

Capítulo 4

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud. Según se pondrá de manifiesto en este capítulo, y como aspecto central en la concreción de tales objetivos, el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación. La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas.

Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el

gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar” (1). Por el contrario, la determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial. Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad (2).

Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental.

Al examinar el contenido de este capítulo, el lector descubrirá que la gran variedad de experiencias regionales, nacionales y locales que se presentan reflejan tanto la diversidad regional como algunas tendencias, logros y desafíos comunes. Por ejemplo, las presiones en procura de mejoras más sustanciales generaron tendencias en el sistema de salud que incluyen: la redefinición del papel del Estado, que dejó de ser proveedor único en materia de atención de salud para asumir las funciones de regulación y coordinación; la expansión asimétrica del seguro privado de salud; la privatización de las instituciones de seguridad social (que afectó a las pensiones así como a otras formas de protección social) y de los servicios médicos, y la expansión de las asociaciones entre instituciones públicas y privadas. Sin embargo, simultáneamente a la penetración generalizada en el mercado, la sociedad civil aumentó su participación en el desarrollo de políticas en toda la Región por medio de sociedades, asociaciones, grupos organizados o representantes para promover temas de interés.

Uno de los legados más importantes que nos dejaron las reformas en salud, y en particular de los procesos de descentralización y devolución, es que las transformaciones no siempre lograron mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local. En algunos casos, el logro incompleto de estos objetivos estuvo asociado con peculiaridades de las condiciones locales a las que no se prestó la debida atención. En el contexto de la “modernidad globalizada”, este es un factor de importancia creciente debido a la naturaleza de las dialécticas globales y locales, en las que los límites de la “comunidad” son cada vez más difusos y, al mismo tiempo, más heterogéneos (3). Las experiencias actuales muestran cada vez más que las intervenciones que alcanzan buenos resultados son las que valoran el

conocimiento y la capacidad locales y funcionan mejor cuando se adaptan a condiciones y poblaciones heterogéneas, y que los países han intensificado el intercambio, la adaptación y la adopción de las lecciones exitosas.

Las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos. Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solos o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

La renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

En este capítulo se reconoce el importante papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, por el contrario, aumentar las disparidades y la exclusión. Si bien se justifica un análisis más detallado, algunos de los factores que podrían posibilitar uno u otro desempeño, parecen incluir: condiciones estructurales iniciales posiblemente defectuosas, débil gobernabilidad, o incluso el período de maduración de algunos beneficios. En otras instancias, o en forma concomitante, la capacidad limitada para formular políticas por parte de sectores públicos frecuentemente desvalorizados, incluido el de la salud, obstaculizó la posibilidad de utilizar el conocimiento disponible, de elaborar argumentos exitosos y de diseñar e implementar políticas. La ejecución tardía y los desajustes organizativos y administrativos pueden haber puesto en riesgo los objetivos deseados de calidad y

seguridad de los servicios de salud, incluida la eficacia de los medicamentos, las tecnologías médicas y los servicios clínicos, que dependen de la calidad de la atención que se provee.

Condiciones difíciles de manejar pueden frustrar las mejores intenciones. Por ejemplo, sociedades permeables y plurales, situaciones de incertidumbre, panoramas institucionales turbulentos y una base organizativa heterogénea, aumentan la dificultad de alcanzar soluciones en el campo de la salud. Por cierto, no existen recetas universales para las políticas, y en realidad tampoco una buena decisión garantiza un buen resultado. Más aún, la calidad de las políticas de salud y la viabilidad de cambios en el sistema de salud orientados hacia una mayor equidad están limitadas por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los contextos en los que se aplican. Casi todos los aspectos de la política económica y social influyen sobre las condiciones de salud, y por ende sobre las disparidades en salud. Una mayor armonización entre las políticas de salud y de desarrollo social orientadas hacia una mayor equidad, y que también consideren los temas de efectividad y responsabilidad, es alentadora. Sin embargo, en la mayoría de los países la coherencia entre la política social y la económica, y la subordinación de las políticas sociales y de salud a decisiones en otras esferas políticas, son asuntos que aún quedan por resolver. Por último, si consideramos la complejidad de los temas tratados y su interdependencia, parecería que salvaguardar el principio del acceso universal y alcanzar beneficios significativos en salud requerirá no solo la modificación de la perspectiva actual de las políticas sanitarias y de los sistemas y servicios de salud, sino también enfrentar el desafío de nuevas formas de gobernanza en el Estado y la sociedad, temas que trascienden al sector de salud.

ORGANIZACIÓN, COBERTURA Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Valores, principios y propósitos de los sistemas de salud

Se entiende por sistema de salud el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud (4). Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios (5). Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud.

Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes:

- *Valores*: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática.
- *Principios*: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
- *Propósitos*: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad.

Los países optan por determinados arreglos organizativos para sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios planteados, los que a su vez generan distintas modalidades de conducir el sistema y regular su funcionamiento, financiar y asignar los recursos, y proveer los servicios de salud. La definición del sistema de salud, de sus diversos subsistemas, las organizaciones que lo constituyen y las relaciones existentes entre ellos se menciona en las constituciones, leyes generales de salud o códigos sanitarios de todos los países de la Región. Estos marcos normativos establecen las relaciones entre el subsistema público y los diversos subsistemas, incluidos el privado y los de seguridad social, educación y formación de recursos humanos para la salud. Casi todas las constituciones de los países de la Región reconocen la salud como un derecho humano; sin embargo, la historia muestra que los gobiernos y las sociedades han logrado mejores resultados a la hora de formular la legislación sanitaria que de introducir los cambios necesarios a sus sistemas de salud y protección social para asegurar ese derecho.

Antecedentes históricos

Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la Región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. La institucionalidad y la estructura de los sistemas de protección social varían en forma significativa en cuanto a las relaciones entre el Estado, el mercado, la sociedad y la familia (6).

Las modalidades operativas del Estado benefactor ejercieron gran influencia en el desarrollo de los sistemas de salud; sin embargo, los modelos organizativos corresponden a tipos ideales y no se presentan en estado puro en la realidad, de modo que ninguno de ellos fue aplicado en forma cabal por los países. Por el contrario, la incorporación de versiones parciales dio lugar a universos institucionales distintos, con arreglos organizativos separados de la conducción/regulación, el financiamiento/aseguramiento y la provisión de servicios.

En síntesis, los sistemas de salud de la Región se basaron en los modelos occidentales de protección social, pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejerci-

cio del derecho a la salud. Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño.

Los sistemas segmentados presentan marcadas diferencias en cuanto a la garantía de los derechos asegurados, los niveles de gasto per cápita y el grado de acceso a los servicios por parte de distintos estratos de la población, una rectoría débil caracterizada por un marco regulatorio insuficiente y fiscalización inadecuada, y costos de transacción elevados. Muestran también regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio del pago directo o de bolsillo, con riesgos catastróficos para la seguridad financiera de los hogares.

Las redes de provisión de servicios fueron establecidas por cada subsistema, con limitada integración y comunicación entre las unidades asistenciales que las formaban, tanto dentro de un mismo subsistema como entre los distintos subsistemas y para los diferentes niveles de complejidad. La prestación de servicios se concentró mayormente en las zonas urbanas más ricas y en la población asalariada, y ello dio lugar a un uso ineficiente de los recursos sectoriales que dejó desprotegidos a los más pobres, al sector informal de la economía y, en muchos países, a los grupos indígenas, los afrodescendientes, y las poblaciones rurales y urbano-marginales. En la Región, la provisión de servicios de salud se ha caracterizado por la superposición y duplicación de las redes asistenciales, así como por la falta de complementariedad de los servicios y de continuidad de los cuidados; todo ello impide que las personas reciban una atención integral, obstaculiza el establecimiento de estándares adecuados de calidad y no asegura un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud. Esa fragmentación operativa es el resultado de varios factores, entre ellos la segmentación estructural, las dificultades de gobernabilidad, la falta de planificación integrada, las interacciones a menudo inadecuadas entre el sector estatal y no estatal, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia (7, 8). En algunos países de la Región, como Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, se introdujeron cambios destinados a romper las barreras que separan estos diversos mundos institucionales, pero la separación persiste en la mayoría de ellos y sus sistemas de salud muestran altos grados de segmentación y fragmentación, con la consiguiente segregación poblacional.

Reseña de los procesos de reforma sectorial durante los decenios de 1980 y 1990 en la Región

No es posible analizar los cambios ocurridos en el campo de la salud durante los decenios de 1980 y 1990 sin tener en cuenta el contexto general de reformas macroeconómicas que tuvieron lugar en la mayoría de los países del mundo durante esos años.

Definiciones de segmentación y fragmentación de los sistemas de salud

La *segmentación* es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990).

La *fragmentación* del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.

Se debe considerar asimismo el proceso de globalización que, al promover una amplia liberalización del movimiento internacional del capital y profundizar los procesos de transnacionalización de la industria, desempeñó un papel central en la definición de políticas que ejercieron gran influencia en el sector salud. Esos procesos han provocado también un debate más amplio acerca de la viabilidad y el futuro de los sistemas de protección social en el mundo, en circunstancias en que la aplicación masiva de políticas de ajuste estructural ha traído consigo cambios profundos en el mercado de trabajo, junto con el debilitamiento de la red de servicios sociales provista por el Estado, el surgimiento del sector privado como actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el sector público, tales como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales, y la reducción de la capacidad de conducción y regulación del Estado, con la consecuente profundización de la segmentación y la fragmentación asociadas a la aparición de nuevos planes de pensiones y de aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Así, los esquemas de protección social en salud ofrecidos por las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y por la seguridad social resultaron insuficientes, al excluir a millones de personas del acceso a bienes y servicios de salud (9, 10, 11), lo cual también se tradujo en un elevado gasto de bolsillo, que aún persiste. Diversos estudios muestran que cuando el gasto de bolsillo ocupa una proporción importante del gasto total en salud, la capacidad de pago se convierte en el factor determinante de la demanda de cuidados que una persona requiere (4).

En el marco de las reformas macroeconómicas que tuvieron lugar en las décadas de 1980 y 1990, los países de la Región in-

trodujeron una serie de cambios en sus sistemas de salud dirigidos fundamentalmente a incrementar la efectividad, garantizar la sostenibilidad financiera, promover la descentralización y asignar un papel más importante al sector privado. Los resultados de estos procesos de reforma fueron diversos y sus legados se perciben en la actual organización de los sistemas. En el cuadro 1 se presentan algunos de sus aciertos y dificultades.

En general, las reformas en el campo de la salud no consideraron las características propias de cada país en cuanto a su estructura geográfica, social y demográfica, su historia y cultura política, y el grado de desarrollo de las instituciones del sector, sino que, sobre todo, tendieron a adoptar los modelos promovidos de manera normalizada por los organismos multilaterales de asistencia financiera, centrados en los cambios financieros y de gestión, la desregulación del mercado laboral, la privatización y la descentralización.

Estas reformas también prestaron poca atención al efecto de los cambios sobre los actores y grupos de interés del sector salud, en particular los trabajadores de la salud; no promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, descuidando sus complejas interrelaciones, y no estimularon la definición de objetivos sanitarios nacionales. De este modo, aunque los propósitos de los procesos de reforma estuvieron orientados al desarrollo de una agenda regional centrada en el logro de mayor pluralismo, eficiencia y calidad en la entrega de servicios de salud, en la práctica se produjo una reducción de la capacidad rectora del Estado, se debilitó en su conjunto el funcionamiento del sistema de salud, y los temas de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano.

CUADRO 1. Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990 en los países de América Latina y el Caribe.

Resultados	Problemas
Se identificaron las diversas funciones que realizan los sistemas de salud y en muchos países se separaron tales funciones. El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud.	La creación, promoción y desregulación de los mercados de aseguramiento y la provisión de servicios de salud condujeron a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia. Ello intensificó la segmentación del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó la función rectora del Ministerio de Salud.
Se introdujo la idea de disciplina fiscal en el sector público de salud, haciendo hincapié en la sostenibilidad financiera. Se inició la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud.	El gasto público se redujo drásticamente en la mayoría de los países. La aplicación de mecanismos estrictos de control de costos condujo a pérdidas en infraestructura pública de salud y en recursos humanos, lo que a su vez se tradujo en el empeoramiento de los resultados de salud. La introducción de cuotas de cobro a los usuarios y otros mecanismos de pago en el punto de atención aumentaron el gasto directo o de bolsillo.
En muchos países mejoró la gestión de servicios, en algunos casos a través del establecimiento de compromisos de gestión. Se inició la aplicación de criterios de eficiencia en la provisión de servicios de salud.	La introducción de la lógica de cuasi-mercados en el sector público de salud deterioró las funciones de salud pública. La promoción de la competencia entre aseguradores y proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. La incorporación de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individuales llevó a priorizar los servicios curativos frente a las acciones preventivas.
Se aplicaron diversos mecanismos, procedimientos e instrumentos para extender la cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas. Muchos países adoptaron la idea de crear “paquetes básicos” para los pobres o para grupos específicos de la población	La introducción de paquetes básicos para los pobres profundizó la segmentación de los sistemas de salud. La creación de fondos separados para la población con capacidad contributiva y para los que no pueden contribuir condujo a la pérdida de solidaridad dentro del sistema y profundizó la inequidad en materia de acceso a los cuidados de salud y de resultados de salud. La cobertura no aumentó como se esperaba, y en muchos casos, el incremento de la demanda de servicios de salud no se pudo satisfacer debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la oferta de servicios.
En la mayoría de los países se buscó aumentar la participación local en la administración de servicios mediante procesos de descentralización.	Los procesos incompletos de descentralización profundizaron el debilitamiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud.

Fuente: elaboración propia, a partir de los Perfiles de Sistemas de Salud de los Países (2000–2002) disponibles en www.lachealthsys.org

Organización, cobertura y desempeño de los sistemas de salud

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes en un sistema de salud constituyen factores críticos para determinar su capacidad de respuesta a las demandas de sus beneficiarios. Otros elementos cruciales que también van a determinar limitaciones en el desempeño adecuado de los sistemas son: la ausencia o insuficiencia de esquemas de prepago y sistemas de mancomunidad de riesgos y el predominio del pago directo o de bolsillo, y los mecanismos débiles o poco desarrollados de rectoría/regulación, que dificultan tanto la definición de las reglas del juego entre

los agentes (usuario-prestador de servicios-asegurador/financiador) del sistema como la adecuada fiscalización por el Estado del cumplimiento de esas reglas. En general, se puede observar que a mayor grado de integración en un sistema único o entre los distintos subsistemas en un sistema mixto, mayor capacidad de respuesta del sistema en su conjunto con menor costo de operación (12).

Los sistemas únicos están, por definición, integrados verticalmente (una sola entidad ejecuta todas las funciones) y horizontalmente (una sola entidad cubre a toda la población), mientras que los sistemas mixtos pueden tener diversos grados de integra-

ción o segmentación/fragmentación, ya sea de las funciones del sistema o de segregación de los distintos grupos de población cubiertos, y cada subsector mantiene su propio sistema de financiamiento.

Desde el punto de vista de los usuarios, la demanda de bienes y servicios de salud se orienta según las características organizativas y la estructura de los sistemas de salud. La segmentación del financiamiento y el aseguramiento, la segregación poblacional y la fragmentación de las redes de provisión determinan que los afiliados a distintos planes, ya sea privados o de la seguridad social, o las personas que teniendo capacidad de pago no están afiliados a ningún seguro, como muchos trabajadores por cuenta propia, pequeños empresarios, comerciantes, etc., recurran a los establecimientos públicos cuando estos ofrecen servicios de buena calidad, alta complejidad o son los únicos prestadores del servicio en una zona geográfica determinada.

Una proporción importante de la población de bajos recursos también utiliza servicios de salud privados —especialmente servicios farmacéuticos, de medicina tradicional o atención médica de baja complejidad— como alternativa frente a las barreras al acceso a la atención, la reducida oferta e integralidad de los servicios públicos y las exclusiones de los planes de seguro de salud, y se ve obligada a efectuar desembolsos directos. Por su parte, debido a las limitaciones de los planes de beneficios o a las barreras administrativas al uso de servicios, los estratos de población medios y altos que cotizan a la seguridad social también utilizan modalidades paralelas de financiamiento mediante la compra de seguros privados de salud individuales o colectivos —el fenómeno de doble cobertura—, o mediante pago directo, lo que crea distorsiones en el financiamiento y la demanda de la seguridad social.

En este contexto, el desempeño de los sistemas de salud se puede analizar por medio de la estructura organizativa y la cobertura alcanzada por los diversos subcomponentes del sistema, como se observa en el cuadro 2.

Exclusión social y barreras de acceso al sistema de salud

La fragmentación operativa observada al nivel de la provisión de servicios, sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud y a la segregación poblacional, constituye una causa importante de exclusión de grupos poblacionales y de inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras institucionales/legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud (13). Cifras conservadoras indican que en los Estados Unidos, más de 46 millones de habitantes carecen de cobertura adecuada de salud.

El reconocimiento de la exclusión social en salud, definida como “la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, ser-

vicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan” (14), además de ser susceptible de caracterización, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan al acceso a la salud.¹

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países, pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de los sistemas de salud (cuadro 3). La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud de aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad.

Evolución de la agenda de protección social y de fortalecimiento de los sistemas de salud en el período 2001–2005

La discusión en torno a qué se debe entender por protección social y cuál es el espacio institucional en el que debe tener lugar la formulación e implementación de las políticas de salud ha adquirido importancia creciente en los últimos años en América Latina y el Caribe, en un escenario regional dominado por cuatro elementos: (a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales realizadas entre los años ochenta y noventa; (b) la inexistencia de una red de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto y reemplazar a la que anteriormente proveían el Estado, la seguridad social o ambos; (c) el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015; y (d) la creciente preocupación en torno a los problemas de inequidad, exclusión y pobreza predominantes en los países de la Región.

En este contexto, aparecen nuevas figuras institucionales que intentan reemplazar o complementar los modelos anteriores; algunas de ellas representan profundos cambios en la forma en que el Estado se organiza para formular e implementar las políticas sociales, y dentro de este proyecto global incorporan a instituciones y acciones de salud tales como el Sistema Único de Salud en el Brasil, el Ministerio de la Protección Social en Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud en la República Dominicana, los seguros nacionales de salud en Aruba, Bahamas y Trinidad y Tabago, y las Garantías Explícitas en Salud en Chile.

Otros países optaron por la creación de planes acotados de financiamiento y provisión de bienes y servicios de salud que procuran eliminar las barreras de acceso y mejorar los resultados de salud en grupos específicos de población. Así, se crearon el

¹Para apoyar a los países a caracterizar y medir la exclusión en salud, la OPS/OMS, con apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), elaboró y validó una guía metodológica que ya ha sido aplicada en ocho países de la Región (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y la República Dominicana), en dos estados subnacionales de México y en cinco comunidades de Honduras.

CUADRO 2. Sistemas de salud en las Américas: cobertura poblacional según subsistema, 2001–2006^a

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Anguila	2006		Público	... La Autoridad de Servicios de Salud (organismo descentralizado del Ministerio de Salud) es responsable de la atención de salud pública.
			Privado	... Se ofrecen servicios de salud privados a la población con capacidad de pago o a través de seguros privados de salud.
Antigua y Barbuda	2006		Público	... El Gobierno financia la atención de salud pública.
			Seguridad social	... Todos los trabajadores contribuyen al plan de seguro social y al plan de beneficios médicos.
			Privado	... Seguros privados de salud.
Antillas Neerlandesas	2006		Seguridad social	100%: seguro de salud: PPK ("pro-paupere kaart"), público para población pobre o con condiciones preexistentes; seguro público para empleados (blue collar); fondo de seguro para empleados retirados del sector público, y planes privados.
Argentina	2001	Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL, 2005.	Público	37,4% de la población tiene acceso a la red pública de servicios de salud a cargo de los ministerios de salud nacional y provinciales.
			Seguridad social	51,2%: obras sociales.
			Privado	7,9%: medicina prepaga.
			Otros	3,2%: población con doble cobertura de seguro, principalmente por medio de planes privados (afiliación voluntaria en prepagas, mutuales, etc.).
Aruba	2006		Público	100%: seguro general de salud.
			Privado	La oferta privada ha empezado a crecer, sin mayor regulación.
Bahamas	2005	Sitio web del Ministerio de Salud de las Bahamas: http://www.bahamas.gov.bs/ Bahamian Report of the Blue Ribbon Commission on National Health Insurance, 2004.	Público	100% con acceso a atención primaria y a otros servicios o tecnologías de salud en el territorio nacional, con cumplimiento de funciones de salud pública y prestación de servicios de salud poblacional e individual.
			Seguridad social	Todos los trabajadores públicos y privados están obligados por ley a participar en la Oficina del Seguro Nacional. Actualmente está en discusión en el Parlamento un Sistema Nacional de Seguro de Salud.
			Privado	51% de la población compra seguros privados de salud.
Barbados	2006		Público	100%: acceso a la oferta del servicio nacional de salud.
			Privado	20–25%: seguros de salud ofrecidos a grandes organizaciones y cooperativas de crédito.

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Belice	2006	Sitio web del Ministerio de Salud de Belice: http://www.health.gov.bz	Público	100%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud. El sistema público nacional de salud garantiza a los individuos y a la población el acceso universal a servicios de salud, mediante la red de servicios públicos y programas. 30% estimado por compra de servicios a través del seguro nacional de salud (junio de 2006).
			Privado	Servicios médicos privados en crecimiento en zonas urbanas. En la ciudad de Belice se ofrecen seguros de salud privados.
Bermuda	2000	Bermuda Health Systems and Services Profile, 2005, http://www.gov.bm	Seguridad social / privado	95% cobertura de aseguramiento (paquete médico mayor: 85%, cobertura básica de salud: 10%). Planes de seguro de salud para empleados públicos, empresas de seguros privados para empleados privados y trabajadores por cuenta propia, seguros de los empleadores en casos de grandes empresas. La Comisión Nacional del Seguro de Salud ofrece un plan de seguro de salud de bajo costo.
			Sin cobertura	4% de los residentes carecen de seguro de salud; 1% SD.
Bolivia	2003–2004	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), Protección en salud desagregada por prestador, Bolivia, 2003.	Público	30%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Deportes (cobertura teórica).
			Seguridad social	25%: Caja Nacional de Salud [CNS] (20,8%); otras cajas de seguro social en salud (4,2%): Caja Petrolera de Salud [CPS], Seguro Social Universitario [SSU], Caja de Salud de la Banca Privada [CSPB], Corporación de Seguro Social Militar [COSS-MIL], CSC, CSCO, SINEC, COTEL.
			Privado	12% Pago directo de servicios y seguros médicos privados.
			Sin cobertura	45% sin acceso a servicios de salud. 72,8% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Brasil	2003–2006	Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), Ministerio de Salud, Brasil, Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006.	Público	80,4%: cobertura exclusiva por el Sistema Único de Salud (SUS) (cobertura de atención básica 98%; cobertura del Programa de Salud de la Familia 68,4%).
			Privado	19,6%: Atención Médica Suplementaria (planes colectivos de empresas privadas 14,4% y planes individuales y familiares 5,2%); 3,8% Atención Odontológica Suplementaria. Los beneficiarios de los seguros privados mantienen el derecho integral de cobertura por el SUS.
Canadá	2006	Sitio web del Ministerio de Salud del Canadá: http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html .	Público	100%: Medicare (Programa Nacional de Seguro de Salud integrado por 13 planes de seguro de salud provinciales o territoriales) cubre los servicios necesarios de hospitalización, atención médica, cirugía dental y algunos servicios de atención de crónicos, excepto la prescripción de medicamentos.
		Dewa CS, Hoch JS, Steele L. Prescription drug benefits and Canada's uninsured. J Law Psychiatry. 2005 Sep–Oct; 28(5): 496–513; Health Affairs 25(3): 878–879; 2006.	Privado	65% de la población cuenta con seguros privados de salud para servicios no cubiertos por Medicare (50% de los servicios de odontología y 30% de los medicamentos).

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Chile	2003		Público	100%: prestaciones garantizadas por el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (provisión pública o privada).
			Seguridad social	68,3%: Fondo Nacional de Salud (FONASA) (cobertura legal).
			Privado	17,6%: Instituciones de salud previsional (ISAPRE).
			Otros	3%: Fuerzas Armadas.
			Sin cobertura	12,8%: sin cobertura conocida de seguro público o seguro médico privado (suelen estar cubiertos por otros mecanismos privados).
Colombia	2004	Cardona JF, Hernández A, Yepes, F. La seguridad social en Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2005; 4(9)81–99.	Público	29%: “vinculados” (población no afiliada a un régimen de la seguridad social con acceso a la oferta de planes de servicios y beneficios limitados con recursos de la Nación, las gobernaciones y los municipios); cobertura teórica por el Plan de Atención Básica (salud pública colectiva).
			Seguridad social	67,1% (32,8%, régimen contributivo; 34,3%, aseguradoras privadas: empresas promotoras de salud [EPS], régimen subsidiado y parcialmente subsidiado; aseguradoras públicas: administradoras del régimen subsidiado [ARS]). (Los regímenes de seguridad social contributivo y subsidiado, y los diversos planes parcialmente subsidiados tienen diferentes programas de servicios y beneficios.)
			Otros	3,9%: regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Policía, trabajadores petroleros).
Costa Rica	2003	Mesa-Lago C. Op. cit. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Reformas de los esquemas de la seguridad social; e Informe sobre la seguridad social en América, 2004.	Público	100%: salud pública colectiva.
			Seguridad social	86,8%: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (75% trabajadores, pensionados y familiares dependientes; 11,8% indigentes por cuenta del Estado).
			Otros	El Seguro de Riesgos del Trabajo cubre 71% de la PEA.
			Privado	30% de los habitantes (afiliados o no a la CCSS) utilizan al menos una vez al año servicios privados directamente o a través de la delegación de la CCSS.
			Cobertura parcial	12,1% a 14,7%: cobertura de atención de urgencias por el Seguro Obligatorio Automotor (SOA).
Cuba	2006		Público	100%: Sistema Nacional de Salud.
Ecuador	2006	Palacio A. Programa de aseguramiento universal de salud, Ecuador, 2006. Mesa-Lago C. Op. cit. OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004	Público	28%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública (cobertura teórica).
			Seguridad social	21%: Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS): 11% (seguro general 9%, Jubilados 2%); Seguro Social Campesino 7%; Fuerzas Armadas y Policía 3% (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA], Instituto de Seguridad Social de la Policía [SSPOL]).
			Privado	26% (sin fines de lucro 6% [Junta de Beneficencia, organizaciones no gubernamentales y municipios]; con fines de lucro 20% [seguros privados de salud 3%; pago directo a servicios privados 17%]).
			Sin cobertura	27%: sin acceso a servicios de salud. 76%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
El Salvador	2006	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Op. cit., 2005. Mesa-Lago C. Op. cit. Encuesta de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), 2002. OPS. Exclusión social en salud en El Salvador, 2004, http://www.lachealthsys.org .	Público	40,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (cobertura teórica. La meta del Ministerio es brindar cobertura a 81% de la población).
			Seguridad social	15,8%: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
			Otros	4,6% (Sanidad Militar 3% y Bienestar Magisterial 1,6%).
			Privado	1,5% a 5,0%: seguros médicos privados y pago directo de servicios de salud.
			Sin cobertura	41,7%: sin acceso a servicios de salud. 78,0%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Estados Unidos de América	2005	Sitio web de Kaiser Family Foundation, 2006, http://www.kff.org .	Público	20,6%: Medicaid.
			Seguridad social	16,1%: Medicare.
			Privado	45,5%: seguro de salud privado, usualmente del empleador.
			Sin cobertura	17,8%: no tiene seguro social o seguro médico privado, ni aseguramiento subsidiado por el Estado.
Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica	2006		Seguridad social	100%: plan de seguro universal de salud, basado en contribuciones obligatorias del salario y subsidios públicos. 25% a 33% tienen cobertura suplementaria del seguro universal de salud básico.
			Privado	Los servicios de salud privados y públicos prestan servicios de salud en el seguro universal.
Guatemala	2005	Mesa-Lago C. Op. cit. OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Público	27,0%: oferta del Ministerio de la Salud, exclusivamente con paquete básico de atención (cobertura teórica. El Ministerio tiene como meta cubrir 60% de la población con el paquete básico).
			Seguridad social	18,3%: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
			Privado	30,0%: principalmente organizaciones no gubernamentales y otras entidades que ofrecen el paquete básico de atención. 10,0%: pago directo de servicios. 0,2%: cobertura de seguros privados.
			Sin cobertura	12,8% a 27,4% sin acceso a servicios de salud. 82,2% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Granada	2006	Plan Estratégico Nacional de Salud de Granada, 2006–2010. Sitio web del Ministerio de Salud.	Seguridad social	... La atención de salud es ofrecida por medio de servicios de salud públicos.
			Privado	... Algunas personas contratan seguros de salud individuales o grupales.
Guyana	2006		Público	...
			Seguridad social	... No existe un sistema nacional de seguro de salud. El Plan Nacional de Salud administra un programa de seguro social obligatorio para empleados y trabajadores por cuenta propia de 16 a 60 años.

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Haití	2004	Haití, Ministerio de Salud Pública y de la Población. OPS/OMS, Analyse du secteur de la santé, 2004.	Público	21%: acceso a la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y de la Población.
			Seguridad social	1%: seguro médico de los funcionarios públicos.
			Privado	37% (con fines de lucro, incluye gastos de bolsillo en servicios privados básicos 19%; sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales, misiones religiosas y misiones internacionales 18%).
			Otros	70% de la población recurre a la medicina tradicional en primera instancia.
			Sin cobertura	40%: sin acceso a servicios de salud. 99%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Honduras	2004-2006	OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Público	60%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica).
			Seguridad social	18%: Instituto Hondureño de Seguridad Social.
		Ministerio de Salud de Honduras. Plan Nacional de Salud, 2001-2006.	Privado	5%: seguro privado de salud.
			Sin cobertura	30,1%: sin acceso a servicios de salud. 77%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
Islas Caimán	2006		Público	...
			Seguridad social	24% CINICON: Prestadora gubernamental de seguro social.
			Privado	59%
			Sin cobertura	17%
Islas Turcas y Caicos	2005		Público	80% Ministerio de Salud (cobertura teórica).
			Seguridad social	El gobierno está contemplando la creación de una Autoridad Nacional de Seguro de Salud que administre un plan de seguro nacional de salud de cobertura universal.
			Privado	20% de la población tiene seguros médicos privados.
Islas Vírgenes Británicas	2006	Sitio web del Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas: http://www.bvi.gov.vg/ .	Público	... El Ministerio de Salud cubre la atención de salud de los menores de 15 años y de las personas mayores.
			Seguridad social	... Afiliación obligatoria para empleadores, empleados y trabajadores por cuenta propia.
		Pacto para desarrollar el programa del seguro médico de las Islas Vírgenes Británicas, 2006.	Privado	50% de las consultas médicas locales se realizan en el sector privado. Las personas no cubiertas por el Ministerio de Salud Pública y por la seguridad social deben pagar por sus servicios, si bien están altamente subsidiados.
Jamaica	2005	Sitio web del Ministerio de Salud de Jamaica: http://www.moh.gov.jm/	Público	95% de la atención hospitalaria y 50% de la atención ambulatoria están cubiertas por la oferta pública, 13,9% de la población con seguro de salud en 2001.
			Seguridad social	
		Jamaican Survey of Living Conditions, 2001.	Privado	50% de la atención ambulatoria y de diagnóstico y la mayor parte de los servicios farmacéuticos.

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
México	2002-2006	Sitio web de la Secretaría de Salud de México: http://www.salud.gob.mx/ . Mesa-Lago, C. Op. cit. Frenk J, et al. Health system reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet 2006; 368:1524–1534.	Público	41,8%: oferta de la Secretaría Federal y Secretarías Estatales de Salud (cobertura teórica, corresponde a la población no asegurada, trabajadores informales, población rural y desempleados). 14,8%: seguro popular (estimado a partir de 5,1 millones de familias afiliadas, a noviembre de 2006).
			Seguridad social	58,2%: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): 45,3% (IMSS 34,3%; IMSS Oportunidades 11%); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 7% (Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado), PEMEX (Petróleos Mexicanos), Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina y varios seguros para trabajadores estatales: 5,9%). Parte de los asegurados están cubiertos por más de un seguro.
			Privado	2,8%: seguros privados de salud (5%-23% de afiliados al IMSS también tienen seguro privado).
			Sin cobertura	1% sin acceso a servicios de salud.
Montserrat	2006	Sitio web del Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios de Montserrat: http://www.mehcs.gov.ms	Público	100%: servicios de salud de primer y segundo nivel. Ministerio de Salud, Departamento de Salud y Departamento de Salud Comunitaria.
Nicaragua	2004	Mesa-Lago C. Op. cit.	Público	60,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
			Seguridad social	7,7%: Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS) (afiliados y familiares, cónyuges y menores de 12 años).
			Privado	4,0%: pago directo de servicios.
			Otros	0,4%: Fuerzas Armadas y Gobernación.
			Sin cobertura	27,9%: sin acceso a servicios de salud.
Panamá	2004	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Op. cit., 2004.	Público	35,4%: Ministerio de Salud (cobertura teórica. Corresponde a la población no asegurada a la Caja de Seguro Social [CSS] que debe ser legalmente cubierta por el Ministerio de Salud).
		Gobierno de Panamá, Plan de Desarrollo Social, 2000–2004.	Seguridad social	64,6%: Caja de Seguro Social.
			Sin cobertura	20,0%: población sin acceso a los servicios de salud.
Paraguay	2005	Mesa-Lago, C. Op. cit. OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003.	Público	35% a 42%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
			Seguridad social	18,4%: Instituto de Previsión Social [IPS] o de otro tipo (individual, laboral, familiar, militar, policial o en el extranjero).
			Privado	7,0%: pago directo de servicios.
			Sin cobertura	38,6% sin acceso a servicios de salud. 81,1% sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Perú	2006	Perú, Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud, 2006.	Público	27,8%: Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud.
			Seguridad social	28,1% (EsSalud 25,1%; Entidades Prestadoras de Servicios de Salud [EPS], Fuerzas Armadas y Policía 3%).
			Privado	10,0% (seguros privados 2%; pago directo de servicios y medicina tradicional 8%).
			Sin cobertura	42,1%: sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.
Puerto Rico	2003		Público	40,0%: Plan de Salud del Estado Libre Asociado (ELA) (Medicaid).
			Seguridad social	26,0% (Medicare 14%; empleados públicos 12%).
			Privado	37,0%: seguro de salud privado.
			Sin cobertura	7,1%: sin seguro social o seguro médico privado.
República Dominicana	2001	OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Público	60,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud/Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) (cobertura teórica estimada). La SESPAS tiene como meta cubrir 76% de la población.
			Seguridad social	7,0%: Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).
			Privado	12,0%: seguros privados de salud pagados por empresas y seguros personales.
			Otros	5,0% (Fuerzas Armadas y policía: 3%; seguros autogestionados: 2%).
			Sin cobertura	16,0% sin acceso a servicios de salud. 76,4% sin cobertura de seguro social o seguro médico de salud.
Saint Kitts y Nevis	2006		Público	100%: Ministerio de Salud. Los servicios no disponibles en la isla son financiados por subsidios públicos.
Santa Lucía	2000 y 2002	Ministerio de Salud, Asuntos de Familia, Servicios Humanos y Relaciones de Género. Propuestas de reforma del sector salud, 2000.	Público	Ministerio de Salud.
			Seguridad social	... Plan Nacional de Seguro y seguros de salud privados para individuos y grupos. En proceso de introducir un plan nacional de salud (Atención Universal de Salud) para la atención secundaria y terciaria a través de una combinación pública-privada.
San Vicente y las Granadinas	2006		Público	... Ministerio de Salud.
			Seguridad social	... Plan Nacional de Seguro de Salud.
Suriname	2005		Público	54% (Ministerio de Salud: 30%; Ministerio de Asuntos Sociales: 24%).
			Seguridad social	27%: Fondo de Seguro Médico del Estado (SZF): 21%; Misión Médica (con subsidio del Gobierno de Suriname: 6%).
			Privado	13% seguros privados (planes de seguro empresarial: 10%; seguros médicos privados: 3%).
			Otros	1%
			No asegurado	5%

CUADRO 2. (continuación)

País	Año	Fuente ^b	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Trinidad y Tabago	2006		Público	...
			Seguridad social	La meta del gobierno es implementar un seguro nacional de salud en 2007.
			Privado	... Las empresas privadas ofrecen seguros de salud de grupo provistos por los empleadores.
Uruguay	2006		Público	45,3%: Ministerio de Salud y Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
			Seguridad social	45,0%: mutuales.
			Otros	7,6% (Sanidad de las Fuerzas Armadas 5,3%; Sanidad Policial 2,3%).
			Privado	1,8%: seguros privados de cobertura integral.
Venezuela	2000 2005 2006	Mesa-Lago C. Op. cit. OPS. Barrio adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela, 2006.	Público	65,6% Acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada de la población no asegurada por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales [IVSS]): Misión Barrio Adentro: 73% de la población con atención primaria.
			Seguridad social	34,4%: IVSS.
			Privado	30,0% (estimado, puede ser una combinación pública y privada).

