectivos generaron una carga creciente de enfermedades crónico-degenerativas, accidentes, adicciones, trastornos mentales y otras patologías emergentes como el SIDA. Como consecuencia, las enfermedades transmisibles fueron la causa del 42,2% de los AVAD perdidos, mientras las enfermedades crónicas eran responsables del 42,8% y los traumas del 15,0%. Esta carga de enfermedad afecta desigualmente a los países americanos y a los grupos sociales dentro de cada país.

A comienzos de los noventa, el gasto de salud per cápita de América Latina y el Caribe era de cerca de US\$ 122 y representaba en promedio el 6% del PIB regional, variando entre \$566 y \$9 por persona y entre 9% y 3,1% del PIB de los países. Mientras tanto, el gasto en salud per cápita fue de \$1.945 en Canadá y de \$2.763 en los Estados Unidos, representando el 9,1% y el 12,7% de los respectivos PIB. El crecimiento del gasto total que puede haberse producido en la Región ocurrió a expensas del gasto privado, con consecuencias regresivas para los grupos sociales de bajo ingreso. Se necesita alcanzar un equilibrio entre el gasto público y privado en salud a fin de garantizar el acceso a servicios sanitarios básicos de calidad y evitar consecuencias regresivas.

El gasto público en salud en América Latina y el Caribe se redujo del 1,6% al 1,4% del PIB regional en los años ochenta, al mismo tiempo que cambió su composición. En efecto, primero se redujeron los gastos de inversión y luego disminuyeron los de mantenimiento y suministro de insumos, hasta llegar a casos en que los recursos disponibles eran suficientes solo para cubrir los costos salariales.

Se observan señales de ineficiencia en la provisión de servicios, tanto en las instituciones públicas como del sector privado. Al mismo tiempo, los servicios que se prestan muchas veces tienen poca relevancia para el control de los problemas prioritarios de salud. Ello genera un considerable despilfarro en la utilización de los recursos asignados al sector de la salud.

Se observan, asimismo, grandes diferencias en términos del acceso de la población regional a los servicios de salud en toda la Región. Al revisar indicadores nacionales promedio, puede advertirse que la disponibilidad de médicos oscilaba entre 0,8 y 43,3 por 10.000 habitantes, mientras que la de hospitales variaba entre 0,7 y 14,3 camas por 1.000 habitantes en 1991. Las tasas promedio nacionales de hospitalización variaban entre 2,3% y 14,2% de la población, mientras la cobertura nacional promedio de consultas médicas variaba entre 0,5 y 6,3 consultas por habitante/año. Estas diferencias no solo acontecen entre países sino también al interior de cada país, en detrimento de las poblaciones marginales rurales y urbanas, los grupos indígenas y otros muchos desfavorecidos. Algunos países lograron inmunizar prácticamente a la totalidad de su población infantil, en otros la cobertura de vacunación era inferior al 60%. La evaluación de 1.610 servicios de atención maternoinfantil en 20 países entre 1990 y 1992

indicó que 80% de ellos estaban en condiciones insatisfactorias de operación. La cobertura de métodos anticonceptivos variaba entre 10% y 74% de la población femenina, mientras la atención prenatal alcanzaba entre 24% y 100% de las mujeres embarazadas y la atención profesional del parto variaba entre 27% y 100%. En conjunto se está ante una situación en la Región en la que más de 100 millones de personas carecen de un acceso adecuado a los servicios básicos de salud.

La superación de las inequidades en salud es un requisito fundamental para el desarrollo humano, el crecimiento, la integración regional y la consolidación de la democracia en las Américas. En la medida que mejore la situación de las economías de la región y aumente la eficiencia del sector, se podrá contar con recursos adicionales para financiar no solo la expansión de la cobertura de los servicios sino también la complejidad de los mismos. Entre tanto resulta posible avanzar hacia la universalización del acceso y utilización de los servicios básicos de salud, con los recursos actualmente disponibles en la mayoría de los países, complementados, en algunos casos, con la ayuda externa.

