



Análisis **C**omparativo en **R**es

Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión del Caribe de Habla inglesa

(1ª edición, Julio, 2002)

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS

I. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

SEGUIMIENTO DE LAS DINÁMICAS

Génesis de las Reformas

Diseño de las Reformas

Negociación de las Reformas

Implementación de las Reformas

Evaluación de las Reformas

Conclusiones

SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

Marco Jurídico

Derecho a la atención de salud y el seguro de enfermedad

Rectoría y separación de funciones

Separación de Funciones

Modalidades de descentralización

Participación y control social

Financiamiento y gasto

Prestación de servicios y modelos de gestión

Recursos humanos

Calidad y evaluación de tecnologías en salud

Conclusiones

II. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Equidad

Efectividad y calidad

Eficiencia

Sostenibilidad

Participación y Control Social

Conclusiones

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RECONOCIMIENTOS

*El análisis fue preparado por el Dr. P. Rivas-Loria de la Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, en la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. El documento fue arbitrado en dos etapas. La primera etapa fue completada para el Caribe Oriental por once participantes en el país** en el Taller del Caribe Oriental de Perfiles de Sistemas y Servicios de Salud celebrado en Barbados, del 5 al 7 de junio de 2002, donde recibieron adiestramiento en arbitraje. La segunda etapa fue completada por la Dra. Althea La Foucade de la Unidad de Economía de la Salud, en el Departamento de Economía de La Universidad de las Indias Occidentales, San Augustine, República de Trinidad y Tabago. La Sra. Marilyn Entwistle de la Oficina de CPC de la OPS en Barbados colaboró en el examen final de los documentos.

**La lista de los participantes en el país que asistieron al taller incluyó a la Sra. Serene Carter-Davis de Anguila; el Sr. Dorene O'Mar de Antigua y Barbuda; la Sra. Angela Crawford y el Sr. Sam Deane de Barbados; el Dr. Edward Sagala de BVI; la Srta. Shirley Augustine de Dominica; el Sr. Dave Duncan de Granada; la Sra. Beverley Mendes de Montserrat; el Sr. Nahum Jean-Baptiste de Santa Lucía; el Sr. Andrew Skerritt de Saint Kitts y Nevis; el Dr. Roger Duncan de San Vicente y las Granadinas.

I. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

Hacia mediados de los años noventa casi todos los países de América Latina y el Caribe (ALC) habían iniciado o estaban contemplando iniciar reformas en el sector de la salud (RSS)¹ La definición de qué constituye una reforma del sector de la salud es y seguirá siendo un tema de debate.^{2,3} En las Américas, una reunión internacional celebrada en 1995 para tratar las RSS las definió “... como un proceso orientado a introducir cambios de fondo en las diferentes entidades y funciones del sector de la salud. La finalidad es aumentar la equidad de los beneficios, la eficiencia del manejo y la eficacia de las acciones, respondiendo de esa forma a las necesidades de salud de la población”.⁴

Las “Normas metodológicas para la preparación de los perfiles de los sistemas y servicios de salud para ALC”, que incluyen una sección sobre vigilancia y evaluación de las reformas del sector sanitario en ALC, son aplicadas por la División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS desde 1997.^{5,6} Sin embargo, las Normas fueron concebidas para ser aplicadas aun en los países que no están ejecutando reformas sectoriales. Ello es válido para los países en que los cambios, si bien son dignos de mención, suelen no ser caracterizados como una “reforma”. Dado el debate permanente sobre lo que legítimamente debe considerarse una RSS, no es por tanto sorprendente que la vigilancia y evaluación de las RSS plantee problemas metodológicos y conceptuales que están lejos de haberse resuelto.^{7,8}

Tomando como base la información incluida en la sección de seguimiento y evaluación, se preparó una primera versión de un análisis de la *dinámica (etapas y actores principales)* y de los *contenidos* de las reformas del sector sanitario en los países del Caribe Oriental de habla inglesa. Los perfiles de *Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Montserrat, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas* se examinaron e incorporaron al análisis. El documento se presentó en el *Taller de Perfiles de Sistemas y Servicios de Salud del Caribe Oriental* que se realizó en Barbados del 5 al 7 de junio de 2002. Se incorporaron los comentarios, las observaciones y sugerencias de los participantes en el taller. Los perfiles de *Las Bahamas, las Islas Turcas y Caicos, y Saint Kitts y Nevis* se incorporarán al análisis una vez que sean finalizados por los equipos de país. Posteriormente, la información contenida en los perfiles de *Guyana, Jamaica, Trinidad y Tobago y Suriname* se incorporó en el análisis que ofrecemos a continuación.

SEGUIMIENTO DE LAS DINÁMICAS

Génesis de las reformas

La mayoría de los países del Caribe de habla inglesa estaban iniciando reformas del sector sanitario a comienzos de los años noventa. Ello no significa que nunca hubieran impulsado reformas. En efecto, en algunos países como *Jamaica* y *Trinidad y Tobago* la formulación de iniciativas vinculadas a la RSS data de los años setenta y ochenta, y existen pruebas de iniciativas de reforma ya en los años cincuenta y sesenta. Tal es el caso de la Comisión Julian en Trinidad y Tobago.⁹

Si bien es verdad que el análisis reveló la existencia de varios factores comunes que incidían en la RSS, al examinar más de cerca los perfiles de los países surgen indicios de que existen diferencias de importancia de los factores entre los distintos países. O sea, los perfiles indican que el *origen de la reforma* varía según los países. Las medidas de ajuste estructural y la reforma del sector público desencadenaron la reforma en *Barbados, Granada, Santa Lucía y Suriname*. La reformulación de la función del MS, la sostenibilidad financiera, la garantía de la calidad y la equidad impulsaron la reforma en *Jamaica*. Los desastres naturales, como la actividad volcánica y los huracanes iniciaron el proceso de reforma en *Dominica y Montserrat*. Sin embargo, la elaboración y el fortalecimiento de las estrategias y la infraestructura de Atención Primaria de Salud se mencionan como generadores de la RSS en *Anguila, Dominica y Trinidad y Tobago*. La necesidad de mejorar el manejo en todos los niveles del sistema de salud se identificó como el factor clave que produjo la reforma en *Guyana*. La mayoría de los países informaron cierto grado de influencia impulsada desde afuera por los organismos donantes y de desarrollo para la RSS.

GÉNESIS DE LAS REFORMAS

- ◆ La mayoría de los países del Caribe de habla inglesa estaban iniciando reformas sanitarias a principios de los años noventa. Algunos países informan sobre el desarrollo de iniciativas de RSS desde los años setenta y hay pruebas de iniciativas aún antes, tal como la Comisión Julian en Trinidad y Tabago.
- ◆ Los generadores principales de las reformas incluyen:
 - Medidas de ajuste estructural
 - Reforma del sector público
 - Desastres naturales
 - Fomento de las estrategias de atención primaria de salud
 - Mejoramiento de la gestión
 - Búsqueda de sostenibilidad financiera del sistema de salud
 - Garantía de calidad y equidad

Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, Santa Lucía y Suriname figuraron entre los países que indicaron que se tomaron en cuenta las **opiniones y demandas de la población** en el momento que se propuso la reforma. Como parte del proceso para elaborar su plan nacional estratégico de salud, *Barbados* se propone celebrar un proceso de consulta nacional que incluye a los interesados directos de los sectores públicos y privados.

En todos los países, a excepción de *Antigua y Barbuda*, se confirmó la existencia de **un programa explícito para la reforma sectorial** con objetivos específicos. Sin embargo, el contenido varió según el país. Los objetivos comunes señalados incluyen: i) equidad en el acceso a la atención de salud en *Anguila, Barbados, Granada, Jamaica, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tobago*; ii) mejoramiento en la calidad general de atención en *Anguila, Barbados, Dominica, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago*; iii) fortalecimiento de la función de liderazgo del Ministerio de Salud (MS) y planes de descentralización en *Guyana*; iv) métodos alternativos de financiamiento de la atención sanitaria en *Anguila, Barbados, Dominica, Granada, Guyana y Santa Lucía*; v) indicadores de desempeño para vigilar la eficacia y prestación de los servicios en *Barbados, Dominica, Montserrat, Suriname, Trinidad y Tobago*; vi) estrategias de Salud Ambiental en *Granada, Montserrat y Santa Lucía*; vii) Atención Primaria de Salud en *Anguila, Granada, Montserrat y Santa Lucía*; y viii) Promoción de la Salud en todos los países como resultado de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud declarada en 1993.