^aNotas metodológicas: el presente cuadro no tiene el propósito de presentar una clasificación/topología exhaustiva o exclusiva, sino de sintetizar la información disponible más actualizada para cada país. Cuando los datos correspondientes a algún subsistema no se encuentran disponibles, la línea correspondiente fue suprimida para abreviar la extensión del cuadro. Es posible que en algunos casos la suma de los porcentuales de coberturas sea mayor a 100, debido a la duplicación de aseguramiento de algunos grupos de población afiliados a más de un esquema de protección social, o menor a 100 por falta de información.

^bCuando no se indica la fuente específica, las informaciones provienen de los materiales elaborados durante 2006 por la Oficinas de País de la OPS/OMS para la publicación Salud en las Américas 2007. Cuando se indica otra fuente, esta es adicional.

Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) en Bolivia, el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Perú, el Seguro Popular de Salud en México y los Seguros Provinciales de Salud Maternoinfantil en la Argentina; se sancionó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia en el Ecuador, y se pusieron en marcha la iniciativa denominada Misión Barrio Adentro en Venezuela, la Extensión de Cobertura de Servicios de Salud a poblaciones rurales en Guatemala, El Salvador y Honduras, y la política de protección a la familia de Nicaragua. La aparición de estas nuevas figuras institucionales o planes de extensión de la protección social en salud es una manifestación del reconocimiento de la importancia de este tema y de la búsqueda de un nuevo enfoque para orientar los cambios en los sistemas de salud.

El lugar central que ocupa la lucha contra la pobreza, la exclusión social y la inequidad en la agenda política de los países y de los organismos internacionales, en el marco del cumplimiento de los ODM, ha permitido avanzar en el primer quinquenio del siglo XXI hacia crecientes grados de acuerdo en torno a una nueva perspectiva de cambios en los sistemas de salud, centrada en el concepto de protección social de la salud como derecho ciuda-

dano universal, ya no dependiente del empleo u otras características individuales o grupales, y orientada por una estrategia renovada de la atención primaria de salud. La alta prioridad asignada a la salud en los ODM pone de relieve la perspectiva de que esta no solo es el resultado de un mayor desarrollo, sino que se encuentra en el núcleo mismo del desarrollo.

En 2002 los países de las Américas, reunidos en la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobaron la Resolución CSP 26.R19, que expresa el compromiso de asegurar a todos sus ciudadanos el acceso a bienes y servicios de salud en iguales condiciones de oportunidad, calidad y dignidad, combatiendo las inequidades en la utilización de dichos bienes y servicios y en los resultados de salud mediante la extensión de la protección social en salud, entendida como “la garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

En la Cumbre Especial de las Américas de 2003, los gobiernos de la Región aprobaron la Declaración de Nuevo León, que esboza tres objetivos: crecimiento económico con equidad para re-

CUADRO 3. Exclusión social en salud: incidencia y principales causas, países seleccionados de las Américas.

País	Exclusión social en salud (%)			Principales causas de la exclusión social en salud
	Incidencia en la población	Exclusión debida a		
		Barreras al acceso	Oferta insuficiente	
Bolivia	77	60	40	Pobreza / falta de educación de la madre / origen étnico
Ecuador	51	41	59	Insuficiente infraestructura de salud
El Salvador	53	54	46	Falta de medios de transporte a los centros de salud
Honduras	56	45	55	Insuficiente infraestructura de salud / insuficiente provisión de servicios de salud
Paraguay	62	53	47	Origen étnico: ser monolingüe en guaraní / falta de servicios públicos más allá del sector salud (electricidad, saneamiento)
Perú	40	54	46	Pobreza / residencia en la zona rural / origen étnico

Fuente: OPS/OMS; ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003.

ducir la pobreza, desarrollo social y gobernabilidad democrática. La protección social en materia de salud se consideró esencial para el progreso nacional, y los países se comprometieron a adoptar estrategias más amplias de prevención, atención y promoción, haciendo particular hincapié en los sectores más vulnerables de la sociedad. Por su parte, en 2005 la 58ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA58.33 (15), que insta a los estados miembros a fortalecer sus sistemas de salud y a orientar sus políticas hacia la cobertura universal y el financiamiento sostenible.

Sobre esta base, se puede considerar que el desafío principal que enfrentan los países de América Latina y el Caribe en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades” (16). Algunos países ya han asumido esta tarea reorientando sus sistemas de salud en el marco de la protección social y de conformidad con los principios de la atención primaria de salud, para que contribuyan a la construcción de sociedades más equitativas e incluyentes y más acordes con las nuevas necesidades de los pueblos de la Región. Ejemplos de ello son: la definición de los objetivos sanitarios nacionales en consonancia con las necesidades de salud de la población y en particular de los grupos más postergados; la implementación de mecanismos de integración funcional de las redes de provisión de la seguridad social y el Ministerio de Salud, re-

duciendo la fragmentación en la provisión de servicios y mejorando la equidad geográfica; la introducción de un único plan de salud integral garantizado para toda la población, independientemente del tipo de seguro, del tipo de proveedor y de la capacidad contributiva del usuario, a fin de reducir la segmentación en el aseguramiento y mejorar la equidad; la utilización de herramientas para el análisis de la equidad y la exclusión en salud, y la consideración de elementos económicos, sociales, étnicos, culturales y de género en la definición de los planes y políticas de salud; la creación de servicios de atención primaria orientados hacia la familia; el análisis del desempeño de las funciones en salud pública como elemento central en la formulación de políticas sanitarias; el fortalecimiento de la función rectora y de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales mediante la creación de las condiciones institucionales para la conducción y planificación sectorial e intersectorial en el desarrollo de las acciones de salud; la puesta en marcha de mecanismos de regulación y fiscalización de la actuación de los distintos actores que participan en la producción de cuidados en salud; la incorporación de la salud como elemento central en los procesos de diálogo social destinados a definir la plataforma productiva del país; y la inserción de las políticas de salud en el marco institucional más amplio del sistema de protección social, junto con el ingreso, el trabajo, el empleo, la vivienda y la educación. Estos ejemplos de búsqueda de mecanismos para eliminar la segregación poblacional y la segmentación institucional, reducir la fragmentación operativa y combatir la exclusión en salud iluminan el camino a seguir en la agenda de la salud pública en los años venideros.

GASTO NACIONAL EN SALUD Y FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Gasto nacional en salud en las Américas y en otras regiones del mundo, 2004: el gasto público en salud aumenta a la par del desarrollo económico de los países

En 2004, el gasto total en salud se estimó en 8,7% de la economía mundial (US\$ 4,50 billones).² El ingreso per cápita mundial se calculó en US\$ 8.284 y el nivel de gasto en salud per cápita, en US\$ 742. En el cuadro 4 se compara el gasto nacional en salud de las Américas con el de diferentes regiones del mundo para el año 2004. Como se muestra en el cuadro, el gasto en salud es relativamente elevado en los países de ingresos altos. Estos países, entre los que se incluyen el Canadá y los Estados Unidos, representan 15% de la población y 71% del gasto mundial en salud. El gasto per cápita promedio en salud se calcula, para este grupo de países, en US\$ 3.226. Todos los países de ingresos bajos y medianos del mundo agrupados —incluidos los de América Latina y el Caribe— representaban 85% de la población en 2004, pero solo 29% del gasto mundial en salud. El gasto per cápita promedio en salud en los países de ingresos bajos y medianos se calcula en US\$ 248.

Las cifras del cuadro 4 ilustran la diferencia abrumadora de los niveles de gasto en salud en la Región de las Américas. El Canadá y los Estados Unidos explican 39% de la población y 86% del gasto total en salud, mientras que a América Latina y el Caribe les corresponde 61% de la población y solo 14% del gasto regional total en salud. El gasto nacional per cápita promedio en salud en los países de América Latina y el Caribe se calcula en US\$ 501. El gasto promedio per cápita en salud en el Canadá (US\$ 2.875) es casi seis veces mayor que el nivel de gasto promedio en salud en los países de América Latina y el Caribe. El gasto promedio per cápita en salud en los Estados Unidos (US\$ 4.791) es aún mayor que el de Canadá, y más de nueve veces mayor que el nivel de gasto promedio en salud en los países de América Latina y el Caribe.

La participación de la Región de las Américas en el gasto mundial en salud fue relativamente amplia (44%). La participación del gasto nacional en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) (GNS/PIB) se estima en alrededor de 12,7%. Esta cifra es superior a la de los países de la Unión Europea (9,6%) y significativamente más elevada que la que corresponde a la región de América Latina y el Caribe solamente (6,8%). La cifra que se destina al gasto en salud constituye un indicador del peso de los recursos económicos dedicados al gasto en atención

preventiva y curativa. El gasto nacional en salud también puede ser un buen indicador de las desigualdades en el acceso a los servicios entre las regiones del mundo, entre los países, o entre los distintos grupos de ingresos de un mismo país.

El análisis de la composición pública y privada del gasto nacional en salud ayuda a ponderar el grado de eficiencia del gobierno y del mercado que controla los recursos para la salud. Los recursos que se encauzan a través de las instituciones públicas son susceptibles al fracaso gubernamental (debido a las fallas de asignación, la subutilización o la baja productividad del financiamiento público). Los recursos que se transfieren de los consumidores a los proveedores mediante la compra y venta de bienes y servicios de salud, incluida la compra de seguros médicos, están sujetos a las fallas del mercado. El debate sobre la política pública en cuestiones relacionadas con la eficiencia debería basarse en la importancia relativa de los sectores público y privado en el gasto, es decir la proporción pública/privada del gasto nacional en salud (cuadro 4).

Como se observa en el cuadro 4, la proporción de la participación de los sectores público y privado en el gasto nacional en salud difiere entre las diversas regiones del mundo.³ La proporción pública/privada del gasto sanitario nacional va de 74/26 en los países de la Unión Europea que cuentan con sistemas sanitarios nacionales de carácter universal, a 26/74 en los países de ingresos bajos de Asia Meridional. En las Américas la proporción pública/privada del gasto sanitario varía de 71/29 en el Canadá —que ha permanecido bastante estable durante la última década— hasta una proporción de alrededor de 45/55 en los Estados Unidos, y de 48/52 en la región de América Latina y el Caribe. Entre los países desarrollados, el sistema nacional estadounidense de atención de salud parece ser el que más se orienta hacia el mercado. Allí, la participación del gasto público como porcentaje del gasto nacional en salud total es de 45%, mientras que en los países de la Unión Europea es de 74%. No parece haber un patrón claro entre la proporción pública/privada del gasto nacional en salud y el nivel de ingreso per cápita. No obstante, la participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB constituye un mejor indicador del papel del Estado en la provisión de bienes y servicios de salud,⁴ y se correlaciona positivamente con el nivel de desarrollo económico de un país. Por ejemplo, el gasto público en salud representa alrededor de 7,1% del PIB en los países de ingresos altos de la Unión Europea; alrededor de

²Salvo indicación contraria, todas las cifras se expresan en dólares estadounidenses del año 2000, ajustadas por paridad del poder de compra [US\$ PPA 2000], según datos provenientes de los Indicadores del Desarrollo Mundial 2006, del Banco Mundial.

³El gasto público en salud comprende los desembolsos del gobierno central y de los gobiernos locales, y el gasto de los planes de seguridad social de afiliación obligatoria, mientras que el gasto privado en salud comprende el gasto directo de los hogares y los pagos efectuados por los diversos sectores institucionales de la economía a través de seguros médicos y planes de salud prepagos.

⁴De acuerdo con la definición generalmente utilizada en la literatura sobre finanzas públicas, el término “provisión” no se limita a la producción gubernamental de servicios de salud sino que incluye los sistemas normativos y obligatorios que aseguran que una cantidad adecuada de un tipo particular de bienes y servicios (servicios para la atención de salud o seguros médicos) estén a disposición de la población o sean utilizados (consumidos) por esta.

CUADRO 4. Gasto nacional en salud en las Américas y en otras regiones del mundo, 2004.

Regiones	Ingreso per cápita, US\$ PPA 2000	Gasto nacional en salud como porcentaje del PIB	Gasto nacional en salud per cápita en US\$ corrientes	Gasto nacional en salud per cápita, US\$ PPA 2000	Proporción pública/privada	Gasto público en salud como porcentaje del PIB
Américas	18.149	12,7	2.166	2.310	47/53	6,0
Canadá	28.732	10,3	2.669	2.875	71/29	7,3
Estados Unidos	36.465	13,1	5.711	4.791	45/55	7,2
América Latina y el Caribe	7.419	6,8	222	501	48/52	3,3
Países de ingreso alto^a	28.683	11,2	3.449	3.226	60/40	6,7
Unión Europea	25.953	9,6	2.552	2.488	74/26	7,1
Otros países	24.490	8,2	1.997	1.997	64/36	5,2
Países de ingreso bajo y mediano^b	4.474	5,5	79	248	48/52	2,6
Europa Oriental y Asia Central	7.896	6,5	194	514	68/32	4,5
Oriente Medio y Norte de África	5.453	5,6	92	308	48/52	2,7
Asia Meridional	2.679	4,4	24	119	26/74	1,1
Asia Oriental y el Pacífico	4.920	5,0	64	247	38/62	1,9
África al Sur del Sahara	1.820	6,1	36	111	40/60	2,4
Todas las regiones y países	8.284	8,7	588	742	58/42	5,1

^aIncluye el Canadá y los Estados Unidos.

^bIncluye América Latina y el Caribe.

Fuente: elaborado por la Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud; datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial y de la base de datos de Gasto Nacional en Salud de la OPS.

7,3% del PIB en el Canadá y 7,2% del PIB en los Estados Unidos, mientras que esta cifra se aproxima a 3,3% en los países de América Latina y el Caribe.

El gasto nacional en salud y la participación pública y privada de los sistemas nacionales de atención de salud en las Américas 2004–2005: comparaciones entre los países⁵

La magnitud general de los recursos nacionales gastados en bienes de salud como porcentaje de la economía nacional varía, y mucho, entre los distintos países de las Américas. Esta amplia va-

riación en la participación del gasto en salud como proporción del PIB sugiere que, si bien el ingreso per cápita desempeña un papel en la explicación de la porción del PIB destinada al gasto nacional en salud, existen otros factores que pueden estar jugando un papel más importante en la determinación del nivel y la composición del gasto nacional en salud. El hecho de que los países gasten relativamente más o menos de su PIB en salud depende más de decisiones políticas, y refleja la manera en que se organizan y financian los sistemas nacionales de salud.

La Región presenta amplias variaciones en la composición pública y privada del gasto nacional en salud en función de la estructura de los sistemas nacionales de salud. Esta información se resume en el cuadro 5, que presenta el PIB per cápita, el gasto nacional en salud total como porcentaje del PIB, el gasto nacional en salud per cápita y la importancia relativa del gasto público y privado como porcentaje del gasto nacional total en salud.

Como ya se mencionó, no parece existir un patrón claro en la relación entre la composición pública y privada del gasto nacional en salud y los niveles de ingreso per cápita en los países. Quizás haya una ligera asociación entre estos factores, pero en todos los niveles de ingresos se producen variaciones significativas en la composición de la participación pública y privada del gasto nacional en salud. La composición pública y privada del gasto nacional en salud oscila entre 93/7 en Antigua y Barbuda —donde existe seguro médico nacional— y 27/73 en Guatemala. En el cuadro 6 se clasifican los sistemas de salud por tipo de sistema nacional de salud y por nivel de ingreso. Los sistemas nacionales de salud de los países de las Américas se clasifican como predomi-

⁵Debido a las diferencias en los conceptos, las clasificaciones o los procedimientos contables, los datos que se presentan en esta sección pueden diferir de los cálculos informados en los capítulos de los países o por otras organizaciones internacionales. Los métodos y las fuentes de datos utilizados en los cálculos que acá se presentan son similares a los utilizados en los indicadores básicos de salud de la OPS 2006 y pueden consultarse en: <http://www.paho.org/english/dd/ais/BI-brochure-2006.pdf>. Los conceptos, las clasificaciones y los procedimientos contables utilizados en la elaboración regular de los cálculos del gasto nacional en salud para los 48 países y territorios de la Región de las Américas adhieren a las pautas del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN 1993), al Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas del Fondo Monetario Internacional (MEFP 2001), a las nuevas normas internacionales desarrolladas en el marco de la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas, y a la Conferencia Estadística de las Américas (CEA-CEPAL). La implementación de cálculos armonizados de indicadores económicos y financieros a nivel de país aseguraría la disponibilidad y el uso de esos indicadores para la elaboración de políticas. El trabajo de las cuentas de salud y las cuentas nacionales de salud en los países de las Américas incluye el desarrollo de indicadores económicos y financieros relacionados con la salud, los servicios de atención médica y los sistemas nacionales de salud.

CUADRO 5. Gasto nacional en salud en las Américas: porcentaje del PIB per cápita y proporción pública/privada, 2004.

País	PIB per cápita, US\$ PPA 2000	Gasto nacional en salud total como porcentaje del PIB	Gasto nacional en salud per cápita, US\$ PPA 2000	Proporción pública/privada
Anguila	8.310	6,9%	573	68/32
Antigua y Barbuda	11.567	9,4%	1.084	93/7
Antillas Neerlandesas	15.481	12,9%	1.997	91/9
Argentina	12.222	8,6%	1.045	55/45
Aruba	21.515	14,2%	3.064	89/11
Bahamas	15.955	6,1%	969	52/48
Barbados	17.217	8,1%	1.389	53/47
Belice	6.201	5,5%	341	77/23
Bermuda	70.313	9,8%	6.914	38/62
Bolivia	2.499	7,1%	178	59/41
Brasil	7.531	7,0%	530	49/51
Canadá	28.732	10,3%	2.959	71/29
Chile	9.993	8,3%	827	53/47
Colombia	6.669	6,0%	402	57/43
Costa Rica	8.714	8,5%	738	60/40
Cuba ^a	3.483	6,3%	220	...
Dominica	5.186	6,5%	335	68/32
Ecuador	3.642	4,6%	166	48/52
El Salvador	4.633	6,2%	287	39/61
Estados Unidos de América	36.465	13,1%	4.791	45/55
Guayana Francesa	7.774	...	...	...
Granada	7.372	7,7%	571	59/41
Guadalupe	7.759	...	...	...
Guatemala	3.964	6,5%	259	27/73
Guyana ^a	4.080	1,1%	45	...
Haití	1.714	5,7%	98	47/53
Honduras	2.644	6,0%	160	58/42
Islas Caimán	31.614	3,3%	1.049	...
Islas Turcas y Caicos	10.212	3,4%	348	...
Islas Vírgenes Británicas ^a	36.947	1,8%	681	...
Islas Vírgenes (EUA) ^a	13.938	3,0%	416	...
Jamaica	3.826	7,0%	267	36/64
Martinica ^a	14.026	...	...	...
México	9.010	5,5%	497	44/56
Montserrat	3.072	7,2%	220	85/15
Nicaragua	3.340	8,0%	266	41/49
Panamá	6.689	6,8%	453	66/34
Paraguay	4.423	6,6%	290	33/67
Perú	5.219	3,8%	197	61/39
Puerto Rico ^a	23.987	3,5%	828	..
República Dominicana	6.846	4,7%	320	29/71
Saint Kitts y Nevis	11.606	4,3%	497	57/43
Santa Lucía	5.819	5,8%	337	57/43
San Vicente y las Granadinas	5.880	4,5%	267	86/14
Suriname ^a	6.188	3,8%	237	...
Trinidad y Tabago	11.196	4,9%	551	60/40
Uruguay	8.658	9,0%	781	71/29
Venezuela	5.554	6,3%	348	56/44

^aGasto público solamente.**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud.

CUADRO 6. Clasificación de los sistemas nacionales de salud en las Américas (tipo de sistema y nivel de ingreso), 2004.

Tipo de sistema de salud	Nivel de ingreso: Bajo (Menos de US\$ 4.000)	Nivel de ingreso: Medio (Más de US\$ 4.000; menos de US\$ 11.000)	Nivel de ingreso: Alto (Más de US\$ 11.000)
Sistema predominante- mente público:		Anguila	
		Belice	Antigua y Barbuda ^a
La proporción del gasto público supera el 66% del gasto nacional en salud	Cuba ^a	Dominica	Antillas Neerlandesas ^b
		Montserrat ^a Panamá ^b San Vicente y las Granadinas Uruguay ^b	Aruba ^b Canadá ^b
Sistema mixto: ^b		Chile ^b Costa Rica ^b	Argentina ^b Bahamas
La proporción del gasto público supera el 50% pero es inferior al 66% del gasto nacional en salud	Bolivia	Granada	Barbados
	Honduras Nicaragua	Perú Santa Lucía Venezuela	Saint Kitts y Nevis Trinidad y Tabago
Sistema predominantemente privado orientado al mercado:	Ecuador	El Salvador	Bermuda
La proporción del gasto público es inferior al 50% del gasto nacional en salud	Guatemala	Brasil	Estados Unidos de América
	Haití Jamaica	México Paraguay República Dominicana	

^aPueden clasificarse como sistemas nacionales de servicios de salud.

^bLos países con amplios sistemas de seguridad social o de seguro médico (obligatorio), que cubren el 50% de la población o más (véase el cuadro 7), pueden clasificarse como países con sistemas nacionales de seguros de salud.

Fuente: Basado en el cuadro 5.

nantemente públicos (gasto público superior a 66% del gasto total nacional en salud), combinados (con un gasto público que oscila entre 50% y menos de 66% del gasto total nacional en salud) y predominantemente privados orientados al mercado (con un gasto público inferior a 50% del gasto nacional en salud).

El aspecto más fundamental podría ser que la provisión de servicios públicos de atención de salud tiende ser débil en los países más pobres, en especial si carecen de un sistema de salud pre-

dominantemente público. La ligera asociación antes mencionada entre una participación mayor del gasto privado y los ingresos per cápita del país, probablemente se deba a que los servicios públicos de salud son débiles en países como Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Paraguay. En general, allí donde gran parte de la población está cubierta por sistemas públicos de salud o por sistemas de seguro social, el gasto privado tiende a abarcar una participación menor del gasto total.

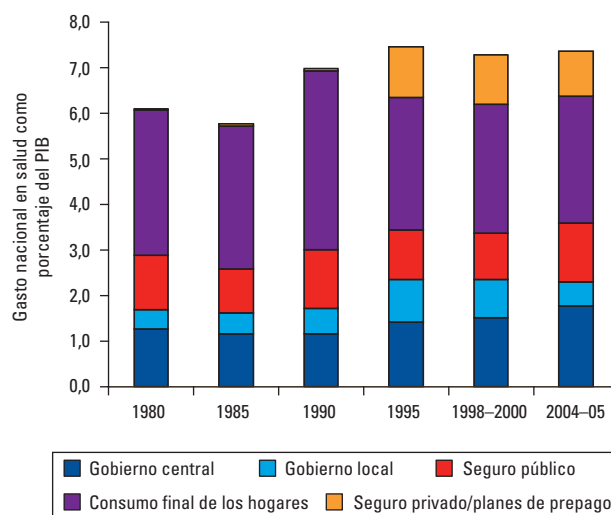
Cambios en la composición del gasto nacional en salud: tendencias del gasto total y la creciente importancia de los seguros privados y de los planes de prepago

La dinámica del gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe ha cambiado su composición a lo largo del tiempo. Las tendencias recientes incluyen un período que va de 1980 a alrededor de 1995, y un segundo período muy diferente que abarca de 1996 a 2005. Durante la década de 1980, en las Américas el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB se incrementó de manera constante, y ello sucedió en medio de un estancamiento general de la economía que afectó a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. La economía regional creció lentamente durante la década de 1980, a una tasa de 1,2% anual. El ingreso medio per cápita de la población se redujo de US\$ 6.600 en 1980 a US\$ 6.200 en 1990. Durante este período, el gasto nacional en salud aumentó más rápido que la tasa de crecimiento de la economía, esto es, alrededor de 1,4% por año. El gasto per cápita, en términos reales, se incrementó de US\$ 380 a US\$ 420. Durante la década de 1990, las tasas de crecimiento de la mayoría de las economías de América Latina y el Caribe experimentaron una recuperación significativa. El gasto nacional en salud aumentó más rápidamente aún. La relación GNS/PIB creció de 6,8 en 1990 a 7,1 en 1995. El gasto per cápita en salud alcanzó aproximadamente los US\$ 480 dólares. Desde comienzos de los años ochenta hasta mediados de los años noventa, la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB se incrementó sustancialmente, de alrededor de 5,9% en 1980 a alrededor de 6,8% en 1990, y en 1995 alcanzó alrededor de 7,1%.

Desde mediados de 1990, la Región experimentó un período de crecimiento económico acelerado. El gasto en bienes y servicios relacionados con la atención de salud creció a una tasa inferior a la tasa de crecimiento económico, y la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB cayó a 6,8%. Desde el período 1990–2000 hasta el período 2004–2005, el gasto total en servicios de salud creció a una tasa promedio de alrededor de 4% anual, levemente más baja que la tasa de crecimiento de la economía. La participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB cayó de alrededor de 7,1% a mediados de la década de 1990 a aproximadamente 6,8% en 2004–2005. Durante ese tiempo, el nivel de gasto per cápita en salud se mantuvo prácticamente constante (alrededor de US\$ 500). En efecto, entre 1995 y 2005 el gasto per cápita en salud pasó de US\$ 485 en 1995 a alrededor de US\$ 500 y US\$ 510 en el período 2000–2005. El gasto nacional total en salud de la región de América Latina y el Caribe alcanzó aproximadamente los US\$ 305.000 millones en 2005. Esta cifra es 50% superior a su nivel anterior de US\$ 190.000 millones en 1980, y 5% superior al gasto regional total en salud en 2000 (alrededor de US\$ 291.000 millones).

De 1980 a 2005, la composición del gasto nacional en salud experimentó cambios significativos. La crisis económica y fiscal de 1980 afectó severamente a la capacidad de gasto de los go-

FIGURA 1. Cambios en la composición del gasto nacional en atención de salud a través del tiempo, América Latina y el Caribe, 1980–2005.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Base de datos de gasto nacional en salud.

biernos. En 1985, el nivel de gasto público en salud fue inferior al de 1980. El gasto público como porcentaje del PIB cayó de alrededor de 2,9% en 1980 a 2,6% en 1985. Durante la década de 1980, el gasto privado creció más rápidamente que el gasto público. La participación del gasto privado como porcentaje del PIB se incrementó de 3,2% en 1980 a aproximadamente 3,8% en 1990. La figura 1 muestra los cambios en la composición del gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe para 1980–2005.

La recuperación del crecimiento de la economía durante la década de 1990 tuvo un impacto positivo sobre el gasto público en salud. (El gasto público en salud incluye el gasto del gobierno central y del gobierno local, y los gastos del sistema de seguridad social.) De 1990 a 1997, el gasto público en salud creció continuamente. La participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB se incrementó a 3,4% del PIB en 1995–1997, descendió levemente a 3,2% en 2000 y se mantuvo en ese nivel durante los tres años siguientes. Se produjeron cambios en la composición del gasto público en salud; los gastos del gobierno central disminuyeron a lo largo de la década de 1980 y luego aumentaron con la recuperación económica en los años noventa. Los gastos en salud del gobierno local fueron bajos en la década de 1980, crecieron en la de 1990 y, luego de un pico en 1995, han estado disminuyendo desde 1998. Los gastos del programa de seguro público de salud disminuyeron levemente en la década de 1980, antes de aumentar en 1990; en la década de 1990 los gastos cayeron, pero registraron un aparente incremento durante 2004–2005.

La mayor parte del incremento del gasto privado en salud puede atribuirse al aumento significativo del gasto directo de los hogares y a la rápida expansión de los seguros de salud privados y los planes de servicios médicos prepagados. En efecto, cuando los gastos públicos en salud disminuyeron durante la década de 1980, el gasto directo de bolsillo de los hogares creció hasta alcanzar un tope en 1990, con una disminución posterior a medida que aumentaba la contratación de seguros de salud privados. Estos, y los planes de medicina prepaga, a comienzos de los años ochenta representaban en conjunto alrededor de 2% del gasto privado total. Con la expansión del mercado de seguros de salud privados y de los planes de prepago, esos desembolsos aumentaron en forma sostenida a fines del decenio de 1980 y comienzos del siguiente, para alcanzar aproximadamente 27,0% del gasto privado total hacia 1995, que desde entonces se ha mantenido prácticamente constante y representa alrededor de 1,2% del PIB.

Gasto y cobertura de los planes de seguro de salud gubernamentales y sociales

La organización y financiamiento de los sistemas de seguros públicos nacionales de salud se ponen de manifiesto en el gasto en bienes y servicios realizado por los gobiernos centrales y locales (provincial, estatal y departamental), ya sea en forma directa o indirecta, por medio de programas de salud y maternidad de las instituciones de la seguridad social, o de planes (sociales) obligatorios de seguros de salud. (Dependiendo de la práctica contable de los países, estos gastos pueden o no incluirse como parte de las finanzas del gobierno.) La región de América Latina y el Caribe tiene diferencias sustanciales en cuanto a la participación en el gasto público total en salud, la magnitud de los fondos públicos que se invierten en la seguridad social y en otros planes de seguro social, y la cobertura de los planes de aseguramiento público de salud. El cuadro 7 muestra las grandes diferencias entre los países en el gasto público en salud, como porcentaje del PIB, y los niveles de gasto y cobertura de los sistemas de seguro público de salud para las Américas durante 2004–2005.

En la Región, el gasto público en salud como porcentaje del PIB oscila entre un porcentaje máximo de aproximadamente 12,7 (Aruba) y uno mínimo de 1,1 (Guyana). Los países con la participación más elevada de gasto público como porcentaje del PIB son aquellos cuyos sistemas nacionales de salud brindan una cobertura universal o casi universal a través de los planes de seguro de salud. El gobierno central participa directamente en la provisión de servicios de salud a la totalidad o a gran parte de la población en estos países. Por ejemplo, Cuba y otros países del Caribe, como Antigua y Barbuda y Monserrat, tienen un gasto público en salud de 6% del PIB o superior; las Antillas Neerlandesas y Aruba tienen gastos públicos totales en salud de alrededor de 12% del PIB o más. Los países con planes de seguro social de salud que cubren más de dos tercios del total de la población, tales como Chile, Costa Rica y Panamá, destinan entre

4,4% y 5,0% del gasto público en salud como porcentaje del PIB. El Canadá es el único país de la Región que brinda cobertura universal con un gasto público en salud de alrededor de 7,3% del PIB.

Otros países muestran niveles elevados de gasto público en salud, pero bajos en cobertura, como por ejemplo Colombia y los Estados Unidos. La participación relativamente alta del gasto público como porcentaje del PIB en Colombia se asocia con la introducción, a comienzos de la década de 1990, de un sistema nuevo de seguro social obligatorio que incrementó la cobertura, de un porcentaje aproximado de 20% a principios del decenio de 1990 a alrededor de 52% en 2004–2005. El gasto público total en salud de los Estados Unidos es de alrededor de 7,2%, con una tasa de cobertura que alcanza a 30% de la población. Los componentes principales de este gasto son los sistemas de seguro social destinado a los pobres (Medicaid), a las personas mayores de 65 años (Medicare) y a los niños (Programa de Seguro de Salud Infantil de los Estados [*State Children's Health Insurance Program*, SCHIP]).

El gasto público per cápita varía considerablemente a lo largo de toda la Región, desde US\$ 45 en Haití hasta más de US\$ 2.000 en Aruba, Bermuda, Canadá y Estados Unidos. En países con un seguro social de salud, los resultados muestran diferencias significativas en el gasto per cápita por beneficiario, que varía entre un máximo de aproximadamente US\$ 7.150 por beneficiario del seguro social de salud en los Estados Unidos y un mínimo de alrededor de US\$ 136 por beneficiario en Bolivia. El gasto en salud por beneficiario del seguro social de salud es, en general, más de dos veces superior al gasto público en salud per cápita.

Las instituciones de seguridad social tienen una cobertura reducida para la población en países con un sistema predominantemente orientado al mercado privado. Es el caso de Ecuador (20,4%), Guatemala (17,8%), El Salvador (16,8%) y Paraguay (10,9%). Un nivel similar de baja cobertura se observa en los países de ingresos bajos con sistemas de salud mixtos, como Honduras y Nicaragua.

Algunos países de la Región implementaron programas de salud con financiamiento público orientados a grupos vulnerables. La ejecución de estos programas aumentó realmente el total del gasto público en salud y la cobertura en salud. Estos programas se financiaron mediante la creación de impuestos específicos, orientados a recolectar fondos para el mejoramiento de la salud de la madre y el niño. Los programas se implementaron de manera gradual. El recuadro en la página 26 presenta un resumen breve de la información clave sobre el financiamiento de dos de estas iniciativas: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en Bolivia y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) en el Ecuador.

Gasto privado en salud: consumo de los hogares

El gasto privado en salud es un componente importante del gasto nacional total en salud para la mayoría de los países de la

CUADRO 7. Gasto público en salud y cobertura de los sistemas de seguro público de salud en las Américas, 2004–2005.