### **3. La evolución de las políticas de salud**

En el desarrollo de las políticas de salud en el mundo y en la región, el énfasis de las intervenciones cambia al mismo tiempo que cambian los problemas de salud. Cuando las enfermedades transmisibles eran predominantes, prevalecieron el enfoque sanitarista, la policía sanitaria y las campañas de salud pública. Ante la yuxtaposición de perfiles epidemiológicos tradicionales y emergentes, surgen nuevas prioridades que requieren nuevos enfoques y los servicios médico-hospitalarios cobran mayor importancia en los esquemas de atención.

En el pasado reciente puede observarse una convergencia de elementos propios de distintas políticas, como aquellas relativas a las campañas sanitarias, la integración de los ministerios de salud con la seguridad social, los servicios básicos de salud, la atención primaria de salud, la descentralización, el fortalecimiento de los sistemas locales de salud y la focalización de las acciones sobre grupos vulnerables. Del mismo modo, se nota un cambio en las propuestas de organización de los sistemas de salud. A diferencia de las décadas pasadas que se caracterizaron por la búsqueda de sistemas únicos de salud, en la actualidad se trata de establecer sistemas multi-institucionales con reglas de operación armonizadas, lo cual hace que las diferencias entre prestadores públicos y privados tiendan a disminuir.

Se evidencia asimismo, la tendencia a separar el financiamiento y la provisión de los servicios de salud. A partir de los noventa, la financiación del sistema se comparte entre el Estado (20%), la seguridad social (24%) y los hogares (56%), mientras aumenta la competencia entre prestadores públicos y privados de servicios por los recursos sectoriales. La importancia de las ONG en salud han aumentado, tanto en relación con

las modalidades tradicionales de prestación benéfica o solidaria, como en materia de promoción de la salud.

El progreso tecnológico en salud es positivo en la medida que genera nuevas posibilidades para prevenir y curar la enfermedad, y cuando puede introducirse de una manera eficaz en función de los costos. Al mismo tiempo, nuevos recursos posibilitan extender la atención básica de salud y aproximarla a las necesidades sociales. Después de la expansión hospitalaria observada en las décadas anteriores, se advierte un renovado énfasis en la atención ambulatoria y en el auto-cuidado. La disminución en los últimos 50 años de las camas hospitalarias, de tres por cada 1.000 habitantes a dos por cada 1.000, el aumento relativo de algunos profesionales de la salud, en especial médicos, y la escasez creciente de enfermeras son indicios de los cambios que se han producido en los modelos de atención. La incorporación y diseminación de nueva tecnología depende de los recursos que el gobierno y la sociedad de cada país estén en condiciones de asignar a los servicios de salud. Asimismo, es posible superar las inequidades con respecto a las condiciones sanitarias y al acceso a los servicios de salud, con costos emprendibles y en plazos relativamente cortos.

Este proceso se desarrolla en el contexto de una opinión pública cada vez mejor informada sobre los problemas de salud y las nuevas posibilidades tecnológicas para controlarlos. Los viejos y nuevos desafíos alteran fuertemente la demanda de servicios de salud, exigiendo la reorientación de los modelos de atención y el aumento de la acción intersectorial y de la participación social para su control. En este contexto, la investigación sobre sistemas y servicios de salud debería promoverse como una forma de aumentar los conocimientos sobre áreas prioritarias y como orientación para futuras mejoras.

### III. EL MARCO DE REFERENCIA PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Muchos países americanos se encuentran embarcados en procesos que conllevan algún tipo de reforma de su sector salud. Aunque sea todavía prematuro evaluar en profundidad la reforma y sus resultados, es posible identificar varios indicadores de la importancia que se le otorga en la actualidad regional. En primer lugar, la reforma constituye un tema prioritario en la agenda política de los países americanos. Las deficiencias en la atención a la salud, sus inequidades e insuficiencias, han aparecido con frecuencia entre los temas más destacados por las encuestas de opinión pública. Asimismo, la reforma como alternativa para solucionar estos problemas ha venido ocupando un espacio creciente en las plataformas político-electorales y como tema de investigación y debate. Las principales agencias de cooperación en salud actuantes en la región contemplan la reforma del sector en sus programas de acción.