La reforma del sector sanitario se ha **incorporado en los planes y programas** para la modernización del Estado en *Dominica, Granada, Guyana, Montserrat, Santa Lucía y Suriname*. La admisibilidad de

Guyana para recibir alivio de la deuda bajo la Iniciativa de País Pobre muy Endeudado (PPME) permitió la asignación de fondos para programas de salud y mitigación de la pobreza. En el caso de *Suriname* el programa de ajuste estructural sirvió de marco para la RSS. En *Dominica* en 1996 el Gobierno lanzó una nueva fase de desarrollo del sector público orientada a impulsar la reforma en dicho sector, que con el tiempo incluyó al Ministerio de Salud.

DINÁMICA DE LAS REFORMAS

- ◆ *Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, Suriname, y Santa Lucía* informaron que las opiniones y las demandas de la población se tuvieron en cuenta en el momento que se propuso la reforma.
- ◆ En la mayoría de los países prevaleció un programa explícito de reforma sectorial con objetivos específicos, aunque los objetivos variaron según el país. Las estrategias de la Carta del Caribe sobre Promoción de la Salud se han aceptado como un enfoque general para la reforma sanitaria en todos los países.
- ◆ En la mayoría de los casos la reforma del sector sanitario se ha incorporado en los planes y programas para la modernización del Estado.

Diseño de las reformas

Los ministerios de salud tuvieron a su cargo *el diseño de la reforma* en todos los países a excepción de Montserrat. No obstante, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI); el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Gobierno del Reino Unido, el Gobierno de los Países Bajos; la Unión Europea (UE), el Organismo Francés de Cooperación Técnica, el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Japón; la Secretaría de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) la Secretaría, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) contribuyeron a prestar apoyo técnico y financiero al proceso en algunos países. Por ejemplo, en Montserrat DFID y el Gobierno del Consejo Ejecutivo de Montserrat fueron los principales actores interesados. En Jamaica, *Santa Lucía* y San Vicente y las Granadinas, se creó un comité de reforma del sector sanitario dentro del Ministerio de Salud con la participación de interesados directos fuera del MS. En *Anguila* se está instituyendo una Comisión de Proyecto de la Autoridad Sanitaria. En *Suriname* y *Guyana* el Ministerio de Salud y el BID fueron los principales responsables del diseño de la reforma.

DISEÑO DE LAS REFORMAS

- ◆ Los ministerios de salud han tenido una función protagónica en el diseño de las reformas.
- ◆ Los organismos internacionales, como ACDI, DFID, el Gobierno de los Países Bajos, la UE, el Organismo Francés de Cooperación Técnica, GTZ, el BID, Japón, la Secretaría de la OECO, la OPS, la AID, al igual que las instituciones académicas, como la Universidad de las Indias Occidentales han prestado apoyo técnico y financiero a los procesos de reforma del sector sanitario.

Negociación de las reformas

En *Barbados, Guyana, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago* se mantuvieron negociaciones con el personal sanitario, los sindicatos, las autoridades regionales y locales, otros Ministerios, las ONG, los medios y el sector privado para determinar los objetivos y el contenido del proyecto de reforma del sector sanitario. En *Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tobago* el Ministerio de Salud desempeñó una función de liderazgo en el proceso de negociación. En *Santa Lucía*, por ejemplo el Comité de Reforma del Sector Sanitario del Ministerio de Salud lideró el proceso de negociación. Como resultado, se formularon propuestas con respecto a la calidad y el control de los servicios, al igual que un mecanismo para recibir y facilitar los reclamos del público en general. En *Barbados*, el Ministerio de Salud se encuentra preparando un proceso de consulta nacional sobre su plan de salud estratégico nacional con la expectativa de que la(s) consulta(s) incluya(n) a los interesados directos de los sectores privado y público.

Implementación de las reformas

Un *plan de acción* con metas y responsabilidades de ejecución de la reforma se identificó en *Anguila, Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tobago*. La mayoría de los países han entrado en la etapa de ejecución, algunos en una etapa más avanzada que los demás. En el caso de Trinidad y Tobago, una iniciativa principal de RSS fue la creación de las Autoridades Sanitarias Regionales en enero de 1994. En el caso de Dominica, se han ejecutado iniciativas para fortalecer la función de la red primaria de atención de salud como guardián del sistema.

Evaluación de las reformas

A excepción de *Jamaica*, ninguno de los países presentó pruebas de que los criterios de evaluación o mecanismos de vigilancia del proceso de reforma se hubieran incluido desde un principio. Sin embargo,

se realizan estudios del personal del MS y los consultores locales e internacionales para evaluar el progreso y el impacto de los diversos componentes del programa de reforma del sector sanitario.

NEGOCIACIÓN, EJECUCIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS

- ◆ Las negociaciones sobre la reforma del sector sanitario con interesados directos del país se han llevado a cabo en seis países.
- ◆ Más de la mitad de los países poseen planes de acción con metas y responsabilidades de ejecución de la reforma. Algunos países han entrado en la fase de ejecución.
- ◆ Sólo *Jamaica* definió los criterios de evaluación o los mecanismos de vigilancia del proceso de reforma desde un principio.

Conclusiones

En la mayoría de los casos, el proceso de reforma del sector sanitario en los países de habla inglesa del Caribe Oriental se **inició** a comienzos de los años noventa. Sin embargo, otros países como *Jamaica* y *Trinidad y Tobago* informan sobre el desarrollo de iniciativas relacionadas con la RSS en los años setenta y ochenta.

Los principales **temas** que se identificaron como **factores desencadenantes de las reformas** fueron las medidas de ajuste estructural, las iniciativas de reforma del sector público; la reformulación de la función del MS, la sostenibilidad financiera; garantía de calidad y equidad; necesidad de mejorar el manejo en todos los niveles del sistema de salud; desastres naturales, como erupciones volcánicas y huracanes; y un énfasis y reorientación del sistema de salud hacia las estrategias de atención primaria de salud.

En la mayoría de los casos, los procesos de reforma del sector sanitario se han incorporado en los planes y programas vinculados con la **modernización del Estado**. En general, los ministerios de salud han tenido una función protagónica en el diseño de las reformas. Sin embargo, las **agencias de cooperación para el desarrollo y los organismos financieros**, como ACIDI, DFID, el Gobierno de los Países Bajos, la Unión Europea, el Organismo Francés de Cooperación Técnica, GTZ, Japón, el BID, la OPS y la AID, al igual que las instituciones académicas como UWI han prestado apoyo técnico y financiero a los procesos. Las **opiniones y demandas de la población** se tuvieron en cuenta en el momento en que se propuso la reforma en un mínimo de seis países.

Prevalció un **programa** explícito **de reforma sectorial** con objetivos específicos en la mayoría de los países, aunque los objetivos variaron según el país. Las estrategias de la Carta del Caribe de Promoción de la Salud se han aceptado como un enfoque general a la reforma sanitaria en todos los países.

En todos los casos, el Ministerio de Salud desempeñó una función central en el proceso de RSS. Por otra parte, se han realizado negociaciones sobre la reforma con los interesados directos del país en un mínimo de seis países.

Más de la mitad de los países tienen **planes de acción con metas y responsabilidades** de ejecución de la reforma, y muchos países se encuentran ahora en la fase de ejecución.

Sólo en Jamaica se definieron desde el principio los criterios de evaluación o los mecanismos de vigilancia para el proceso de reforma.

SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

Marco jurídico

En algunos países del Caribe de habla inglesa se han **introducido cambios para modificar la Constitución o el marco jurídico de salud**. En el caso de *Jamaica* los cambios legales tienen que ver con la descentralización, la Ley de Salud Mental y el Programa Nacional de Seguro de Enfermedad. En *Guyana y Trinidad y Tobago* la legislación de mayor importancia tiene que ver con la creación de Autoridades Sanitarias Regionales. *Suriname* prevé cambios en la ley de importación de medicamentos y la ley sobre aranceles a la atención de salud. *Barbados* reconoce que debe sancionar nueva legislación para garantizar la puesta en práctica del Plan Estratégico de Salud. Durante los próximos dos años el Ministerio de Salud en Barbados también se propone introducir legislación vinculada a la Ley de Salud Mental; el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad; legislación sobre hogares para convalecientes y personas de edad; protección de la salud y el medio ambiente; servicios portuarios de salud; y reglamentaciones de cremaciones. Aunque en *Dominica* no se han propuesto enmiendas constitucionales para apoyar la reforma del sector sanitario, se puso en vigor un nuevo sistema de tarifas a cargo del usuario gracias a una enmienda de la legislación existente.