País	Población total (en millones)	Total del gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto en seguridad social y en seguro social de salud incluido en el total de la columna precedente, como porcentaje del PIB	Cobertura de la seguridad social y de los planes de seguro social de salud como porcentaje de la población total	Gasto público per cápita, en US\$ PPA 2000	Gasto en salud por beneficiario del seguro social de salud, en US\$ PPA 2000
Anguila	0,01	4,7%			388,3	
Antigua y Barbuda	0,08	8,7%			1.005,1	
Antillas Neerlandesas ^a	0,18	11,7%	11,7%	100,0%	1.811,2	1.811,2
Argentina ^b	38,37	4,7%	2,5%	49,6%	574,4	609,1
Aruba ^a	0,10	12,7%	12,7%	100,0%	2.732,4	2.732,4
Bahamas	0,32	3,1%			502,5	
Barbados	0,27	4,3%			739,0	
Belice	0,28	4,2%			262,0	
Bermuda	0,06	3,7%			2.624,9	
Bolivia	9,01	4,2%	1,5%	27,8%	105,1	136,1
Brasil	183,91	3,4%			259,5	
Canadá	31,97	7,3%	7,1%	100,0%	2.097,5	2.040,0
Chile ^b	16,12	4,4%	3,7%	83,5%	441,7	437,0
Colombia ^b	44,92	3,4%	3,0%	67,8%	229,4	294,9
Costa Rica	4,25	5,0%	4,5%	87,8%	440,0	449,0
Cuba	11,24	6,3%			220,2	
Dominica	0,07	4,4%			228,0	
Ecuador	13,04	2,2%	1,0%	20,4%	80,1	177,6
El Salvador	6,76	2,4%	1,2%	16,8%	111,0	331,6
Estados Unidos de América	293,66	7,2%	5,9%	30,1%	2.633,0	7.149,8
Guayana Francesa	0,20					
Granada	0,11	4,5%			334,8	
Guadalupe	0,45					
Guatemala	12,29	1,8%	0,9%	17,8%	71,1	192,1
Guyana	0,75	1,1%			45,3	
Haití	8,41	2,7%			46,3	
Honduras	7,05	3,5%			93,4	
Jamaica	2,64	2,5%			95,7	
Islas Caimán	0,04	3,3%			1.048,8	
Islas Turcas y Caicos	0,02	3,4%			348,5	
Islas Vírgenes Británicas	0,02	1,8%			680,6	
Islas Vírgenes (EUA)	0,11	3,0%			415,6	
Jamaica	2,64	2,5%			95,7	
Martinica	0,44					
México	103,80	2,4%	1,7%	56,4%	217,9	275,0
Montserrat	0,01	6,1%			186,0	
Nicaragua	5,38	3,3%	1,9%	10,7%	108,8	
Panamá	3,18	4,5%	2,9%	62,7%	298,8	
Paraguay	6,02	2,2%	1,0%	10,9%	95,7	
Perú	27,56	2,3%	1,1%	27,3%	120,1	
Puerto Rico	3,89	3,5%			827,8	
República Dominicana	8,77	1,4%	0,5%	0,0%	94,1	
Saint Kitts y Nevis	0,05	2,5%			285,1	
Santa Lucía	0,16	3,3%			192,9	
San Vicente y las Granadinas	0,12	3,9%			228,3	
Suriname	0,45	3,8%			237,0	
Trinidad y Tabago	1,30	3,0%			332,0	
Uruguay ^b	3,44	6,4%	4,5%	44,8%	554,1	876,1
Venezuela	26,13	3,5%	1,3%	38,3%	194,4	192,9

^aEl seguro social de salud representa más de 96% del gasto público total.^bIncluye gastos de los planes de seguro social de salud financiados por medio de contribuciones obligatorias: Argentina (obras sociales); Chile (FONASA e ISAPRES); Colombia (Fondos de Seguro Social de Salud; contributivo y subsidiado); Uruguay (IAMCS).**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Washington, DC: OPS; agosto de 2006.

El financiamiento de los programas de salud maternoinfantil en Bolivia y en el Ecuador

Tanto en Bolivia como en el Ecuador se han instituido seguros universales de salud maternoinfantil con financiamiento público previsto en leyes y decretos de los respectivos gobiernos nacionales. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se estableció en Bolivia en enero de 2003, en reemplazo del Seguro Básico de Salud (SBS) y del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN). El SUMI se creó como un seguro universal amplio y gratuito para mujeres embarazadas y cubre hasta los seis meses posteriores al parto, además de cubrir la atención a los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. En 2005 la Ley 3.250 extendió la cobertura del SUMI a todas las mujeres hasta los 60 años. Los servicios básicos de salud (SBS) cubiertos por el SUMI fueron ampliados de 92 a 546, provistos por los establecimientos de salud de la red de Seguridad Pública y Social y por los centros de salud operados por organizaciones no gubernamentales, la Iglesia y otros agentes.

El SUMI se financia mayormente con fondos del Tesoro General de la Nación, los impuestos nacionales de Coparticipación Tributaria Municipal (CTM) y el Fondo Solidario Nacional (FSN). Entre 1999 y 2005 el financiamiento del seguro de salud maternoinfantil se incrementó de US\$ 8 millones a US\$ 24 millones. La cifra inicial de US\$ 8 millones se duplicó en 2002 con la inclusión de los aportes del CTM y del FSN, y la capacidad de gasto del programa se ha estimado en 70% a 85% del total de fondos percibidos. La cobertura de salud maternoinfantil en Bolivia desde la introducción del SNMN en 1996 se incrementó hasta alcanzar a 55% de la población en 2005.

El gasto per cápita estimado en salud maternoinfantil aumentó de unos US\$ 11 en 1999 a US\$ 25 en 2005, por cada persona atendida. Dicho monto no alcanza a cubrir los servicios para toda la población potencialmente destinataria. Con un sostenido aumento de la cobertura de servicios y una mayor capacidad de desembolso por parte del SUMI, el financiamiento seguirá siendo insuficiente para cubrir la oferta de servicios a la totalidad de la población potencialmente destinataria.

En el Ecuador, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de 1994 se implementó por primera vez en 2000 mediante el Seguro Nacional de Maternidad e Infancia (SNMI). Esa ley establece que 3% del Impuesto al Consumo Especial (ICE) sea la fuente de financiamiento del Seguro, complementada con contribuciones del Fondo Nacional de Nutrición Infantil (FONNIN) y de organismos de cooperación internacionales que aportan fondos a los gobiernos locales. Estos últimos financian las actividades en sus respectivas jurisdicciones (municipios) y cubren los costos del transporte en las emergencias obstétricas y pediátricas. El presupuesto estimado para la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia no incluye los fondos provenientes del presupuesto general del Ministerio de Salud, que el Gobierno autoriza anualmente para subvenir el pago de salarios, equipamiento de las unidades, instrumental y mantenimiento de las instalaciones o establecimientos.

El financiamiento del SNMI pasó de US\$ 8 millones a US\$ 20 millones aproximadamente entre 1999 y 2005. Este sostenido aumento se debe al impuesto especial asignado directamente al seguro. En 1999 este cubría inicialmente nueve servicios, que se fueron incrementando hasta alcanzar a 42 en 2003. En el mismo lapso la cantidad de beneficiarios del seguro saltó de 793.000 a 3 millones de personas, en tanto que el gasto per cápita aumentó de aproximadamente US\$ 6 a US\$ 10, por persona atendida. Según las estimaciones nacionales, el paquete promedio de gastos per cápita cuesta US\$ 34, de modo que el financiamiento actual no alcanza para proporcionar el total de servicios programado. La sostenibilidad de este seguro depende tanto de la capacidad del Gobierno para aumentar los impuestos destinados a esos fines como de la eficiente utilización de dichos fondos.

Fuente: Adaptado de Gordillo A, 2006. Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud.

Región, aun en aquellos con un gasto público relativamente alto o en los que el gasto y cobertura del seguro social de salud es relativamente elevado o universal. De todas formas, en general, parece haber una relación inversa entre la relativa importancia del gasto y cobertura de los sistemas públicos de salud y la relativa importancia de los gastos privados en salud.

El gasto de consumo de los hogares en servicios de salud como porcentaje de los gastos de consumo doméstico total mide los costos de la atención de salud solventados por las familias, ya sea en forma de gasto directo —también denominado gasto de bolsillo— o indirecto, que se refiere al gasto de los hogares y de las empresas en concepto de planes de servicios médicos prepa-

dos y planes de seguros médicos privados. También mide el impacto diferencial de los aumentos sobre los costos de atención de salud en los presupuestos familiares.

La participación de los gastos de consumo privado en salud de los hogares como porcentaje del PIB es un indicador de la importancia del consumo privado de bienes y servicios vinculados a la salud, en relación con el ingreso y el gasto total de una economía. Las diferencias en el nivel de gastos de consumo de los hogares en salud en términos per cápita —ajustadas según la paridad del poder adquisitivo— es un indicador de las variaciones en cuanto al acceso y utilización reales de los servicios de salud en diferentes países de la Región. Los gastos de los hogares en servicios privados de salud representan un porcentaje significativo de los gastos de consumo total de los hogares en la mayoría de los países de la Región. Las estimaciones sobre la importancia relativa de los gastos de consumo de los hogares en bienes y servicios relacionados con la atención de salud que se presentan en el cuadro 8, corresponden a las cargas de los componentes de gastos en bienes y servicios de salud en el índice de precios al consumidor del país (IPC).⁶

El cuadro 8 muestra las grandes variaciones en la importancia relativa de los gastos de consumo de los hogares en bienes y servicios de salud como porcentaje del consumo total de los hogares. Estas variaciones oscilan de 10% en la Argentina y 8,5% en los Estados Unidos, a menos de 2% en Antigua y Barbuda, Aruba, y San Vicente y las Granadinas. Además, en países con niveles relativamente elevados de gasto gubernamental y cobertura de sistemas de seguro público de salud, como Canadá, Chile y Costa Rica, el gasto de consumo de los hogares en el rubro salud representa entre 5% y 6% del consumo total de los hogares. En países de ingresos bajos, como Haití, Honduras y Perú, la participación es baja (alrededor de 3% de los gastos totales de consumo de los hogares). Estos gastos privados de consumo de los hogares se suman al valor de los servicios de atención de salud brindados en forma gratuita por los gobiernos o por instituciones de seguros sociales de salud. Las diferencias en estas participaciones muestran la gran diversidad de probables impactos de los incrementos sobre los costos de la atención de salud en los presupuestos de consumo de los hogares entre los países. De manera similar, las grandes diferencias en la participación de los gastos de consumo

“Estamos haciendo muchos esfuerzos por conseguir artículos originales sobre temas de interés relacionados con la salud pública escritos por las más altas autoridades en salud de las Américas.”

Hugh Cumming, 1927

privado de los hogares como porcentaje del PIB, muestran la importancia relativa de las políticas públicas para manejar las fallas del mercado características del funcionamiento de los mercados privados de atención de la salud.

Las marcadas diferencias en la Región en cuanto al nivel de gastos de consumo de los hogares en términos per cápita muestran las amplias desigualdades en materia de acceso y utilización de los servicios médicos privados entre los países de las Américas. El cuadro 8 resume los diferentes indicadores para evaluar la importancia relativa de los gastos privados en salud, estimados de acuerdo con la importancia de los gastos de consumo de los hogares en bienes y servicios relacionados con la salud.

Los seguros privados de salud y los planes con financiamiento basado en el prepago se están convirtiendo en mecanismos importantes para el financiamiento del gasto privado en salud. El rápido incremento de los recursos gastados en seguros privados de salud y planes de prepago es el factor más importante en las tendencias recientes del gasto nacional en salud y se ha convertido en un factor principal para los mercados de atención de la salud en los países. Esta tendencia plantea un gran desafío a la política pública. Las regulaciones deben diseñarse para asegurar la eficacia del funcionamiento de los mercados del seguro de salud y los planes de prepago, así como también para manejar las desigualdades existentes en los países de las Américas en relación con el acceso a los sistemas de salud. Las dimensiones de los mercados del seguro privado de salud y los planes de prepago parecen estar determinadas por la importancia del sistema público de salud, el alcance de cobertura de la población, los servicios que cubren los sistemas de seguro social de salud y la existencia (o falta) de políticas que regulen el funcionamiento de dichos mercados. La presencia de corporaciones transnacionales y nacionales en diferentes países, más que el nivel de ingresos del país, parece ser un factor importante que explica la importancia relativa de los mercados de seguros privados y los planes de prepago.

La falta de cobertura de los sistemas públicos de salud no parece ser razón suficiente para el desarrollo del mercado del seguro privado de salud. En el caso de México (como en los casos de Corea, Grecia y Turquía), el desarrollo del mercado de seguros de salud privados es relativamente bajo, a pesar de las falencias en la cobertura del sistema público de salud. Por otro lado, incluso en países con sistemas de seguros sociales de salud casi universales, como Costa Rica, las grandes compañías ofrecen a sus trabajadores seguros de salud privados complementarios para reducir la espera en las instalaciones públicas o para brindar acceso a una “atención de mejor calidad”.

⁶El IPC mide los cambios a lo largo del tiempo en el nivel general de precios de bienes y servicios adquiridos, usados o pagados por una población de referencia. Un IPC se estima como una serie de medidas resumidas del cambio proporcional periódico en los precios de un conjunto fijo de artículos de consumo y servicios, de cantidad y características constantes, adquiridos, usados o pagados por la población de referencia. Cada medida resumida se obtiene como un promedio ponderado de la suma de un gran número de índices elementales. Cada uno de los índices elementales sumados se calcula usando una muestra de precios para un conjunto definido de bienes y servicios obtenidos en una región específica, o adquiridos por habitantes de una determinada región, en un cierto grupo de negocios u otras fuentes de consumo de bienes y servicios. Para una descripción detallada de los diferentes nombres y componentes del punto “salud y atención médica” incluido en diferentes países, véanse las notas al pie y las notas metodológicas en Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. OPS/HDN/HA/06.01; Washington D.C.; setiembre de 2006.

CUADRO 8. Gasto privado en salud: consumo de los hogares, Región de las Américas, por país, 2004.

País	Gasto de los hogares en salud como porcentaje del gasto total de los hogares	Gastos de consumo de los hogares en salud per cápita del PIB	Gasto de consumo de los hogares en en US\$ PPA ^a
Anguila	3,1	2,2	184,4
Antigua y Barbuda	2,8	0,7	79,4
Antillas Neerlandesas	...	...	...
Argentina	10,0	6,9	845,4
Aruba	2,9	1,5	331,1
Bahamas	4,4	2,9	466,5
Barbados	5,9	3,8	649,6
Belice	6,0	4,1	251,6
Bermuda	...	...	...
Bolivia	...	...	...
Brasil	5,9	3,6	270,2
Canadá	6,4	3,5	1.005,3
Chile	6,0	3,9	385,5
Colombia	4,0	2,6	172,2
Costa Rica	5,0	3,4	298,5
Cuba	...	...	...
Dominica	3,2	2,0	106,5
Ecuador	3,4	2,7	85,8
El Salvador	...	...	...
Estados Unidos de América	8,5	5,9	2.157,8
Guayana Francesa	...	...	...
Granada	...	...	...
Guadalupe	-	-	...
Guatemala	5,5	4,7	187,7
Guyana	-	...	...
Haití	3,2	3,2	55,2
Honduras	3,7	2,5	66,4
Islas Caimán	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	...	...	...
Islas Vírgenes Británicas	...	...	...
Islas Vírgenes (EUA)	...	...	...
Jamaica	7,0	4,5	171,2
Martinica	-	...	...
México	-	...	...
Montserrat	6,9	5,3	162,3
Nicaragua	5,1	4,7	157,2
Panamá	...	...	...
Paraguay	...	...	...
Perú	2,9	2,0	106,4
Puerto Rico	...	...	...
República Dominicana	...	...	...
Saint Kitts y Nevis	3,7	1,8	212,0
Santa Lucía	3,6	2,5	143,8
San Vicente y las Granadinas	1,0	0,6	38,4
Suriname	...	...	...
Trinidad y Tabago	3,6	2,0	219,3
Uruguay ^b	3,8	2,8	242,2
Venezuela	4,2	2,8	153,2

^aDólares estadounidenses ajustados por paridad del poder adquisitivo (PPA), año 2000.

^bExcluidas las contribuciones y pagos a los sistemas sociales de seguros de salud y a los servicios médicos de instituciones de salud colectivas y mutuales.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis y Estadísticas de Salud (HA), Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2006. Washington, DC: OPS; 2006.

A causa de la falta de regulaciones, muchos individuos con seguros de salud privados dependen de servicios de atención de salud en hospitales públicos subsidiados para mantener bajas las primas de los seguros. El seguro de salud privado puede utilizarse para cubrir un grupo limitado de servicios; los procedimientos médicos más costosos e infrecuentes no están incluidos en los planes de seguros privados porque se entiende que son prestaciones que ofrecen los hospitales públicos subsidiados. Esto plantea un problema adicional en términos del impacto potencial sobre la utilización y financiamiento del servicio para los hospitales públicos. También crea un desafío adicional para la política pública, que debe ser atendido.

Descripción del gasto de los hogares en salud

El análisis del gasto de los hogares en salud es un modo de medir la carga financiera que las familias tienen al buscar atención de salud y de comprender las elecciones que realizan al asignar recursos para la obtención de bienes y servicios de salud. El análisis puede también ofrecer una visión interna limitada de otros temas, tales como la equidad en el sector de la salud y el acceso a los servicios de salud. Numerosos factores, tales como el ingreso familiar, las restricciones horarias, el costo de los servicios y el transporte, la disponibilidad y calidad de los servicios, las preferencias culturales y la percepción de la necesidad de buscar tratamiento, desempeñan un papel importante en la posibilidad de las familias para contar, o no, con acceso a los servicios de salud y beneficiarse de ellos. Las familias tienen sus propias prioridades que influyen en la decisión sobre cuándo y dónde buscar atención. Además, los servicios de salud no son un producto homogéneo, y su costo suele variar en forma considerable entre los proveedores del sector privado y el público (donde los servicios pueden no costar nada), lo que hace que los datos sobre gastos sean aún menos útiles. De todas maneras, la participación y la composición relativa de gastos de salud en el presupuesto familiar y las comparaciones entre grupos de ingresos ofrecen importante información sobre las elecciones relacionadas con el gasto

de los hogares y a menudo reflejan la disponibilidad de los recursos y servicios públicos.

El cuadro 9 presenta datos sobre el porcentaje de recursos de los hogares asignados al gasto en salud entre distintos grupos de ingresos, en nueve países de la Región. La participación del gasto de consumo total de los hogares destinado a las compras relativas a la salud tiende a ser relativamente estable entre los grupos de ingresos dentro de un país, con una diferencia que es habitualmente de pocos puntos de porcentaje. En términos absolutos, sin embargo, los grupos con un ingreso más alto gastan en bienes y servicios de salud mucho más que los de ingreso bajo. Un promedio aproximado para la Región sugiere que el 20% más rico de la población gasta hasta 12 veces la cantidad que gasta el 20% más pobre. Para los nueve países incluidos en el cuadro 9, se formó un promedio ponderado para el gasto en salud de los hogares. Sobre la base de estos datos, se estima que los hogares en promedio dedicaron 6,0% del gasto familiar a la compra de bienes y servicios de salud: de todas maneras, el quintil más pobre destina 7,3% de los gastos del hogar a servicios de salud y el quintil más rico, 5,9%. En seis países, el quintil más pobre gasta en salud una porción superior de sus recursos que el quintil más rico. En algunos países, como la República Dominicana y el Paraguay, los pobres gastan considerablemente más en salud que los ricos. En la República Dominicana, los gastos en salud representan 29,1% de los gastos del quintil más pobre y solamente 3,5% de los gastos del quintil más rico; en el Paraguay, los gastos en salud representan 14% de los gastos para el quintil más pobre y solamente 8,8% de los gastos del quintil más rico. En otros países, los gastos en salud son similares entre los quintiles más pobres y más ricos; Guatemala es el único país donde el quintil más rico destina un porcentaje más grande de los gastos a servicios de salud que el quintil más pobre.

El gasto privado en salud como participación del gasto total de los hogares tiende a disminuir según aumenta el ingreso. Dos factores parecen ser los que impulsan esta tendencia. El primer factor es el impacto relativamente reciente del seguro privado sobre el gasto de los hogares en salud. El crecimiento del grado de co-

CUADRO 9. Distribución del gasto de los hogares en salud por ingreso/gasto, países seleccionados de las Américas.

País	Año	Total	Ingreso o gasto aproximado por quintiles				
			Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Argentina	1996–1997	8,6	9,2	8,6	7,8	8,2	9,0
Brasil	1995–1996	6,5	8,3	6,5	6,9	7,1	6,3
Guatemala	1998–1999	7,3	3,9	5,9	7,0	8,3	7,8
Jamaica	1998	2,6	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7
México	1996	2,9	3,7	3,3	3,3	2,9	2,8
Paraguay	1996	10,7	14,0	13,8	10,9	10,1	8,8
Perú	1997	4,4	4,3	4,8	4,7	4,0	4,5
República Dominicana	1996	6,3	29,1	14,7	9,4	7,7	3,5
Uruguay	1994–1995	13,0	11,0	14,0	15,0	13,0	11,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud; agosto de 2006.

bertura del seguro privado en los grupos con ingreso elevado, con primas pagadas mayormente por los empleadores, reduce los niveles de gasto directo de estos quintiles. El segundo factor en esta tendencia se relaciona con la falta de cobertura del sistema público de salud. Los quintiles de menores ingresos tienen acceso limitado a los programas de seguro de salud formales, porque los grupos de menores ingresos están compuestos primariamente por trabajadores agrícolas e informales que no están cubiertos por programas de seguro de salud formales. El quintil de menores ingresos también puede tener acceso más limitado a los establecimientos de salud pública que tienden a estar ubicados cerca de las zonas urbanas o dentro de ellas, y a los que no es fácil acceder en las zonas rurales. Con gobiernos que asignan la mayoría de los recursos a establecimientos secundarios y terciarios en zonas predominantemente urbanas, los subsidios públicos pueden favorecer en forma desproporcionada a las ciudades y a los quintiles de ingreso superior, en lugar de reducir la carga de los grupos de ingreso más bajo, ubicados en las zonas rurales.

Impacto distributivo del gasto público en salud

Parece existir una variabilidad considerable en la eficacia del gasto en salud como herramienta distributiva. El análisis del gasto gubernamental en salud sugiere que hay grandes variaciones en los cálculos del impacto distributivo de dicho gasto por grupos de ingresos, tanto entre los distintos países como dentro de ellos. Se estima que existe, paradójicamente, una relación inversa entre el nivel de ingresos de un país y el impacto distributivo del gasto público en salud y que dicho impacto es progresivo (es decir, favorece más a los pobres) en los países con niveles de ingreso relativamente más elevados (Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay) y regresivo (favorece a los que no son pobres) en los países con menores niveles de ingreso (Bolivia, Ecuador y Guatemala). El impacto distributivo del gasto en salud resultó ser neutral en el caso del Perú. En el cuadro 10 se examina la distribución de los beneficios del gasto público en salud por quintiles socioeconómicos para la región de América Latina y el Caribe.

Colombia es el único país en el que fue posible examinar las tendencias del gasto gubernamental a lo largo del tiempo, entre 1970 y 1997, debido a la disponibilidad de una serie de conjuntos de datos. Es posible entonces observar el cambio de una distribución progresiva del gasto gubernamental en salud a una regresiva. El 20% más pobre de la población recibió más de 21% del gasto gubernamental en salud en 1970 y alrededor de 28% en 1974. En 1997, el 20% más pobre de la población recibió solo 17,5% del gasto gubernamental en salud, mientras que el 20% más rico se benefició con la mayor parte de los cambios en el impacto distributivo: en 1970 recibió casi 7% del gasto público en salud y que en 1997 recibió casi 20%.

El gasto público en salud tiene un impacto redistributivo importante en favor de los pobres en los países en que el gasto representó 2,5% del PIB o más (Argentina, Colombia, Chile y Jamaica). Por el otro lado, se observó un gasto público en favor de

los ricos en los países en los que el gasto del gobierno en salud representó alrededor de 1% del PIB o menos (Ecuador y Guatemala). En la mayoría de los países el financiamiento del sistema (público) fue regresivo, basado en impuestos indirectos. El cambio a un financiamiento basado en impuestos directos permitiría atenuar la regresividad del financiamiento de los sistemas de salud.

Hay políticas específicas que pueden contribuir a mejorar el impacto distributivo del gasto público en salud. Por ejemplo, solo se consideró progresivo el caso del Brasil, donde un impuesto a las transacciones financieras establecido en el período 1997–1998 e impuestos directos sobre las ganancias netas de las empresas constituyeron las principales fuentes de ingresos del Ministerio de Salud. El redireccionamiento del gasto público hacia políticas orientadas a mejorar la percepción del propio estado de salud y de los riesgos sanitarios por parte de los individuos, puede ser una manera eficaz de reducir la brecha existente entre el estado de salud real y el que resulta de la propia evaluación, lograr que las personas tomen conciencia de su necesidad de servicios de atención médica, y aumentar la demanda de estos servicios.

El gasto público y los ingresos fiscales son las herramientas más importantes que puede utilizar un gobierno para lograr un financiamiento y acceso más equitativos a los servicios de atención médica. Se requieren niveles más elevados de impuestos para financiar las actividades gubernamentales, similares a los sistemas que utilizan los gobiernos de los ahora países desarrollados. Sin embargo, los países en desarrollo —incluidos los de América Latina y el Caribe— no utilizan plenamente la mayoría de estos instrumentos fiscales. Los países de ingresos bajos de la región de América Latina y el Caribe enfrentan un círculo vicioso de gobiernos débiles y falta de fondos para establecer instituciones lo suficientemente sólidas para imponer códigos impositivos y políticas fiscales, y asegurar la sostenibilidad de los programas sociales.

La elección de políticas públicas afecta a los niveles de gasto público en salud y a los programas sociales. Las grandes variaciones en el impacto distributivo del gasto público en servicios de salud y en programas de salud pública sugieren que, en la mayoría de los países de la Región, hay posibilidades suficientes para mejorar la utilización de las herramientas de financiamiento y gasto público con objeto de lograr un financiamiento y un acceso más equitativos a los servicios médicos. Los datos presentados en esta sección sugieren que los gobiernos de la región de América Latina y el Caribe, en particular los de los países de bajos ingresos, tienen capacidad potencial para utilizar las herramientas fiscales existentes con mayor efectividad para afrontar los temas de salud y equidad.

En conclusión, los gobiernos tienen margen más que suficiente para mejorar el impacto distributivo del gasto público en salud, aumentar la cantidad de recursos para salud, reducir la regresividad en el financiamiento de la salud y redireccionar el gasto público hacia intervenciones que induzcan una mayor utilización de los servicios de atención de salud por parte de los po-

CUADRO 10. Distribución de los beneficios del gasto público en salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe por quintiles.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Argentina ^a	31,0	18,0	26,0	18,0	7,0
Argentina, 1991 ^{b,c}	38,7	16,6	25,5	14,8	4,5
Bolivia, 1990 ^c	15,2	14,7	24,4	24,4	21,3
Brasil, 1994 ^{c,d}	31,5	26,5	19,5	14,2	7,5
Colombia, 1970 ^a	21,4	26,9	19,0	25,9	6,8
Colombia, 1974 ^a	28,0	22,0	20,1	17,7	12,2
Colombia, 1993 ^a	27,4	25,6	18,7	15,9	12,5
Colombia, 1997 ^c	17,5	19,7	22,2	20,7	19,7
Costa Rica, 1986 ^c	27,7	23,6	24,1	13,9	10,7
Chile ^a	31,0	25,0	22,0	14,0	8,0
Chile, 1996 ^c	30,9	23,2	22,2	16,5	7,2
Ecuador, 1995 ^a	12,5	15,0	19,4	22,5	30,5
Ecuador, 1994 ^c	18,8	41,9	16,0	16,3	7,0
Guatemala, 1998–1999 ^a	12,8	12,7	16,9	26,3	31,3
Jamaica, 1993 ^a	25,3	23,9	19,4	16,2	15,2
Perú, 1997 ^a	20,1	20,7	21,0	20,7	17,5
México	...	...	...	...	...
Uruguay, 1993 ^c	34,9	19,9	22,1	13,2	10,0
Promedio ^{c,e}	26,9	23,3	22,0	16,7	11,1

^aEstimaciones informadas de Suárez-Berenguela R, 2001, pág. 142.

^bDistribución de los hogares según el ingreso percibido, menos las contribuciones a la seguridad social, los impuestos sobre la renta y los subsidios gubernamentales.

^cEstimaciones de la CEPAL (CEPAL, 2000; CEPAL 2001). Quintiles por nivel de ingreso per cápita. Incluye el gasto público en salud y nutrición.

^dLos datos corresponden a la ciudad de São Paulo solamente.

^ePromedio de los países incluidos en el estudio de la CEPAL únicamente.

Fuentes: Suárez-Berenguela R. Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean. En: Invertir en salud. Beneficios sociales y económicos. (Publicación Científica y Técnica No. 582). OPS; 2001.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Versión definitiva. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2000–2001. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.

bres.⁷ Los resultados del proyecto Equidad en América Latina y el Caribe/Inversión en salud, equidad y pobreza (EquiLAC/IHEP, por sus siglas en inglés), y de otros estudios, sobre el impacto distributivo del gasto público en salud sugieren que la incidencia relativa del gasto público sanitario logra un cambio en términos de equidad en el financiamiento de los servicios de salud como proporción del PIB.

LEGISLACIÓN EN SALUD

La legislación confiere a las políticas de salud el sustento necesario para transitar del ámbito de lo político al marco de lo jurídico. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación instrumenta una plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos,

privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial. En los últimos cinco años varios países de la Región continuaron revisando sus marcos jurídicos con el fin de instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. Esto incluyó, entre otros aspectos, la redefinición de las competencias de los ministerios/secretarías de salud, la creación de planes para extender la cobertura, incluida la regulación de la participación del sector privado, las garantías de calidad y los mecanismos de control, la participación de la sociedad civil y la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud.

Marco jurídico para el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación en salud

Las legislaciones que reestructuran los sistemas de salud reformulan las funciones de los ministerios y secretarías, haciendo

⁷Para mayor información sobre el impacto distributivo del gasto público en salud, véase Invertir en salud. Beneficios sociales y económicos. Publicación Científica y Técnica No. 582 (disponible solamente en formato PDF).

hincapié en su papel rector y regulador. En 2002 se aprobó en Bolivia el Decreto Supremo No. 26.875, que redefine el sistema nacional de salud y establece competencias orgánicas y funcionales basadas en los niveles de gestión. Según este esquema, corresponde al Ministerio de Salud y Previsión Social, en la actualidad Ministerio de Salud y Deportes, la función rectora-normativa en el ámbito nacional. La gerencia técnica se encuentra a cargo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y de los municipios a través de los Directorios Locales de Salud (DILOS) como máxima autoridad local. En Chile, por medio de la Ley No. 19.937 de 2004 el Ministerio de Salud asume el papel rector y regulador del Estado en materia de salud, con inclusión de la formulación, evaluación y actualización del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Sistema AUGE). En Colombia, por medio de la Ley No. 790 de 2002 se fusionaron el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, y se constituyó el Ministerio de la Protección Social para la ejecución del Sistema de Protección Social establecido por la Ley No. 789 del mismo año, uno de cuyos objetivos es permitir el acceso en condiciones de calidad y oportunidad a servicios básicos de salud. Además, por Decreto No. 205 de 2003 se definieron las funciones del Ministerio de la Protección Social al que le corresponde la rectoría del sistema.

En el Ecuador se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, Decreto No. 3.611 de 2003, con el fin de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, garantizando el acceso equitativo y universal a servicios integrales de salud. De acuerdo con estas normas, el sistema nacional de salud actúa de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, y cumple funciones de coordinación, provisión, aseguramiento y financiamiento. La función de coordinación del sistema es competencia del Ministerio de Salud en todos sus niveles. Nicaragua promulgó la Ley General de Salud (Ley No. 423 de 2002) y su Reglamento, Decreto No. 001 de 2003, que norman las distintas acciones de salud y definen las competencias y atribuciones del Ministerio, entre las cuales se encuentra la regulación del régimen de configuración de beneficios que ella instituye y el carácter de ente rector del sector.

En el Perú, la Ley del Ministerio de Salud (Ley No. 27.657 de 2002) determina que este organismo es el ente rector que conduce, regula y promueve el sistema nacional de salud con el fin de lograr el desarrollo integral de las personas. Con posterioridad, la Ley No. 27.813 del mismo año establece el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) para lograr el cuidado integral de la salud de la población y avanzar hacia la seguridad social universal, confiriendo también al Ministerio de Salud la rectoría del sector. En la República Dominicana, la Ley General de Salud (Ley No. 42 de 2001) regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por la Constitución. Esta ley organiza el sistema nacional de salud, cuya rectoría coloca en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). En Venezuela se expidió el Decreto No. 3.753 de 2005, por medio del cual se re-

forma parcialmente la organización y funcionamiento de la administración pública central. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se convierte en el Ministerio de Salud, correspondiéndole, entre otras funciones, la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de las políticas relacionadas con la salud integral de la población.

En el Caribe de habla inglesa se dictaron normas orientadas a la creación de sistemas de regulación bajo la supervisión de autoridades, comisiones y comités, con el fin de hacer más efectiva y eficiente la administración de hospitales y de otras instituciones de salud. La Ley sobre la Dirección de Servicios de Salud de las Islas Vírgenes Británicas (*BVI Health Service Authority Act*) de 2004 establece que esa es la autoridad administrativa del Hospital Peebles y los servicios comunitarios de salud. La norma crea un consejo nombrado por el ministro de salud, entre cuyas funciones se encuentra el diseño de políticas basadas en las necesidades de salud del territorio y el desarrollo e implementación de un programa de garantía de calidad sujeto a las políticas del Ministerio.

En Guyana se promulgaron en 2005 la Ley sobre Autoridades Regionales (*Regional Authorities Act*) y la Ley del Ministerio de Salud. La primera crea autoridades regionales para la provisión y administración de servicios y programas en zonas específicas y encomienda al Ministerio la tarea de aplicar la ley y establecer parámetros para el cumplimiento de las funciones de las autoridades mencionadas, mientras que la Ley del Ministerio de Salud define las funciones de esta institución, entre las cuales se encuentran el control de los servicios de salud y el desarrollo de los mismos de manera comprensiva, balanceada, consistente y equitativa. La Ley sobre Administración de Servicios de Salud Institucionales (*Institution-Based Health Services [Management] Act*) de Saint Kitts y Nevis de 2002 establece la Dirección encargada de la gestión y administración de servicios institucionales de salud (17). En el Canadá se creó, por Orden del Consejo de 2004, la Agencia de Salud Pública del Canadá, con la finalidad de facilitar la comunicación entre las provincias, liderar la vigilancia sanitaria e iniciar programas de acción comunitaria (18).

Regulación del financiamiento, el aseguramiento y la inserción privada en salud

En la Argentina se aprobó un conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los agentes del seguro de salud en el ámbito del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2002. Con posterioridad, el plazo se prorrogó hasta 2003. La Ley No. 25.929 de 2004 amplía las prestaciones obligatorias que deberán brindar todas las obras sociales y entidades de medicina prepagas, al incluir el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las cuales quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio (PMO), en el marco de un régimen de derechos para los padres y la persona recién nacida. En 2005, por Decreto

No. 317 del Presidente de la Nación, se aprobó el Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, que se implementa en forma progresiva en las distintas regiones del país y cuyo objetivo es evitar las intermediaciones en las contrataciones entre los grupos de obras sociales incorporadas al sistema y el conjunto de prestadores. Este decreto establece los lineamientos generales para asegurar la cobertura médico-asistencial a los beneficiarios de las obras sociales.