Los objetivos, alcance y contenidos de la reforma, así como las estrategias y mecanismos adoptados para su implementación presentan marcadas diferencias. Algunas reformas son integrales, abarcando al mismo tiempo la organización, el financiamiento y los recursos del sector como un todo. Otras se implementan a través de cambios parciales, que afectan a algunas instituciones o funciones del sector. En algunos casos se trata de promover una mayor participación del sector privado en salud, mientras en otros se busca fortalecer la capacidad de atención del Estado descentralizado y democrático.

A pesar de la diversidad de enfoques en cada realidad nacional, es posible conformar un marco de referencia para la reforma sectorial en salud a partir de la identificación de los logros alcanzados y problemas evidenciados por las diferentes experiencias nacionales en marcha. Este marco de referencia ofrece un espectro de opciones para los países, en la formulación, implementación y evaluación de la reforma, como para las agencias de cooperación en apoyo a los primeros.

La implementación de este marco debe comenzar por aquellos puntos sobre los cuales exista mayor consenso entre los actores involucrados, de manera que puedan acumularse fuerzas para enfrentar posteriormente los aspectos más polémicos de la reforma. Este marco de referencia constituye asimismo una base para la implementación y el monitoreo de la resolución de la Cumbre de las Américas sobre el acceso equitativo a los servicios de salud, así como para orientar la cooperación externa en apoyo a los procesos nacionales de reforma del sector salud.



## 1. Opciones en materia de organización y gestión de servicios de salud

El tema de la equidad es central en la mayoría de las iniciativas en marcha, aun cuando en muchos casos sólo sea de una forma declarativa. En general los procesos de reforma se fijan como objetivo el logro de un mejor nivel de salud para toda la población, un acceso equitativo a la atención de la salud y una mejor calidad y mayor eficiencia de los sistemas y servicios. Dentro de estos objetivos finales está el de asegurar la cobertura universal de servicios básicos de salud e intervenciones de salud pública de alta externalidad, focalizando el gasto público en la atención a grupos desprotegidos o con mayor riesgo por su condición socioeconómica o biológica.

La ampliación de la cobertura de los sistemas de salud se refiere a la provisión de servicios a grupos sociales actualmente sin acceso o con un acceso limitado, así como a la inclusión de nuevas prestaciones que estaban ausentes en la cartera de servicios prestados. En el primer caso se destaca la cobertura de las poblaciones pobres de las periferias urbanas o de las zonas rurales, las madres y los niños, los indígenas y los trabajadores informales. El segundo caso tiene que ver con la atención de problemas emergentes relacionados con los cambios demográficos y epidemiológicos. Se suma a esto la globalización de los patrones de consumo de servicios y las nuevas posibilidades abiertas por el desarrollo tecnológico en salud, que presionan constantemente en el sentido de la expansión de los servicios que se prestan.

La salud no es la resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos o colectividades, sino que depende también de políticas adoptadas por otros sectores. De esta forma, las reformas tienden a enfatizar la necesidad de reforzar la capacidad del sector salud para movilizar, negociar y monitorear la acción de otros sectores que pueden tener impacto sobre la situación de salud de la población.

Algunos procesos de reforma en marcha tienden a cambiar los modelos de atención vigentes, enfatizando la atención ambulatoria de base promocional y preventiva. El desarrollo tecnológico en salud hace posible la transferencia de la atención del ámbito de los hospitales al de los ambulatorios y desde estos hacia los hogares, con el fin de reducir el costo de los servicios y mejorar la calidez de la atención y la comodidad de los usuarios. La búsqueda de una mayor participación social, congruente con la creciente democratización en la región, da lugar a soluciones cooperativas y autóctonas a los problemas de salud.

También parece existir consenso en que los Estados y las sociedades no pueden seguir comprometiéndose a una prestación sin límites, sobre todo cuando las posibilidades de atención aumentan constantemente y los recursos para satisfacerlas son limitados. La necesidad de algún tipo de racionalización de la atención empieza a aceptarse en la Región, para lo cual se están considerando estrategias que formaron parte de los enfoques de atención primaria de salud a fines de los setenta.