CAMBIOS EN EL MARCO JURÍDICO

- ◆ Se han introducido cambios para modificar la Constitución o el marco jurídico de salud para la reforma del sector sanitario en algunos de los países del Caribe de habla inglesa.

Derecho a la atención de salud y el seguro de enfermedad

La atención de salud se considera un derecho fundamental para todos los ciudadanos de *Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat y Suriname*. En *Trinidad y Tobago*, aunque el derecho a la atención de salud no está explicitado en la Constitución, está contenido implícitamente en los mandatos legislativos. En el caso de *Santa Lucía* la reforma del sector sanitario prevé que el derecho a la atención de salud será garantizado mediante un mayor acceso a los servicios de salud, la legislación antidiscriminatoria, arreglos financieros equitativos, un Paquete Básico de Servicios de Salud y regulación u otorgamiento de licencias a los prestadores de asistencia sanitaria. En muchos casos, una consecuencia directa de este principio ha sido que la atención de salud en el sector público es básicamente gratis en el punto de prestación para todos los ciudadanos (o en los casos en que se cobra, el costo es mínimo).

Barbados, Dominica, Granada y Santa Lucía notificaron una mayor cobertura como una de las metas integrales de su Estrategia de Reforma del Sector Sanitario. En *Dominica* se ha logrado una mayor **cobertura** mediante el establecimiento de un programa de atención primaria de salud en toda la isla. Se ha definido una **Canasta Básica de Servicios de Salud** para el nivel primario en *Antigua, Dominica, Montserrat y Trinidad y Tobago*. En *Dominica*, la **Canasta Básica de Servicios de Salud** incluye atención médica para enfermedades comunes infecciosas y crónicas, servicios de salud materno-infantil que incluyen planificación familiar, parto e inmunizaciones, promoción y prevención de la salud y atención odontológica. Entre las propuestas de RSS en *Suriname* se cuenta la creación de una Canasta Básica de Servicios de Salud.

En *Jamaica*, como en muchos otros países del Caribe de habla inglesa, existe un **Sistema Nacional de Seguro/Seguridad Social**. Sin embargo, como en la mayoría de los países, sólo incluye un programa de jubilación limitado y ciertas cláusulas para obtener licencia por enfermedad y reembolso por servicios seleccionados. Actualmente no existe un plan básico de prestación de servicios médicos al que tengan derecho todos los ciudadanos.

DERECHO A LA ATENCIÓN DE SALUD Y SEGURO DE ENFERMEDAD

- ◆ En todos los países se notifica que la atención de salud es un derecho fundamental de todos los ciudadanos.
- ◆ Tres países notificaron un aumento de la cobertura como parte integrante de su estrategia de reforma del sector sanitario.
- ◆ Un país ha ejecutado una versión limitada de un *Sistema Nacional de Seguro de Enfermedad*. El resto de los países ha empezado a abordar el diseño del Sistema de Seguro de Enfermedad Nacional. A excepción de un país, ninguno de los países del Caribe Oriental ha pasado a la etapa de ejecución. Al menos tres países se proponen incluir una Canasta Básica de Servicios de Salud en el Programa Nacional de Seguro de Enfermedad.
- ◆ Al menos tres países han definido una canasta básica de servicios de salud en el nivel de atención primaria.

El resto de los países ha empezado el proceso de discusión sobre un *seguro nacional de enfermedad*. Sin embargo, a excepción de *Antigua y Barbuda*, donde se ejecutó un Plan de Prestaciones Médicas a fines de los años setenta, ningún otro país del Caribe Oriental ha pasado a la etapa de ejecución de NHI.¹⁰ En *Granada, Santa Lucía, y Trinidad y Tobago*, el *Seguro Nacional de Enfermedad* prevé la inclusión de una *canasta básica de servicios de salud*. Es interesante señalar que Suriname tiene un Seguro de Enfermedad en funcionamiento desde hace muchos años y el Seguro Nacional en Guyana brinda cobertura de salud limitada por medio del Sistema Nacional de Seguro.

Rectoría y separación de funciones

El MS se ha reorganizado para fortalecer su función rectora en *Jamaica y Trinidad y Tobago*.

La función rectora en el sector de la salud se está evaluando en *Anguila, Barbados, Dominica, Guyana, Montserrat, Santa Lucía y Suriname*, pero aún no se han tomado medidas.

El Ministerio de Salud de *Barbados* iniciará en breve una evaluación detallada de sus diversas prácticas administrativas y de organización que inciden en la toma de decisiones en el sector sanitario. En *Anguila*, la Comisión del Proyecto está redactando borradores de propuestas para las actividades y la estructura orgánica, tanto para sí como en su relación con el Ministerio de Salud.

Sólo en *Trinidad y Tobago* la RSS estipula la separación de la función de regulación de la prestación de servicios.

RECTORÍA Y SEPARACIÓN DE FUNCIONES

- ◆ Dos países han reorganizado su MS para fortalecer sus funciones rectoras.
- ◆ Siete países están examinando actualmente la función rectora de sus respectivos ministerios de salud.
- ◆ Sólo *Trinidad y Tobago* ha separado la función de regulación de la prestación de servicios.
- ◆ Recientemente las autoridades sanitarias de los países del Caribe de habla inglesa evaluaron las once Funciones de Salud Pública Esenciales definidas en el instrumento correspondiente de evaluación de desempeño propuesto por la OPS/OMS.

Durante el primer semestre de 2002 los ministerios de salud de los países del Caribe de habla inglesa evaluaron las once funciones de salud pública esenciales definidas en el instrumento correspondiente de evaluación de desempeño propuesto por la OPS/OMS. Las mismas incluyen: 1) vigilancia, evaluación y análisis de la situación sanitaria; 2) vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgo/daño en salud pública; 3) promoción de la salud; 4)

participación social en la salud; 5) formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y manejo de la salud pública; 6) fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y cumplimiento en salud pública; 7) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios necesarios de salud; 8) desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública; 9) garantía de calidad de los servicios de salud personales y basados en la población; 10) investigación en salud pública; y 11) reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud.¹¹

Modalidades de descentralización

Los tres tipos básicos de descentralización identificados son la *transmisión*, la *delegación* y la *desconcentración*.¹² En *Dominica* el marco para la descentralización se ejecutó antes del proceso de reforma. En *Santa Lucía* la delegación de poder del Funcionario Médico Principal al Director Médico se produjo para abordar las propuestas de reforma de descentralización de la salud y los servicios públicos. Sin embargo, no se ha efectuado la transferencia de responsabilidades, autoridad y recursos a los niveles subnacionales.

En *Jamaica* y *Trinidad y Tobago* la descentralización se ha logrado mediante el establecimiento de Autoridades Sanitarias Regionales que se encargan de administrar la prestación de los servicios de salud, aunque los recursos están centralizados.

En *Granada*, el gobierno anunció la intención de introducir un Organismo Ejecutivo, un sistema híbrido que incorpora elementos de delegación para administrar las instituciones de atención de agudos. En *Guyana* y *Suriname* se están analizando los niveles administrativos del sistema de salud para descentralizar los servicios de salud; sin embargo, estos esfuerzos no necesariamente están vinculados a otros esfuerzos por descentralizar la administración pública.

MODALIDADES DE DESCENTRALIZACIÓN

- ◆ La transmisión, la delegación y la desconcentración de las instituciones públicas de prestación de salud son las modalidades de descentralización más comunes.

Participación y control social

En *Jamaica* la RSS ha promovido el mercadeo social, mecanismos y entidades de participación para alentar la participación de una amplia gama de miembros de la sociedad. En el caso de *Trinidad y Tobago* se han ejecutado múltiples iniciativas para promover la participación social, como consultas públicas, creación de sitios en la web y participación de las ONG. En *Suriname* la participación social se estimula mediante la presentación de los resultados de estudios y opciones de políticas a la sociedad civil.

En *Dominica* la participación social se ha ejecutado mediante la inclusión de la sociedad pública y civil en la planificación y evaluación de los servicios de salud. Sin embargo, el Ministerio de Salud está explorando diferentes mecanismos para facilitar una participación significativa, como la reorganización de los comités de salud, además de trabajar con las autoridades de los gobiernos locales y otras organizaciones comunitarias.