En 2001 se reformó en Belice la Ley de Seguridad Social para establecer un Plan Nacional de Seguro de Salud que cubre la provisión de servicios de salud públicos y privados que determina la ley. En Bolivia se promulgó en 2002 la Ley de Seguro Materno Infantil (SUMI) para la atención gratuita de la madre embarazada (desde la gestación hasta después de sexto mes del parto) y del niño hasta los 5 años de edad, de carácter universal, integral y gratuito en todos los niveles de atención pública. El financiamiento del SUMI proviene de fuentes compartidas entre la Nación, la coparticipación tributaria municipal y la cuenta especial Diálogo 2000 con carácter subsidiario. Se establecen los Directorios Locales de Salud (DILOS) como máxima autoridad local en materia de salud.

En el Canadá, dos decisiones recientes de la Corte Suprema de Justicia están llamadas a tener efecto en el sistema Medicare, una de ellas en cuanto al debate sobre los servicios que incluye el concepto “medicamente necesario” o “medicamente requerido” en la Ley de Salud de Canadá, y la otra al crear la posibilidad de remover la capacidad de los gobiernos provinciales de prohibir la alternativa de aseguramiento privado para los servicios cubiertos con fondos públicos. No obstante, en el ámbito provincial se realizan esfuerzos para fortalecer Medicare. En la Columbia Británica se reformó la Ley de Protección por Medicare (*Medicare Protection Act*) para prohibir los cargos extras por servicios de diagnóstico médicamente necesarios, con el fin de abordar situaciones creadas por clínicas privadas con fines de lucro. En Ontario se emitió legislación que respalda los compromisos con Medicare y se reintrodujo un aporte obligatorio para garantizar la atención de salud (impuesto arancel para la atención de salud [*health care premium tax*]) (18).

En Chile, la Ley No. 19.996 establece el Régimen General de Garantías en Salud, un instrumento regulatorio que forma parte del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere la Ley No. 18.469, cuyo artículo 4 reglamenta el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea el régimen de prestaciones de salud de 1985. El Régimen General de Garantías en Salud comprende las Garantías Explícitas relativas al acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad, que deben ser obligatoriamente aseguradas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE). En la nueva estructura, adquiere un papel relevante la Superintendencia de Salud, un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio que se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. A la Superintendencia, que

ejerce sus funciones por intermedio de la Intendencia de Instituciones de Salud Provisional y la Intendencia de Prestadores, le corresponde, entre otras tareas, la de vigilar y controlar a las ISAPRE, y velar por el cumplimiento de obligaciones tales como las relativas al Régimen de Garantías en Salud. También vigila y controla al Fondo Nacional de Salud y fiscaliza a todos los prestadores de salud públicos y privados en cuanto a la acreditación y certificación y al cumplimiento de los estándares de acreditación.

En Colombia, por medio del Acto Legislativo No. 01 de 2001 se modifican artículos de la Constitución Política de 1991 y se crea el Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios, a la vez que se establecen los criterios para la distribución de los recursos con énfasis en la equidad. Como consecuencia, se promulga la Ley No. 715 de 2001, que define la competencia de la Nación y de las entidades territoriales en el sector salud y el régimen de distribución de recursos para el financiamiento. En el Ecuador, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud establece el Plan Integral de Salud garantizado por el Estado como estrategia de protección social en salud accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores, que se estructura con base en un enfoque pluricultural. Este plan define un modelo de atención que hace hincapié en la atención primaria, la promoción de la salud y la interrelación con la medicina tradicional, alternativa, o ambas, e incluye mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. El plan se orienta a lograr el principio de universalidad por medio de tres regímenes articulados: el contributivo, el no contributivo y el voluntario, incorporando a las instituciones proveedoras de servicios de salud de carácter público, privado o mixto.

En El Salvador, por Decreto Legislativo No. 775 de 2005, se promulga la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, y por Decreto No. 1.024 de 2002 se emiten disposiciones relativas a las garantías de salud y seguridad social. La salud de la población se considera un bien público y los servicios de salud pública son de naturaleza obligatoria según lo establecido en la Constitución Nacional. El decreto prohíbe la privatización, concesión, compra de servicios u otra modalidad dirigida a transferir a instituciones privadas la provisión de servicios de salud pública y los de seguridad social a cargo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

En 2002 se promulgaron en los Estados Unidos de América las Reformas a la Red de Seguridad para la Atención de la Salud (*Health Care Safety Net Amendments*), que creaba el Programa de Acceso para Comunidades Saludables (*Healthy Community Access Program*), orientado a proveer asistencia sanitaria a quienes no poseen seguro de salud (o tienen uno insuficiente), mediante la acción conjunta de proveedores, organizaciones y gobiernos locales; estaba previsto que el programa concluyera con el año fiscal 2006. La Ley de Mejoramiento y Modernización de la Prescripción de Medicamentos a través de Medicare (*Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* [MMA]) de 2003 modifica la opción Medicare + libre elección (Medicare

+ Choice) al incluir un componente referido a beneficios para medicamentos bajo receta que se denominó Ventajas de Medicare (*Medicare Advantage*). La reforma tiene incidencia en el acceso a los medicamentos, a la vez que transfiere parte de las responsabilidades de Medicare a planes privados y a los propios beneficiarios. Por medio de la Ley de Reducción del Déficit de 2005, el gobierno federal exigió prueba de ciudadanía para acceder a los beneficios de Medicaid y al Programa de Seguro de Salud Infantil de los Estados (CHIP). Varios estados, entre ellos Massachussets y Maine (Iniciativa de Salud Dirigo), han emitido legislaciones para reformar ampliamente sus sistemas de salud. El Plan Massachussets proveerá cobertura universal de salud con obligatoriedad de participación, mientras que el Plan Dirigo, si bien se orienta al mismo fin, no crea por sí la obligación de afiliarse (19).

En 2002, Granada promulgó la Ley sobre Hospitales y Hogares Privados de Ancianos, para regular las actividades de este tipo de instituciones por medio del Comité de Hospitales Privados. En Jamaica, la Ley del Fondo Nacional de Salud de 2003 se refiere a la aplicación del Plan Nacional de Seguro de Salud denominado Fondo Nacional de Salud, como esquema contributivo destinado a mejorar la calidad de vida de la población. Este plan incluye la provisión de beneficios de salud determinados a todos los residentes del país, sin distinción de edad, género o ingreso (17).

En 2003 se reformó en México la Ley General de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud, financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los propios beneficiarios. Por Acuerdo de la Secretaría de Salud, el mismo año se dieron a conocer las reglas de operación y los indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos o Seguro Popular de Salud, con carácter de seguro público y voluntario orientado a instrumentar el sistema. El objetivo principal del seguro popular son las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud. También por Acuerdo de la Secretaría de Salud de 2001 se crea el Comité Nacional del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, cuyo objetivo es contribuir a la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a una vigilancia adecuada de los niños desde su gestación hasta los 2 años de vida, mediante un estrecho seguimiento y evaluación de las acciones que se instrumenten en el marco del citado programa.

En 2002, se aprobaron en el Perú la Ley No. 27.812, que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) para su sostenibilidad en el tiempo y el cumplimiento de sus objetivos, y el Decreto No. 9-2002-SA de 2002, que reglamenta su organización y funciones. El financiamiento del SIS surge, entre otros aportes, de los recursos que le transfiera el Fondo Intangible Solidario creado por Ley No. 27.656 de 2002 y destinado únicamente a favorecer el acceso a prestaciones de calidad a la población excluida. Como complemento, por Decreto No. 3-2002-SA de 2002 se dictaron normas para los servicios suministrados por el

SIS con el fin de incorporar como prioritarios los servicios agrupados en los componentes madre e hijo, niños, y jóvenes. En la República Dominicana se promulgó la Ley No. 87 de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, estructurado con base en tres regímenes: contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado, con el propósito de lograr la universalidad. Se garantiza a los afiliados la libre elección entre el Seguro Nacional de Salud como asegurador de carácter público y las Administradoras de Riesgos de Salud de naturaleza pública, privada o mixta. También en la República Dominicana, por Resolución No. 48-13 de 2002 se emitió el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, que tiene por objeto regular la prestación de los beneficios, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del seguro familiar de salud en todo el territorio nacional.

En el Uruguay, por Decreto No. 133 de 2005 se creó el Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Integrado de Salud en la órbita del Ministerio de Salud Pública, como objetivo principal de la política de salud. En Venezuela, se promulgó en diciembre de 2002 la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, con el fin de hacer efectivo el derecho a la seguridad social. Entre los regímenes que instituye se encuentra el Régimen Prestacional de Salud, que estará bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se gestionará por medio del Sistema Público Nacional de Salud, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas a la universalidad, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de vida, y la integralidad de las prestaciones.

Regulación de la calidad de la atención

Varios países dictan normas sobre la calidad de la atención. En la Argentina, por Resolución No. 482 de 2002 se aprueban las normas de organización y funcionamiento del área de servicio social de establecimientos asistenciales que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Por Decreto No. 140 de 2004 se aprueba en Chile el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que mediante la función de auditoría se orienta a garantizar la calidad de estos servicios. En Costa Rica, por Decreto No. 30.571 de 2002 se aprueba la regulación general sobre la autorización y funcionamiento de los establecimientos de salud y la Ley No. 8.415 de 2004 agrega un inciso al artículo 30 del Capítulo IX de la Ley de la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos No. 7.593, para incluir dentro de las conductas sancionables el incumplimiento de las normas y principios de calidad en la prestación de los servicios públicos. Mediante el Acuerdo No. 06 de 2005, Honduras emite el Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario.

En México, por Acuerdo del Consejo de Salubridad General de 2002, se sientan las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, mientras que por Reglamento del Consejo de Salubridad General de 2003 se emite el Reglamento Interno de la Comisión para la

Certificación de Establecimientos de los Servicios de Salud, que tiene por objeto apoyar al Consejo de Salubridad General en la coordinación y desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. La Ley General de Salud de Nicaragua establece el Sistema de Garantías de Calidad del Sector Salud, y su Reglamento instituye las auditorías de calidad de la atención médica.

En Dominica, por medio de la Ley sobre Hospitales e Instituciones de Salud de 2002 se regulan las licencias de estos establecimientos y de otros que el gobierno opera y mantiene. En Saint Kitts y Nevis, la Ley sobre la Administración de Servicios Institucionales de Salud de 2002 establece un Comité de Gerencia Ejecutiva entre cuyas funciones se encuentra la de coordinar con el Ministerio de Salud el monitoreo de actividades orientadas a la calidad de los servicios. En 2004 se sanciona la Ley del Consejo de Acreditación de Trinidad y Tabago. El Consejo, nombrado por el Presidente, tiene la finalidad de conducir y asesorar en cuanto a la acreditación y el reconocimiento de instituciones de educación secundaria y terciaria de salud y la promoción de estándares de calidad para dicho fin. En el mismo sentido, las Ordenanzas de la Dirección de Hospitales Públicos (Personal Médico) (*Public Hospitals Authority [Medical Staff] Bylaws*) de las Bahamas de 2003 establecen una serie de comités cuya función es garantizar la calidad de las prestaciones y asegurar que, en el ejercicio de sus funciones, el personal médico cumpla con las políticas, lineamientos y regulaciones establecidos (17).

Canales para la participación de la sociedad civil

En relación con la participación, la Ley del Modelo de Gestión y DILOS, y la Ley del Seguro Universal Materno-Infantil de Bolivia establecen la gestión compartida con participación popular para el cumplimiento de la política nacional de salud y la implantación de los Directorios. La Ley No. 19.937 de Chile crea el Consejo Consultivo de los Usuarios para asesorar al Director del establecimiento de salud en la fijación de políticas y en la definición y evaluación de los planes institucionales. En Colombia, la Ley No. 715 establece para todos los niveles de gestión la necesidad de impulsar mecanismos para una adecuada participación social en el ejercicio pleno de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud y seguridad social. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador define entre las funciones del Consejo Nacional de Salud y los Consejos Cantonales de Salud, la de promover la participación, el control social y la exigibilidad de los derechos de los usuarios, mientras que la Ley General de Salud de la República Dominicana crea las organizaciones populares, las asociaciones de vecinos y las organizaciones de usuarios o pacientes como entidades consultivas del Consejo Nacional de Salud. En Venezuela se emite el Decreto No. 2.745 de 2003, que crea la Comisión Presidencial para la Implementación y Coordinación Institucional del Programa Integral de Prestaciones de Atención Primaria de Salud denominado Barrio Adentro,

como nuevo modelo de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, responsabilidad, cooperación y participación activa y protagónica de la comunidad organizada. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, por su parte, establece que en virtud de su relevancia pública las comunidades organizadas tienen el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de políticas específicas en las instituciones de salud pública.

Fortalecimiento de los derechos en salud

La Ley General de Salud de Nicaragua y la Ley General de Salud de la República Dominicana contienen capítulos referidos a los derechos y obligaciones de los usuarios del sector salud público y privado, y a los derechos, obligaciones y responsabilidades de la población en relación con la salud, respectivamente. En Bolivia, la Ley del Ejercicio Profesional de 2005 (Ley No. 3.131) establece los derechos y deberes del paciente y del profesional médico, y la auditoría médica en lo referente al acto médico y a la gestión de la calidad de los servicios de salud. El Reglamento de esta ley, emitido por Decreto Supremo No. 28.562, también de 2005, incluye entre sus disposiciones la obligación de difundir los mencionados derechos y obligaciones, y exige que el profesional médico conozca el idioma nativo del lugar en donde ejerza su profesión; hace también referencia a las normas y protocolos para la gestión de calidad de los servicios.

En el Canadá, el gobierno federal reformó el Código de Trabajo para permitir a las personas que cuidan a familiares con enfermedades terminales hasta ocho semanas de ausencia compasiva con goce de sueldo. La mayoría de las provincias han procedido a reformar sus códigos de trabajo con el mismo fin. También en el Canadá, la Ley para la Protección de la Información Personal y los Documentos Electrónicos se aplica desde 2002 en el ámbito de la privacidad de la información de salud (18). En Costa Rica, la Ley No. 8.239 de 2002 sobre derechos y obligaciones de los usuarios de todos los servicios de salud públicos y privados crea la Auditoría General de Servicios de Salud como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud, con el fin de promover el mejoramiento constante de los servicios de salud. En Panamá, la Ley No. 68 de 2003 reglamenta los derechos de los pacientes, las personas sanas y los profesionales en los centros de salud públicos y privados en materia de información y decisión libre e informada para los efectos clínicos y terapéuticos. En México, el Acuerdo mediante el cual la Secretaría de Salud da a conocer las reglas para la gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud) incluye un catálogo de derechos y obligaciones para los afiliados.

En los Estados Unidos el gobierno federal no actuó para regular las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), pero en 2005 nueve estados (Arkansas, Carolina del Norte, Colorado, Connecticut, Indiana, Nueva Hampshire, Rhode Island, Texas y Virginia Occidental) emitieron cartas detalladas sobre los

derechos de los pacientes que reciben atención a través de dichas organizaciones (19).

RECURSOS HUMANOS

La importancia de los recursos humanos en salud

El principal desafío que se plantea en el campo de los recursos humanos en salud es lograr el reconocimiento de su importancia en el conjunto de los países de la Región, y en este sentido la situación ha experimentado un cambio promisorio. En efecto, tras dos décadas en las que los desequilibrios sanitarios se acentuaron y los recursos humanos para la salud se consideraban más como un costo que debía reducirse que como una inversión, a partir de 2004, y en forma progresiva, se reconoce que constituyen un componente crítico para el desarrollo de la salud.

Numerosas iniciativas de carácter nacional e internacional ponen de manifiesto su relevancia y exhortan a concentrar esfuerzos en este campo. Así, en 2006 la OMS dedicó el Día Mundial de la Salud a reconocer el trabajo de los profesionales sanitarios bajo el lema “Colaboremos por la salud”, y definió esta área como prioritaria para los planes de trabajo 2006–2015. Por otra parte, la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)—en los que el mejoramiento de diversos indicadores de salud ocupa un lugar central— ha puesto de relieve la importancia de contar con un número suficiente de recursos humanos calificados, para avanzar con más rapidez. Diversos estudios sobre las posibilidades de alcanzar los ODM han reconocido que el éxito depende en gran parte de los recursos humanos en salud. Instituciones tales como la Universidad de Harvard, fundaciones privadas como Rockefeller, Atlantic Philanthropies, y Bill y Melinda Gates, y organismos de cooperación como la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), se unieron a la OMS para formular la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto (JLI, por sus siglas en inglés), en la que se denuncia la falta de inversión, esfuerzos y financiamiento en este campo, y se declara que la meta de alcanzar los objetivos relacionados con la salud no será realizable sin la participación activa de la fuerza laboral en salud (20).

En los últimos años se han reunido datos estadísticos sobre los efectos de la disponibilidad de recursos humanos en la situación de salud, y se ha demostrado que la cantidad y calidad de los trabajadores sanitarios guardan relación directa con el grado de cobertura de inmunizaciones, el alcance de la atención primaria, y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Un estudio econométrico realizado en 2004 en 117 países y conducido por la JLI, concluyó que la densidad de personal de salud ejerce una influencia significativa en la mortalidad materna, de lactantes y de niños menores de 5 años, y que esta correlación se aprecia independientemente de las políticas de mejora en los ingresos, de los programas de reducción de la pobreza y de los aumentos en la educación femenina que pudieran haber tenido lugar (21).

CUADRO 11. Tasas de mortalidad seleccionadas y cobertura de partos en grupos de países, según la disponibilidad de recursos humanos en salud.

Recursos humanos por 10.000 habitantes	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	Partos (por personal calificado)
< 25	148	31	43	74%
25 a 50	65	22	25	95%
> 50	9	7	8	99%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. OPS; 2005.

En décadas pasadas el tema del desarrollo de los recursos humanos en salud en las Américas no ocupó un lugar destacado, lo que se aprecia al comprobar que entre 1980 y 2001 los Cuerpos Directivos de la OPS no aprobaron ninguna resolución al respecto. En el último período, sin embargo, la Región no ha quedado fuera del movimiento mundial de valorización del desarrollo del personal sanitario, hecho que se manifiesta en la preocupación creciente de los gobiernos y en el lugar que ocupa el tema en las agendas de sus reuniones y compromisos (22, 23). En forma paralela, empieza a reconocerse la estrecha relación entre la disponibilidad de trabajadores sanitarios y la situación de salud de la población. El agrupamiento de países según su disponibilidad de recursos humanos (baja, media y alta) permite apreciar la reducción de las tasas de mortalidad por algunas causas a medida que esta aumenta (cuadro 11).

Una evaluación de la incidencia del Programa de Salud Familiar en el Brasil en el período 1990–2002 indicó que la tasa de mortalidad infantil descendió en esos 12 años de 49,7 a 28,9 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la cobertura del Programa de Salud Familiar llegaba a 36%. Los análisis realizados indicaron que controlando los otros factores determinantes de la salud, un aumento de 10% de la cobertura del programa estaba asociado con una disminución de 4,5% en la tasa de mortalidad infantil (24), valor similar al obtenido por la investigación realizada para la JLI, la que indica que un aumento de 10% en los recursos humanos para la salud conduce a una disminución de 2% a 5% en las tasas de mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años.

En este contexto, en 2005 se llevó a cabo en Toronto, Canadá, la VII Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos, en la que participaron 28 países y numerosos organismos de cooperación. Durante este evento se formuló el “Llamado a la Acción de Toronto”, con el propósito de “movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a ser-

vicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015” (25).

Para esta reunión se identificaron cinco desafíos críticos:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Conseguir que las personas adecuadas se encuentren en los lugares adecuados, para asegurar una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones y de acuerdo a las diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos de los profesionales sanitarios de manera que permitan garantizar la atención de salud a toda la población.
4. Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de brindar buenos servicios de salud a toda población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional (universidades, escuelas) y las de servicios de salud que permitan adecuar la formación de profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Una encuesta administrada a 28 países de la Región en 2005 (26) indagó sobre la situación en que se encontraba cada uno de ellos con respecto a los desafíos mencionados y mostró la necesidad de avanzar en su superación. En las siguientes secciones se revisa la situación de la Región en relación con estos retos, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos.

Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, y desarrollo de la capacidad institucional para ponerlos en práctica

Los procesos de planificación de los recursos humanos y sus características

La producción y el uso de la información sobre recursos humanos varían de un país a otro. En el período considerado, la disponibilidad y el uso de la información para la toma de decisiones han mejorado en muchos países de la Región, pero también es cierto que las limitaciones en ambos aspectos persisten en muchos otros. En la encuesta mencionada anteriormente, 75% de los 28 países admitieron que no disponían de información suficiente sobre los trabajadores de la salud, sus ocupaciones y competencias.

Algunos países realizan grandes esfuerzos para conocer la cantidad de médicos y enfermeros con que cuentan, y por lo

general recurren a información procedente de bancos de datos preexistentes (censos de población, registros en colegios profesionales, etc.), pero son pocos los que, como el Brasil, desarrollan procesos de información original orientados a responder a problemas específicos.

No obstante, la información sobre recursos humanos en salud se ha fortalecido en muchos países. Así, en la República Dominicana, en Guatemala y en Costa Rica, se están organizando sistemas de información sobre la fuerza de trabajo en salud, mientras que otros, como Bahamas, Canadá, Colombia, Cuba, Jamaica, México, Suriname, y Trinidad y Tabago, cuentan con sistemas de información sobre recursos humanos de mayor fortaleza relativa.

Institucionalización de la gestión nacional del desarrollo de recursos humanos

La complejidad institucional del campo de los recursos humanos ha llevado a la creación de instancias colectivas de discusión, negociación y toma de decisiones concertadas, en un número creciente de países. En muchos otros se ha impulsado también la institucionalización de las capacidades de conducción del desarrollo nacional de recursos humanos para la salud. En algunos, como Brasil, Chile, Cuba, Perú y Honduras, existen direcciones de recursos humanos o similares, entre cuyas funciones figuran la orientación y el apoyo al desarrollo sectorial de los recursos humanos en salud. Otros han fortalecido la capacidad de los Ministerios o Secretarías de Salud de conducir los procesos nacionales de desarrollo de estos recursos. Por ejemplo, Guatemala creó la unidad responsable del desarrollo de los recursos humanos en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); en el Brasil, la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud desarrolla funciones de información, planificación, investigación, regulación y asesoría en recursos humanos. El Perú, con la creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, y Chile, con su División de Gestión de las Personas, han fortalecido las unidades administrativas cuya responsabilidad es la gestión del desarrollo sectorial de los recursos humanos en salud.

No obstante, de los 28 países consultados en 2005 sobre la capacidad de las direcciones o dependencias de los Ministerios o Secretarías de Salud encargadas de reunir información, planificar y proponer políticas de recursos humanos, 23 estiman que existen importantes debilidades en esta materia (26).

Regulación del ejercicio profesional de los recursos humanos en salud

El grado de desarrollo de la regulación del ejercicio profesional es diferente entre los países, pero en general se puede afirmar que el tema está cobrando importancia creciente. En la mayoría de los países esta responsabilidad tiende a recaer en los colegios profesionales, mientras que las autoridades de salud respectivas se mantienen relativamente al margen. En Costa Rica, solamente los Colegios de Médicos, de Odontólogos y de Farmacéuticos cuentan con un sistema de recertificación profesional. En la Re-

“El futuro de la salud en las Américas depende del desarrollo pleno de servicios de salud adecuados en cada país y no de ninguna agencia internacional.”

Fred Lowe Soper, 1954

pública Dominicana recientemente se elaboró un reglamento de certificación y recertificación profesional. En otros países se implementan procesos de recertificación periódica. En las Bahamas, por ejemplo, el Consejo de Profesionales de la Salud (*Health Professions Council*) exige la renovación anual de las licencias profesionales. En Bolivia, se ha desarrollado un proceso de recertificación de los profesionales que se basa en la acreditación de los certificados obtenidos. El Consejo de Enfermería de Jamaica (*Nursing Council of Jamaica*) estableció un sistema de registro bianual. En México, los Consejos de Especialidad Médica certifican y recertifican a los profesionales de sus respectivas especialidades. En el Canadá, las autoridades de cada provincia y territorio definen la mayor parte de los mecanismos de regulación. Y en el Perú, la recertificación profesional solo ha sido implementada para la profesión médica, y se están realizando esfuerzos tendientes a establecer mecanismos similares para los Colegios de Enfermería, Obstetricia y Odontología.

Entre los esfuerzos subregionales en el campo de la regulación del ejercicio profesional se destacan las iniciativas para establecer acuerdos de reconocimiento recíproco de títulos de grado para la docencia y para la prosecución de estudios de posgrado en las universidades de los países miembros del Mercosur.

Conseguir que las personas idóneas se encuentren en los lugares adecuados para asegurar una distribución equitativa del personal de salud

Disponibilidad de personal de salud

La Región cuenta en la actualidad con 1.872.000 médicos y 3.580.000 enfermeros, lo que significa una tasa promedio de 22 y 42 por 10.000 habitantes respectivamente. En el último período (2000–2004) estas tasas han aumentado a un ritmo anual de 0,15 para los médicos y 0,20 para los enfermeros.

Se mantiene un crecimiento positivo de los recursos humanos de salud, pero se confirma la tendencia a la disminución de ese incremento. En el período 1980–1992, el crecimiento anual promedio del número de profesionales de la salud en toda la Región fue de 5,8% para los médicos y de 8,2% para los enfermeros, valores que en el período 1992–2000 cayeron a 3,7% y 2,7% respectivamente. En el período 2000–2004 esta tendencia se acentuó, registrándose un crecimiento anual promedio de 1,0% en el número de médicos y de 0,8% en el de enfermeros. Esos valores también indican que la caída en el aumento del número de en-

fermeros es sensiblemente más pronunciada que la que experimentó el número de médicos.

Se estima que gran cantidad de naciones en la Región no cuentan con el personal necesario para alcanzar un nivel de cobertura mínima de servicios de salud.⁸ En contraste, otro grupo de países tiene una disponibilidad cinco veces mayor. La densidad promedio de profesionales de atención sanitaria por habitante en los grupos de países con índices de disponibilidad bajos, medios y altos, es de 18,4, 27,7 y 122,6 (recursos humanos por 10.000 habitantes), respectivamente.⁹ Cabe señalar que mientras la tasa de profesionales de la salud correspondiente al grupo de países con menor dotación de personal (18,4) se encuentre por debajo del parámetro mínimo propuesto por la OMS (25 profesionales por 10.000 habitantes), no se alcanzará la meta de 80% de los partos atendido por personal idóneo.

Los 15 países con menor densidad de personal sanitario suman 19% de la población de la Región y cuentan con 10% de los médicos y 3% de los enfermeros, mientras que los 11 países con mayor densidad de personal sanitario tienen 40% de la población y 52% de los médicos y 90% de los enfermeros. Al comparar el comportamiento de estos grupos de países en 2000 con el de 2004, se observa que la concentración de personal de salud tiende a aumentar. En aquel año los países con mayor disponibilidad de personal sanitario contaban con 73% de los médicos y enfermeros de la Región, mientras que actualmente disponen de 77%.

La densidad total de personal sanitario (médicos más enfermeros por 10.000 habitantes) en los países de mayor densidad fue de 122,6, cifra que representa un moderado incremento desde el año 2000 (120,1). El grupo de densidad media tiene una tasa de personal sanitario de 27,7 (similar a la que presentó en el año 2000). En los países con menor densidad de personal sanitario su disponibilidad de recursos humanos aumentó en el período 2000–2004 de 13,3 a 18,4 y por 10.000 habitantes, mientras la mortalidad infantil bajaba de 34,0 a 31,4 y la de menores de 5 años lo hacía de 51,6 a 42,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

La tasa de personal sanitario de varios de los países del grupo de menor disponibilidad está significativamente por debajo de la densidad mínima sugerida como requisito para lograr una cobertura básica: Haití (3,6), Paraguay (9,1), Bolivia (10,8), Guyana

⁸Para calcular el número de médicos y enfermeros para una población determinada, la OMS y la JLI han propuesto utilizar una medida denominada “densidad de recursos humanos para la salud”, constituida por la suma de los dos indicadores disponibles para todos los países por 10.000 habitantes. La medición así obtenida es imperfecta porque no toma en cuenta a todos los demás trabajadores sanitarios, pero es la única viable para efectuar comparaciones globales.

⁹Para analizar la disponibilidad de personal de salud, los países se agruparon en función de la densidad de recursos humanos, con arreglo a tres categorías: (1) países con una tasa mayor de 50 por 10.000; (2) países con una tasa de 25 a 50, y (3) países con una tasa menor de 25, en consonancia con lo establecido en el *Informe sobre la salud mundial 2006* de la OMS, que indica que se requiere una densidad de 25 profesionales por 10.000 habitantes para asegurar un nivel mínimo de cobertura (definido como 80% de nacimientos asistidos por personal sanitario capacitado).

(11,2), Honduras (11,9) y Guatemala (13,3). Para alcanzar esa tasa, los países mencionados requerirán 124.000 médicos y enfermeros, de los cuales Haití necesita 18.000, Guatemala 14.500, Bolivia 12.000, Paraguay 9.500 y Honduras 8.500.

En el período 2000–2004 se verificaron aumentos importantes en la dotación de personal sanitario en algunos países: Bolivia aumentó su tasa un 120%, Nicaragua 88%, Paraguay 44%, Costa Rica 25% y Colombia 24%; pero en otros países las tasas de personal sanitario experimentaron una reducción: San Vicente y las Granadinas de 18%, Belice 15% y Guatemala 13%.

Es importante mencionar la formación de recursos humanos en salud, especialmente de médicos, que se realiza en Cuba y que incluye a estudiantes procedentes de otros países. A la fecha, la matrícula de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en La Habana asciende a 8.222 alumnos de 24 países, 20 de los cuales pertenecen a la Región. De la ELAM egresó en 2005 la primera generación compuesta de 1.372 médicos de la Región. También la Escuela de Santiago de Cuba forma en la actualidad a 726 alumnos de tres países, entre ellos Haití, país del cual proceden 128 de los médicos recientemente graduados.

En relación con los ODM, es interesante señalar que al ritmo de crecimiento de los recursos humanos del período 2000–2004, algunos países no alcanzarán en 2015 la tasa de 25 profesionales de salud por 10.000 habitantes, establecida como requisito. Paraguay necesitará 32 años, Bolivia 15, Colombia 11 y Ecuador 9, y en todos los casos el plazo va más allá de 2015. Esa aún más grave la situación de los países con crecimiento negativo de sus recursos humanos, tales como Belice y Guatemala (no se pudo determinar la tasa de crecimiento de algunos países como Guyana, Haití y Honduras, por carecerse de información).

La falta de recursos humanos capacitados es un problema que va más allá de los complejos y prolongados procesos de formación de profesionales sanitarios, y los países con mayores carencias de personal de salud tienen grandes dificultades para crear y financiar puestos de trabajo que consigan atraer y mantener a estos profesionales en los lugares donde son más necesarios.

Composición del personal de salud

La Región en su conjunto cuenta con 21,8 médicos por 10.000 habitantes, cifra que representa un incremento de apenas 0,6 en relación con el año 2000. Cuba es el primer país de la Región en cuanto a la disponibilidad de médicos por habitante: aproximadamente 60 por 10.000, cifra que lo convierte en el segundo país en el mundo en lo que se refiere a este indicador. Las tasas de médicos por habitante del Uruguay y la Argentina también son de las más altas de la Región (superiores a 30 por 10.000 habitantes). En el otro extremo, Haití y Guyana presentan valores de 2,5 y 2,6 médicos por 10.000 habitantes.

Las tendencias de los cambios en las tasas de médicos por habitante variaron enormemente en toda la Región, desde una reducción de 11% en Guatemala, a un aumento de 165% en Nicaragua y de 130% en Bolivia. La tasa de enfermeros por habitante

en toda la Región es de 41,7 por 10.000, valor que prácticamente duplica a la de los médicos; no obstante, su crecimiento tiende a reducirse en forma acelerada. Las tendencias en la variación de las tasas de enfermeros por habitante fueron diferentes entre los países: en Costa Rica aumentó 178%, y en Bolivia, 100%, mientras que en Nicaragua se redujo 58%, en Belice 24%, y en Guatemala 12%.

La tasa de enfermeros por habitante alcanzó un alto valor en los Estados Unidos (97,2 por 10.000 habitantes), en Bermuda (89,6 por 10.000) y en el Canadá (73,4 por 10.000), sobrepasando además a los médicos en una proporción de 3 a 1 en los Estados Unidos, el Canadá y varios países del Caribe inglés. Contrariamente, los médicos sobrepasaron a los enfermeros en una relación de 5 a 1 en los países del Mercosur. La concentración de personal de enfermería de la Región se hace evidente al considerar que en 2004, 83% de los enfermeros se desempeñaban en los Estados Unidos o en el Canadá.

Datos provenientes de encuestas y censos de población efectuados en 13 países de la Región (Belice, Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, la República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Venezuela) que representan un total de 2,4 millones de trabajadores sanitarios, señalan que la proporción de mujeres oscila entre 65% y 70%. Por otro lado, diversos documentos destacan que la importancia numérica del sexo femenino en el sector salud pone de relieve las inequidades de género, ya que los cargos jerárquicos están en su mayoría ocupados por hombres, tanto en las instituciones públicas como privadas.

Presupuesto público en recursos humanos

Los gastos por concepto de remuneraciones y otras erogaciones relacionadas con el personal sanitario constituyen uno de los rubros más importantes de los presupuestos de salud en la Región. Las limitaciones presupuestarias y la rigidez administrativa financiera derivada de la sujeción del financiamiento de las instituciones públicas de salud a los ministerios de economía, afectan a muchos países. La consulta de 2005 mostró que en 64% de los países el presupuesto de las instituciones públicas de salud no es adecuado para satisfacer las principales necesidades de la población. Se reconoce que los presupuestos de salud no permiten planificar de manera adecuada las necesidades demográficas y epidemiológicas de los países con la cantidad y tipo de personal requerido. Aún más, 75% de los países consultados en 2005 estiman que la planificación y elaboración presupuestarias de las instituciones públicas de salud son inadecuadas y no permiten disponer de suficientes trabajadores en lugares alejados y de menores recursos (26).

Las instituciones y autoridades de salud presentan una relativa debilidad en cuanto a su capacidad para negociar las asignaciones presupuestarias. En parte estas dificultades derivan de las limitaciones existentes para obtener y procesar información confiable que vincule el gasto en los servicios con los resultados en la salud poblacional. En tal sentido, son excepciones: el Canadá,

donde cada jurisdicción tiene la potestad de ajustar el personal de salud en función de las necesidades detectadas; Cuba, donde se ajusta el presupuesto según los requerimientos; el Brasil, donde el Programa de Salud de la Familia transfiere recursos específicos para reubicar profesionales en los servicios de atención primaria, y Chile, donde se han realizado recientes reformas legales tendientes a otorgar mayor flexibilidad a las dotaciones de recursos humanos de los servicios de salud.

Desplazamientos de los profesionales de salud

Distribución del personal de salud

La escasez de trabajadores sanitarios en algunos países se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en zonas urbanas, lo que restringe el ya limitado acceso a servicios de salud de las poblaciones residentes en zonas rurales. Solo nueve de los 28 países de la Región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación con la población. Al mismo tiempo, 82% de los países reconocieron debilidades en la adopción de políticas y en la instrumentación de planes orientados a movilizar y atraer a los trabajadores de salud a las regiones de mayor necesidad (26).

Hay notables diferencias en cuanto a la distribución urbano-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas supera 1,5 a 4 veces la tasa nacional, y es 8 a 10 veces mayor que en las zonas rurales (cuadro 12).