La definición de paquetes apropiados de servicios básicos de atención de salud, sus características y alcance diverso, en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de los usuarios y las políticas sectoriales en cada país se está utilizando como una estrategia que busca universalizar el acceso de la población a la atención básica de salud. Emplean también dicha definición como referente para dirigir preferentemente las acciones de salud financiadas con recursos públicos sobre grupos vulnerables por razones de ingreso, riesgo, género, origen étnico, ubicación geográfica u ocupación, entre otras determinantes. Igualmente, en otros casos, se enfatizan las intervenciones de alta externalidad, basadas en tecnologías aceptables y eficaces en función de los costos, tales como los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

Las reformas están introduciendo nuevas formas de organización y gestión de los servicios, para mejorar la eficiencia y la credibilidad del sector. En la mayoría de los casos se está buscando una nueva división de funciones entre el Estado y la sociedad civil, en la producción y el financiamiento de servicios de salud. Los modelos de atención que se buscan implementar tienden a ser pluralistas, en la medida que acomodan una variedad de prestadores públicos y privados de servicios de salud.

Se están reestructurando los hospitales públicos como empresas sociales, con autonomía de gestión y capacidad de recuperar costos mediante convenios con la seguridad social y el sector privado. Se están buscando alternativas de organización de los proveedores de servicios y optimización de la mezcla publico-privado en los esquemas de competencia administrada. Se llevan también a cabo programas de garantía de calidad a fin de habilitar, categorizar y acreditar los establecimientos de salud. Para incrementar la racionalidad en la asignación de recursos al sector, se propone monitorear con más rigor los costos y los resultados de los servicios de salud. Se forman redes más eficientes de servicios complementarios de diagnóstico y terapéutica, suministro de medicamentos, apoyo logístico y mantenimiento, que pasan a tener gran importancia en la operación del sector.

La mayor parte de los países está descentralizando la gestión del sector salud y redefiniendo el papel que juegan los gobiernos centrales, intermedios y locales en relación a la salud. Con este fin, se están transfiriendo recursos y capacidad de gestión a los niveles municipales, provinciales o departamentales, como ámbito en el que se amalgaman la solidaridad social, la equidad en la cobertura, la integración de los programas y el financiamiento de los servicios, la intersectorialidad y el balance entre la iniciativa privada y la acción estatal en salud. Los ministerios de salud ven disminuida su responsabilidad como prestadores directos de servicios, mientras que incrementan sus funciones de conducción política, regulación y evaluación para asegurar la equidad, la calidad y la eficiencia del sector. Se trata al mismo tiempo de articular mejor las funciones de financiamiento y prestación de servicios de las instituciones de seguridad social con las demás entidades públicas y privadas del sector.

Al mismo tiempo, los procesos de reforma tratan de adecuar cuantitativa y cualitativamente la capacitación y formación de los recursos humanos técnicos y gerenciales para atender a la demanda de la nueva realidad de un sector competitivo y modernizado. La gestión de los recursos humanos es objeto de atención prioritaria, contemplando sobre todo nuevas formas de contratación y remuneración, además de la evaluación del desempeño del personal de salud, que incentiven el aumento de la eficiencia y la calidad de la atención.

## **2. Opciones en materia de financiamiento del sector salud**

Al igual que los cambios en la organización y gestión de los servicios, los cambios en los esquemas de financiamiento del sector son variados y se adaptan a cada realidad nacional. Para lograr la sustentabilidad financiera del sector algunos países han tratado de mejorar la utilización de sus fuentes financieras tradicionales, que incluyen recursos de las diferentes esferas de gobierno, la seguridad social, las empresas y los hogares. La seguridad social, que en varios países es la fuente individual más voluminosa, cumple un importante papel en el financiamiento tanto del subsector público como del privado. También se han introducido nuevos esquemas para aumentar el financiamiento del sector y, al mismo tiempo, hacerlo más progresivo, tratando de evitar que con las nuevas fuentes se disminuyan los recursos provenientes de las fuentes tradicionales.