En *Santa Lucía*, la participación social es un objetivo explícito de la reforma. Se celebraron reuniones con trabajadores de salud y otros interesados directos para sensibilizarlos sobre la reforma del sector de la salud y brindarles la oportunidad de expresar sus opiniones sobre los temas clave en materia de políticas.

En *Barbados*, el Ministerio ha propuesto impartir adiestramiento y aptitudes de liderazgo en las comunidades para que puedan administrar programas de salud en la comunidad. En *Montserrat*, la participación social no fue un objetivo explícito del proceso de reforma.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

- ◆ En siete países la Participación Social se incluyó como un objetivo explícito de la reforma.
- ◆ Cuatro países han ejecutado la participación y control social mediante la inclusión de la sociedad pública y civil en la planificación y evaluación de los servicios de salud. Además, están explorando nuevas modalidades de participación social.
- ◆ Se identificaron planes para poner en práctica las estrategias de participación social en tres países.

Financiamiento y gasto

En *Trinidad y Tobago* el proceso de RSS ha promovido el desarrollo de un sistema de información financiera y el diseño de un plan nacional de seguro de Enfermedad. *Jamaica*, *Guyana* y *Suriname* han elaborado propuestas para modificar la composición de las regulaciones financieras y el financiamiento. La necesidad de fortalecer los sistemas de información para el financiamiento y los gastos es reconocida en los últimos tres países mencionados.

A principios de la década del noventa, la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) creó el Proyecto de Planificación y Gestión de Políticas de Atención de Salud, que realizó varios estudios para diseñar una estrategia de reforma del financiamiento sanitario en el Caribe Oriental.¹³ El Estudio Regional de Salud del Caribe señaló que cada país deberá adoptar un mecanismo o combinación de mecanismos de financiamiento sanitario, haciendo hincapié en una estrategia que “proporcione un nivel adecuado de movimiento de caja, comparta la carga de los pagos equitativamente entre diferentes grupos, promueva la eficiencia en el uso de recursos y sea sostenible, relativamente fácil de administrar y generalmente aceptable.”¹⁴ Un documento de política de OPS/PNUD/CARICOM¹⁵ recalcó la importancia de diseñar y ejecutar una política de financiamiento de la atención

de salud basada en una minuciosa evaluación de los mecanismos financieros. Como parte de un proceso de Cooperación Técnica continua de la Oficina de la OPS/OMS de Coordinación de Programas en el Caribe con los países del Caribe Oriental, la Oficina estableció en 2000 un Grupo de Trabajo sobre la Reforma de Financiamiento Sanitario para Barbados y los países del Caribe Oriental para prestar apoyo y avanzar en la reforma de financiamiento sanitario en Barbados y el Caribe Oriental. El foco principal del Grupo de Trabajo es aportar la coordinación necesaria para avanzar con éxito en un plan de acción quinquenal para la reforma de financiamiento sanitario en Barbados y los países del Caribe Oriental. Los elementos integrantes son i) mejorar los modelos de financiamiento sanitario; ii) formular un conjunto de prestaciones para servicios médicos; iii) modificar los mecanismos de pago a los proveedores; iv) mejora miento de las aptitudes para el análisis económico de salud; y v) mejoras en los sistemas de gestión financiera en salud.

Tomando en cuenta tanto la complejidad como la especificidad del proceso de reforma sanitaria, el plan de acción está principalmente orientado a fomentar actividades regionales o entre países. Este enfoque regional, centrado en la formulación de normas regionales, documentos conceptuales y artículos técnicos se considera el medio más apropiado de apoyo a los países que emprenden evaluaciones coyunturales o diseñan, ejecutan y vigilan los procesos de reforma en el financiamiento sanitario. La mejor forma de concebir a los elementos integrantes es como un paquete; están muy vinculados y se refuerzan mutuamente. La ejecución con éxito de este Plan de Acción depende del compromiso nacional y de que no todos los países participen de cada actividad del Plan de Acción, ya que cada país puede encontrarse en distinta situación para iniciar las actividades de reforma de financiamiento sanitario según el Plan de Acción. Sin embargo, todos los países han acordado que ninguna reforma debe apartarse del Plan de Acción y que en la "reforma ideal" se habrán introducido cambios de fondo en todas las actividades para fines del proceso.

En 2001 se lanzó el *Desarrollo de las Cuentas Nacionales de Salud en la Iniciativa del Caribe* en el Caribe. Se realizó un curso de adiestramiento sobre el *Desarrollo de las Cuentas Nacionales de Salud en el Caribe*. Este curso de adiestramiento fue en gran medida un ejercicio de desarrollo y adiestramiento para ayudar a los equipos del país a iniciar el proceso. *Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tobago* están participando en la fase I de esta iniciativa.

Los formuladores de políticas expresaron la necesidad de contar con un marco de referencia para evaluar la pertinencia de las propuestas del seguro nacional de enfermedad. En respuesta a esta necesidad y como parte de un proceso continuo de Cooperación Técnica, la Oficina de la OPS/OMS de Coordinación de Programas en el Caribe emprendió la iniciativa de elaborar una guía para ayudar a los países del Caribe Oriental en el proceso de toma de decisiones con miras a introducir el Seguro Nacional de Enfermedad.

Esta guía, “*Seguro Nacional de Enfermedad en el Caribe Oriental: Guía de Evaluación y Diseño, Documento de Trabajo*” se divulgó en Barbados y los países del Caribe Oriental, al igual que en otros países del Caribe en mayo de 2002.¹⁶

En *Dominica*, la poca aceptación de un plan nacional de seguro de enfermedad llevó a la puesta en práctica de un sistema de tarifas a cargo del usuario. Sin embargo, una evaluación de este sistema de cobro reveló considerable subrecaudación, efectos negativos en el acceso a la atención sanitaria, servicios sobrevaluados y considerable insatisfacción de parte del público. Ello llevó a la aplicación de una tabla de honorarios reducidos con exenciones para ciertas categorías.

En *Santa Lucía* se está planificando un examen de todo el mecanismo de financiamiento del sector sanitario. Se están discutiendo planes para un Plan Nacional de Seguro de Enfermedad.

En *Barbados*, el Ministerio de Salud está explorando la factibilidad de utilizar una combinación apropiada de mecanismos de financiamiento como el seguro privado, las tarifas a cargo de los usuarios y el seguro social.

En *Montserrat*, el Ministerio de Salud ha identificado la necesidad de mejorar sus sistemas de información sobre financiamiento y gasto, siendo ésta un área prioritaria en el sistema de información hospitalaria que se está desarrollando actualmente.

FINANCIAMIENTO Y GASTO

- ◆ Se están planificando o se han introducido diferentes estrategias para modificar la combinación de los mecanismos de financiamiento existentes en diversos países.
- ◆ Existen informes sobre el diseño y la puesta en práctica de un Sistema Nacional de Cuentas de Salud en algunos países.
- ◆ Se está planificando el diseño de un Plan Nacional de Seguro de Enfermedad.
- ◆ Se identificó la necesidad de mejorar el sistema de información sobre financiamiento y gastos.

Prestación de servicios y modelos de gestión

En cuanto a la *prestación de servicios* en *Trinidad y Tobago* hay planes para aumentar el número y la diversidad de servicios a nivel primario y comunitario incluida la atención ambulatoria, los programas de cirugía en el día y los programas de atención ambulatoria, con particular énfasis en el manejo de los niveles primarios de las enfermedades crónicas. Se planifica la formulación de sistemas integrados de referencia para garantizar continuidad en la atención

de una institución a otra. En *Jamaica* la prestación de servicios de salud pública se modificará al promover la integración de la atención primaria y secundaria. *Guyana* tiene como meta expresa de colocar a la Atención Primaria de Salud en el centro de las reformas, pero no ha habido ningún realineamiento de recursos y servicios para plasmar esa meta. De igual modo, se ha reconocido la necesidad de fortalecer el sistema de referencia, una de las actividades del proceso de reforma. En *Suriname* hay actividades en marcha para fortalecer la atención primaria. Por otra parte, se están creando varios programas para aumentar la prestación de servicios a grupos vulnerables, como los programas de atención materno-infantil, los programas de salud sexual y reproductiva del adolescente, los hogares para ancianos, etc.