En la mayoría de los países que disponen de información sobre la concentración del personal de salud, la proporción de médicos

y enfermeros disponibles entre las regiones de mayor y menor dotación, es menor que 10 a 1, mientras que en otros países (Argentina, Nicaragua, Panamá y Paraguay) la diferencia entre regiones es mayor. Se destacan los casos opuestos de Nicaragua, donde la proporción de médicos disponibles en algunas regiones es 25 veces más que la de las zonas de menor dotación y 16 veces más en lo que atañe a los enfermeros, y de Colombia, que presenta la mayor homogeneidad en la distribución del personal de salud.

Migración de personal de salud

La migración de recursos humanos en salud es un fenómeno de gran complejidad, cuya visibilidad crece conforme va desarrollándose la extracción y expulsión de personal sanitario en el ámbito nacional, y entre países. Este fenómeno está relacionado con la falencia de los mercados laborales en los países expulsores, y tiende a extraer los cuadros jóvenes y más calificados, quienes se insertan más fácilmente en el mercado laboral receptor.

Se destacan dos procesos en los cuales los profesionales se desempeñan fuera de sus países de origen: (a) la migración definitiva de personal de salud, especialmente de enfermeros, desde el Caribe a los países desarrollados, fundamentalmente a los Estados Unidos y el Canadá; (b) y el desempeño temporal de médicos y otros trabajadores de salud provenientes de Cuba en diversos países de la Región.

En algunas naciones la migración de personal de salud constituye un aporte importante de fuerza laboral sanitaria. En Venezuela, el Programa Barrio Adentro utiliza más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. En Chile, la migración de personal de salud del Ecuador, el Perú y Colombia aporta contin-

CUADRO 12. Tasas de médicos y enfermeros por 10.000 habitantes en provincias y departamentos de mayor y menor dotación en países seleccionados de las Américas, 2000–2005.

	Año	Médicos			Enfermeros		
		Tasa de mayor dotación	Tasa de menor dotación	Proporción	Tasa mayor	Tasa menor	Proporción
Argentina	2000	105,0	10,4	10/1	7,2	0,3	24/1
Bolivia	2001	5,3	1,3	4/1	4,6	0,8	6/1
Colombia	2000	14,7	6,0	2/1	4,3	1,9	2/1
Ecuador	2001	24,4	5,7	4/1	9,2	1,5	6/1
Guatemala	2004	30,5	4,5	7/1	n/d	n/d	n/d
Nicaragua	2003	15,0	0,6	25/1	11,0	0,7	16/1
Panamá	2005	7,4	0,6	12/1	n/d	n/d	n/d
Paraguay	2003	19,6	1,2	16/1	n/d	n/d	n/d
Perú	2003	17,7	3,3	5/1	14,5	2,9	5/1

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Recursos Humanos.

Merino, C. Datos básicos sobre formación y distribución de personal de salud. Ecuador 1981–2001.

Perú, Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Situación y desafío de los recursos humanos en salud. Lima: IDREH; OPS/OMS; 2005.

Bolivia, Ministerio de Salud. Indicadores de recursos humanos de 2001.

Guatemala, Ministerio de Salud, Inventario de recursos humanos. Informes nacionales, 2005.

Panamá, Ministerio de Salud. Inventario de recursos humanos del sector público en salud. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org>

Migración de trabajadores de la salud en el Perú y el Ecuador

De acuerdo con una investigación sobre la migración de los recursos humanos de salud en el Área Andina, hay 16.000 médicos y 17.000 enfermeros peruanos trabajando fuera del país. Según la Dirección de Migraciones, los médicos emigrantes pasaron de 1.060 en 1992 a 1.667 en 2004, mientras que los enfermeros se mantuvieron en 1.400. Los países de destino de los enfermeros peruanos son Italia, seguido de los Estados Unidos y España (Investigación de migración de los recursos humanos de salud en el Área Andina).

Una investigación realizada en el Ecuador indicó que 10% de los profesionales de salud graduados en los tres años anteriores, habían salido del país. Los médicos emigran en porcentajes más elevados que los enfermeros, los hombres con mayor frecuencia que las mujeres, y la salida del país es mayor entre profesionales graduados en las universidades privadas (26% frente a 7%). Los Estados Unidos son el destino más frecuente de los profesionales jóvenes ecuatorianos, y luego México y Chile. El trabajo estable y bien remunerado, y las buenas oportunidades de capacitación son los factores que más retienen a los profesionales jóvenes en el país (María Cristina Merino de Rojas. *Migración de médicos y enfermeras recién graduados, en ciudades seleccionadas de Ecuador*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ecuador. Disponible en www.opsecu.org/orhs-ecuador)

gentes de profesionales a los servicios municipales de atención primaria. Varios países del Caribe, como Haití y Santa Lucía, han incrementado sensiblemente la disponibilidad de médicos con el regreso de los estudiantes que recibieron formación médica en Cuba.

Una investigación realizada en Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá y Australia (27) indica que entre 25% y 28% de los médicos que ejercen en esos países se graduaron fuera de esos países, y que entre 40% y 75% de estos profesionales provienen de países de ingresos bajos. En cuanto a las Américas, en los cuatro países estudiados se desempeñan 1.589 médicos jamaíquinos (70% de los que ejercen en su país), 1.067 haitianos (55% de los que ejercen en su país), 3.262 dominicanos (21% de los que ejercen en su país), y cifras variables de médicos peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos que representan entre 4% y 5% de los que permanecen en los países correspondientes. El caso de Haití es muy significativo, porque aunque tiene el menor número de médicos por habitante de la Región —aun sin considerar destinos diferentes que los cuatro países analizados—, presenta una alta tasa de emigración de médicos equivalente a 55% de su fuerza laboral sanitaria. En el estudio mencionado se omitieron los países con menos de 1.000 médicos, por lo que no figuran los del Caribe inglés, con excepción de Jamaica, hecho que cobra interés si se considera que la tasa de puestos vacantes llega a 35% en algunos países de esta subregión.

La investigación citada consigna que el Canadá y México exhiben la mayor emigración de recursos humanos en salud, hecho que se relaciona con la proximidad de ambos países al mercado de trabajo estadounidense, que actualmente tiene 170.000 vacantes en enfermería y se proyecta un incremento hasta de 260.000 para 2010 (ese déficit corresponde a 90% de los enfermeros de América Latina y el Caribe). La demanda anual de residentes de espe-

cialidades médicas en los Estados Unidos supera en unos 6.000 a los médicos que egresan de las escuelas de medicina de ese país, por lo que estas plazas se cubren con médicos provenientes del exterior, muchos de los cuales adquieren residencia permanente en aquel país (28).

La comprensión del proceso de migración del personal de salud exige considerar la influencia de agencias que facilitan y aseguran esa migración, y que suelen ser contratadas por los servicios de salud de los países para reclutar enfermeros o médicos dispuestos a emigrar. Por otro lado, algunos programas de formación de profesionales sanitarios de los países de la Región contribuyen indirectamente a facilitar la migración de sus egresados y existe constancia de que algunas escuelas de medicina tienen programas que no están alineados con la problemática de salud nacional, ni con los niveles tecnológicos disponibles, lo que genera una insatisfacción con las oportunidades existentes y contribuye a incrementar la emigración del personal de salud.

Si bien muchos países reconocen que la migración del personal de salud es un problema importante, son pocos los esfuerzos dirigidos a contar con mejor información al respecto. En la encuesta realizada en 28 países de la Región mencionada anteriormente, solo tres consideraron conocer las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones de salud (26).

Acuerdos internacionales sobre la migración de personal de salud

Solo tres de los 28 países consultados informan haber firmado acuerdos internacionales que regulan los movimientos más frecuentes de los profesionales de salud, desde o hacia el país (26).

Los países pertenecientes al Commonwealth han establecido un acuerdo para cesar el reclutamiento de enfermeros de otros Estados Miembros, pero al mismo tiempo los países del Caribe

inglés requieren el reclutamiento externo de médicos. Por su parte, el Mercosur avanza hacia la regulación de la migración de los profesionales de salud en esa subregión.

Vínculos de los trabajadores con las instituciones de salud para prestar buenos servicios

Evolución de las características del empleo y de los sistemas de contratación

Ya se señaló que, según datos provenientes de encuestas y censos de población efectuados en 13 países de la Región con 2,4 millones de trabajadores de la salud, la proporción de mujeres oscila entre 65% y 70%, pero los puestos jerárquicos en las instituciones tanto públicas como privadas del sector salud están ocupados mayormente por hombres (29, 30). Estos estudios señalan que en 2002 la tasa de desempleo general era de 6,2%. En los países considerados, el porcentaje de mujeres empleadas de ambos sectores oscilaba entre 49% y 70% en el sector público y entre 64% y 76% en el sector privado. Entre los trabajadores desempleados, el porcentaje de mujeres fue significativamente mayor que el de hombres (31).

El pluriempleo es una condición generalizada que está ligada al incremento de puestos de trabajo a tiempo parcial y a las bajas remuneraciones, que impulsan a obtener ingresos de distintas fuentes. En muchos países de la Región se ha configurado un mercado de trabajo “dual”, que combina mejores salarios y condiciones de trabajo en el subsector privado y mayor protección social y otros beneficios en el subsector público. El pluriempleo se aprecia en mayor grado en Argentina, Brasil, Uruguay y Perú, y en menor medida en Chile, Panamá y El Salvador. En el caso del Perú, un estudio detectó que 71% de los médicos tenían dos o más empleos. En el Uruguay, según estudios realizados en los últimos 20 años, se mantiene un promedio de 2,6 puestos de trabajo por médico. Entre los trabajadores del área de enfermería, el pluriempleo es considerablemente menor, lo que se explica por la relativa mayor cantidad de horas requeridas en cada puesto de trabajo. En el Uruguay, el promedio de cargos por enfermera es de 1,34, la mitad del registrado para los médicos.

Diversidad de regímenes laborales

Las nuevas tecnologías, la reducción del tiempo de internación y el aumento de los servicios ambulatorios y de atención domiciliaria repercuten en el empleo en el sector salud, donde tienden a disminuir los puestos en los hospitales y a aumentar los correspondientes a la red de atención básica. Así, y en contraste con lo que ocurre en otras áreas, el conjunto de la fuerza de trabajo en salud se mantiene en proceso de crecimiento. El efecto más destacado de las reformas sectoriales no ha sido la reducción del personal de salud sino la flexibilización de las modalidades de vinculación laboral, mediante la adopción de formas alternativas

de subcontratación, muchas veces precaria, con empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, cooperativas de trabajadores u otras asociaciones de trabajadores (32).

Diversos estudios y fuentes de información latinoamericanas e internacionales consignan el deterioro de la situación laboral de los trabajadores sanitarios en los últimos años (33). Los mercados de trabajo en general, y los de salud en particular, han dado lugar a la expansión de las formas asalariadas y de trabajo precarias, ya sea por desprotección, por encubrimiento del trabajo asalariado bajo supuestas formas autónomas, o por la fugacidad de las relaciones establecidas.

La tendencia a la reducción de la protección para los trabajadores de la salud se agudizó en muchos países (Argentina, Brasil y Perú, entre otros). Esta reducción supone la coexistencia de modalidades de contratación y por ende de protección diferente para trabajadores que realizan tareas similares, lo que plantea preocupación sobre su posible incidencia en la calidad de la atención.

La tercerización o subcontratación en salud se centraba inicialmente en el área de servicios generales (limpieza, alimentación, mantenimiento y seguridad); sin embargo, en la actualidad incluye servicios profesionales que se reclutan mediante la contratación de cooperativas médicas, de organizaciones de enfermería para cuidados a domicilio, o de servicios de rehabilitación, entre otros. Una investigación realizada en el Brasil indicó que 49% de la mano de obra de los hospitales de 150 a 300 camas se encontraba subcontratada, cifra que en los hospitales de más de 300 camas era de 38% (34). La partida presupuestaria dedicada para la contratación externa en la Caja Costarricense del Seguro Social ha ido en aumento paulatino año tras año desde hace poco menos de una década.

El deterioro de las condiciones de trabajo, signado por la extensión de la jornada, por el incremento en la intensidad del trabajo y por la desintegración de los equipos de salud, constituye un conjunto de problemas que afectan a la gestión en salud y dificultan el cumplimiento de los objetivos de las instituciones. Por su lado, el deterioro de las condiciones de trabajo repercute en los trabajadores, por lo que la salud ocupacional del personal ha pasado a ser una preocupación manifiesta para las autoridades de salud de muchos países de la Región.

En vista de que el incremento de la flexibilidad de las relaciones laborales no ha resultado en los beneficios esperados y que está creando dificultades imprevistas, muchos países están comenzando a desarrollar políticas de “desprecariación” laboral en salud. En el Perú, donde se observó una fuerte expansión del número de contratados a plazo fijo o por servicios no personales (sector laboral que aumentó 430% en ocho años), un contingente importante de médicos y otros trabajadores han sido nombrados en forma estable en el último período. También en el Brasil, donde gran parte del personal reclutado en los municipios tras la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) había sido contratada en forma precaria (35), se están aplicando políticas de

desprecarización de las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios.

Descentralización de la gestión de recursos humanos en salud

En la década pasada muchos países impulsaron procesos de descentralización de la gestión de los servicios de salud, que produjeron profundos cambios en la gestión de los recursos humanos en el sector público. Una encuesta aplicada en 18 países de la Región mostró que la delegación de competencias para gestionar el recurso humano en forma descentralizada se produjo en 16 de ellos, con variaciones en el grado de descentralización, de autonomía, o de ambas (36). Estos procesos en general no fueron acompañados por un fortalecimiento de la capacidad regulatoria a escala nacional y no siempre significaron la transferencia de financiamiento y el fortalecimiento de capacidades descentralizadas para la gestión de los recursos humanos. El Brasil constituye una excepción, ya que la descentralización se realizó con transferencia de financiamiento, y se delegaron capacidades de regulación, mientras, en el ámbito nacional, se presta atención especial a la formulación de políticas y la planificación de recursos humanos en salud.

Planes de cargos y carrera sanitaria

Hay una creciente insatisfacción en torno a las formas de relación laboral en el sector salud. De los países de la Región consultados en 2005, 75% considera que los sistemas de contratación, incentivos y evaluación del personal de salud que utilizan no promueven la identificación de los trabajadores con la misión de dar buenos servicios de salud (26). Algunos de los países latinoamericanos y caribeños están discutiendo reglamentaciones que buscan colocar las relaciones de trabajo en un marco más definido. En este sentido, el establecimiento de la carrera sanitaria se está considerando como una respuesta a la falta de identificación de los trabajadores sanitarios con su función y como una herramienta adecuada para mejorar la calidad de la relación laboral.

Persisten diferencias en materia de nomenclatura y en cuanto al contenido de los reglamentos que regulan la gestión de personal público de salud. En general se utiliza el nombre de carrera sanitaria, pero también se habla de reglamento o ley de recursos humanos, estatuto del funcionario de salud, ley médica o “plan de cargos y salarios”. En algunos casos estos reglamentos son exhaustivos y en otros son genéricos; unos intentan ser aprobados por ley nacional y otros constituyen estatutos internos del Ministerio de Salud que no abarcan a todo el sector (cuadro 13) (33).

Competencias, reclutamiento y carrera del personal directivo en salud

Muchos países de la Región no cuentan con sistemas de gestión de recursos humanos en salud diferenciados de los regímenes generales del personal público, lo que determina serios problemas por su falta de adecuación a las situaciones reales del trabajo en

CUADRO 13. La carrera sanitaria en 19 países de la Región.

	Países	Número
Existe	Brasil, Chile, República Dominicana	3
En reglamentación	Colombia	1
Proyecto en discusión	Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Uruguay	5
No hay	Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Perú y Venezuela	10
Total		19

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Recursos Humanos.

salud. Los procesos de descentralización llevados a cabo, la necesidad de reducir costos en una estructura tecnológica cada vez más compleja y costosa, y los cambios en la composición del personal, por un lado, y la mayor conflictividad laboral por otro, imponen nuevos retos para la gestión de recursos humanos en salud.

De los países consultados en 2005, 65% considera que los sistemas de selección y capacitación de gerentes que utilizan no facilitan el desarrollo de las capacidades de los equipos de dirección, ni estimulan a los trabajadores a brindar buenos servicios de salud (37). No obstante, en el período considerado algunos países han mejorado los procesos de selección de directores de servicios, y en casi todos se ha capacitado a los gerentes de salud. En Chile se instaló el sistema de selección de la Alta Dirección Pública por medio de concurso público y se incrementaron los esfuerzos para formar a los cuadros gerenciales de salud. En México se implantó el servicio profesional de carrera mediante el cual se han realizado sistemas de concurso de gestores y puesto en marcha una serie de estrategias de capacitación orientadas al desarrollo de competencias en gestión de servicios de salud.

Gestión y regulación de conflictos del personal de salud

Durante 2004, la conflictividad laboral en el sector salud se expresó en la realización de 64 huelgas de alcance nacional en 10 países, lo que significó un crecimiento de 73% de la conflictividad laboral con respecto al año anterior. Las huelgas fueron convocadas por 31 organizaciones (12 de trabajadores, 10 de médicos, seis de enfermeros y obstetras, y tres de otros profesionales de la salud). En tres países de la Región se llevaron a cabo 56% de las huelgas, y 81% de las huelgas tuvieron como principal demanda el incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector salud (38).

En algunos países el derecho de huelga se regula de manera diferencial en los servicios públicos esenciales para la comuni-

dad, entre ellos la salud, con el propósito de garantizar el derecho inalienable de los ciudadanos a la prestación de tales servicios. Las reglamentaciones tratan de compatibilizar el interés general con los intereses de los trabajadores, garantizando el mantenimiento de los servicios, para lo cual establecen restricciones o limitaciones al derecho de ir a la huelga.

Capacitación de los trabajadores de salud

Los proyectos de reforma de los países de la Región pusieron de relieve la necesidad de contar con personal idóneo para implementarlos. La demanda de nuevas competencias y la modificación de los perfiles ocupacionales de grandes grupos de trabajadores sanitarios dieron lugar a programas masivos de capacitación y a la adopción de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos educativos. Se generó así un activo mercado de capacitación.

Una evaluación de 15 proyectos de capacitación realizados en ocho países de la Región (39) reveló que los montos destinados a la capacitación del personal de salud fueron distintos según el país. Los proyectos nacionales insumieron entre US\$ 700.000 y US\$ 350 millones, de los cuales el componente educativo representó entre 2,8% y 6,5% de los fondos totales de los proyectos. La evaluación de estos componentes muestra que si bien mejoraron las competencias y habilidades del personal de salud y provocaron cambios favorables en los servicios, no contribuyeron al desarrollo de políticas de recursos humanos. Los proyectos no mejoraron la capacidad institucional para la gestión del desarrollo de los recursos humanos ni permitieron paliar los fenómenos de precarización, o la alta movilidad de los trabajadores del sector. Cabe señalar que la inversión en capacitación del personal de salud, que en la década anterior fue significativa en casi todos los países de la Región, se ha visto reducida en el último período.

Interacción entre las instituciones de formación profesional y las de servicios de salud

Programas y experiencias de integración docencia-servicios

Existen innumerables experiencias en la Región que reflejan la interrelación de las instituciones de formación de profesionales de la salud con las de servicios y los ministerios o secretarías de salud, interacciones que en este último período se han incrementado y han continuado consolidándose. En Chile se creó la Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS), y en el Brasil, la consolidación de la Red de Observatorio de Recursos Humanos estableció un espacio de colaboración entre los gestores del Sistema Único de Salud (SUS) y el universo académico. También se lograron avances importantes en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Cuba constituye un caso particular, ya que los procesos de formación de personal sanitario se desarrollan en los servicios de salud que funcionan simultáneamente como centros de formación profesional.

Reformas de planes de estudios orientados hacia la atención primaria de salud. La oferta de formación profesional existente en la mayoría de los países de la Región y los perfiles de los egresados mantienen diferencias significativas con la demanda de los servicios de salud y con las necesidades de la población, lo que se agrava por la debilidad de los mecanismos necesarios para la actualización permanente del personal de salud. Pese a la aceptación unánime de la importancia de establecer sistemas de salud basados en la atención primaria, se observa una relativa carencia de profesionales con formación orientada hacia la salud familiar. La incorporación de contenidos de atención primaria de salud es por lo general débil en los planes de estudio básicos de profesionales y técnicos sanitarios, si bien ocupa un lugar importante en la formación de personal de enfermería.

La proporción diferente de médicos y enfermeros en los países de la Región pone de manifiesto estrategias heterogéneas frente a los problemas de salud, y en general denota a los médicos como grupo dominante. Existen sin embargo importantes experiencias de formación de equipos de salud de nivel primario, tales como los constituidos en Cuba, donde el médico y la enfermera integran el equipo profesional base; los servicios sociales de pregrado, profesional y profesional especializado en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, donde se destinan médicos, enfermeros, obstetras y odontólogos para la atención de salud en zonas rurales y urbano-marginales, y el Programa de Salud de la Familia en el Brasil, que cuenta con equipos integrados por médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud (40).

Regulaciones para reorientar la formación del personal de salud hacia la atención primaria. Una mayor flexibilización en cuanto a la formación de los profesionales sanitarios ha permitido la proliferación de centros privados, lo cual, aunado a la carencia o debilidad de mecanismos de regulación para garantizar la calidad de la formación, hace que los egresados no siempre cuenten con las competencias requeridas para el ejercicio de su actividad. Al respecto, cabe destacar que 90% de los países consultados consideran que las regulaciones generales del Estado sobre los contenidos formativos resultan inadecuadas y que los incentivos que promueven el diseño de planes de formación de profesionales de la salud adecuados a las realidades nacionales resultan limitados (26).

En el último período se avanzó en la Región en materia de regulaciones educativas. Así, por ejemplo, en Colombia se expidió un decreto para garantizar la calidad de la formación de profesionales; en el Perú se establecieron los requisitos para la formación de pregrado obligatoria para las facultades o escuelas de medicina, y en Bolivia varias carreras del sistema público desarrollan procesos de acreditación. Como iniciativa subregional en el campo de la regulación educativa en salud se destaca el “Sistema centroamericano para acreditar programas académicos”,

conducido por el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA).

FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

El sector salud y el sistema de salud

El sector de la salud se define como el conjunto de valores, normas e instituciones, así como de los actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos primordiales son promover la salud de individuos o grupos de población. Se supone que las actividades que realizan estos actores e instituciones están dirigidas a la prevención y control de la enfermedad; la provisión de servicios de salud personales y no personales a la población; la investigación científica en salud; la capacitación de personal de salud, y la disseminación de información a la población en general.

Esta definición se inscribe en un marco conceptual que contempla: 1) el concepto de salud adoptado por la OMS en su Constitución de 1946, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, incluidos sus factores determinantes y condicionantes; 2) el reconocimiento de que cada país organiza su propio sistema de salud; 3) las relaciones del sector salud con otros sectores sociales y económicos; 4) una visión dinámica del sector, que toma en consideración los cambios en las instituciones y actores que lo conforman, así como el entorno económico en el cual desarrollan sus actividades y el conjunto de sus valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos, tecnologías, intereses y asimetrías de poder; y 5) el análisis funcional del sistema de servicios de salud y sus implicaciones para la acción. Por tanto, el sector salud abarca todas las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud, incluidas las actividades económicas y productivas relacionadas con la salud (41).

Los sistemas de salud han sido caracterizados de maneras diversas. Si bien es sustancial definir sus límites, es necesario recordar que los sistemas de salud actúan como mediadores y articuladores, dentro de un marco político, económico y técnico, y en un momento histórico determinado. En consecuencia, la definición, los límites y los objetivos de un sistema de salud son específicos de cada país de acuerdo con sus propios valores y principios.

La OPS reseña tres nociones de lo que constituye un sistema de salud.¹⁰ En su significado más restringido, un sistema de salud

se reduce a llevar a cabo actividades bajo el control directo del Ministerio de Salud, de modo que quedan excluidas muchas otras iniciativas públicas o privadas ajenas a esta institución. En algunos países, lo anterior comprende las acciones tradicionales de salud pública y la oferta parcial de servicios médicos personales, pero no incluye todas las intervenciones necesarias para mejorar la salud, e incluso pueden estar excluidos los servicios médicos personales que prestan otras instituciones del Gobierno, organizaciones no gubernamentales o el sector privado. La segunda noción de sistema de salud abarca los servicios médicos individuales y los servicios de salud dirigidos a la colectividad, pero no incluye las acciones intersectoriales destinadas a mejorar la salud. Así, se considerarían parte del sistema de salud las intervenciones tradicionales de salud pública, tales como la disseminación de información sanitaria, pero no las actividades intersectoriales de carácter ambiental, como el saneamiento y el suministro de agua potable. La tercera definición considera como parte del sistema de salud cualquier medida cuyo fin primordial sea mejorar la situación de salud, incluidas acciones intersectoriales tales como el establecimiento de normas para reducir las defunciones causadas por accidentes de tránsito.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el sistema de salud como el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recobrar o mejorar la salud. Esto abarca las acciones dirigidas a incidir en los determinantes de la salud, así como las orientadas a mejorar la situación sanitaria. En el marco de la definición de la OMS, el sistema de salud abarca, además de los establecimientos sanitarios, el cuidado de la salud en el hogar, los proveedores privados, las campañas para el control de vectores, y las aseguradoras, entre otras, y comprende también acciones que realizan otros sectores y que afectan a la salud (42).

La elección de una u otra de estas definiciones está directamente vinculada al concepto de responsabilidad que tiene el Estado en relación con la salud. No obstante, es evidente que a pesar de las diferentes acepciones existentes de sistema de salud y sector de la salud, la evolución de ambos conceptos ha conducido a una progresiva fusión de estos. Actualmente, ambos denotan que el campo de acción de la salud requiere intervenciones indelegables por parte del Estado para actuar sobre los determinantes de la salud, incluidos los factores sociales, económicos y productivos que inciden en los resultados en salud, así como las intervenciones acordadas entre diversos sectores y agentes que influyen en los resultados de salud de la población.

Diferencias conceptuales sobre el alcance operativo de las funciones de los sistemas de salud

En los últimos años se ha intensificado el debate sobre los enfoques conceptuales y metodológicos para analizar y entender los sistemas de salud. Se han empleado enfoques que estudian los

¹⁰Basado en: PAHO/WHO. Critical issues in health systems performance assessment (documento de información general), Washington, D.C., 2001, y Health systems performance assessment and improvement in the Region of the Americas. PAHO/WHO: Washington D.C., 2001, y Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2001; 10 (1).

sistemas según sus modelos de financiamiento y de provisión de servicios, que pueden ser de dos tipos, público y privado, clasificación que ha contribuido progresivamente al debate. Otro enfoque relacionado es el centrado en la oferta y la demanda, y que involucra la participación del Estado.

Una de las expresiones más importantes del debate sobre el papel del Estado en el sistema de salud está centrada en la definición de las funciones del sistema de salud, las atribuciones que competen a cada una de ellas y su relación con la estructura del sistema de salud. En tal sentido, la taxonomía tradicional de los sistemas nacionales de salud se ha fundamentado primordialmente en el tipo de propiedad que impera en el sistema, ya fuera público o privado, e incluía la responsabilidad que se le atribuía a cada uno en cuanto al financiamiento y la provisión de servicios. Actualmente, debido a la complejidad creciente de los sistemas de salud, se han desarrollado relaciones diferenciadas entre el Estado, el sector público, los esquemas de financiamiento/aseguramiento y el sector privado. Por consiguiente, la taxonomía utilizada anteriormente ya no resulta útil, lo cual ha conducido al desarrollo de una tipología basada en las funciones del sistema de salud (43), ya que permite analizar el sistema de salud en función de su capacidad para integrar la población o las instituciones. Con referencia a la población, integración se refiere al nivel de acceso de diferentes grupos a las instituciones del sistema. Integración de las instituciones se refiere a los arreglos organizativos y funcionales que se elaboran para desempeñar efectivamente las funciones del sistema de salud.

La publicación del Informe Mundial de la Salud 2000 (4) promovió una amplia discusión en el ámbito internacional, centrada en la definición de las funciones centrales de los sistemas de salud y la evaluación de su desempeño. El Informe planteó que las funciones clave de los sistemas de salud comprenden: la provisión de servicios, la generación de recursos, el financiamiento (incluidos la recaudación, el acopio y la compra), y la rectoría. El informe argumentó también que el objetivo fundamental de las funciones del sistema propuesto es lograr niveles óptimos de salud y eliminar las inequidades en el acceso. Los objetivos o indicadores de desempeño incluyen la salud de la población, la capacidad de respuesta, y una contribución financiera justa. Dicha posición conduce a la necesidad de definir prioridades y racionalizar la distribución de servicios esenciales en salud, utilizando criterios de costo-eficiencia y de aceptación social. En este contexto, se visualiza al individuo como un proveedor de servicios, un profesional, un contribuyente de impuestos o un consumidor, pero no como un ciudadano con derechos a recibir beneficios sociales en salud. Por consiguiente, si se utiliza dicho marco, se deberán precisar las responsabilidades que efectivamente tendrá el Estado en el campo de la salud (44).

Con base en el análisis de los procesos de reforma y reorganización de los sistemas de salud en curso en los países de la Región, la OPS/OMS utiliza una clasificación que considera tres

funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría, financiamiento/aseguramiento, y provisión de servicios de salud.

Tendencias generales de las reformas sanitarias en América Latina y el Caribe que han influido en las funciones tradicionales de los sistemas de salud

Tendencias relativas a la función de rectoría

Históricamente, en el marco de los subsistemas públicos y de los sistemas nacionales de salud, los ministerios de salud han centrado su quehacer en las funciones normativa y de provisión de servicios de salud. No obstante, los procesos de reforma del sector salud impulsaron fuertemente la descentralización, tanto del Estado como del sector salud, lo cual, aunado al surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la responsabilidad tradicional relacionada con la provisión de servicios de salud y aumentar su ámbito de acción en funciones relativas a la rectoría del sector. Los procesos de seguimiento y evaluación de las reformas sectoriales llevados a cabo en las Américas entre 2000 y 2003, pusieron de relieve tendencias regionales que han repercutido directamente en la capacidad de los países para ejercer la rectoría de la salud (45, 46, 47).

Como producto de la creciente tendencia a la separación de las funciones del sistema de salud, tales como el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, las tendencias derivadas de las reformas que han tenido mayor repercusión incluyen en primer lugar la segmentación y en segundo lugar la fragmentación. De igual manera, han incidido en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización y en el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, caracterizado por el aumento progresivo en la participación de los seguros privados. Como resultado, los países de la Región buscan fortalecer el papel rector de los ministerios de salud dentro del sector y consolidar el liderazgo del sector en su conjunto a fin de efectivamente contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores que inciden sobre el sector salud (48).

Tendencias relativas a las funciones de financiamiento y aseguramiento

Cambios en la composición del financiamiento. En la Región se registran grandes variaciones en la composición (proporción pública/privada) del financiamiento de la salud. Ya se mencionó que los países con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB suelen contar con sistemas sanitarios nacionales de seguros de salud con cobertura de servicios universal o casi universal, que alcanza a 64,0% en Bolivia, 78,8% en Costa

Rica, 84,1% en Canadá y 86,8% en Cuba, según el informe sobre Indicadores del desarrollo del Banco Mundial 2006.

En promedio, el gasto privado en salud (la compra de bienes y servicios de salud) asciende a 52% del gasto nacional en salud en los países de la Región.¹¹ Como ya se mencionó en la sección sobre gasto nacional en salud, en gran medida el aumento del gasto privado en salud responde al incremento del gasto directo de los hogares y a la expansión de las aseguradoras privadas y los planes médicos prepagados, rubros estos últimos incrementados desde fines de los años ochenta y principios de los noventa hasta alcanzar la proporción ya señalada de 27% del gasto privado total en salud hacia 1995, y estabilizada desde entonces en ese nivel, aproximadamente 1,2% del PIB.

Un segundo factor que explica el incremento del gasto de bolsillo son las deficiencias de cobertura de los sistemas públicos. Los quintiles de población más pobres tienen acceso limitado a la seguridad social debido al alto porcentaje de trabajadores del sector agrícola o informal, y también tienen acceso limitado a los servicios públicos en sí. Algunos gobiernos asignan la mayor parte de sus recursos a los niveles secundario y terciario de atención y en zonas predominantemente urbanas, con lo que el subsidio público puede favorecer en forma desproporcionada a la población urbana y a los quintiles de mayores ingresos.

Variación en la distribución del gasto público. Hay una amplia variación en la magnitud de los recursos nacionales que se destinan a la atención de salud como porcentaje de la economía nacional. El amplio intervalo de variación sugiere que si bien el ingreso per cápita desempeña un papel importante en la determinación de la porción del PIB dedicado al gasto nacional en salud, otros factores también pueden estar jugando un papel muy importante. Por ejemplo, el hecho de que los países gasten relativamente más o menos de su PIB en salud parece estar más influido por las decisiones de política nacional respecto al acceso y cobertura universal o a la expansión de servicios básicos de salud para toda la población, que por la forma en que los sistemas nacionales de salud están organizados y financiados. Por ejemplo, en países con alto porcentaje de población pobre y donde al mismo tiempo el gasto directo o de bolsillo constituye el principal medio de financiación de la atención sanitaria, el gasto nacional tiende a ser bajo. Ya se señaló que existe una relación inversa entre los niveles de ingreso de los países y el impacto distributivo del gasto público en salud, impacto que suele ser progresivo en los países con mayores niveles de ingreso y regresivo en los países de bajos niveles de ingreso. Ello sugiere que

en estos últimos las políticas de gasto en salud no están orientadas hacia la equidad o no están debidamente monitoreadas para asegurar el beneficio de la población más necesitada.

Las inequidades son aún mayores cuando se comparan las diferencias en gasto per cápita por beneficiario en los programas de seguro social de salud. El efecto redistributivo positivo se observó en países donde este gasto representa un porcentaje igual o mayor a 2,5% del PIB (Argentina, Colombia, Chile y Jamaica), mientras que el efecto redistributivo negativo se observó en países cuyo gasto representa alrededor de 1% o menos del PIB (Ecuador y Guatemala). Hay mucho espacio para mejorar el uso de los instrumentos de financiamiento y gasto de gobierno para obtener mayor equidad en materia de financiamiento y acceso. Datos presentados en otras secciones de este documento sugieren que los gobiernos de la Región de América Latina y el Caribe, y en particular los países de bajo ingreso, tienen el potencial de hacer un uso más efectivo de los instrumentos fiscales existentes para enfrentar los desafíos en materia de salud y equidad.

La protección social en salud constituye un tema marginal. En los últimos años los seguros privados y los planes prepagados se han convertido en importantes mecanismos para el financiamiento privado de la salud en muchos países de la Región. El rápido incremento en el monto de los recursos que se destinan a estos rubros es el factor más importante que explica las tendencias recientes del gasto nacional en salud.

El tamaño de los mercados de aseguramiento privado y de planes prepagados parece estar determinado por la relativa importancia del sistema público de servicios de salud, incluidos tanto la cobertura como el alcance de los servicios, así como la existencia o la falta de políticas que favorezcan el surgimiento de estos mercados y regulen su funcionamiento. La presencia de grandes corporaciones nacionales o transnacionales también parece ser factor relevante en la explicación de la distinta importancia relativa de los mercados de aseguramiento privado y de los planes prepagados de salud. En el Perú, por ejemplo, la existencia de grandes empleadores privados que ofrecen beneficios de salud no solo ha contribuido al desarrollo de las aseguradoras, sino también a incrementar la oferta de servicios privados de salud de alta complejidad.