Varios procesos de reforma han planteado la necesidad de separar las responsabilidades del financiamiento sectorial, y las de provisión de servicios para asegurar la eficiencia, la calidad y la competitividad del sistema. Para ello se crean entidades públicas o privadas que tienen la responsabilidad de recaudar y administrar los fondos destinados por el Estado, las familias o las empresas, a financiar la atención de salud. Dichas entidades tienen también a su cargo contratar la provisión de servicios, en general bajo la forma de paquetes de atención previamente definidos, ya sea con el sector público o con el privado, que asumen parte de los riesgos financieros de la atención. Además, supervisan a los prestadores contratados para atender a sus beneficiarios. En varios casos se ha estimulado la competencia entre estas entidades financiadoras de servicios, como forma de ofrecer alternativas a la opción de los usuarios. El surgimiento de estos esquemas plantea la necesidad de crear mecanismos compensatorios que aseguren el mantenimiento de los principios de equidad y solidaridad en el sistema de salud.

Algunas reformas en curso generalmente plantean una mayor participación de fuentes privadas en relación a las públicas en el financiamiento sectorial. Se está promoviendo el incremento de los seguros obligatorios o voluntarios para la atención de salud, así como la recuperación de costos de los servicios prestados por el Estado. En ese sentido, la creciente autonomía de gestión de los establecimientos de salud del sector público les facilita administrar los recursos presupuestarios que les corresponden, así

como los ingresos que generan por su propia actividad. Mientras tanto, el financiamiento público se destina principalmente a cubrir los costos de los paquetes esenciales de servicios de salud dirigidos a grupos postergados y los de las intervenciones de salud pública de alta externalidad. Además, se están adoptando mecanismos de mercado en el ámbito del sector público al tiempo que se introducen elementos de la regulación estatal en territorios antes dominados por la libre operación de las fuerzas de la oferta y demanda.

Otras propuestas de reforma tratan de superar las limitaciones de las formas convencionales de pago a los profesionales y entidades prestadoras de servicios, debido a que ellas no incentivan al aumento de la eficiencia, dificultan el control, inducen a la sobreprestación de servicios o estimulan la sobreutilización de tecnologías complejas. De esta forma, en la contratación de servicios tanto en el sector público como en el privado, se está buscando reemplazar los sueldos fijos, los presupuestos históricos y los cargos por atenciones, por otros mecanismos más eficientes, como los salarios con incentivos a la productividad, la remuneración por capitación o los pagos prospectivos según diagnóstico o tipo de tratamiento.

El redimensionamiento de los gastos de inversión en salud es un elemento presente en algunas propuestas de reforma. Se están formulando nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial, tanto para compensar la obsolescencia de la capacidad instalada del sector, agravada por la disminución en la inversión que caracterizó a la década pasada, como para ampliar la capacidad de respuesta ante el incremento demográfico y las nuevas necesidades de salud. Los proyectos de inversión específicos se vuelven cruciales para poner en marcha acciones que contribuyan a la reducción de las inequidades en salud. Especial consideración merece el impacto de los costos de operación de las nuevas instalaciones sobre el gasto corriente de las instituciones a que pertenecen. Muchos proyectos de inversión están siendo destinados casi por entero al cambio de políticas, a la modernización institucional, o al fortalecimiento de la capacidad técnico-gerencial del sector salud en general o de sus instituciones en particular, elementos cruciales para el éxito de los procesos de reforma.

## **IV. LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD**

### **1. Estrategias adoptadas para la reforma**

Se están adoptando varias estrategias para implementar los procesos de reforma y, a veces, en un mismo proceso se combina simultáneamente más de una estrategia. Algunas reformas se derivan de procesos de revisión constitucional, que alteran las bases jurídicas de los Estados nacionales y sus relaciones con las sociedades respectivas. En estos casos hay un predominio de los actores políticos y de los aspectos legislativos en la determinación de los objetivos y rumbos de la reforma. Otros casos se basan más bien en medidas administrativas, que se tratan de adoptar dentro de los marcos jurídicos vigentes.