En cuanto al *modelo de gestión* en *Trinidad y Tobago*, la creación de nuevas instituciones como el Consejo de Calidad del Sector Sanitario, nuevos instrumentos como la acreditación de los establecimientos de salud, contratos anuales de prestación de servicios y planes anuales de negocios sientan las bases para el nuevo modelo de gestión. En *Jamaica*, se están discutiendo e introduciendo cambios en el modelo de gestión en las relaciones entre los protagonistas. Por ejemplo, las Autoridades Sanitarias Regionales están funcionando y se ha reorganizado la oficina central del MS. En *Guyana*, los cambios en el modelo de gestión para los establecimientos de salud pública se centran en asignar la prestación de servicios a las Autoridades Sanitarias Regionales y trabajar de cerca con el sector privado en la prestación de la atención sanitaria. En *Suriname* se ha propuesto que los diferentes interesados directos en el sector de la salud se organicen formalmente en un Consejo Nacional de Salud. Ya existen contratos y compromisos de gestión en el sistema de salud pública entre los contribuyentes y los prestadores.

En *Montserrat*, el Ministerio de Salud ha identificado la necesidad de redefinir el modelo de atención fortaleciendo la atención primaria y asignando prioridad a los grupos vulnerables. Se usarán las estrategias identificadas en la Carta del Caribe de Promoción de la Salud de 1993 para la planificación y creación de programas de todos los servicios y el Gobierno se propone mejorar la prestación de servicios de salud para las enfermedades crónicas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y MODELO DE GESTIÓN

- ◆ Todos los países están modificando los modelos de Prestación de Servicios.
- ◆ Las modificaciones al modelo existente incluyen el fortalecimiento de la atención primaria, la asignación de prioridad a los grupos vulnerables, cirugía ambulatoria y en el día y uso de la promoción de la salud como la estrategia principal para la prestación de todos los servicios de salud.
- ◆ Se han propuesto modificaciones al modelo de prestación de atención sanitaria para los tres niveles de atención. Los cambios se han aplicado sólo en el nivel secundario.
- ◆ Se está planificando modificar el modelo de gestión.

En *Santa Lucía*, la modificación de la prestación de servicios se ha propuesto para los servicios primarios, secundarios y terciarios de atención. Se realiza un mayor número de cirugías ambulatorias y en el día en ambos

hospitales generales de agudos. Por otra parte, se han introducido algunos cambios en el modelo existente de gestión.

Recursos humanos

El carácter central del desarrollo de recursos humanos (HRD) en los sistemas y servicios de salud en el Caribe ha sido reconocido por los Gobiernos en la subregión y respaldado como una de las áreas prioritarias en la Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH II), un mecanismo que promueve la acción y los recursos colectivos en las prioridades regionales comunes en la salud e identifica áreas de interés y enfoques prácticos para abordar estas prioridades.

El proyecto de cuatro años, Adiestramiento y Desarrollo de Recursos Humanos en los Sistemas de Información Sanitaria para el Caribe de habla inglesa, que funciona en el Centro Educativo Superior de Barbados (*Barbados Community College*), representó un logro importante en el adiestramiento y desarrollo de recursos humanos. El proyecto se completó exitosamente en febrero de 2001 y es considerado un modelo de asociación exitosa entre la OPS y otros organismos de financiamiento.¹⁷

El continuo énfasis en el desarrollo de recursos humanos en el sector sanitario de la subregión se evidenció en la firma de un convenio de tres años entre el Gobierno de Francia y OECO para apoyar la puesta en práctica de un programa de reforma del sector sanitario. Este convenio permite la gestión y adiestramiento de recursos humanos.

Se completó la armonización de los programas de estudio para enfermería básica y los programas de adiestramiento de médicos de familia, y un examen regional de registro previamente establecido permite ahora a las enfermeras ejercer en cualquier país del Caribe. La armonización de los programas apoya la iniciativa de mercado único de CARICOM y facilita el libre movimiento de profesionales y especializaciones en la región del Caribe.

El movimiento en pro de un enfoque único de registro médico cobró importancia cuando los Consejos Médicos Nacionales de la región persuadieron a la OPS y la Secretaría de CARICOM a que les ayudaran a desarrollar este enfoque. El proyecto cobró impulso en una reunión especial de la Conferencia de Ministros de Salud en 1997, cuando los ministros respaldaron la iniciativa de la Asociación Caribeña de Consejos Médicos como parte integrante del proceso de reforma sanitaria en la subregión. Esta acción dio lugar a la creación de la Asociación Caribeña de Consejos Médicos como el mecanismo regional para el registro y la vigilancia del ejercicio profesional para todas las categorías de personal sanitario. Cada consejo médico nacional ha lanzado desde entonces campañas de mercadotecnia e información en sus respectivos países, explicando el nuevo proceso de registro y elevando el nivel de concientización general

respecto de las mejoras esperadas en la atención de salud a la comunidad. Para el año 2004 se exigirá a todo el personal médico en el Caribe, incluidos los graduados de UWI pasar la prueba para ejercer profesionalmente en la subregión.¹⁸

El problema de escasez de enfermeras en el Caribe es un reto importante para la prestación de servicios de salud en forma segura, eficaz y eficiente, y es probable que la situación se intensifique debido a situaciones políticas inminentes como la creación del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA). Se nombró un equipo de ejecución formado por delegados de 12 países del Caribe de habla inglesa y varias organizaciones no gubernamentales, instituciones y asociaciones nacionales. En su primera reunión, el equipo de ejecución analizó el estado del programa de migración y preparó un plan de acción que incluía una campaña de mercadotecnia orientada a obtener el servicio de enfermeras y enfermeros capacitados y jóvenes. Otra estrategia identificada fue un programa de mentores concebido a fin de preparar al personal superior de enfermería para que proporcione un entorno que promueva el crecimiento profesional y acreciente la satisfacción del personal y los pacientes.¹⁹

En *Trinidad y Tobago* un importante cambio que surgió del proceso de reforma sanitaria es la transferencia de personal del MS a la Autoridad Sanitaria Regional. Se están elaborando nuevos programas para abordar el estado de salud y las necesidades de servicio de salud de la población. Además el proceso de reforma ofrece adiestramiento en diversas áreas para facilitar los cambios masivos que surgen del programa.

En *Jamaica* hay una unidad de recursos humanos en el Ministerio de Salud. Se han diseñado e introducido modificaciones en la educación de recursos humanos para responder a las necesidades creadas por la reforma sectorial. Por ejemplo, se han consolidado programas didácticos en algunas universidades y departamentos. Sus objetivos son la acreditación, mayor eficiencia operativa y cumplimiento de las normas profesionales internacionales. Se han introducido cambios en las leyes laborales.

En *Guyana* se han incorporado algunas modificaciones en la educación de recursos humanos para incluir áreas como promoción de la salud. Se están creando mecanismos para la certificación de los trabajadores de salud, principalmente mediante las iniciativas subregionales del Caribe. Se están asignando más fondos

para mejorar los sueldos de los trabajadores del sector público de modo que puedan acercarse a los niveles salariales del sector privado.

En *Suriname* se están incorporando modificaciones al programa de capacitación de los médicos generales para que responda a la necesidad de fortalecer la atención preventiva. Se ha introducido una propuesta para mejorar el desempeño de los médicos generales en el sector público. Se trata de ofrecer una bonificación al médico general si alcanza una meta predefinida en los servicios de atención preventiva para la población de pacientes.

En *Santa Lucía* se ha adiestrado al personal de salud en la planificación de salud, la información sanitaria y la demografía médica para fortalecer la capacidad existente en Información y Planificación Sanitaria, un área prioritaria del proceso de reforma del sector sanitario.

En *Dominica* no se hecho hincapié en el desarrollo de recursos humanos con relación a la Reforma del Sistemas de Salud. Sin embargo, en consonancia con la reforma del sector público, se ha introducido un sistema de incentivos financieros basados en la evaluación del desempeño.

Barbados se propone formular políticas de gestión y desarrollo de recursos humanos en 2003. Se fortalecerán inicialmente los recursos humanos en rehabilitación, salud mental, servicios hospitalarios y salud bucodental.

En *Montserrat* no se han introducido cambios en la planificación y gestión de recursos humanos. El adiestramiento de los trabajadores de salud se realiza a medida que surgen necesidades y acorde con la disponibilidad de fondos. Se ofrece educación continua y adiestramiento en servicio para todas las categorías de trabajadores, pero se realiza de manera ad hoc.