Por otro lado, la falta de cobertura de servicios públicos de salud no parece ser razón suficiente para el crecimiento del mercado privado de seguros de salud. En el caso de México, el desarrollo del mercado privado de seguros de salud es relativamente bajo, a pesar de las deficiencias de cobertura del sistema público de salud. Por otro lado, aun en países con sistemas casi universales de seguridad social, como la Argentina, Costa Rica y el Uruguay, las grandes firmas proporcionan a sus trabajadores un seguro complementario de salud para reducir el tiempo de espera en los servicios públicos, proveer el acceso a una “mejor calidad de atención”, o ambas cosas.

¹¹ Este cálculo incluye los gastos privados de consumo que pudieron haber sido financiados directamente por los hogares mediante el gasto de bolsillo, o indirectamente a través de seguros de salud o planes de prepago o de transferencias de otros sectores institucionales de la economía.

La importancia creciente del gasto privado en salud en concepto de seguros privados o planes prepagados es un factor que está transformando los mercados de atención de salud en la Región. Esta tendencia representa un gran desafío para las políticas sanitarias, específicamente en lo que se refiere al diseño de regulaciones que aseguren eficiencia en el funcionamiento de esos mercados, así como para solventar las inequidades de acceso a la atención sanitaria. Debido a la falta de regulaciones adecuadas, o a la limitada aplicación de las existentes, muchas personas con seguros privados de salud utilizan los servicios de atención subsidiados por el Estado, por ejemplo los hospitales públicos, con objeto de mantener bajas sus contribuciones al seguro o disminuir el costo de su póliza. Los seguros privados de salud pueden optar por incluir en el paquete de prestaciones solamente un número limitado de servicios médicos, bajo el supuesto de que los procedimientos más costosos, pero por lo general infrecuentes, van a ser subsidiados por los hospitales públicos.

Tendencias relativas a la función de provisión de servicios de salud

En la Región aún persisten grandes desafíos en relación con los servicios de salud (49). El acceso a la asistencia sanitaria no es universal y en muchos casos es prácticamente inexistente para los grupos sociales que más la necesitan. La oferta de servicios de salud no siempre refleja las expectativas, valores sociales y preferencias culturales de sus poblaciones. En muchos casos, la entrega de servicios es inefectiva y de baja calidad técnica. De igual manera, los recursos disponibles no siempre se utilizan adecuadamente, lo que a su vez genera ineficiencias en los servicios y contribuye a incrementar el costo de la salud. En algunos casos, el financiamiento de los servicios es insuficiente e insostenible (41).

Como resultado de las reformas sectoriales y los procesos de cambio en los sistemas de salud, se han introducido nuevas modalidades de atención en los países, y en aquellos donde el mercado de aseguramiento es fuerte la oferta de servicios está ahora más orientada hacia la demanda. En Chile, por ejemplo, la orientación de los servicios es hacia una atención más integral, centrada en la familia, con énfasis en la atención primaria en centros de salud familiar en lugar de consultorios individuales, y con una capitación que busca incrementar la capacidad de respuesta de los servicios ambulatorios. En México, la creación del seguro popular de salud representa de hecho una modificación al modelo de atención de la Secretaría de Salud, al clarificar que los beneficios del usuario son un derecho, al mismo tiempo que se subsidia el costo de los servicios limitando el aporte del paciente a un copago. En los Estados Unidos se introdujeron recientemente reformas a los sistemas de aseguramiento público en salud para Medicare, con el fin de extender sus beneficios a la compra de medicamentos, cuyo alto costo es un factor importante del gasto nacional en salud y una carga económica sustancial para los pensionados.

Otros países están planteando cambios que responden a diferentes prioridades nacionales. Por ejemplo, Nicaragua ha modifi-

cado la entrega de servicios de conformidad con su transición epidemiológica, y, al igual que otros países, ha efectuado cambios en los tres niveles de atención. El primer nivel de atención ha sido modificado en respuesta a las poblaciones vulnerables, poniendo el acento en el género y en la distribución geográfica, y definiendo criterios de focalización y de exoneración del pago por servicios. En el Brasil, se ha aumentado la prestación de servicios ambulatorios y los cuidados en el hogar por medio de una variedad de estrategias que van desde la modificación del modelo básico de atención hasta la preparación de planes para la regionalización de los servicios públicos, sumándose así a los esfuerzos que otros países han venido realizando en estas áreas.

Varios países han dado prioridad a la atención de salud de los grupos vulnerables. En el Paraguay, por ejemplo, se está centralizando la gestión de los programas de servicio en una Oficina General de Programas, para darle prioridad a la atención materno-infantil y concentrarse en la atención a las poblaciones rurales e indígenas. Bolivia y Colombia poseen programas focalizados en grupos vulnerables, como los orientados a la salud de la madre y el niño, a menores de 5 años, a poblaciones indígenas y de la tercera edad, y a grupos en riesgo epidemiológico. En Cuba se han introducido servicios más eficaces e innovadores, tales como la cirugía ambulatoria, una convalecencia en hospital más corta, y el seguimiento a domicilio. En Cuba, y en menor medida en Centroamérica, se han fortalecido también los servicios de referencia y contrarreferencia y la evaluación sistemática de los servicios por medio de indicadores cuantitativos y cualitativos, lo que permite identificar mejor los problemas y tomar decisiones correctas y oportunas. La mayoría de los países expresan su compromiso con la entrega de servicios adecuados a las necesidades de la población y de calidad, pero a menudo persisten problemas en la asignación de los recursos necesarios o en la organización de los servicios requerida para cumplir con este objetivo.

Con respecto al modelo de gestión, muchos países informan la introducción de cambios generales en el modelo. En Panamá el principal cambio ha sido la participación activa del Consejo de Gestión en la administración del Hospital Integrado San Miguel Arcángel, y la creación de una entidad coordinadora nacional de salud (CONSALUD), un ente privado de utilidad pública constituido por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro, para el financiamiento y compra de servicios de atención a proveedores sin fines de lucro en todo el territorio nacional. Cuba ha experimentado una transformación profunda de su modelo de atención que ha servido para fortalecer el nivel comunitario, promover el intercambio de información e incrementar la función de regulación del Ministerio de Salud Pública. Todo ello ha mejorado el control y la aplicación de programas en las provincias, y fortalecido el conocimiento de los actores clave en la identificación de problemas prioritarios en el sector y en el diseño de soluciones.

Se han introducido compromisos y contratos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de salud en varios países. En Guatemala, las autoridades del nivel central del Ministerio

de Salud y los gerentes regionales han asumido el compromiso de incrementar la cobertura y reducir la incidencia de ciertas enfermedades. De igual manera, en Nicaragua y en Bolivia se firmaron compromisos de gestión, y Bolivia los introdujo como parte del seguro maternoinfantil. En el año 2000, en Bolivia, en algunos distritos comenzaron a firmarse estos acuerdos con hospitales autónomos, aun cuando el marco regulatorio de estos mecanismos todavía no estaba definido.

Algunos países también están tomando medidas tendientes a eliminar los obstáculos legislativos para la compra y venta de servicios por terceros. En la Argentina, la regulación en apoyo a la descentralización de hospitales ha proporcionado un marco jurídico para la compra y venta de servicios de salud. Esta legislación permite que los hospitales establezcan acuerdos con los servicios del seguro social y otras entidades, capten tarifas por servicio de usuarios con capacidad de pago o de pagadores a terceros, y funcionen como una red de servicios. El Instituto de Seguridad Social ha iniciado un estudio para determinar la viabilidad de la subcontratación de ciertos servicios de apoyo a terceros, como los de cocina y lavandería. En Chile existe también la posibilidad legal e institucional de comprar y vender servicios a terceros a través del sistema público. Esto por lo general se aplica a servicios de mantenimiento y a instituciones especializadas, y en jurisdicciones administradas por la población.

No obstante los cambios al modelo de gestión aquí señalados, muy pocos países están considerando la privatización de los servicios públicos. La Argentina, por ejemplo, ha documentado que la descentralización de la gestión de hospitales les ha dado a los gerentes de hospitales flexibilidad administrativa, y ha hecho posible que las autoridades locales privaticen algunos servicios. El Salvador y Guatemala han evaluado la posibilidad de una gestión privada de servicios públicos. Por otro lado, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay no han entregado la operación de ningún servicio público a privados. Como parte de los cambios que se están introduciendo, varios países informan la creación de procedimientos de acreditación de servicios de salud. Por ejemplo, El Salvador está revisando los requerimientos de acreditación en centros de enseñanza superior con objeto de mejorar la calidad de los profesionales que se están preparando. En el año 2000, la República Dominicana creó la Comisión Nacional de Calidad para normalizar los procesos y crear protocolos orientados a mejorar la entrega de servicios. En la Argentina se han puesto en marcha nuevos procedimientos para la autorización, acreditación y clasificación de los servicios de salud, la certificación y recertificación profesional, el control sanitario, y la supervisión y evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud. No obstante, es difícil evaluar el cumplimiento de estos procedimientos, ya que las provincias son las responsables de llevar a cabo estas funciones. En la subregión Andina, Perú, Bolivia y Colombia han institucionalizado procesos de acreditación en varios niveles de servicios.

“Los gobiernos de las Américas han enfatizado que las estadísticas vitales y de salud son esenciales en todas las etapas de la planificación programática y de evaluación de las actividades desarrolladas por los servicios de salud, así como de los efectos sociales logrados.”

Abraham Horwitz, 1966

Además de definir los procedimientos de acreditación y de entrega de servicios, varios países notifican la creación de programas en los Ministerios de Salud para mejorar la calidad. Así, Trinidad y Tabago ha establecido un Directorio de Gestión de la Calidad, responsable de la organización de un sistema que coadyuve a mejorar la calidad en la atención. El Directorio comprende un sistema de acreditación de servicios de los niveles primario y terciario, así como el desarrollo de un sistema de auditorías clínicas. El Directorio también ha comenzado a definir un plan para fortalecer la evaluación de tecnología en salud y la capacidad de gestión. En Honduras, la Nueva Agenda de Salud incluye iniciativas sobre calidad técnica y calidad percibida. Costa Rica ha incorporado iniciativas similares centradas en la satisfacción de los usuarios.

Pocos países han informado el establecimiento de programas para evaluar la tecnología en salud. En Colombia, la Oficina de Desarrollo de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud ha mejorado la evaluación de la tecnología incluyendo estándares para su importación. En Cuba, el Departamento Nacional de Evaluación de Tecnología fue establecido en 1996 para determinar la incidencia y la viabilidad de la tecnología de la salud en los sistemas existentes e identificar el equipamiento que fuese necesario incorporar. Se han creado también otras instancias nacionales para evaluar y monitorear la tecnología de la salud durante la fase de implementación.

Con respecto a la descentralización, muchos países de la Región la han completado mientras que otros están avanzando en la aplicación de políticas descentralizadoras, tanto en el ámbito del Estado como en los sistemas de salud. Sin embargo, las estructuras administrativas de salud continúan siendo altamente centralizadas. En Guyana y en Suriname, los niveles administrativos de salud están siendo objeto de un proceso de revisión previo a la descentralización de los servicios, pero estos esfuerzos no necesariamente están vinculados con otras iniciativas de descentralización de la administración pública. Chile descentralizó su Servicio Nacional de Salud en 1980, dividiéndolo en 26 servicios y transfiriendo a los municipios la responsabilidad por el primer nivel de atención, mientras que las funciones, competencias y recursos de planificación y gestión para la toma de decisiones quedaron como atribución del nivel central. No obstante, en muchos casos la descentralización del sistema de salud se encuentra en una etapa incipiente. Por ejemplo, Bolivia promulgó la Ley de Descentraliza-

ción y Participación Popular en 1994, con la cual se llevó a cabo la transferencia de infraestructura y equipamiento de salud del nivel central a los municipios, pero hasta la fecha el Ministerio de Salud continúa administrando los recursos humanos del sector.

En muchos países, las responsabilidades, la autoridad y los recursos han sido transferidos al nivel subnacional, es decir, las regiones, provincias o departamentos, y en otros al nivel municipal. En Jamaica y en Trinidad y Tabago la descentralización se está logrando mediante el establecimiento de Autoridades Regionales de Salud, las cuales gestionan la provisión de servicios de salud, si bien el manejo de los recursos continúa siendo centralizado. En el Brasil, un nuevo instrumento para la regulación de la descentralización estableció el Estándar de Operaciones de Atención de Salud, que expande las responsabilidades primarias de las municipalidades, define el proceso de regionalización de la atención, crea mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad de gestión del Sistema Único de Salud (SUS), y actualiza criterios para la autorización en los estados y municipios. A pesar de la existencia de conocimientos, métodos e instrumentos, las actividades de promoción, prevención y recuperación continúan adoleciendo de falta de coordinación en la planificación del sector.

FUNCIÓN DE RECTORÍA

Evolución conceptual y metodológica de la función rectora en el período 2001–2005

Uno de los problemas críticos que hoy enfrentan los países de la Región es debilidad institucional, factor que repercute sobre las posibilidades reales de desarrollo económico. En el contexto actual, se han vuelto temas prioritarios la redefinición de los roles institucionales y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, tales como la seguridad ciudadana, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables o excluidos. En consecuencia, los países procuran fortalecer y consolidar su capacidad de supervisar el sistema de salud y de disponer efectivamente de las competencias necesarias para promover la salud y negociar con otros sectores que interactúan con el sistema de salud (48).

No ha sido fácil llegar a una definición operativa de rectoría (*stewardship*) en el campo de la salud, puesto que este concepto a menudo se superpone al de gobernanza. Según la OMS, el Estado tiene la capacidad y obligación de responsabilizarse por la salud y bienestar de los habitantes y de ejercer la dirección del sistema de salud en su conjunto, y esa responsabilidad de gobernanza ha de ejercerse en tres aspectos fundamentales: aportar una visión y liderazgo al sistema de salud; recolectar y utilizar información y conocimientos; y ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos. El organismo internacional también hace hincapié en que el grado de capacidad y desempeño del Estado para ejercer la gobernanza del sistema de salud afectará decisivamente a todos los resultados (50, 51).

Por otro lado, la OPS/OMS utiliza el término “rectoría del sistema de salud” para referirse a la gobernanza del sistema de salud. En tal sentido, y en respuesta a la Resolución CD40.R12 (52), sobre la rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, en el período 2001–2005 la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto y la práctica de la rectoría en salud como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. Se promovió así un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción y mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud.¹² Actualmente se considera que la función rectora en salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables, es competencia del gobierno, y la ejerce la autoridad sanitaria nacional (50, 51, 53).

La función rectora y el fortalecimiento de los sistemas de salud

Las principales organizaciones públicas depositarias de la autoridad sanitaria son los ministerios de salud, y en tal carácter constituyen los entes primarios responsables de ejercer la función rectora. Se observa en la Región una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, como solía ocurrir en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos y complementarios, que en forma especializada y con atribuciones claramente diferenciadas cumplen sus distintas funciones.¹³ Se observan variaciones estructurales en la composición de la autoridad sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud (5, 54). Sin embargo, la consolidación de la función de la autoridad sanitaria requerirá redimensionar y adecuar sus responsabilidades y funcionamiento a las nuevas realidades, lo que a su vez demandará el tránsito de una acción fundamentalmente ejecutora a una dimensión de acción sustancialmente ordenadora y articuladora de múltiples actores (55).

¹²Véase Organización Panamericana de la Salud. Informe Final. Reunión de expertos: desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para ejercer la rectoría sectorial. Washington DC 18–20 junio 2001, e Informe Final. Reunión de expertos en rectoría del sector salud en procesos de reforma. Washington DC 14–15 junio 2004. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual e instrumento metodológico: función rectora de la autoridad sanitaria nacional: desempeño y fortalecimiento. Edición Especial No. 17: Washington DC: OPS, 2006. <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf>

¹³Durante el XI Consejo Directivo de la OPS (1997), los Estados Miembros discutieron y ratificaron las dimensiones de la rectoría sectorial en salud, las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencia institucional que incumben a la autoridad sanitaria: conducción, regulación, aseguramiento, financiamiento, provisión de servicios y funciones esenciales en salud pública. OPS/OMS, XI Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R12: La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, 1997.

FIGURA 2. Dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud; United States Agency for International Development. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe.

Marco conceptual de la función rectora en salud

Sin desconocer que pueden adoptarse diferentes taxonomías sobre la función rectora, la OPS definió seis grandes áreas de responsabilidad y competencias institucionales que comprenden las dimensiones de la función rectora (véase la nota 12), es decir: 1) conducción sectorial, 2) regulación y fiscalización, 3) modulación del financiamiento, 4) vigilancia del aseguramiento, 5) armonización de la provisión de servicios, y 6) ejecución de las funciones esenciales en salud pública (FESP) (figura 2). Según el grado de descentralización del sector, así como las características de la separación de funciones que adopta la organización institucional en cada país, estas dimensiones se ubicarán en uno u otro nivel de la autoridad sanitaria (nacional, intermedio o local), y a veces las responsabilidades se compartirán entre dos o más niveles.

Caracterización de una efectiva conducción en salud

La conducción sectorial constituye una de las tres dimensiones de la función rectora que es responsabilidad exclusiva de la autoridad sanitaria nacional (41). La conducción es de mayor relevancia cuando los objetivos establecidos apuntan hacia cambios significativos en la situación existente (56). En tal caso, las estrategias diseñadas procurarán generar cuotas de poder que movilicen el apoyo necesario para su realización, y aumenten la capacidad operativa. Para ello, la autoridad sanitaria necesita desarrollar o fortalecer su capacidad para orientar efectivamente a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud mediante: 1) el análisis de la situación de salud, incluida la definición de las prioridades y objetivos sanitarios; 2) la formulación, disseminación, monitoreo y

evaluación de las políticas, planes y estrategias de salud; 3) la movilización de actores y recursos; 4) la promoción de la salud y la participación y control social en salud; 5) la armonización de la cooperación técnica internacional; 6) la participación política y técnica en organismos nacionales y subregionales, y 7) la evaluación del desempeño del sistema de salud, incluida la medición del logro de las metas y de los recursos utilizados.

En este contexto, se observa que los países de la Región que exhiben una buena conducción comparten atributos comunes (57). Entre ellos se destacan los siguientes: 1) el apoyo político es fundamental para lograr una conducción efectiva; 2) la disponibilidad de información veraz, oportuna y confiable es imprescindible para establecer prioridades y objetivos sanitarios; 3) la formulación de políticas y estrategias de salud debe complementarse con su evaluación; 4) la toma de conciencia de los actores sectoriales sobre la importancia de la función rectora facilita la consolidación de la autoridad sanitaria como ente rector; 5) la movilización de actores interesados y la participación de la sociedad civil en la promoción de la salud son, en muchas ocasiones, elementos clave del éxito; 6) para que la cooperación internacional en salud en el país sea eficaz, responda a las necesidades identificadas y sea sostenible, la autoridad sanitaria debe participar en los procesos de negociación, coordinación y evaluación con los organismos cooperantes.

Caracterización de una efectiva regulación y fiscalización en salud

La regulación y la fiscalización son necesarias para garantizar la función del Estado de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud. Para que

un ministerio o una secretaría de salud puedan ejercer cabalmente su función normativa, deben contar con representatividad política y social, solvencia y autoridad técnica, y desempeñar sus tareas de un modo transparente, sometido al escrutinio social en cuanto a las decisiones que adopte (57). La regulación en su sentido más amplio es un instrumento de supervisión que el gobierno utiliza en combinación con otras herramientas para alcanzar sus objetivos políticos, y como principio, regla u otro tipo de normativa, condiciona y gobierna el comportamiento de los ciudadanos y de las organizaciones o instituciones.

La fiscalización y el control son actividades fundamentalmente técnicas que apuntan a verificar el cumplimiento concreto de las disposiciones normativas y que requieren especialización profesional y probada independencia respecto de los fiscalizados. El ejercicio de la labor fiscalizadora es altamente dependiente de la dotación de recursos humanos y técnicos, así como de las atribuciones que las normas confieran al respecto a los entes que deben ejecutarla. La fiscalización que se traduce en la aplicación de sanciones debe estar sujeta a revisión por parte de los tribunales de justicia a fin de garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador (58). En los países de la Región que exhiben una buena regulación se distinguen los siguientes atributos comunes: 1) el marco legal que respalda a la autoridad sanitaria en el ejercicio de su función es congruente con la conducción que, como ente rector, esta pretende ejercer sobre el sector; 2) la función normativa complementa la fiscalización, y 3) los profesionales que cumplen la función rectora están debidamente capacitados para esa tarea (57).

Caracterización de la función de financiamiento

La separación de funciones que caracterizan a los procesos de reforma sectorial en la región muestra tres grandes mecanismos de financiamiento. El primer mecanismo corresponde a la creación de fondos nacionales específicos para la salud, procedentes de impuestos especiales. Este mecanismo está generalmente relacionado con planes de extensión de cobertura en programas específicos, como es el caso de la salud materna, financiado con un aumento al impuesto de productos especiales tales como el tabaco y el alcohol. El segundo mecanismo se caracteriza por el incremento de la proporción del financiamiento público recaudado en las instancias intermedias y locales del gobierno o de transferencias del gobierno central a las administraciones locales. El tercer mecanismo se relaciona con la creciente participación de los seguros privados de salud y de algunas modalidades de servicios prepagados. La combinación de estos tres mecanismos de financiamiento plantea nuevos retos a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial.

La separación de funciones que caracterizan a los procesos de reforma sectorial en la Región muestra tres grandes mecanismos de financiamiento. El primero corresponde a la creación de fondos nacionales autónomos para la salud separados de los ministerios de salud, que concentran las aportaciones públicas proce-

dentales de impuestos generales; las instituciones específicas de servicios de salud cuando estas existen, y las aportaciones de los trabajadores y los empleadores cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud con las asignaciones generales del Estado para este propósito. Esto puede estar relacionado tanto con un plan de aseguramiento de carácter público como con planes múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas o privadas. La segunda tendencia se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedente de recaudaciones tributarias propias de cada uno de estos niveles de la administración pública o de las transferencias fiscales nacionales de las administraciones centrales y destinadas a acciones en salud. La tercera tendencia se relaciona con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global en algunos países de la Región, de los seguros privados de salud y de algunas modalidades de servicios prepagados que se sufragan con recursos propios de los beneficiarios, de sus empleadores, o de ambos, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado. La combinación de estos tres elementos en los países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los mecanismos de financiamiento diferenciados, plantea nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial (41).

Caracterización de la función de aseguramiento

En materia de aseguramiento, el Estado tiene la responsabilidad de tutelar una efectiva protección social en materia de salud, garantizando el acceso a un plan básico de servicios de salud para todos los habitantes, o mediante planes específicos orientados a grupos especiales de población. Ello exige el fortalecimiento de la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir el contenido de los planes de prestaciones básicas que tienen carácter obligatorio para las personas amparadas bajo el o los sistemas de protección social en salud de responsabilidad pública. Además, deberá definir las poblaciones y territorios que serán cubiertos por el conjunto de las prestaciones, así como proteger los derechos de los usuarios y difundirlos. Por último, deberá regular y controlar el cumplimiento público y privado de las prestaciones, y garantizar que ningún beneficiario de los planes obligatorios de protección social en salud sea excluido por riesgos relacionados con la edad o por patologías preexistentes, y contar con los mecanismos que permitan la compra o prestación de servicios para cumplir con los planes de cobertura garantizados.

Caracterización de la función de provisión de servicios de salud

Las tendencias a la descentralización y a la disminución de la intervención gubernamental en la provisión de servicios de salud mediante diferentes mecanismos que abren espacios a la partici-

pación de múltiples actores sociales (públicos autónomos, privados y organizaciones solidarias no gubernamentales) influyen en la práctica de la armonización de la provisión de los servicios de salud estatales. Lo anterior ha ido situando a los ministerios o secretarías de salud más como coordinadores de la gestión y prestación de servicios por parte de los entes públicos, que como administradores directos de la provisión de servicios. La función de armonización en la provisión de los servicios de salud, por tanto, es de particular importancia en sistemas caracterizados por la presencia de múltiples actores, de naturaleza pública y privada, y sobre cuya gestión es preciso influir para lograr que se alcancen los objetivos comunes. En dicha función radica la capacidad de la autoridad sanitaria para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atención de salud en forma equitativa y eficiente.

Acciones de fortalecimiento de la función rectora en América Latina y el Caribe

Fortalecimiento de la capacidad para regular y fiscalizar al sector farmacéutico: el caso del Brasil (57)

El Brasil es el primer país en desarrollo que ha implementado a nivel nacional un programa de distribución de medicamentos antirretrovirales. El programa está amparado por la política general de medicamentos del país, que propone “asegurar el acceso de la población a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, al menor costo posible”. La autoridad sanitaria nacional lleva a cabo dos tipos de regulación farmacéutica: técnica y económica. La regulación técnica introduce normas sanitarias para asegurar la calidad y seguridad de los fármacos, utilizando mecanismos tales como el registro, la inspección y la vigilancia sanitaria. La regulación económica está orientada a la introducción de políticas para reducir la influencia de la industria farmacéutica en el mercado y a aumentar el acceso de los consumidores a los productos farmacéuticos. Los instrumentos que utiliza incluyen el control de precios, el monitoreo del mercado y el desarrollo de políticas de acceso y políticas para promover el uso de genéricos. Si bien la accesibilidad a los medicamentos siempre ocupó un lugar destacado en la agenda pública, su importancia se acentuó a causa de la epidemia del sida, y el control de los precios adquirió un papel preponderante en la regulación económica.

Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria en Chile

El proceso de reforma de la salud de Chile, iniciado en mayo de 2000, impulsó una profunda transformación del sistema sanitario, tanto público como privado, con los objetivos de ampliar el acceso y mejorar los servicios de salud, reducir los tiempos de atención, ampliar la red de establecimientos y eliminar barreras económicas. Este proceso de reforma incluyó dos acciones fundamentales que resultaron en el fortalecimiento de la autoridad

sanitaria en la dimensión de conducción. La primera acción fue priorizar el concepto de rectoría y su articulación con una serie de propuestas que han pasado a ser la base del sector de la salud chileno. En segundo lugar, la autoridad sanitaria fomentó la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas, la planificación y la implementación de las acciones en el campo de la salud. La propuesta de reforma se basó en cinco temas principales, tratados cada uno en un proyecto de ley respectivo. El primero de los proyectos de ley que aprobó el Congreso Nacional fue la denominada Ley de Autoridad Sanitaria, cuya finalidad fue establecer una nueva concepción del organismo normativo. En consecuencia, el proceso de reforma de la salud en Chile ha conseguido de forma ejemplar instaurar cambios legales, institucionales y funcionales para poder encaminar al sector hacia el logro de los ejes rectores de la reforma: aumentar la efectividad sanitaria, la equidad y la solidaridad, y mejorar la eficiencia de la gestión sectorial.

Fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud en Costa Rica

Costa Rica es un país que históricamente ha otorgado prioridad al desarrollo de la salud pública. Su compromiso con la cobertura de salud para toda la población, en combinación con una sostenida inversión en el sector y la provisión de servicios sociales básicos, logró que en la década de 1990 el país llegara a tener una de las mejores situaciones de salud de la Región, en muchos aspectos comparable a la de países industrializados. Sin embargo, la crisis económica que padeció la Región en las décadas anteriores también afectó a Costa Rica. Los problemas de déficit fiscal y deuda externa e interna, así como la excesiva centralización, ineficiencia y crecimiento burocrático del aparato estatal, resultaron en una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del sector salud (59), lo que a su vez repercutió en la calidad de los servicios de salud, la cobertura y el nivel de inversión en el sector. No obstante, debido a su compromiso con la salud pública, el país opta por centrar la reforma del sector salud en el fortalecimiento del sistema público de salud (60).

A principios del decenio de 1990 se inicia un debate nacional sobre las opciones para enfrentar la situación que afectaron al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En 1994 comienzan a ejecutarse reformas estructurales importantes en la organización, financiamiento y provisión de los servicios de salud, manteniéndose siempre los principios básicos de cobertura universal y el financiamiento público de la CCSS. Se formula el Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es apoyar al ministerio para que asuma el efectivo ejercicio de la rectoría de la salud, trasladando a la CCSS las actividades relacionadas con la atención directa de las personas. Las acciones se centraron en separar las funciones de prestación y financiación (asumidas por la CCSS) de las de regulación y conducción (a cargo del Ministerio de Salud), para eliminar duplicidades en cuanto a los recursos hu-

manos y la infraestructura. La redefinición de las funciones institucionales en el sistema de salud, producto de la reforma, exigió mayor capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su función de rectoría: conducir al sector, regular los bienes y servicios de salud, medir el desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modular el financiamiento de la atención sanitaria, vigilar el aseguramiento y armonizar la provisión de los servicios. Los logros alcanzados desde el comienzo del proyecto en 1994 hasta la fecha son numerosos. Hacia 2002, el Ministerio de Salud había realizado importantes esfuerzos por reorganizar su quehacer a fin de dar respuesta a las crecientes demandas que requerían un efectivo ejercicio de la rectoría del sector.

Desafíos

Los países de la Región están realizando importantes esfuerzos para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias. Sin embargo, cada uno de ellos, en el marco de su realidad y sus posibilidades, deberá hacer una autoevaluación que permita analizar el desempeño de su capacidad para ejercer la función rectora, y definir posibles acciones tendientes a su fortalecimiento. Para ello, se deberán tomar en consideración las lecciones aprendidas que empiezan a surgir de las experiencias nacionales, entre las que se incluyen las siguientes: 1) el establecimiento de prioridades y objetivos sanitarios requiere contar con información veraz, oportuna y confiable; 2) la formulación de políticas y estrategias de salud debe complementarse con su evaluación; 3) el marco legal que respalda a la autoridad sanitaria en el ejercicio de su función debe ser congruente con la conducción que, como ente rector, esta pretende ejercer sobre el sector; 4) para que la regulación sea efectiva, la función normativa debe complementarse con la fiscalización; 5) para que la cooperación internacional en salud sea eficaz, responda a las necesidades detectadas y sea sostenible, la autoridad sanitaria debe intervenir en su negociación, coordinación y evaluación; 6) se deberá contar con recursos humanos calificados para la ejecución de las funciones de rectoría.

En suma, el gran desafío está en plantearse la rectoría como función del Gobierno y de su conducción superior, y encaminar los esfuerzos de fortalecimiento al desarrollo de las funciones de planificación, financiamiento, asignación y desarrollo de recursos, gestión pública y del conocimiento.

LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMO FUNCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Proveer servicios eficientes, equitativos y de buena calidad, y permitir que la población acceda a ellos es una de las tres funciones principales del sistema de salud. Probablemente esta sea la función que se reconoce con mayor facilidad, dado que encarna el propósito de todos los sistemas de salud, y su grado de implementación afecta directamente la capacidad para mantener la

salud y prevenir las enfermedades tanto en el nivel individual como de la comunidad. La función de los servicios de salud es también fácilmente identificable porque está corporizada en las organizaciones de atención de salud, el trabajo de los profesionales sanitarios, y las intervenciones y la tecnología para la salud que cada sociedad ha puesto a disposición para satisfacer esta necesidad humana básica.

Los servicios de atención de salud incluyen tanto los servicios personales como los públicos, es decir, responden tanto a las necesidades de los individuos como de la población. Cubren todos los niveles de atención y abarcan desde las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta los tratamientos curativos y paliativos, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Comprenden también los servicios físicos, mentales, odontológicos y oftalmológicos.

Niveles de los servicios de salud

Según el nivel de atención, los servicios de salud se clasifican en primarios, secundarios y terciarios. Estos niveles se definen por el tipo de servicios prestados, el grado de complejidad y la capacidad para tratar diversos problemas y enfermedades. La designación de primario, secundario y terciario suele caracterizar la infraestructura del sistema de servicios de salud, en particular las instalaciones, tales como hospitales y clínicas. En este contexto, la atención primaria se refiere solo a un nivel de cuidados y no al conjunto más amplio de valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud, según se trató previamente en el apartado sobre la estrategia de atención primaria de salud.

La atención de emergencias es fundamental en todos los niveles; sin embargo, es quizá la modalidad menos desarrollada en la mayoría de los países de la Región, puesto que solo unos pocos han puesto en práctica programas especiales para reforzarla. En el Brasil, por ejemplo, las unidades móviles de servicio médico de emergencia se establecieron en 2003 como parte del sistema único de salud (SUS). A partir de 2006, el Ministerio de Salud introdujo 94 de estas unidades móviles, que proveen servicios en 647 municipalidades. Chile ha venido expandiendo sus servicios de urgencia prehospitalaria con unidades de rescate de diversa complejidad y un centro local de emergencias supervisado por profesional especializado. En Cuba se crearon 121 áreas intensivas municipales (AIM) que desde 2004 brindan cuidados intensivos de emergencia a la población que reside en zonas de difícil acceso a servicios médicos, o demasiado alejadas de la atención de emergencias de hospitales. Cada AIM presta servicios las 24 horas y cuenta con un médico y un enfermero especializados.

Acceso a los servicios de salud

Se entiende por *acceso* a los servicios de salud la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita. La accesibilidad se refiere al grado en que los servicios médicos alcanzan un nivel aceptable

para la población y responden a sus necesidades. La accesibilidad, en última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por determinados grupos de población que a priori podrían suponerse desfavorecidos (61). La accesibilidad se ve afectada por las características del sistema de prestación a los individuos y a las comunidades (62). El acceso a una fuente regular de atención —un proveedor de atención primaria o una institución específica— aumenta la probabilidad de que los individuos reciban los servicios médicos adecuados y, a su vez, obtengan mejores resultados de salud (63). Como se trató en capítulos anteriores, los cambios en la situación de salud requieren una reorientación de los servicios, tradicionalmente centrados en lo curativo, para que refuercen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, traten tanto las enfermedades crónicas como las agudas y respondan a la creciente amenaza de los problemas de salud relacionados con el abuso de sustancias y la violencia, entre otros.

La evaluación y la promoción de un acceso equitativo a los servicios médicos necesarios son una función esencial de la salud pública (5). Un estudio realizado en 2004 a partir de una encuesta administrada a responsables de la toma de decisiones de 16 países de América Latina y el Caribe, indicó que las estrategias para ampliar la cobertura y el acceso a los servicios de atención primaria constituyen uno de los elementos más comunes en las políticas de reforma de los sistemas de salud en la Región (64). Estas estrategias incluyen incrementar la cantidad de centros de atención primaria y orientar la prestación de un conjunto de servicios básicos a poblaciones con limitaciones de acceso, a grupos vulnerables, como niños, madres, o poblaciones indígenas en países como Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua y Panamá, entre otros.

Por ejemplo, una de las iniciativas utilizadas en el Brasil para extender la cobertura y reducir las desigualdades es la ejecución del denominado Piso de Atención Básica (PAB), que transfiere fondos a los municipios para que lleven a cabo actividades previamente definidas y logren cumplir con las metas de desempeño pactadas. Los municipios son responsables de garantizar el acceso de la población a un conjunto de servicios básicos y para ello reciben una tasa capitada del Ministerio de Salud. En México, el Programa Oportunidades incluye un conjunto de acciones integradas dirigidas a mejorar la salud, la nutrición y el nivel educativo de familias. El programa se ocupa de las poblaciones más vulnerables que residen en localidades rurales marginadas, a las que brinda en forma gratuita un paquete mínimo de servicios básicos de salud que incluye: intervenciones nutricionales para los niños; promoción del autocuidado en las familias y la comunidad mediante estrategias de comunicación y educación para la salud; mayor suministro de servicios para satisfacer la demanda creciente, y subsidios a las familias para que puedan aumentar el consumo de alimentos (65).