En otros países la reforma es parte de un proceso más amplio de ajuste de la estructura y función del Estado. En ello se está aplicando una lógica económica que busca incrementar el papel regulatorio del Estado nacional y reducir su participación directa en la prestación de servicios de salud. Otras veces, la reforma sectorial en salud sigue a la descentralización global del Estado.

Por último, hay casos en que la reforma se impulsa para afrontar problemas concretos de la prestación de asistencia sanitaria, tales como la explosión de costos, la ineficiencia de los servicios, la inequidad del acceso, la insatisfacción de usuarios y prestadores, o una combinación de estos elementos.

### **2. Las dimensiones políticas de la reforma**

Los aspectos políticos relacionados con la reforma del sector de la salud es sumamente complejo. El movimiento en favor de la reforma a veces se expresa por medio de propuestas múltiples, no siempre compatibles entre sí, lo que dificulta lograr el consenso necesario para viabilizarlas. Por otra parte, en un contexto de creciente democratización, la capacidad de iniciativa del Estado está limitada por la necesidad de negociar con otras fuerzas de la sociedad a fin de viabilizar las propuestas de cambio.

Muchos actores intervienen en los procesos de reforma, como autoridades y funcionarios de diferentes ramas civiles y militares del gobierno, parlamentos, sindicatos de trabajadores, organizaciones empresariales, universidades, asociaciones profesionales, prestadores de servicios, empresas de seguro y productores de insumos, entre otros. Es fundamental identificarlos y conocer sus intereses para negociar su apoyo en favor de la reforma.

El manejo de las variables políticas de la reforma a veces constituye una tarea más difícil que responder a las cuestiones técnicas, gerenciales o financieras involucradas en la misma. Algunas iniciativas recientes, formuladas con toda propiedad técnica, con su factibilidad económico-financiera ampliamente demostrada, han sido rechazadas o modificadas significativamente bajo la presión de fuerzas políticas opuestas a los cambios, o aún no convencidas de su validez.

Algunos países han establecido comisiones nacionales de reforma del sector salud como mecanismo para la concertación y búsqueda de consenso en relación a la reforma. Por lo general, estas comisiones están integradas por representantes de las diferentes instancias del Estado y la sociedad civil interesadas en la salud. Esta experiencia puede ser útil a otros países que estén enfrentando dificultades políticas para llevar adelante los respectivos proyectos de reforma.

### 3. Problemas enfrentados por los procesos de reforma

Pese a los logros mencionados, la reforma del sector salud en las Américas afronta varios problemas:

- la falta de consenso entre los actores dentro de cada país y los organismos de cooperación en relación con los contenidos y naturaleza de la reforma;
- la viabilidad política, que exige una gran capacidad no solo de liderazgo y negociación, sino también de ajuste a circunstancias rápidamente cambiantes;
- la falta de continuidad de los actores responsables de impulsar la reforma, de dirigir los estudios correspondientes y de negociar las propuestas;
- la complejidad técnica, que a veces dificulta obtener el apoyo político y social suficiente para vencer la resistencia de quienes se oponen al cambio por carecer de conocimientos adecuados acerca de los beneficios de la reforma;
- la atención insuficiente a la participación comunitaria en el proceso.

Las iniciativas para impulsar la reforma integral (incluso si se cuenta con "modelos" completamente estructurados *a priori*), pueden afrontar más dificultades y ser mucho menos viables desde el punto de vista político que las iniciativas dirigidas a lograr reformas parciales. Por otra parte, estas últimas corren el riesgo de producir cambios poco compatibles entre sí, resultando en un modelo menos consistente que aquellos concebidos por las reformas integrales. La rapidez con que ocurren las cosas también es importante. Tratar de llevar a cabo la reforma en un tiempo muy breve podría complicar el proceso; por el contrario, si se hace en un tiempo prolongado se puede

desvanecer el sentido de los cambios. Ante las limitaciones, se recomienda un método basado en cambios graduales dentro de un marco estratégico.