RECURSOS HUMANOS

- ◆ Más de la mitad de los países notificaron cambios en el desarrollo de sus recursos humanos para responder a las necesidades de la reforma del sector sanitario.
- ◆ Se notificaron modificaciones en el desarrollo de recursos humanos en el campo de la planificación de salud, información sanitaria, demografía médica, salud comunitaria, salud bucodental, enfermería comunitaria y administración.
- ◆ Se informó la introducción de un sistema de incentivos financieros basados en la evaluación del desempeño para adherir al proceso de reforma del sector público.

Calidad y evaluación de las tecnologías en salud

En *Trinidad y Toabago* la calidad de atención es un foco principal del proceso de RSS, tal como lo demuestra el establecimiento de una Dirección de la Gestión de Calidad, cuyo mandato prescribe el desarrollo de sistemas para apoyar las mejoras en la calidad de atención. Incluye un sistema de acreditación tanto de hospitales como de establecimientos de atención primaria y el desarrollo de sistemas de auditorías clínicas. Además incluye un plan para el desarrollo de la evaluación de tecnologías de la salud, capacidades y sistemas de gestión.

En *Jamaica* se están creando o reformulando procedimientos para la acreditación de establecimientos y programas de salud. Las iniciativas de RSS en las áreas de calidad técnica y calidad percibida están concentradas sólo en los hospitales públicos en este momento. Se han redactado propuestas con el fin de crear mecanismos para evaluar la tecnología de la salud antes de su introducción.

En *Guyana* la RSS incluye iniciativas en el área de calidad técnica o calidad percibida para los diferentes niveles de atención. Entre ellas se encuentra la elaboración de un programa de mejor aprovechamiento de los fondos, el establecimiento de una autoridad de quejas sobre la atención sanitaria y el consejo de calidad del sector sanitario.

Suriname ha incluido la acreditación de establecimientos y las iniciativas de asistencia sanitaria en el área de mejor calidad técnica en el programa de RSS. La calidad percibida de atención de los núcleos familiares y los pacientes se ha incluido en las actividades de recopilación de datos de RSS.

La OPS ha desarrollado e iniciado adiestramiento en el Mejoramiento Continuo de la Calidad en los planes y programas de salud para los coordinadores nacionales. Se espera que los ya adiestrados, al igual que los futuros pasantes como líderes del mejoramiento continuo de la calidad, brinden orientación a los equipos interdisciplinarios y los miembros de los grupos de tarea responsables del mejoramiento en los planes y programas de sus respectivas organizaciones de atención de salud y logren satisfacer a los usuarios con los servicios prestados.

En *Barbados* se instituyó un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad y se emprendió un estudio de factibilidad y sensibilización en cinco instituciones del Ministerio de Salud. La recomendación principal fue la elaboración de programas de educación dentro de las instituciones para fomentar una cultura de la calidad. Se han identificado y adiestrado coordinadores de calidad y equipos de calidad.

En *Montserrat* no existe ningún programa de mejoramiento de calidad excepto en el laboratorio, el cual forma parte del mecanismo de control de calidad con CAREC y en la farmacia con OECO/PPS. Comenzará en breve un estudio para revisar la calidad de la atención en el tratamiento de la diabetes y la hipertensión como parte del proyecto de DFID/OPS/GOM.

En *Santa Lucía* no se han creado propuestas de procedimientos o instituciones para la acreditación de los establecimientos y programas de salud. Sin embargo, se nombrará un Comité de Evaluación de Tecnologías de la Salud, compuesto por técnicos y también legos. De igual manera, se creará un Programa de Evaluación de Tecnologías y Mejoramiento Continuo de la Calidad.

CALIDAD Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA SALUD

- ◆ La mayoría de los países están creando programas de mejoramiento de la calidad con un importante componente de formación de capacidad.
- ◆ Se han redactado propuestas para crear mecanismos de evaluación de las tecnologías de la salud. Un país informó sobre su intención de nombrar un Comité de Evaluación de las Tecnologías de la Salud.

Conclusiones

Se han introducido cambios para modificar la Constitución o el *marco jurídico* de salud para la reforma del sector sanitario en algunos países del Caribe de habla inglesa.

En la totalidad de los países se informa que la atención de salud es un *derecho fundamental* de todos sus ciudadanos.

Tres países informaron que una *mayor cobertura* es un componente integral de su estrategia de reforma del sector sanitario.

Algunos países han empezado a analizar el diseño de un *Plan Nacional de Seguro de Enfermedad*. Tres países se proponen incluir una *canasta básica de servicios de salud* en el Plan Nacional de Seguro de Enfermedad. Dos países han reorganizado su MS con miras a fortalecer sus funciones rectoras. Siete

países están examinando actualmente la **función rectora** de sus respectivos ministerios de salud. Sólo un país ha separado las funciones de regulación de la prestación de servicios.

La transmisión, delegación y desconcentración de las instituciones públicas de prestación de salud son las **modalidades de descentralización** más comunes.

En siete países la **participación social** se incluyó como un objetivo explícito de la reforma. Cuatro países han ejecutado la participación y el control social mediante la inclusión de la sociedad civil y pública en la planificación y evaluación de los servicios de salud. Por otra parte, se están explorando nuevas modalidades de participación social. En tres países se identificaron planes para poner en práctica las estrategias de participación social.

En cuanto al **financiamiento y los gastos**, se están planificando o se han introducido en algunos países diversas estrategias para modificar la combinación de los mecanismos de financiamiento existentes. *Barbados, Dominica, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tobago* están participando en la Fase I del *Desarrollo de las Cuentas Nacionales de Salud en la Iniciativa del Caribe*. En todos los países se informa el diseño y la puesta en práctica de un sistema de Cuentas Nacionales de Salud. Se está analizando y planificando el diseño de un Plan Nacional de Seguro de Enfermedad. Por otra parte, se identificó la necesidad de mejorar el sistema de información financiera y de gastos.

Se están modificando los modelos de **prestación de servicios** en todos los países. Las modificaciones al modelo existente incluyen fortalecer la atención primaria, asignar prioridad a los grupos vulnerables, cirugía ambulatoria y en el día y uso de la promoción de la salud como principal estrategia para la prestación de todos los servicios de salud. Se han propuesto modificaciones al modelo de prestación de salud en los tres niveles de atención, aunque los cambios se han aplicado sólo al nivel secundario. Se está planificando la modificación del **modelo de manejo**.

El carácter central del desarrollo de recursos humanos (HRD) en los sistemas y servicios de salud en el Caribe ha sido reconocido por los Gobiernos en la subregión y respaldado como una de las áreas prioritarias de la Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH II), un mecanismo que promueve la acción y los recursos colectivos en las prioridades regionales comunes en la salud e identifica áreas de interés y enfoques prácticos para abordar estas prioridades. Por lo tanto, más de la mitad de los países notificaron cambios en el desarrollo de **recursos humanos** para responder a las necesidades de la reforma del sector sanitario. Se notificaron modificaciones en el desarrollo de recursos humanos en el campo de la planificación de salud, información sanitaria, demografía médica, salud comunitaria, salud bucodental, enfermería comunitaria y administración. Se informó la introducción de un sistema

de incentivos financieros basados en la evaluación del desempeño para adherir al proceso de reforma del sector público.

La mayoría de los países están creando *programas de mejoramiento de la calidad* con un fuerte componente de formación de capacidad. Se han redactado propuestas a fin de crear mecanismos para evaluar la tecnología de la salud. Un país informó sobre su intención de crear un Comité de Evaluación de las *Tecnologías de la Salud*.

II. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La mayoría de los países informan que la ejecución del proceso avanza con mayor lentitud de lo esperado o se encuentra en sus etapas iniciales. Por lo tanto no es factible realizar una evaluación de los resultados en este momento. En el caso de *Montserrat* se completará una evaluación preliminar y se espera un informe con recomendaciones. Sin embargo, *Trinidad y Tobago* y *Jamaica* presentan los resultados preliminares del siguiente modo:

Equidad: En *Trinidad y Tobago* varios establecimientos han extendido sus horas de servicio y aumentado la variedad de servicios disponibles, en particular en los establecimientos de atención primaria. Esta ha sido una decisión del gobierno a fin de implantar un sistema de seguro nacional de enfermedad que garantice el acceso a una canasta básica de servicios de salud basada en la necesidad a diferencia de la capacidad de pagar. De igual manera, con el fin de reducir las listas de espera en los hospitales públicos por procedimientos comunes, ambas decisiones tienen el potencial de reducir las disparidades en el estado de salud entre grupos de población. En *Jamaica* no hay pruebas de que la RSS haya repercutido en la equidad.