Pese a los esfuerzos realizados por varios países, solo 28% de los responsables de la toma de decisiones encuestados en el estu-

dio antes mencionado consideraron que los servicios de atención primaria proveían una cobertura adecuada y que no quedaban grupos importantes de la población sin acceso a los servicios. Según un estudio exploratorio patrocinado por la OPS, solo unos pocos países en la Región han alcanzado tasas equivalentes a la cobertura universal (por ejemplo, Chile, Costa Rica, Cuba y, en el hemisferio norte, Canadá). El estudio reveló que aproximadamente 27% de la población de América Latina y el Caribe carece de acceso permanente a servicios básicos de salud, 30% no tiene acceso a la atención debido a barreras económicas, y 21%, debido a barreras geográficas (66).

Calidad de los servicios de salud

A lo largo del tiempo se han ofrecido distintas definiciones de calidad de la atención. Uno de los autores que ha analizado la calidad de la atención médica es Donabedian, quien la define como “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios” (67, 68). Donabedian señaló también que la calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal (69).

Más recientemente, el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos definió la calidad como “la medida en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. Los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos (70, 71).

Atención segura se refiere a no causar a los pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos. *Atención eficaz* se refiere a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que puedan beneficiarse de ellos, absteniéndose de brindarlos a quienes probablemente no se beneficiarían (es decir, evitar la subutilización y la sobreutilización). La *atención centrada en el paciente* establece una asociación entre los profesionales y los pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respeten los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos. Así, debería generarse una satisfacción mayor entre los usuarios. Esta estrecha asociación ha de asegurar también que los pacientes y sus familias reciban la información y el apoyo necesarios para adoptar decisiones y participar en su propio cuidado. En lugar de ocuparse principalmente de la enfermedad o los sistemas orgánicos, la atención centrada en el paciente tiene en cuenta tanto las dimensiones psicosocial y cultural de la enfermedad como el contexto familiar y de la comunidad. Por *atención oportuna* se entiende no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención sino tam-

bién proveer *atención coordinada* entre los diferentes prestadores y establecimientos, y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos.

Mejorar y garantizar la calidad en lo que atañe a los servicios de salud personales y públicos es una de las once funciones esenciales de salud pública. Según un estudio regional publicado por la OPS en 2002, esta era una de las funciones menos desarrolladas (55). Varios países de la Región han definido e implementado procedimientos para la acreditación de establecimientos de salud, con el liderazgo de los Estados Unidos y el Canadá. En América Latina, diversos países también han desarrollado programas de acreditación, incluidos Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Jamaica, Perú, la República Dominicana, Suriname, y Trinidad y Tabago (72). El grado de implementación de estos programas varía de un país a otro y la gran mayoría de ellos están centrados en los hospitales.

Equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud

En el contexto de la calidad, la *equidad* es un aspecto que atraviesa todas las modalidades de los servicios médicos y se refiere a la distribución de servicios de calidad entre todos los grupos poblacionales, más en función de la necesidad que de otros criterios no vinculados con la salud en forma inherente, como el grupo étnico, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o la cobertura del seguro médico. La cobertura universal y el acceso igualitario a la atención son los elementos fundamentales de un sistema de salud equitativo, según se describe en otros lugares de esta publicación. El segundo aspecto que debe permear los servicios de salud de alta calidad es la *eficiencia* en la asignación de los recursos y en el suministro de los servicios, con objeto de evitar el uso ineficiente de los recursos y sacar el máximo provecho de los recursos utilizados (73).

Desarrollo de sistemas de prestación de servicios de salud de alto rendimiento

Desafíos para el desarrollo de modelos de prestación de servicios médicos de alto rendimiento

La mayoría de los países en la Región enfrentan desafíos comunes en cuanto al rendimiento de los sistemas de salud, que incluyen: el rápido aumento del costo de los servicios, la insuficiencia de los servicios, el acceso desigual a los servicios, la escasa eficiencia técnica, el bajo nivel o la falta de indicadores para medir la efectividad y rentabilidad de la mayoría de los servicios prestados, la calidad insuficiente de los servicios y los bajos niveles de satisfacción del usuario y de participación social en la salud.

Un análisis de la situación en relación con la atención hospitalaria, muestra que (66):

- se atribuye una excesiva importancia a la atención altamente especializada y al uso de tecnologías costosas;

- los establecimientos de salud se concentran en las zonas urbanas;
- se amplía cada vez más la brecha entre la demanda y la oferta de servicios;
- existe un desequilibrio en la distribución de pacientes entre los hospitales del sector público y privado, basado en los planes financieros, a través de los cuales el sistema público generalmente se preocupa por los casos más costosos mientras que los hospitales privados preseleccionan a los pacientes y limitan el acceso a los procedimientos más costosos;
- faltan sistemas de gerenciamiento lo suficientemente desarrollados;
- no se cuenta con sistemas de control de calidad vinculados a los procedimientos hospitalarios, especialmente para los de complejidad mediana y alta.

Por otra parte, la mayoría de los modelos de prestación de servicios de salud tendieron a poner el acento en los servicios de atención individual más que en los servicios de salud pública; en la atención curativa más que en la preventiva, y en los servicios centrados en un episodio de enfermedad específico o una consulta, más que en el tratamiento de la persona como un todo y el establecimiento de una estrecha asociación entre pacientes y profesionales de la salud, en el contexto familiar y comunitario. Además, los servicios suelen caracterizarse también por la discontinuidad de la atención debido a la falta de acceso a un proveedor regular y la ausencia de una red integrada y coordinada de servicios.

Tendencias emergentes en los modelos de prestación de servicios de salud

En general, los cambios en la prestación de servicios de atención primaria se han centrado en lograr una mejor adecuación entre la prestación de servicios y las necesidades y demandas de atención por parte de la población, haciendo hincapié en la atención ambulatoria, y el mejoramiento del acceso y la equidad. La intensificación de los esfuerzos en esta dirección debería ayudar a abordar algunas de las deficiencias destacadas previamente.

Si bien no podemos referirnos a un modelo dominante único de prestación de servicios de salud, existen varias tendencias comunes, en particular en el campo de la atención primaria (64). Su importancia relativa y el nivel de implementación varían entre los países de la Región. Una de las tendencias más manifiestas ha sido el cambio de la atención del paciente internado, fundamentalmente en hospitales, a la atención ambulatoria especializada, incluido el creciente uso de la cirugía ambulatoria, en la que el paciente es operado y enviado a su casa en el mismo día, los hospitales diurnos y la atención domiciliaria, a fin de reducir las costosas estancias hospitalarias. Esta tendencia es más evidente en los países de altos ingresos como los Estados Unidos y el Canadá, porque suele requerir tecnologías complejas, inversiones costosas y una nueva capacitación del personal. Sin embargo, esta tendencia se está observando cada vez más en otros países en la Región.

En Panamá, por ejemplo, el sistema de seguro social de salud brinda atención domiciliaria a pacientes con afecciones crónicas. En Chile, una de las estrategias ha sido el desarrollo de nuevas formas de prestación de atención ambulatoria especializada independiente de los hospitales, como el uso de centros de referencia de atención de salud para las especialidades y los diagnósticos más comunes y los centros de tratamiento para la atención ambulatoria más compleja.

En el Brasil, Chile y Cuba también se observa un creciente interés en estrategias de salud familiar más que en la atención individual. Este abordaje tiende a favorecer la modalidad de atención integrada en lugar de la utilización de un conjunto de servicios selectos, y ha estimulado la estrategia basada en equipos, en los cuales los enfermeros y el personal auxiliar son miembros integrales, en lugar del modelo jerárquico más tradicional en el que la mayor parte o la totalidad del poder de decisión reside en los médicos. Aunque 58% de los responsables de la toma de decisiones en salud encuestados en 16 países de América Latina y el Caribe informaron la existencia de políticas o programas de atención familiar, alrededor de la misma proporción informó que estos solo cubren la mitad o menos de la población del país (64).

Poner el acento en la promoción y prevención de la salud, en lugar de solamente en la atención curativa y de rehabilitación, es otra tendencia común en los nuevos modelos de prestación de salud aplicados en varios países de la Región. El énfasis relativo en la promoción de salud y la prevención de enfermedades es mayor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos, muy probablemente debido a los esfuerzos por ampliar la cobertura a través de los servicios preventivos (64).

El traslado de los servicios de atención de salud a los lugares donde los usuarios viven, trabajan y estudian, en lugar de que los usuarios deban ir en busca de los servicios en los centros de atención de salud, es otra estrategia para aumentar el acceso utilizada en los modelos de prestación de asistencia sanitaria. Se han establecido programas escolares estudiantiles de atención de salud, tanto en países de ingresos altos como bajos. En los Estados Unidos, más de 1.000 escuelas (en su mayoría secundarias) tienen centros de salud (74). En 2001, se estableció en Nicaragua la atención de salud escolar en varios establecimientos educativos como parte de un programa piloto. Desde 2006, cuatro escuelas disponen de centros de salud. El programa también ha mejorado la coordinación entre las escuelas y los municipios para aumentar la cobertura de inmunización infantil y mejorar la nutrición y la salud oral de los niños.

Otra manera habitual de aumentar el acceso a la atención integrada es el establecimiento de equipos de atención primaria en poblaciones determinadas. En Cuba se nombra un equipo de atención primaria (que incluye un médico de familia y un enfermero) cada 120 familias, y el equipo debe residir en el mismo vecindario que la población que tiene asignada. El consultorio y el domicilio del médico suelen estar en el mismo edificio. Si bien los equipos brindan asistencia en el consultorio, también realizan consultas

domiciliarias y de campo. Las escuelas y los lugares de trabajo generalmente tienen sus propios centros de atención de salud (75).

Los consultorios y centros de atención de salud ambulantes no constituyen necesariamente una nueva tendencia, pero se los sigue utilizando en muchos países de la Región, en particular en zonas de baja densidad de población o áreas donde los establecimientos y el personal de salud no están disponibles de manera permanente. En Panamá, por ejemplo, esa población es el principal objetivo de las llamadas caravanas itinerantes de salud.

El objetivo: servicios integrados de salud

Los sistemas integrados se encuentran entre los modelos más recientemente propuestos de prestación de asistencia sanitaria. Estos modelos se refieren a las redes de atención de salud interorganizacionales que articulan las dimensiones clínica, funcional, normativa y sistémica, y coordinan los servicios de salud en el espacio (desde el hogar hasta los distintos tipos de establecimientos de salud) y el tiempo (para un episodio de enfermedad y a lo largo del ciclo de la vida). Un sistema de prestación integrado tiene las facultades y recursos necesarios para abordar la mayoría de los problemas de salud de una población en varias etapas del ciclo vital (76). La integración de los servicios a veces se describe como de carácter horizontal y otras veces como de carácter vertical, pero los servicios verdaderamente integrados requieren ambos componentes. Esto incluye un componente horizontal que articule los establecimientos y los servicios al mismo nivel de atención (por ejemplo, hospitales, centros de salud) y un componente vertical que integre los servicios y los correspondientes prestadores de servicios a lo largo de la secuencia de la atención (por ejemplo, agencias de atención de salud domiciliaria, consultorios médicos, hospitales, residencias para ancianos, hospicios).

Desde la perspectiva del paciente, un sistema de prestación de servicios integrados de salud tiene las siguientes características (76):

- el desarrollo de un sistema integrado de información de salud con la inclusión de las historias clínicas, para que no tenga que repetir su historial médico cada vez que realiza una consulta; las historias clínicas también deberían incluir información sobre la utilización de los servicios y los procedimientos;
- la ausencia de duplicación innecesaria de procedimientos de diagnóstico y laboratorio;
- el acceso sencillo y oportuno al proveedor de asistencia médica primaria;
- el acceso a distintos niveles de atención que posean la capacidad de resolver un conjunto específico de problemas de salud;
- la información sobre las opciones de tratamiento y la participación en la toma de decisiones en un plano de igualdad con los proveedores de atención de salud;

- el seguimiento periódico para evitar problemas con cualquier afección crónica;
- el asesoramiento y apoyo para el automanejo y autocuidado de las enfermedades crónicas, para aumentar la autonomía del paciente y el uso informado del sistema de salud.

Las experiencias con los modelos de servicios integrados de salud en la Región están aumentando, pero pocas han sido estudiadas y evaluadas. En El Salvador, el primer nivel de atención ha sido totalmente reformulado mediante la definición de sistemas básicos de salud integral (SIBASI) diseñados conforme a los principios de una estrategia de atención médica primaria, con un alto nivel de participación de todas las instituciones sociales relevantes. Los SIBASI constituyen el nivel operativo básico del sistema de atención de salud y su estructura incluye los establecimientos asistenciales del primer nivel de atención primaria vinculados con los centros de nivel secundario y terciario, y organizados en redes coordinadas concebidas para responder a las necesidades de atención de salud de la población. La legislación aprobada en 2006 define a las autoridades regionales como el nivel técnico y administrativo responsable de la administración de los recursos asignados por los SIBASI. También establece un sistema de referencia que permitirá la continuidad y la atención integrada coordinada.

Se han puesto en práctica muchos modelos integrados de atención de salud sobre una base experimental o piloto para zonas y poblaciones geográficamente restringidas, por lo común a nivel local y regional. Por ejemplo, en el Perú, EsSalud (el seguro social de salud) patrocinó un programa piloto en varios policlínicos a fin de aplicar y examinar la adopción de nuevas estrategias para la integración de los servicios. Entre ellas se incluyeron una evaluación y diagnóstico de la situación sanitaria de grupos de población definidos, el establecimiento de mecanismos de selección correspondientes a los respectivos grupos de población, el aumento de las horas de funcionamiento, la redistribución y reorganización de los recursos físicos, la creación de sistemas mejorados de información, el establecimiento de procesos de mejoramiento de la calidad que incluyen la medición según parámetros de referencia y la incorporación de servicios de atención primaria al policlínico (77) (el informe sobre el estudio piloto se centra en las experiencias de un policlínico que brinda atención médica primaria, secundaria y terciaria, incluidos los servicios de urgencia). Entre las lecciones aprendidas, cabe señalar: la importancia de identificar y adaptar las prácticas más apropiadas para mejorar la prestación y la integración de los servicios; la necesidad de adoptar una cultura organizativa de apoyo a los cambios basada en el establecimiento de una buena comunicación entre administradores y proveedores de salud para incrementar la compra directa, y la de informar a los usuarios sobre los cambios en la prestación de los servicios de salud para disminuir sus posibles resistencias al cambio.

Efectos de los modelos de prestación de servicios de salud de alto desempeño en los resultados de salud

Solamente algunos estudios han mostrado una asociación entre los cambios en los modelos de prestación de asistencia sanitaria (específicamente los servicios de atención primaria) y los resultados de salud. En Costa Rica, una reforma integral de la atención primaria incluyó un mayor acceso centrado principalmente en las zonas más necesitadas (el acceso aumentó 15% en esos distritos de salud), la reorganización de los profesionales de salud en equipos multidisciplinarios de atención primaria, y la asignación a cada equipo básico de atención integral de salud (EBAIS) de responsabilidades respecto de una zona y población particulares. Por cada cinco años de reforma de la atención primaria de salud, la mortalidad infantil se redujo 13% y la mortalidad adulta 4%, independientemente de otros factores determinantes de la salud (78). La equidad en el acceso a la atención también mejoró (79).

En el caso del Brasil, el Programa de Salud de la Familia incluye también equipos multidisciplinarios que cubren a una población determinada. En función de la disponibilidad de recursos, los dentistas, los trabajadores sociales y los psicólogos pueden integrar los equipos, o en todo caso incorporarse para apoyar las redes que utilizan varios equipos. El objetivo del programa, iniciado en 1994, es ampliar el acceso a los servicios básicos de salud, a la prevención y el tratamiento de bajo costo, y a servicios médicos altamente eficaces. Hacia 2004, la cantidad de afiliados pasó de 1 millón a más de 60 millones, y el programa se ejecutaba en más de 75% de los municipios (66). La ejecución de este programa se ha vinculado a reducciones en la mortalidad infantil, como ocurrió con iniciativas similares de Costa Rica y México.

Desafíos de la organización y administración de los servicios de salud

La heterogeneidad de la Región de las Américas se expresa también en sistemas de salud de características y niveles de complejidad muy diversos; sin embargo muchos países comparten los desafíos que plantean la organización y la administración del sistema asistencial. Estos incluyen:

- un conocimiento deficiente de la situación de salud y de las necesidades de la población atendida, incluidas las poblaciones vulnerables, y especialmente en los casos en que no se establece la población asignada;
- una articulación débil o inexistente entre el nivel de atención primaria y otros niveles de atención debido a mecanismos de derivación y sistemas de información eficaces;
- la centralización de la administración y de la toma de decisiones;
- diferencias poco claras entre la prestación de servicios de salud y el financiamiento de la salud y las funciones del seguro;

- una administración de los servicios en función de los aportes y los recursos, más que de los procesos y los resultados;
- una participación social que suele limitarse al ámbito de las de consultas más que a la gestión de los servicios.

Es importante destacar que la organización y el manejo de los servicios de salud deben definirse teniendo en cuenta principios éticos básicos de la atención de salud (80). Entre estos principios se incluyen la justicia y equidad en el acceso a una atención de calidad; el respeto por las personas según lo refleja el enfoque de la atención centrada en los individuos y las familias, con alto nivel de participación comunitaria; la beneficencia, o la provisión de una asistencia efectiva de alta calidad y basada en pruebas científicas; y la no maleficencia, o la provisión de servicios mediante procedimientos que garanticen una atención segura, es decir que no causen lesiones a los pacientes y eviten la utilización excesiva de servicios ineficaces, lo que también pueden provocar daños.

Tendencias en la administración de los servicios de salud

El cuadro 14 muestra los resultados de una encuesta realizada a 36 responsables de la formulación de políticas y 46 ejecutivos de la atención de salud, sobre los modelos de administración hospitalaria más comúnmente utilizados, los centros especializados de atención ambulatoria y las redes de servicios en 15 países

CUADRO 14. Modelos de administración por tipo de centro o red de atención de salud.

Tipo de centro o red de atención	Modelo de administración
Hospitales	Administración pública directa Administración privatizada o contratada con terceros Cooperativas de profesionales de la atención médica Privada con fines de lucro
Atención ambulatoria especializada	Administración pública directa Organización pública indirecta Administración privatizada o contratada con terceros Cooperativas de profesionales de la atención médica Privada con fines de lucro
Redes de servicios de atención de salud	Administración pública directa Cooperativas de profesionales de la atención médica Privada con fines de lucro

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Estudio regional sobre asistencia hospitalaria y ambulatoria especializada en América Latina y el Caribe, 2004.

de América Latina y el Caribe: Argentina, Bahamas, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, México, Nicaragua, Perú, la República Dominicana, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago (72). Los modelos más comunes son la administración pública directa, las cooperativas de profesionales de la salud y los modelos de administración privada, ya sean con o sin fines de lucro. Entre 10% y 14% de los encuestados afirmaron que estos modelos de administración no responden adecuadamente a las necesidades de atención de salud, y otro 70% contestó que solo lo hacen parcialmente.

En la misma encuesta se identificaron las siguientes tendencias emergentes en los hospitales y los servicios especializados de salud ambulatoria (66):

- mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos;
- transformaciones en la organización de los servicios hospitalarios;
- cambios en los mecanismos de financiamiento de los servicios hospitalarios;
- aumento de la atención regulada;
- evaluaciones económicas y de tecnología sanitaria;
- atención de salud basada en pruebas científicas;
- incremento del intercambio de buenas prácticas relativas al diagnóstico y el tratamiento;
- mayor manejo de los servicios desde una perspectiva técnica más que desde un punto de vista financiero o de recursos humanos solamente.

Colombia, Cuba y México se encuentran entre los pocos países de América Latina que han puesto en práctica un programa de evaluación de tecnologías de salud. En México, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) creó una base de datos de tecnologías sanitarias que incluye información sobre eficacia, seguridad, rentabilidad y cumplimiento de los requisitos técnicos, y se utiliza para comprar y asignar equipos médicos. La base de datos incluye 22 pautas prácticas, 31 pautas tecnológicas, 125 documentos sobre especificaciones técnicas, ocho pautas de equipos médicos, seis publicaciones con información para el consumidor y diversos informes acerca de la evaluación de la tecnología y la ingeniería biomédica (81). En Colombia, la Oficina de Ciencias y Desarrollo de la Tecnología del Ministerio de Salud ha mejorado la evaluación de la tecnología sanitaria y definido los criterios para su importación y evaluación. Cuba cuenta con una Oficina Nacional de Evaluación de Tecnología, para determinar la incidencia de la tecnología sanitaria en los sistemas actuales e identificar los nuevos equipos médicos que pueden adquirirse (72).

Los formuladores de políticas y los administradores efectuaron sugerencias para agilizar el desarrollo de modelos de administración adecuados y mejorar la administración de la atención, entre ellas (66):

- la descentralización de la administración de los hospitales públicos y autonomía creciente;
- la descentralización de los servicios de salud en general;
- la revisión del sistema de financiamiento para eliminar las barreras económicas que enfrentan los establecimientos públicos cuando intentan brindar servicios con el nivel de calidad mínimo exigido para el correcto funcionamiento del sistema;
- el afianzamiento de la coordinación interinstitucional para generar redes de servicios integrados y otorgar prioridad a los servicios que se brindan a través de las redes;
- la definición de criterios de calidad y la ejecución de programas de garantía de la calidad y de mejoramiento de la calidad;
- la definición y establecimiento de incentivos y de otros mecanismos para motivar al personal de salud;
- la capacitación y educación continua del personal técnico y administrativo.

La descentralización de la administración y la prestación de servicios de salud siguen siendo uno de los componentes principales de los proyectos de reforma de la salud en muchos países de la Región. El Brasil constituye uno de los países donde la descentralización se implementó ampliamente. En 1990 se puso en práctica el Sistema Único de Salud (SUS), basado en los objetivos de acceso universal y equitativo a la atención, mediante un sistema regionalizado de servicios de atención médica organizado por nivel de complejidad bajo la dirección de las autoridades municipales, estatales y federales. Una de sus estrategias más importantes ha sido la descentralización de responsabilidades en cuanto a la provisión de los servicios de atención médica, cuya puesta en práctica requirió el fortalecimiento de la capacidad de regulación. Así, en febrero de 2006, la Comisión de Gestores Tripartita (CIT) y el Consejo Nacional de Salud aprobaron un acuerdo que establece un nuevo marco para la administración del sistema en todos los niveles del gobierno.

Creación de capacidades para una óptima administración de los servicios de salud

La capacidad se define tradicionalmente como la habilidad que tienen las personas, las organizaciones y los sistemas de atención para desempeñar sus funciones principales. En el contexto de los servicios de salud suele referirse al apoyo financiero, a los equipos y centros médicos, al desarrollo de los recursos humanos y a las destrezas técnicas. Sin embargo, la creación de capacidades es un proceso continuo de desarrollo y fortalecimiento del conocimiento y las destrezas que se necesitan para manejar la atención de salud. Estas destrezas incluyen: la habilidad para evaluar las necesidades e identificar las desigualdades en el acceso y la prestación de atención; el diseño de un plan para reducir estas desigualdades mediante la creación de capacidades y la definición de estrategias y medidas específicas; y el desarrollo de

las habilidades para controlar y evaluar los procesos y los resultados obtenidos (82).

Con respecto a esta última área, y en relación con el uso de indicadores de resultado de los servicios de salud, la encuesta llevada a cabo a responsables de políticas, administradores de hospitales y gerentes de diversos centros de atención ambulatoria de América Latina y el Caribe (66) halló que:

- 59% de los entrevistados informaron que estos centros realizan análisis de los resultados de los servicios de salud, sobre todo en cuanto a los indicadores de índole financiera;
- 63% informaron que los centros midieron la tasa de infecciones relacionadas con los hospitales (uno de los indicadores clave de la seguridad del paciente);
- 71% informaron que los centros utilizan indicadores de calidad, pero solo 57% de los entrevistados notificaron el uso de encuestas a los usuarios en relación con la satisfacción o las experiencias con la atención, y solamente 46% revisaron regularmente las pautas de atención;
- 63% informaron el uso de indicadores de la productividad del personal de salud, y 52% emplearon indicadores del uso de los recursos materiales (como los equipos) y los medicamentos.

Las experiencias internacionales han demostrado que los factores clave para la creación de capacidades gerenciales incluyen: reconocer la importancia de desarrollar las destrezas necesarias para administrar el cambio; garantizar el desarrollo de las destrezas necesarias para la administración básica de los servicios y tomar conciencia de la importancia de la cultura organizativa mediante la promoción de cambios en este nivel; reconocer la presencia de potenciales barreras externas al sistema de prestación de servicios, como son, por ejemplo, la estructura política, legislativa y regulatoria; y crear capacidades por etapas y no tratar de realizar todos los cambios al mismo tiempo.

Control de los servicios de salud y medición del desempeño

El principio fundamental de una administración eficaz de los servicios de salud es la disponibilidad de información oportuna y precisa para el análisis, la notificación, el control y la medición del desempeño. Para la toma de decisiones es esencial contar con un sistema de información gerencial flexible, con financiamiento adecuado, sometido a revisiones y actualizaciones periódicas, y sostenible. Un sistema de tales características ofrece a los administradores la información para la planificación estratégica así como para la administración de rutina de los servicios de salud. Otros principios para el diseño de un sistema eficaz de información gerencial (83) incluyen la vinculación con objetivos específicos basados en evidencias para lograr mejoras, y la inclusión de medidas para evaluar el progreso en relación con atributos clave de los servicios médicos en cualquier nivel del sistema: el acceso, la calidad (la seguridad, la eficacia, el enfoque centrado en las

personas, la oportunidad de la atención y una buena coordinación), la equidad y la eficiencia.

Varios países de la Región emprendieron iniciativas tendientes a aumentar la eficiencia, la eficacia y la equidad en la prestación y administración de los servicios de salud mediante la aplicación de métodos y herramientas para controlar los flujos de los recursos asociados con la prestación de servicios de salud y evaluar el desempeño institucional con respecto a criterios definidos previamente, tanto para los procesos como para las medidas de resultados. Es fundamental utilizar métodos que generen información para el análisis de la productividad, el desempeño y el uso de los recursos, a fin de cumplir los objetivos institucionales, negociar los contratos para la provisión de servicios, incrementar la rendición de cuentas, controlar el desempeño institucional y mejorar las prácticas de administración (84).

En el Ecuador, el seguimiento regular de los indicadores de procesos ha permitido a los administradores de los programas controlar los efectos de la legislación implementada para ofrecer atención por maternidad y servicios de atención infantil gratuitos de calidad. Diversos indicadores de procesos de calidad mostraron mejoras significativas después de transcurridos apenas nueve meses. Por ejemplo, la proporción de nacimientos en los lugares donde se respetó un conjunto de pautas normalizadas (por ejemplo, el control de la presión arterial materna y de la frecuencia cardíaca fetal) se incrementó de 44,5% en agosto de 2003 a 83,6% en 2004 (85).

En las Bahamas, el Departamento de Salud Pública inició la aplicación piloto de una nueva herramienta de información en salud pública en cuatro lugares. Se trata de un sistema de registros médicos e información del paciente, automatizado e integrado, que respalda la implementación, el seguimiento y la información de las intervenciones de salud pública, así como el seguimiento y el manejo de casos a nivel individual.

Algunos países de América Latina y el Caribe han puesto en práctica sistemas de información gerencial para su utilización en centros de atención de salud. En México, por ejemplo, más de 100 hospitales han aplicado un sistema de información gerencial. Los módulos de generación de recursos y costos son los más extensamente desarrollados, e incluyen el cálculo de los costos de 1.800 procedimientos hospitalarios y programas de recuperación de costos. En un departamento de Colombia, en 2004 se puso a prueba con éxito un sistema de información gerencial en tres hospitales, cuya utilización se extendió a 36 hospitales de otro departamento. El sistema resultó especialmente útil para los hospitales públicos, que en Colombia deben negociar y gestionar contratos de servicios con compañías aseguradoras o de atención regulada, así como con autoridades sanitarias provinciales y departamentales. Chile puso en práctica en 2003 un sistema de información gerencial que luego se expandió a siete hospitales, donde se lo utilizó adicionalmente para negociar los presupuestos en función de los costos y de la complejidad de la producción de diversos servicios.

“El desafío de lograr la salud para todos requerirá el compromiso constante de los gobiernos, la asignación de los recursos necesarios y la reforma y reestructuración de los sistemas de salud para asegurar la máxima equidad, eficiencia y efectividad.”

Héctor Acuña, 1983

Tendencias emergentes en los servicios de salud

Ciertos desarrollos clave de los servicios de salud que podrían ampliar el acceso a la atención, aún se encuentran mayormente en las etapas iniciales. Entre ellos se incluyen el uso de tecnología de la información y la comunicación, el aumento de la globalización y el intercambio en los servicios de salud, la investigación sobre el mapa del genoma humano, y nuevos tratamientos, medicamentos y tecnologías de atención de salud.

En las zonas rurales o de difícil acceso, las tecnologías de la información y la comunicación facilitan el aumento del acceso a los especialistas y los servicios de mayor complejidad. Cuando se utiliza de manera adecuada, la telesalud puede reducir los obstáculos para el acceso a la atención provocados por las barreras geográficas, la distribución inadecuada de los proveedores de salud, los costos y la falta de supervisión y apoyo de los trabajadores sanitarios a nivel de la atención primaria (86). Por ejemplo, en la zona rural de los Estados Unidos, los proveedores de atención primaria utilizan la telesalud para consultar con especialistas sobre casos específicos en presencia de los pacientes. Mediante el uso de escáneres especiales para transmitir las imágenes a los radiólogos que las analizan en otros lugares, estos especialistas pueden emplear la tecnología de la información para incrementar el acceso a los servicios de diagnóstico. Esta clase de tecnología puede ofrecer educación continua a los proveedores de atención de salud de todo tipo. En México, en 2006, 18 centros de atención de salud en cuatro estados capacitaron al personal que podía brindar servicios de telemedicina. Otros ocho centros federales también proporcionaron servicios de telemedicina, además de educación continua, mediante el uso del mismo tipo de tecnologías.

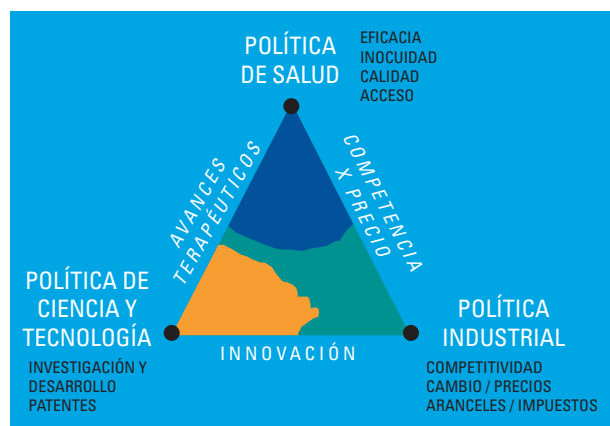
MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD

Medicamentos

Políticas farmacéuticas

Las políticas farmacéuticas, con sus componentes de acceso, calidad y uso racional armónicamente interrelacionados, son parte de las políticas sanitarias articuladas a los sistemas de salud o de aseguramiento en salud con el propósito de mantener la integralidad en aspectos estructurales, de financiamiento y

FIGURA 3. Aspectos interrelacionados en la formulación de políticas de medicamentos.



Fuente: Adoptado de Tobar F. Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. Boletín Fármacos. julio 2002; 5(3).

gestión, y principalmente en cuanto al cumplimiento de las metas en salud fijadas por los países. La formulación e implementación de políticas farmacéuticas no solo involucra aspectos sanitarios, sino también industriales y de ciencia y tecnología. Esta triada puede representarse mediante un triángulo en cuyos vértices se ubican la política industrial, la política de ciencia y tecnología, y la política sanitaria (figura 3) (87).

Desde la perspectiva de la política industrial, se busca la competitividad tanto a nivel interno como mundial para consolidar la oferta. Desde la perspectiva de la política de ciencia y tecnología, la preocupación se centra en la investigación y el desarrollo, y en el mejoramiento tecnológico de las formas farmacéuticas. Desde la perspectiva de la política sanitaria, no solo se procura velar por el acceso de la población a los medicamentos, sino también fiscalizar y vigilar la calidad de los productos, su seguridad y su desempeño terapéutico. Las preocupaciones sanitarias comparten con la política industrial la necesidad de la promoción de la competencia por la vía de los precios, y con la política de ciencia y tecnología la preocupación por promover adelantos terapéuticos. A su vez, esta última comparte con la política industrial el estímulo a la innovación y a la calidad.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, el medicamento es sobre todo un bien social, mientras que desde la óptica de la política industrial y de innovación, es especialmente un bien de consumo. Por supuesto, dado que la realidad es más compleja, una política farmacéutica puede estar centrada en diferentes aspectos según lo determinen las prioridades nacionales.

Después de las diversas tendencias que se manifestaron en los vértices del triángulo durante las tres décadas anteriores, en la actualidad parece haber un movimiento más equilibrado. Algunos países cuentan con estructuras fortalecidas que incluyen organismos reguladores. Tal es el caso del Brasil y la Argentina, que están

asumiendo un liderazgo reconocido que procura orientar las políticas farmacéuticas hacia la búsqueda de equilibrios en diferentes puntos del interior del triángulo más que en sus vértices. Otros países realizaron esfuerzos por identificar espacios que les permitan moverse hacia el centro del triángulo con algunas innovaciones, aunque por ahora se mantienen más a nivel de la normativa que de la implementación. El Ecuador, por ejemplo, aprobó en el año 2000 una ley de genéricos que abarca todo el ciclo, desde la producción hasta consumo, y que no solo obliga el uso de los fármacos más baratos en el sector público, sino que también exige que 20% de la producción de todos los laboratorios se centre en estos productos, y establece márgenes de beneficio mayores para los vendedores de farmacéuticos (88). Igualmente, mediante la expansión de las compras públicas, varios países de la Región (entre ellos Bolivia, Chile, Jamaica, Perú, la República Dominicana y Uruguay) incentivaron una oferta creciente de productos competitivos.

En los países estas medidas pueden formar parte de políticas farmacéuticas integrales oficialmente formuladas o puede tratarse de decisiones enfocadas hacia algún componente específico de la política. De acuerdo con el último informe de la OMS (89), de 27 países de la Región que respondieron una encuesta sobre la situación farmacéutica en 2003, 16 países informaron contar con una política farmacéutica nacional, y en nueve de ellos esta política era oficial.

El mercado farmacéutico

El de los medicamentos es uno de los mercados de más alto crecimiento a nivel mundial. Solo en los últimos cinco años registró una expansión superior a 50%.¹⁴ Los Estados Unidos ocupan el liderazgo del mercado de medicamentos tanto en la Región como en el mundo, con US\$ 190.000 millones de facturación en los últimos 12 meses.¹⁵ En las Américas, le sigue el Canadá, con US\$ 13.000 millones (89). Juntos, ambos países representan 50% del mercado mundial y duplicaron su mercado en los últimos seis años. También en América Latina y el Caribe el mercado de medicamentos crece en forma sostenida desde 2002 y se espera que mantenga este ritmo hasta finales de la presente década (90). La Región representa 8% del mercado mundial. En 2006, los tres países que lideran las ventas son el Brasil (US\$ 8.150 millones), México (US\$ 7.824 millones) y la Argentina (US\$ 2.148 millones) (91).