Y en último término, aunque no por ello menos importante, en muchos países la reforma ha sido iniciada por consideraciones económicas, y los asuntos de salud han ocupado un lugar secundario en el diálogo correspondiente. En estos casos, se necesita una participación intersectorial más efectiva, que propicie una visión plural de los escenarios posibles para la reforma.

## V. LA COOPERACIÓN HEMISFÉRICA EN APOYO A LA REFORMA

### 1. La coordinación interagencial en apoyo a la reforma

La cooperación externa que está a la disposición de los países para apoyar los procesos nacionales de reforma del sector de la salud es crucial. A fines de 1994, 24 países de la región recibían cooperación técnica y/o financiera en aspectos relacionados con la reforma sectorial en salud, con aportes de la OPS, el Banco Mundial, el BID, la AID y otras agencias internacionales o bilaterales. En muchos casos, muchos donadores están relacionados con un solo país.

Este hecho refleja que en la Región hay apoyo externo para la reforma. Sin embargo, la falta de consenso mínimo entre las agencias sobre las estrategias e instrumentos de la reforma puede llevar a la dispersión de las actividades nacionales en propuestas separadas que tal vez no formen un todo coherente. Algunos países han tratado de coordinar las actividades de apoyo externo, buscando ajustar el conjunto de la cooperación a las necesidades nacionales. Es necesario generalizar esta práctica para aumentar el impacto de la cooperación externa a los procesos nacionales de reforma.

### 2. La red interamericana de reforma del sector de la salud

En la Cumbre de las Américas se solicitó la creación de una red regional para fortalecer la competencia de cada país para llevar a cabo la reforma del sector de la salud. También se propuso que la nueva red se basara en las experiencias de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFS), establecida en 1994 para fomentar las actividades de capacitación, investigación e información en materia de economía y finanzas de la salud. Como las actividades de la REDEFS no abarcan a toda la Región y se refieren únicamente a algunas dimensiones de la reforma, el modelo tendrá que ampliarse por lo que hace a su alcance, integración y recursos, a fin de poder convertirlo en la base de la Red de la Reforma.

En la Red de la Reforma podrán participar todas las instituciones y personas interesadas, tales como autoridades y funcionarios sanitarios, cuerpos legislativos, instituciones de la seguridad social, gobiernos estatales y municipales, universidades, centros de investigación, ONG y organismos internacionales. Teniendo en consideración los intereses de una gama tan amplia de posibles miembros, la Red desempeñará las siguientes funciones:

- a) servir de foro electrónico para el intercambio de ideas, información y experiencias acerca de la reforma;



- b) recabar, elaborar y diseminar, por medios electrónicos y de otro tipo, datos estadísticos e información técnica y legislativa sobre asuntos pertinentes y tendencias regionales en la esfera de la reforma sanitaria;
- c) facilitar información sobre métodos, instrumentos, instituciones, expertos, oportunidades de capacitación y proyectos de investigación que puedan apoyar la reforma;
- d) ayudar a los países y a los organismos a coordinar mejor la cooperación técnica y financiera destinada a apoyar las iniciativas de reforma.

Se recabarán recursos de gobiernos, organismos y ONG para procurar el funcionamiento eficaz de la Red. Esta se vinculará con iniciativas similares en la Región para dar un mejor servicio a sus suscriptores. Estos recursos permitirán la cooperación eficaz de la Red con los gobiernos, los organismos internacionales y las ONG participantes.

### **3. El monitoreo de los procesos nacionales de reforma del sector de la salud**

El monitoreo de los procesos de reforma está orientado a determinar el grado de cumplimiento de los compromisos asumidos por los Presidentes y Primeros Ministros en la Cumbre de las Américas, cuyo éxito depende sustancialmente de los actores y condiciones nacionales. Asimismo, debe servir para facilitar la implementación de los compromisos de la Cumbre en cada país, orientando la acción política o gerencial de aquellos actores.