Efectividad y calidad: *Trinidad y Tobago* ha preparado un marco legislativo y un proyecto de Ley de Calidad de Servicios de Salud, habiendo creado además un Consejo de Calidad del Sector Sanitario para guiar y vigilar el mejoramiento de la calidad en la atención de salud. Se han creado comités para el mejoramiento de la calidad dentro de cada una de las Autoridades Regionales Sanitarias. En *Jamaica*, todos los hospitales públicos tienen comités de garantía de la calidad. No obstante, el porcentaje de hospitales que tienen un comité de garantía de la calidad en pleno funcionamiento es desconocido. En general, ha aumentado la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

Eficiencia: En *Trinidad y Tobago* los recursos se siguen asignando sobre todo sobre una base histórica. Sin embargo, se están desarrollando varios mecanismos para mejorar la asignación de fondos. Entre ellos se cuenta la evaluación de las necesidades de salud y los convenios anuales de servicio entre el Ministerio

de Salud y las Autoridades Regionales Sanitarias. En *Jamaica*, la asignación de recursos no ha cambiado con la RSS. La descentralización se aplicó plenamente en 1999 y puede incidir en la asignación de recursos. Sin embargo, no hay datos disponibles.

Sostenibilidad: En *Trinidad y Tobago* existen varios retos a la sostenibilidad del programa de la RSS. Entre ellos, la aceptación de los objetivos manifiestos de la RSS, la confianza de la Autoridad Regional Sanitaria, la capacidad de autorreforma del MS y la elaboración de una estrategia viable de financiamiento de la atención de salud.

Participación y control social: En *Trinidad y Tobago* los mecanismos empleados para aumentar la participación social incluyeron el uso de la representación de los consumidores en comités y consejos y reuniones públicas de las Autoridades Regionales. En *Jamaica*, la RSS ha contribuido a aumentar la participación y el control social en el sistema de salud mediante el proceso de descentralización.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

- ◆ La mayoría de los países informan que la ejecución del proceso informan que la ejecución del proceso avanza con mayor lentitud de lo esperado o se encuentra en sus etapas iniciales. Por lo tanto no es factible realizar una evaluación de los resultados en este momento.
- ◆ Sólo Trinidad y Tobago notifican un efecto leve en la *equidad*.
- ◆ A fin de incrementar la *eficiencia*, se han creado varios mecanismos para mejorar la asignación de los recursos financieros.
- ◆ Los mecanismos para asegurar la *sostenibilidad* de los procesos de reforma son muy limitados.
- ◆ *Trinidad y Tobago* han incluido la representación del consumidor en comités y consejos y reuniones públicas de las Autoridades Regionales Sanitarias para aumentar la *participación social*. En *Jamaica*, el proceso de descentralización ha contribuido a un aumento de la participación y el control social.

Conclusiones

La mayoría de los países informan que la ejecución del proceso informan que la ejecución del proceso avanza con mayor lentitud de lo esperado o se encuentra en sus etapas iniciales. Por lo tanto no es factible realizar una evaluación de los resultados en este momento.

Sólo Trinidad y Tobago notifican un leve efecto en la *equidad*.

Con el fin de incrementar la *eficiencia* se han creado varios mecanismos para mejorar la asignación de los recursos financieros.

Los mecanismos para asegurar la *sostenibilidad* de los procesos de reforma son muy limitados.

Trinidad y Tobago han incluido la representación del consumidor en comités y consejos y reuniones públicas de las Autoridades Regionales Sanitarias para aumentar la *participación social*. En *Jamaica*, el proceso de descentralización ha contribuido a un aumento de la participación y el control social.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ PAHO Executive Committee of the Directing Council, 26th Meeting of the Subcommittee on Planning and Programming: “*Progress of Activities in Health Sector Reform*”, SPP27/7, Washington DC, 25-27 March 1996.

² Berman, P.: “*Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable*”, Health Policy 32 (1995), pp. 13-28.

³ Saltman, R.B.; Figueras J.: “*Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las Estrategias Actuales*”, EURO-OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo (esp.), Madrid, 1997, pp. 2-4.

⁴ OPS/OMS: “Reunión Especial sobre Reforma Sectorial” Washington DC, 1995.

⁵ PAHO 41st Directing Council: “*Monitoring and Evaluation of the Health Sector Reform Processes*”, CD41/14, San Juan, Puerto Rico, 27 September - 1 October 1999.

⁶ PAHO 124th Session of the Executive Committee, Resolution CE 124.R8 *Monitoring and Evaluation of the Health Sector Reform Processes*”, Washington DC, 21-25 June 1999.

⁷ Frenk, J.: “*Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform*”, Health Policy 32 (1995) 257-277.

⁸ Infante A.: “*La elaboración de perfiles de sistemas de servicios de salud y el seguimiento y evaluación de las Reformas del Sector como instrumentos para el desarrollo de políticas sanitarias en las Américas*,” en: Mesa redonda sobre investigación en salud pública y desarrollo. Jornadas de Cooperación Sanitaria: Salud, la clave del Desarrollo. 29 junio – 1 julio, Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS y AECI (mimeo) Madrid, 1998.

⁹ En 1986, los Jefes de Gobierno aprobaron la Iniciativa en la que se identificaron siete áreas de salud prioritaria. Posteriormente en 1996, la Conferencia de Ministros Encargados de Asuntos de Salud de CARICOM ordenó una redefinición y reformulación de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. En 1997, el Comité del Ministro Encargado de Asuntos de la Salud aprobó sus ocho áreas prioritarias de salud y luego en 1998 sus metas y objetivos para 1999 a 2003. CCH-II aplica, según sean pertinentes, las seis estrategias de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud a todas las áreas prioritarias, utilizando así la promoción de la salud como un enfoque estratégico para el desarrollo sanitario.

La Reunión Extraordinaria de la Conferencia de Ministros Encargados de Asuntos de Salud de CARICOM (Comunidad del Caribe) se celebró en 1995 para lograr una comprensión clara del contexto y los elementos de la reforma del sector sanitario y crear procesos de colaboración para explorar la reforma. En cuanto a la descentralización, la reunión recomendó que los planes de reforma deben ser precedidos por una evaluación de las necesidades. Se deben determinar las metas y los objetivos nacionales para la reforma, incluida una reafirmación del lugar prioritario de la atención primaria. Debe haber una definición clara de las funciones en todos los niveles. Los Ministerios de Salud deben cambiar su foco a la formulación, regulación y evaluación de políticas. La creación de las comunidades debe ser un pilar del proceso, en el que se ha de incluir a todos los interesados directos.

CARICAD (Centro del Caribe para Administración del Desarrollo) convocó dos Simposios Regionales del Caribe: “Gestión de los Servicios Sociales y de Salud a Nivel Local” celebrado en Jamaica en mayo de 1996 y “Un Foro de Políticas sobre la Reforma del Sector Sanitario: Gestión y Desempeño” realizado en Trinidad y Tabago en abril de 1998. Ambos simposios se convocaron para tratar políticas y temas generales, el Commonwealth y las experiencias internacionales. Las discusiones brindaron oportunidades de evaluación e información sobre la situación de los respectivos países respecto del proceso de reforma, con especial atención al contexto, el contenido y el proceso. Este último incluye el proceso de gestión del cambio y los procesos políticos, técnicos y de gestión. Surgieron varias recomendaciones de los foros, haciéndose mucho hincapié en lograr avanzar en las áreas de financiamiento, calidad de los servicios de salud y descentralización en el contexto de la función del Ministerio de Salud.

El tema de la XII Reunión de los Ministros de Salud del Commonwealth celebrada en Barbados en noviembre de 1998 fue la “Reforma del Sector Sanitario en pro de la Salud para Todos”. Los representantes de treinta y nueve

países del Commonwealth, tres Territorios Británicos en el Exterior, organismos internacionales pertinentes, entidades y organizaciones no gubernamentales regionales asistieron a la reunión. Treinta y dos delegaciones fueron lideradas por los Ministros y tres por los Ministros Adjuntos en dos comités, sesiones plenarias y cuatro mesas redondas. Los Ministros aprobaron una serie de recomendaciones que requieren medidas de parte de los gobiernos, las entidades regionales del Commonwealth y otras organizaciones, además de la Secretaría del Commonwealth.

El proyecto de OPS/PNUD/CARICOM "Gestión y Financiamiento de la Salud para Reducir el Impacto de la Pobreza en el Caribe", completado en 1999, identificó la mejor forma de ejecutar las estrategias de descentralización y financiamiento al mismo tiempo que se protege a los pobres.

El taller "Reforma del Sector Sanitario: Estrategias de ejecución para el Caribe Oriental" se celebró en Santa Lucía en mayo de 1999. El taller se ofreció en respuesta a la oferta del Director de la OPS en la primera reunión de los Ministros de Salud de OECS, en 1998, con el fin de patrocinar un foro para los Ministros de Salud en los países miembros de OECS y abordar específicamente las estrategias de ejecución de las reformas sanitarias en el Caribe Oriental. Posteriormente, en octubre de 1999, como seguimiento a la reunión de mayo de 1999, OECS y la OPS patrocinaron una reunión para refinar aún más las áreas críticas dentro del marco de reforma sanitaria para Barbados y los Países del Caribe Oriental. Además de las partes seleccionadas que trabajan en salud (por ejemplo, la OPS, la Secretaría de OECS, CAREC, la Universidad de las Indias Occidentales), asistieron representantes de país que ayudaron a finalizar el informe resumido del Taller de mayo de 1999. Los participantes en esta reunión aceptaron los siguientes cinco componentes dentro del marco de reforma sanitaria para Barbados y los Países del Caribe Oriental de 2000 a 2004. Los elementos de programación que permean todos los componentes incluyen fortalecimiento institucional, sistemas de información, desarrollo de recursos humanos, investigación, comunicación social y participación comunitaria. (1) Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud; (2) Sistemas reorientadores para recalcar la promoción de la salud y los temas prioritarios de salud identificados en CCH-II; (3) Crear o fortalecer programas de mejoramiento y garantía de la calidad; (4) Establecimiento de una base financiera sostenible para el sector sanitario; y (5) Definición y ejecución de una "canasta mínima de servicios de salud".

¹⁰ PAHO/WHO, Office of Caribbean Program Coordination: "National Health Insurance in the Eastern Caribbean: A Guidebook for Appraisal and Design," Barbados, 2002.

¹¹ En colaboración con el Centro Latinoamericano para la Investigación en Servicios de Salud (CLAISS) y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). PAHO/WHO, CDC, CLAISS: Instrument for the Performance Assessment of Essential Public Health Functions, May, 2001.

¹² Se identifican tres tipos básicos de descentralización dentro de la experiencia del Caribe: **Devolución**, en que la subunidad funciona como un organismo estatal incorporado con poder independiente para ejecutar programas de salud acordados en su carta. **Delegación**, en virtud de la cual la subunidad funciona como un organismo estatal no incorporado sin carta propia, pero tiene funciones asignadas por una autoridad central para coordinar una serie de programas y proyectos convenidos. **Desconcentración**, según la cual una organización local sin poder independiente es designada por la autoridad central para llevar a cabo las funciones específicas de salud. Algunos países, sin embargo, han adoptado una forma híbrida de descentralización, combinando los modelos de delegación y desconcentración, en los que la unidad descentralizada tiene funciones designadas por la autoridad central para coordinar un conjunto acordado de programas y proyectos de salud. Este tipo de descentralización en Barbados cede la responsabilidad del manejo diario y las funciones operativas del sistema de salud de una modalidad muy centralizada a juntas autónomas regionales u hospitalarias. La experiencia en Granada, San Vicente y Santa Lucía indica que debido a que el Gobierno transfiere funciones a las juntas hospitalarias con diversos grados de regulación, les permite combinar las funciones públicas y privadas. En algunos de los estados más pequeños, como Montserrat y Anguila, no se registran las preocupaciones tradicionales que generan los efectos de estructuras muy centralizadas. En estos casos, la descentralización equivale a la creación de mecanismos para facilitar la participación pública en la toma de decisiones manteniendo al mismo tiempo sus estructuras administrativas y físicas. Véase OPS/PNUD/CARICOM: "Gestión y financiamiento de la salud para reducir el impacto de la pobreza en el Caribe", Washington, DC, agosto de 1999.

¹³ John Snow Ass., Organisation of Eastern Caribbean States, Health Policy and Management Unit, Social Sector Development Strategies Inc., University of the West Indies, Institute of Social and Economic Research. Final Report, Health Care Policy Planning and Management Project, Castries, Organisation of Eastern Caribbean States, June 30, 1996.

¹⁴ Pan American Health Organization/World Health Organization and Inter-American Development Bank. Caribbean Regional Health Study Report. Washington, D.C.: Pan American Health Organization/World Health Organization and Inter-American Development Bank, May 1996

¹⁵ PAHO/UNDP/CARICOM Project. Managing and Financing Health to Reduce the Impact of Poverty in the Caribbean: Implementing Decentralization and Financing Strategies while Protecting the Poor, Policy Document. Washington, D.C. August 1999.

¹⁶ Está destinado a facilitar el proceso de toma de decisiones en los casos en que la primera decisión a tomar se basa en la evaluación de la factibilidad financiera, técnica y política. La guía no responde al interrogante de si un país debe introducir el Seguro Nacional de Salud; más bien, ofrece un camino a seguir para una toma de decisiones con conocimiento de causa.

¹⁷ Administrado por la Oficina de CPC, el proyecto fue financiado por la Fundación W.K. Kellogg, por un monto de aproximadamente US\$500,000. Esta iniciativa de cooperación técnica facilitó el adiestramiento en los sistemas de información sanitaria, su gestión y la informática en salud. Catorce países se beneficiaron del adiestramiento y asistieron participantes de diversas disciplinas, ambientes de trabajo y programas de los ministerios de salud en sus países respectivos.

¹⁸ Las oportunidades de adiestramiento en salud y vinculadas a ese campo, incluido el adiestramiento de instructores en el país, siguió realizándose por intermedio del programa de becas de la OPS, conforme con las prioridades nacionales de los diversos Gobiernos Miembros. En 2000 las principales áreas de estudio para las personas provenientes de Barbados y el Caribe Oriental fueron Enfermería, que abarca Enfermería de Salud Comunitaria, Psiquiatría Pos-Básica, Salud Pública, Terapia de Rehabilitación y Enfermera de Atención Primaria Familiar; además de Gestión de la Información Sanitaria. En 2001 se registró un aumento en el número de ciudadanos adiestrados en Enfermería, específicamente Capacitación Clínica en Enfermería y Partería, seguida de la Atención Comunitaria de Personas Mayores. También se ofreció adiestramiento en el nivel de Maestría en Salud Internacional y Salud Pública. El programa también facilitó la capacitación en Tecnología de Laboratorio Médico y Tecnologías Oftálmicas en Estados Unidos, la Maestría en Gestión Sanitaria y el Bachillerato de Ciencias en Control de Enfermedades Infecciosas en el Reino Unido.

¹⁹ En otras estrategias clave se acordó incluir la publicación y distribución de un folleto de información a todos los países de CARICOM; y ejercer presiones políticas a sus gobiernos para seguir obteniendo apoyo en una reunión de los Ministros de Salud del Commonwealth realizada en Nueva Zelandia en noviembre. Además, se mantuvieron consultas con los Ministros de Salud, a quienes se les pidió específicamente que reconocieran la naturaleza crítica del problema causado por la migración de la fuerza laboral de enfermería y el impacto sobre la capacidad de los países de prestar atención de salud de calidad al público. Asimismo, se les alentó a que respaldaran el Programa de Migración impulsado por las enfermeras; prestaran el apoyo necesario para su ejecución a nivel nacional; y movilizaran otros recursos para apoyar las actividades del programa. Las instituciones de enfermería, entretanto, reconocieron que la migración tenía aspectos positivos. Se afirmó, tomando como base una evaluación minuciosa de los costos y beneficios del modelo de migración de las enfermeras durante un período de 18 meses, que la región se había beneficiado al haber adiestrado enfermeras en un país del Caribe que luego podían trabajar en otros países, con claros beneficios para toda la región. La migración dentro la región también contribuyó a la calidad del servicio en los países a los que migran las enfermeras regionales, y las remesas al Caribe de las enfermeras residentes en el exterior contribuyeron en muchos casos al apoyo de los miembros de la familia en los países de origen.