Para la generalidad de los países el monitoreo se justifica principalmente porque facilita información muy útil para cada proceso nacional. La comparación de los desempeños nacionales a su vez, puede generar una competencia positiva que incentive los países en la implementación de los compromisos de la Cumbre. Además, posibilita verificar, con objetividad, el cumplimiento de los compromisos de la Cumbre, a nivel regional.

Desde el punto de vista de los organismos internacionales actuantes en la región, el monitoreo sirve para orientar la asignación de recursos, el asesoramiento técnico y la asistencia en beneficio de los países o aspectos de la reforma más necesitados de apoyo externo. Además, contribuye a valorar el desempeño de los países como beneficiarios de la cooperación prestada por las agencias. Por último, puede ayudar a coordinar la cooperación y aumentar el impacto de la misma, detectando vacíos, duplicaciones o contradicciones que necesitan ser superados.

Para hacer efectivo el monitoreo es necesario partir del conocimiento de la situación actual en los países en relación con los compromisos mencionados. Se

recomienda para ello la realización de un diagnóstico inicial que sirva de referencia para valorar los logros alcanzados e identificar los problemas a superar. Para orientar las intervenciones sobre los problemas específicos, es fundamental que el monitoreo considere la situación de territorios específicos y poblaciones en riesgo dentro de cada país. Debe también considerar que la reforma sectorial es un proceso dinámico y complejo, que incluye no solo componentes técnicos, financieros sino también políticos, sociales y culturales, de acuerdo con la realidad de cada país.

Pese a la diversidad de los procesos de reforma, será útil considerar tres fases (desarrollo, aprobación y ejecución) y seguir el desarrollo de algunas cuestiones cruciales a lo largo de ellas. Esas cuestiones podrían ser las siguientes: equidad financiera y de acceso, garantía de la calidad, eficiencia, contención de costos, sostenibilidad financiera, colaboración pública y privada, ética biomédica, evaluación de la tecnología, disponibilidad de medicamentos esenciales, regulación del sector de la salud, gestión de los servicios sanitarios, participación de la comunidad y descentralización.

Durante la fase de ejecución, el monitoreo debería basarse en los objetivos enunciados e incluir una serie de indicadores cuantitativos de los resultados esperados (es decir, acceso a los servicios básicos de salud por uno y otro sexo y por los diferentes grupos sociales, en especial los pobres, los discapacitados y las poblaciones indígenas), los procesos intermedios (es decir, la cobertura de determinados servicios preventivos y clínicos) y los recursos necesarios (es decir, gastos y financiamiento según el tipo de atención y la procedencia). Por añadidura, es preciso elaborar indicadores y métodos semicuantitativos o cualitativos para evaluar los cambios en la legislación, la ética biomédica, la organización institucional, la gestión de los servicios sanitarios, la evaluación de la tecnología y la participación de la comunidad, entre otros aspectos.

Se sugiere que cada país tenga en cuenta las experiencias de monitoreo y evaluación de otros países de la Región y que prepare un informe anual sobre los logros y problemas de sus procesos de reforma. Cada cuatro años, los países prepararán informes más detallados, que incluyan también una apreciación del impacto de la reforma sobre la equidad del acceso a servicios de salud adecuados y sobre la situación de salud de la población. Para ser más representativo, el proceso de monitoreo debe contar con la participación de las comisiones nacionales de reforma del sector salud, y con el apoyo de centros nacionales de alta capacidad técnica y agencias de cooperación.

Conforme a lo determinado por la Cumbre de las Américas, la OPS tiene la responsabilidad de apoyar la operacionalización de este monitoreo. Para ello los Cuerpos Directivos de la OPS deberán acordar el formato de los informes anuales y cuatrienales de evaluación, revisar los informes sometidos por los países y agencias, y recomendar las medidas necesarias para superar los problemas detectados. El Secretariado de la OPS colaborará con los países en la puesta de ejecución del monitoreo y someterá informes respectivos por los Cuerpos Directivos de la Organización.

Se sugiere igualmente que las agencias de cooperación preparen informes anuales sobre las respectivas actividades en apoyo a los procesos de reforma del sector salud en las Américas, indicando los recursos asignados y los países e instituciones beneficiados.