Como en el resto de las regiones, se expande en las Américas la participación de los productos competidores (también llamados de múltiples fuentes o genéricos). El crecimiento significa

¹⁴En 2000 el mercado mundial era de US\$ 356.000 millones y en 2005 de US\$ 602.000 millones. Fuente: IMS Health Total Market Estimates and Global Pharma Forecasts (incluye mercados auditados y no auditados por IMS).

¹⁵Los datos presentados son de IMS (Estadísticas Médicas Internacionales) y corresponden al período comprendido entre julio de 2005 y junio de 2006. En ningún caso contempla impuestos ni los márgenes de ganancia de los vendedores minoristas.

mayor número de unidades vendidas, puesto que este segmento se caracteriza por presentar precios muy inferiores. El 80% de los países de la Región incorporó normativas para promover la prescripción por denominación común internacional (DCI) en el sector público, pero solo 33% lo hizo en el sector privado (92). La Argentina es uno de los más avanzados en este sentido: 78% de las recetas incluyen el nombre genérico (93).

Oferta y demanda. La industria farmacéutica está hoy ampliamente globalizada. Las empresas internacionales intensifican progresiva y rápidamente su participación en el mercado de América Latina. En la Argentina, los productores de capital nacional detentan una mayor parte del mercado (50% de los laboratorios), le siguen Chile con 43%, el Uruguay con 26%, el Brasil con 25% y México con 12% (94). La desregulación económica implantada en la década pasada incentivó a que las multinacionales concentraran la producción en los países más grandes de la Región. Desde entonces, se incrementa progresivamente el comercio interregional. La participación de Europa y de los Estados Unidos exhibe una tendencia decreciente con respecto a las importaciones de la Región, en especial cuando se consideran los volúmenes en lugar de los montos.

Ningún país se autoabastece por completo. Estados Unidos es el mayor productor mundial de medicamentos; es también el mayor importador y presenta un balance comercial negativo. Todos los países importan insumos, y en el caso de los productos terminados, la dependencia es proporcional al nivel de desarrollo industrial. Así, por ejemplo, en el Brasil los productos importados representan 19% del mercado (95), en la Argentina 30% (96), en el Perú 40%,¹⁶ en el Uruguay 50% (97) y en el Ecuador 80% (98). La demanda de medicamentos está muy concentrada: más de 80% de la producción mundial se consume en los 12 países más desarrollados.

Más de la mitad de los habitantes de la Región presentan dificultades para acceder a medicamentos esenciales. De acuerdo con la encuesta de la OMS, 60% de los países de la Región tenían en 2003 un acceso a medicamentos esenciales menor de 80% (92). Los precios constituyen la principal barrera, aunque el acceso también depende de los ingresos de la población. Cuando se ajustan los precios según paridad del poder adquisitivo (PPA), el Uruguay, país que detenta el menor precio medio, resulta ser el más caro (99). Otra barrera ha sido atribuida a que el altísimo ritmo innovador de la industria no responde a los problemas prevalentes en países y áreas de menor desarrollo (100). Se ha estimado que solo 3% de los gastos de investigación y desarrollo de la industria farmacéutica está dirigido a producir medicamentos

contra esas enfermedades, que representan 90% de la carga global de enfermedad que recae sobre el mundo en desarrollo (101).

Financiamiento. Según proyecciones de IMS para 2006, los países de América Latina gastan más de US\$ 22.000 millones (casi US\$ 40 per cápita/año) en medicamentos. El financiamiento de los fármacos proviene de tres grandes fuentes: por un lado, el gasto de los hogares (desembolso directo); en segundo lugar, los planes de aseguramiento (público, mutual y privado), que en general financian el 100% de los fármacos que necesitan sus asegurados durante la internación, pero una porción menor de la medicación ambulatoria, y en tercer lugar el gasto de los gobiernos para la provisión de medicamentos a sus servicios públicos.

Dos tercios del financiamiento de los medicamentos en América Latina provienen del gasto de los hogares y solo uno de las otras dos fuentes. Esto introduce una fuerte regresividad, ya que los estratos de menores ingresos destinan más de 70% de sus gastos en salud a la adquisición de medicamentos (102). Los seguros sociales y los seguros públicos (que se están extendiendo en la Región) aún tienen cobertura parcial, y solo en el caso de Costa Rica esta resulta comparable a la seguridad social europea o australiana.

Cuanto mayor es la participación del financiamiento público, mayor es el acceso y menor el precio medio. En Chile las compras públicas se incrementaron con el Sistema AUGÉ (Acceso Universal con Garantías Explícitas) y rondan 30% del gasto total; en el Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) provee 25% del total de medicamentos que circulan en el país (103); en el Perú, representan 21% del financiamiento (104), y en la Argentina se aproxima a 15% (105).

Comercio y salud

Durante los años recientes, el tema de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el acceso a medicamentos ha estado presente en la agenda de salud de manera permanente. A partir de 1999, cuando la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución "Estrategia Revisada de Medicamentos", la OMS recibió el mandato de cooperar con los Estados Miembros en el monitoreo y análisis de las implicancias, para el sector farmacéutico y la salud pública, de los acuerdos internacionales, incluidos los acuerdos comerciales. En los años subsiguientes, varios países en desarrollo han liderado un movimiento que rescata permanentemente este asunto y lo coloca en el orden del día de los gobiernos de los Estados Miembros. En este contexto, en los años 2001, 2002 y 2003 se aprobaron resoluciones específicas relacionadas con el acceso a medicamentos (106, 107, 108), con cláusulas relativas a las implicaciones de los acuerdos comerciales en la salud pública, en especial el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Protección de la Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Estos aspectos han sido incluidos en resoluciones relacionadas con la respuesta al VIH/sida (109).

¹⁶En 2006 el Instituto Nacional de Estadísticas e Información del Perú estimó que el mercado rondaría los US\$ 462,5 millones y sus importaciones los US\$ 185,5 millones. Véase también M.I Terra, G Bittencourt et al. Estudios de Competitividad Sectoriales. Industria Manufacturera. Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR. Documento No 23/05. Montevideo, Uruguay.

La denominada Declaración de Doha (Declaración Ministerial relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública), adoptada el 14 de noviembre de 2001 en la IV Conferencia Ministerial de la OMC en Doha, Qatar, representa un marco histórico para la relación entre comercio y salud pública. Esa Declaración reafirma las flexibilidades previstas en el Acuerdo de los ADPIC y el derecho de los países de utilizar esas flexibilidades para promover el acceso a medicamentos.

Los tratados de libre comercio bilaterales o subregionales que en la actualidad discuten, negocian o implementan diversos países, constituyen una preocupación significativa en la Región de las Américas, así como en otras regiones, dada la incidencia que su aplicación puede tener en la salud, y en particular en el acceso a medicamentos. Uno de los principales motivos de preocupación es la posible imposición de condiciones más restrictivas que las establecidas en acuerdos anteriormente negociados, en especial el Acuerdo sobre los ADPIC, y sus efectos sobre las legislaciones nacionales. Esa tendencia se denomina ADPIC Plus u OMC Plus. Como esos tratados generalmente se superponen a la legislación vigente, acaban imponiendo restricciones mayores y obligando a los países a que alteren sus legislaciones. Por otro lado, también es un hecho conocido que se presentan conflictos en los propios gobiernos en la discusión de esos tratados. En el pasado, esos conflictos llevaron a que los diversos gobiernos discutieran los tratados sin la participación de los representantes del sector salud. Aunque aparentemente este sea un problema que los países en desarrollo han venido enfrentando cotidianamente, es posible prever que los sistemas de salud de los países industrializados no puedan seguir soportando los costos crecientes en los sistemas de reembolso de nuevos medicamentos para importantes problemas de salud pública.

La patente es un instrumento de la política económica que puede o no traer beneficios a un país determinado. Se argumenta que las patentes estimulan las inversiones en el desarrollo científico y tecnológico, produciendo innovaciones y beneficios para la sociedad. Sin embargo, por su propia naturaleza también crean monopolios legales que permiten fijar precios elevados, y retardan la competencia en el mercado.

Armonización

En materia de armonización, la Región de las Américas ha experimentado grandes avances. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF), auspiciada por la OPS/OMS y que se constituyó en 1999, cuando se celebraba la II Conferencia Panamericana sobre la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, se ha desarrollado y está cada vez más afianzada como estrategia regional de apoyo a los procesos nacionales y subregionales. Actualmente la Red cuenta con 12 grupos de trabajo que son coordinados por representantes de autoridades (agencias) de regulación de medicamentos de diferentes países de la Región, a excepción del grupo de Farmacopeas, que

está coordinado por la Farmacopea de los Estados Unidos (USP). Actualmente, 110 profesionales expertos provenientes de las oficinas de regulación, que agrupan a representantes de la industria y de la academia, constituyen los diferentes grupos, 72% de los cuales provienen de los organismos nacionales de regulación. Los grupos de trabajo se han extendido recientemente a grupos de discusión técnica, y han incorporado a más de 80 profesionales más, todos ellos provenientes de oficinas nacionales de regulación.

Hasta la fecha, la Red, cuyo objetivo principal es contribuir en todos los aspectos de la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos, cuenta con varios productos tangibles, dos de ellos ya aprobados por la Conferencia: la Guía para la verificación de buenas prácticas de manufactura (BPM), preparada por el GT/BPM, y Buenas prácticas clínicas (BPC): documento de las Américas; otros trabajos ya preparados son los siguientes: Estrategia para implementar estudios de bioequivalencia; Requisitos comunes para el registro de los medicamentos; Definición y criterios para la clasificación de los medicamentos; y la serie de documentos sobre la hoja de ruta, la estructura básica, y definiciones e indicadores para fortalecer la lucha contra la falsificación de medicamentos.

Una de las actividades más exitosas de la Red PARF ha sido la creación y realización de actividades educativas en materia de reglamentación. En efecto, la Red ha realizado aproximadamente 50 cursos sobre calidad de medicamentos (Buenas prácticas de manufactura; Buenas prácticas de laboratorios; Validación de procesos; Aplicación práctica de HPLC [Cromatografía líquida de alta resolución]; Bioequivalencia, y Buenas prácticas clínicas). Estas actividades contaron con la colaboración de universidades nacionales de la Región y son en su gran mayoría de carácter nacional, con lo cual se ha logrado actualizar durante este período a más de 1.700 profesionales de diversos países.

Suministro de medicamentos

Los modelos nacionales de suministro de medicamentos en la Región son sistemas cíclicos en los cuales funciones o procesos primarios dependen de la ejecución eficaz de una función anterior y son apoyados por esta. Así, por ejemplo, la selección de medicamentos se basa en la evaluación de las necesidades y del uso de los fármacos, y los requerimientos para las adquisiciones resultan de las decisiones tomadas durante el proceso de selección.

La Lista de Medicamentos Esenciales sirve como guía para la adquisición de medicamentos por parte del sector público, y se la utiliza como referencia primaria en algunos países para el reembolso de los fármacos financiados por los planes de seguro privados. Los sistemas de adquisición evolucionan a medida que la descentralización del sistema de salud se intensifica. En los países más grandes, como el Brasil y Colombia, la responsabilidad de las adquisiciones de la mayor parte de medicamentos ha sido transferida al nivel local (los departamentos de salud o el nivel institucional), mientras que en los más pequeños siguen operando los

sistemas de distribución de manera centralizada, o administrados directamente por el Ministerio de Salud o por una entidad autónoma contratada por el sector público para esta finalidad.

El proceso de descentralización genera algunos problemas ya que las áreas de salud al nivel del departamento (o estado), el municipio o el distrito, deben desarrollar la capacidad de organizar un proceso de adquisiciones que asegure la disponibilidad continua de los medicamentos en los establecimientos de salud. En algunos casos, la descentralización origina aumentos significativos de los costos de los medicamentos, porque se pierden las economías de escala resultantes de la consolidación de la demanda, sobre todo para los medicamentos más costosos. De ahí que los países estén considerando la posibilidad de redefinir los criterios para diferenciar entre productos de costo elevado que serán adquiridos por el nivel central mediante compras consolidadas, y productos de bajo costo que comprarán en forma descentralizada los estados, municipios o distritos. Los sistemas centralizados de adquisición en los países más pequeños también están evolucionando a medida que logran mayor autonomía de gestión del Ministerio de Salud; no obstante, el Ministerio de Salud sigue siendo el principal agente responsable de las adquisiciones y de la distribución pública de los medicamentos en la mayoría de los países (86%) (92).

Independientemente del nivel de la descentralización del sistema de distribución, todos los países siguen afrontando retos importantes en cuanto a las adquisiciones y la regulación de la oferta de los medicamentos. Los estudios sobre sistemas de suministro ejecutados en varios países en los dos últimos años por la OPS y la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), un centro colaborador de la OPS/OMS en materia de suministro de medicamentos esenciales, indican que las políticas de salud y las políticas farmacéuticas nacionales, así como las condiciones en las adquisiciones de los medicamentos establecidas por los organismos financieros externos, no facilitan la integración de los sistemas de distribución. En consecuencia, a menudo se encuentran procesos de adquisición aislados y desconectados, sistemas de distribución paralelos en funcionamiento, y repetición de las funciones en el distrito y el nivel nacional, sin ninguna coordinación. Con frecuencia el suministro de los productos se asegura por medio de mecanismos aislados de adquisición que no tienen en cuenta la importancia de implementar y monitorear el sistema en su totalidad, conduciendo en último término a desabastecimientos y aumentos en los costos, y no se aprovechan las oportunidades para utilizar el financiamiento disponible.

El costo de los medicamentos en el sector público sigue aumentando. Así, el Brasil informa que en 2006 el costo de los medicamentos representó cerca de 11% del presupuesto sanitario nacional, un incremento significativo respecto del 5% notificado en 2002. Además, el costo de proveer los medicamentos al sector público está aumentando exponencialmente, como resultado de la proliferación de los procesos judiciales en toda la Región para ga-

rantizar los derechos de los pacientes y proporcionar a pacientes individuales o a grupos de pacientes medicamentos de costo elevado que no integran las listas de medicamentos esenciales. Con objeto de justificar la inclusión o exclusión de los medicamentos en las listas autorizadas y aplicar más rigurosamente el uso de estas listas en el sector público, el sector salud está examinando los procesos y evaluando la utilización de las tecnologías sanitarias mediante un enfoque basado en pruebas (científicas y económicas).

El Fondo Estratégico de la OPS, que ya cuenta con la participación de 17 países, es un instrumento de cooperación técnica creado para apoyar a los países en la planificación de adquisición y la compra de suministros estratégicos de salud pública. El Fondo Estratégico brinda apoyo técnico para las adquisiciones y la regulación de la oferta, sobre todo de productos básicos relacionados con el VIH, un área compleja en las adquisiciones debido a los desafíos de proyectar las necesidades cuando existen diferentes líneas de tratamiento; la determinación del estatus de las patentes de los productos; y las políticas de fijación diferenciada de precios que son aplicadas por algunos fabricantes en toda la Región. Los países participantes en el Fondo Estratégico están procurando trabajar en forma conjunta para afrontar los desafíos similares en las adquisiciones y en el suministro de otros medicamentos complejos de costo elevado, incluidos los inmunosupresores y los fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer.

Uso racional de medicamentos

Como ya se mencionó, se han desarrollado esfuerzos importantes para mejorar el acceso a los medicamentos, pero no siempre han sido acompañados por una estrategia para su uso racional. El concepto de medicamento esencial, que en 2007 cumplirá 30 años de haber sido utilizado por primera vez, se constituye en pilar fundamental de las políticas farmacéuticas, y la selección de una lista de medicamentos esenciales es un poderoso instrumento para garantizar el uso racional de los medicamentos. En 2003, 22 países informaron contar con lista de medicamentos esenciales, con una mediana de 400 medicamentos y percentiles inferiores y superiores de 346 y 618 respectivamente (92). Sin embargo, estas listas se utilizaron principalmente para las adquisiciones del sector público y solo en pocos casos para el reembolso de seguros públicos o privados. Los Comités de Medicamentos y Terapéutica (CMT) se constituyen formalmente en la mayor parte de países, pero las funciones e incidencia real en la ejecución eficaz de las pautas, los formularios y la selección de los medicamentos varían mucho en los países. Los Formularios Terapéuticos Nacionales (FTN) y las Guías de Tratamiento Estandarizadas (GTE), aunque a veces son de uso obligatorio en las instituciones, con frecuencia no forman parte de la práctica médica y se requiere mucho esfuerzo, capacitación y coordinación institucional para su cumplimiento. El Centro Colaborador de La Plata (Argentina) sigue apoyando las capacitaciones regionales en aprendizaje de la farmacoterapia basado en problemas. El curso, encaminado

a capacitar a los instructores, se realiza anualmente. En los últimos cinco años el Centro Colaborador impartió cursos en Argentina, Brasil, México, Guatemala y Cuba, países donde se capacitaron alrededor de 200 docentes y 50 médicos y coordinadores de atención primaria. El Centro está también colaborando en la realización de un curso a distancia sobre el uso racional de los medicamentos para 5.000 prescriptores del programa REMEDIAR (una iniciativa que pone a disposición los medicamentos esenciales para 15.000.000 de personas en la Argentina).

Por otra parte, el Brasil ha impartido el curso de aprendizaje de la farmacoterapia basado en problemas en 21 de los 27 estados del país, en los cuales se capacitó a 1.022 profesionales: médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros y veterinarios. Se han diseñado también algunas iniciativas para educar a la comunidad en cuanto al uso racional de medicamentos: desde las campañas locales en las escuelas primarias de Costa Rica hasta una edición en español del curso internacional titulado “Promoción del uso racional de medicamentos en la comunidad”, desarrollado por Acción Internacional por la Salud (AIS) en Nicaragua.

La automedicación sigue siendo un problema en la Región, especialmente con el uso de antibióticos. La venta sin receta de estos medicamentos, junto con una alta tasa de prescripción errónea, contribuye de manera significativa a la resistencia a los antimicrobianos. Una encuesta ambulatoria realizada en 2005 en Nicaragua y Honduras calculó en más de 30% la adquisición de los antibióticos sin receta y en casi 50% la receta inadecuada (110). Ha sido ampliamente documentado el exceso en el uso de antibióticos en enfermedades tales como las infecciones de las vías respiratorias superiores, aun en países desarrollados como los Estados Unidos. Entre las estrategias nacionales para enfrentar este problema cabe mencionar la experiencia de Chile, que ha logrado resultados positivos en cuanto a la disminución del consumo de antibióticos mediante la adopción, en 1999, de medidas normativas.

En relación con la dispensación de medicamentos, desde 2002 el Foro Farmacéutico de las Américas, en el que participan asociaciones farmacéuticas nacionales y regionales, la Federación Internacional Farmacéutica y la OPS, desarrolla en cuatro países un proyecto de atención farmacéutica en pacientes con hipertensión (111) que procura mejorar la obtención de resultados terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos. Las actividades que se realizan en cada país son coordinadas por un grupo nacional con la participación de profesionales de la universidad, el centro de información de medicamentos, la asociación farmacéutica nacional, el Ministerio de Salud y la OPS/OMS. El Foro puso también en marcha un proyecto de buenas prácticas de farmacia que comenzó en el Uruguay en 2005.

Vacunas

Durante los últimos 10 años los países de América Latina y el Caribe han aumentado su dependencia de las vacunas importa-

das producidas fuera de la Región. El advenimiento de nuevos productos y sus combinaciones con las vacunas clásicas, producidas por los grandes consorcios agrupados en diferentes modalidades de alianzas comerciales, han desplazado en gran parte las producciones nacionales. Ya desde la introducción de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) la producción de vacuna antisarampionosa fue interrumpida. El advenimiento de la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) limitó el uso de la DPT solo como dosis de refuerzo. En algunos países como el Brasil se reemplazó su uso por la producción nacional de vacuna cuádruple DPT-Hib. Algunas producciones, tales como la de vacuna oral contra la poliomielitis (VPO), producida en cultivos celulares en México, se mantienen con grandes probabilidades de ser sustituidas a corto plazo por la vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI). Producciones menores en Chile, Venezuela y Colombia se vieron disminuidas o totalmente eliminadas.

En la Región, los intentos de autoabastecimiento en materia de vacunas realizados en la década de 1990 se vieron afectados por el uso de los nuevos productos introducidos por los programas de inmunización en la mayoría de los países. Actualmente, pocos productores en la Región poseen la capacidad de actualizar su infraestructura técnica e instalaciones para llevar a cabo la producción de vacunas combinadas que son necesarias para satisfacer las demandas de sus programas de inmunización. De acuerdo a la certificación de la OMS, actualmente solo dos productos se encuentran precalificados en cuanto al cumplimiento de prácticas adecuadas de fabricación: la vacuna contra la fiebre amarilla en el Brasil y la vacuna contra la hepatitis B en Cuba. Algunos productos, como la vacuna de polisacárido sintético de *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada a toxoide tetánico en Cuba, y la vacuna cuádruple (DPT-Hib) en el Brasil, constituyen esfuerzos promisorios que procuran ser evaluados para la precalificación de la OMS. Cabe mencionar los valiosos intentos realizados por los gobiernos de Venezuela, Colombia y Cuba, de reiniciar las producciones de vacunas DPT (Venezuela y Cuba) y fiebre amarilla (Colombia) con el desarrollo de nuevas plantas productoras que satisfagan las demandas de las normativas vigentes en materia de cumplimiento de buenas prácticas de manufactura.

Como alternativa para continuar con producciones competitivas, algunos productores se han asociado con fabricantes internacionales fuera de la Región. Por ejemplo, en el Brasil, los productores BioManguinhos (para la producción de las vacunas Hib y triple viral) y el Instituto Butantan (para la producción de vacuna contra la influenza estacional) han establecido alianzas con consorcios farmacéuticos europeos.

Regulación en materia de vacunas

La Autoridad Regulatoria Nacional (ARN) es la principal responsable de garantizar la calidad de las vacunas de uso en los países, para lo cual debe trabajar en colaboración permanente con los programas de inmunización. La OPS lleva a cabo un pro-

grama permanente de capacitación en las funciones básicas de las ARN en el área de vacunas, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de las seis funciones básicas (sistema de registro de productos, inspecciones de buenas prácticas de manufactura, sistema de liberación de lotes, pruebas de laboratorio, evaluación de estudios clínicos, y vigilancia posterior a la comercialización) requeridas por la OMS para la ARN de países productores de vacunas, y al menos dos funciones para la ARN de países que compran productos a través de las Naciones Unidas.

Un reto adicional para las ARN en América Latina ha sido el surgimiento en el mercado de nuevas vacunas cuyo desarrollo clínico y proceso de registro no se llevan a cabo en el país de producción del biológico. Tradicionalmente, el registro en el país de origen (por lo general un país desarrollado) era una garantía de calidad para las ARN en la Región. Sin embargo, al tratarse de nuevos productos que no son una necesidad en el país de origen, el primer registro lo debe otorgar la ARN que adquiere el producto por primera vez, y con ello asume la responsabilidad de la evaluación integral de la vacuna, incluidos el análisis y la interpretación de los primeros estudios clínicos obtenidos durante su desarrollo. Tal es el caso de las nuevas vacunas contra el rotavirus y el virus del papiloma humano (VPH), que se han puesto a disposición de países de América Latina y el Caribe.

Con el propósito de apoyar a las ARN en el nuevo reto que plantea la llegada de las nuevas vacunas, la Unidad de Medicamentos Esenciales y Tecnologías para la Salud, de la OPS, ha organizado una serie de cursos y talleres en los que se presentan alternativas para la evaluación de la información, que se incluye en el Documento Técnico Común (*dossier*), y se ofrece material de capacitación para las autoridades, con la finalidad de generar la experiencia técnica que requiere la evaluación integral de los nuevos productos, desde los aspectos del proceso de producción, el control de calidad y las pruebas de estabilidad y preclínicas, hasta los ensayos clínicos. La evaluación de la eficacia de los nuevos productos constituye un elemento adicional a la tarea de las ARN, para las cuales la introducción de estos nuevos biológicos en la Región supone un reto pero también la oportunidad de crecer, en forma conjunta e individual, en conocimiento y experiencia en la importante función de la regulación de vacunas.

Servicios de imaginología y radioterapia

Servicios de imaginología

La radiología diagnóstica convencional —básica y especializada—, la radiología intervencionista, la ecografía y la medicina nuclear diagnóstica y terapéutica cumplen actualmente una función esencial en los procesos clínicos de atención de la salud (112). Estos servicios de diagnóstico por imagen abarcan una amplia gama de aplicaciones clínicas, que van desde el diagnóstico y seguimiento de enfermedades y situaciones muy comunes y de alta incidencia en la población, tales como las enfermedades

respiratorias, los traumatismos, los trastornos digestivos, el control de la gestación o las afecciones mamarias, entre otras, hasta enfermedades más complejas como las tumorales, el sida, las afecciones del sistema nervioso central o las enfermedades cardiovasculares (113). Las tecnologías de formación de imágenes siguen siendo un campo rápidamente cambiante y continúan revolucionando cada especialidad de la medicina. Ello se debe en parte al alto nivel de innovación de las empresas fabricantes de equipos.

El progreso de la tecnología de las comunicaciones durante el último decenio ha influido directamente en las ciencias de la salud en el campo de la telemedicina, y muy en particular en la telerradiología. En los Estados Unidos, la telerradiología ha expandido su facturación extraordinariamente en los últimos cinco años. Se trata de aplicaciones disponibles a través de redes de comunicaciones, un mundo virtual en el cual la conexión entre el lugar donde se generan las imágenes y el lugar donde se interpretan se determina más por los modelos empresariales y las conexiones de Internet que por quién está de servicio cuando la imagen debe leerse (114). Estos adelantos pueden resultar muy útiles en lugares donde hay escasez de radiólogos que interpreten las imágenes, como los países del Caribe, la región amazónica, o en zonas remotas como la Isla de Pascua. Sin embargo, aunque se está explorando la introducción de esta modalidad en varios lugares de América Latina y el Caribe, no se ha notificado ningún caso exitoso, debido esencialmente a la falta de una infraestructura de comunicaciones adecuada y estable, y a la escasez de recursos financieros para hacer frente a las inversiones iniciales y de mantenimiento de toda la red.

Otro ejemplo de avances tecnológicos es el aumento del uso de la radiología intervencionista en los últimos años. Ahora es posible tratar varias enfermedades utilizando cánulas o medios de embolización (115), lo que permite que el paciente sea atendido en forma ambulatoria en lugar de requerir una estadía larga en el hospital. Los gobiernos y el público en todo el mundo han apreciado rápidamente los beneficios de la radiología intervencionista y existe por tanto una considerable presión por parte del público y de los medios de comunicación para ampliar la variedad de estos procedimientos. Como consecuencia, la práctica de la radiología intervencionista se ha difundido ampliamente en los países que cuentan con todos los niveles de atención de salud en un período relativamente corto.

La radiología digital, que emplea dispositivos de almacenamiento de fósforo fotoestimulables y se introdujo en la práctica clínica en el decenio de 1980, es otra área de la imaginología que ha experimentado cambios sorprendentes y cuyo uso ha aumentado en forma gradual en América Latina y el Caribe. Con ella, nuevos tipos de dispositivos de formación de imágenes digitales se están introduciendo en el mercado (116).

En el área de la tomografía computarizada (TC), con la introducción primero de las exploraciones con técnica helicoidal y más recientemente con las multicorte, se han reducido sensible-

“La equidad y la eficiencia son dos de los requisitos básicos de un sistema de salud.”

Carlyle Guerra de Macedo, 1989

mente los tiempos de exploración por paciente. En consecuencia, ahora es posible realizar más exámenes en un tiempo dado, ampliar el alcance de algunos exámenes, así como introducir algunas técnicas y exámenes nuevos, por ejemplo en cardiología. Los nuevos dispositivos de formación de imágenes representan una enorme promesa para el diagnóstico de una variedad de anomalías cardiovasculares.

El Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de la Radiación Atómica (UNSCEAR) examina periódicamente la situación mundial de los servicios de radiología. En la actualidad, el UNSCEAR está elaborando el informe que será presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2007, actividad con la que la OPS está colaborando en la Región de las Américas. Su último informe presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas y oficialmente publicado data de 2000 (117).

En la mayoría de los países de la Región, el nivel de acceso a los servicios de radiología está lejos del de los países industrializados. Mientras que en estos últimos la frecuentación anual de estudios radiológicos es superior a 1.000 estudios por 1.000 habitantes, en los países de segundo nivel de atención sanitaria (entre los que se incluyen 22 países de la Región) este valor era de alrededor de 150, y en los de tercer nivel (cinco países) la cifra era de unos 20. El acceso a servicios de radiología, además de escaso, es inequitativo, puesto que en su mayoría estos servicios se brindan en centros de atención ubicados en las grandes ciudades, de modo que gran parte de las poblaciones rurales no tiene acceso a ellos. Por otra parte, su elevado costo los vuelve inaccesibles para las poblaciones urbanas pobres.

La eficacia clínica de estos servicios depende enormemente de la calidad de la atención prestada. La existencia de profesionales bien formados, así como la implementación de programas de garantía de calidad, resultan esenciales para lograr el objetivo fundamental de un diagnóstico certero. Un estudio multicéntrico realizado por la OPS en Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México demostró que existe una relación directa entre la certeza en la interpretación radiológica y la calidad de las imágenes radiográficas. En todos los casos, los radiólogos de las instituciones participantes y un panel de expertos externos emitieron diagnósticos coincidentes cuando se examinaron imágenes de buena calidad, y hubo discrepancias cuando las imágenes eran deficientes. A la vez, la calidad de las imágenes estuvo directamente relacionada con el nivel de formación y capacitación de los técnicos de radiología, así como con el tipo de revelado y el estado de la combinación película/pantalla. El estudio concluye que debe hacerse hincapié en la formación continuada de los

técnicos, y en la compra y mantenimiento de equipos y accesorios, en especial los negatoscopios, las pantallas intensificadoras y las máquinas reveladoras, por la influencia que tienen en la calidad de las imágenes y, por lo tanto, en la emisión de diagnósticos certeros (118). Las ventajas clínicas de los servicios de imaginología son enormes, pero en la práctica estos servicios podrían representar un costo innecesario para los sistemas de atención de salud en los países de la Región si la calidad proporcionada fuera inadmisible (113).

Servicios de radioterapia

La radioterapia se usa hoy día para el tratamiento de muchos tipos de tumores, y con frecuencia se administra en combinación con cirugía, con quimioterapia, o con ambas. La meta de la radioterapia es lograr niveles citotóxicos de la irradiación a volúmenes blanco bien definidos, minimizando en la medida de lo posible la exposición de los tejidos sanos circundantes. Se considera internacionalmente que la radioterapia seguirá siendo clave para el tratamiento del cáncer en los próximos decenios. Su función curativa es particularmente importante en los tumores de cabeza y de cuello, cervicouterinos, de la mama y de la próstata, sin olvidar su función paliativa y eficaz en relación con el costo respecto de todas las enfermedades. En comparación con otras modalidades terapéuticas, los costos por paciente tratado son relativamente bajos si los equipos se utilizan en forma óptima.

Las neoplasias malignas constituyen la segunda causa de muerte en la Región (119). Según recientes informes de organismos especializados se espera que continúe el crecimiento de la población, combinado con el envejecimiento paulatino de esta en América Latina y el Caribe (120). La OMS ha llamado la atención sobre el notable aumento previsto en el número de pacientes con cáncer en los países en desarrollo en un futuro cercano, y, consciente de esta problemática, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 2005 una resolución sobre prevención y control de cáncer, en la que reconoce la importancia de la radioterapia en el manejo y tratamiento de esta enfermedad (121).

La radioterapia se aplica con uno de dos métodos: la teleterapia, en el cual un haz de radiación externo al cuerpo se dirige hacia el tejido, o la braquiterapia, en que fuentes radiactivas se colocan en una cavidad natural corporal o se insertan directamente en el tejido tumoral. Los haces de radiación externa con fines terapéuticos más comúnmente utilizados son producidos por máquinas de pertenecen a dos tipos: unidades de cobaltoterapia que contienen fuentes radiactivas de Co-60 y que son las más usadas en América Latina y el Caribe, y los aceleradores lineales, más empleados en los países industrializados y que se están incorporando paulatinamente en los países de América Latina y el Caribe.

De acuerdo con la base de datos del Directorio de Centros de Radioterapia (DIRAC) del OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica)/OMS (122), los países industrializados disponían en 2005 de una media de 6,4 unidades de radioterapia de

alta energía por 1.000.000 de habitantes, mientras que la media en América Latina y el Caribe se sitúa en 1,4 por 1.000.000 de habitantes, y hay países con una media muy por debajo de esta cifra, como es el caso de Perú, Nicaragua, El Salvador, Guatemala o Haití, u otros donde estos servicios son prácticamente inexistentes, como muchos del Caribe. En cuanto a los recursos humanos recogidos por el DIRAC, los datos para los países industrializados arrojan un índice de 9 y 5 radioterapeutas y físicos médicos respectivamente por 1.000.000 de habitantes, frente a 1,6 y 0,7 por 1.000.000 en América Latina y el Caribe, mientras que en el campo tecnológico, 86% de las unidades de teleterapia son aceleradores lineales en los primeros, porcentaje que se reduce a 42% en América Latina y el Caribe. Igualmente, gran parte de la tecnología y las técnicas clínicas en uso datan de las décadas de 1960 y 1970, lo que reduce su impacto terapéutico en varias enfermedades. Como consecuencia, mientras que en los países industrializados se curan aproximadamente la mitad de los pacientes con cáncer y al menos la mitad de los pacientes diagnosticados necesitan tratamiento con radioterapia, en muchos países de América Latina y el Caribe no se dispone de la tecnología ni de los recursos humanos apropiados para brindar estos servicios (123), y en algunos casos el acceso a ellos es muy reducido o inexistente.

Según la base de datos GLOBOCAN 2002, del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), un organismo de la OMS (124), la incidencia anual de cáncer en América Latina y el Caribe es de unos 833.000 casos, es decir, menos de 200 casos por 100.000 habitantes. La cifra pareciera reflejar una subestimación si se la compara con los datos numéricos disponibles en algunos ministerios de salud de la Región, y se aleja mucho de la incidencia de los países más industrializados, cercana a 500 casos por 100.000 habitantes.

En la efectividad y seguridad de los tratamientos de radioterapia influyen muchos factores, tales como el correcto diagnóstico y estadio de la enfermedad, la decisión terapéutica adecuada, la localización precisa de la lesión y la planificación y ejecución del tratamiento. Esta complejidad demuestra la necesidad de ejecutar programas de garantía de calidad para mejorar la efectividad y seguridad en los tratamientos. Si se tiene en cuenta la limitada capacidad terapéutica antes mencionada y se considera válida la estimación de 833.000 casos nuevos anuales, puede calcularse que en América Latina y el Caribe morirían anualmente al menos unos 120.000 pacientes potencialmente curables si tuviesen acceso a servicios de radioterapia que funcionaran adecuadamente dentro de los programas nacionales de control del cáncer.

Planificación y gestión de los servicios de diagnóstico por imagen y radioterapia

Los costos asociados a estos servicios, tanto en la inversión inicial como en sus proyecciones de funcionamiento, obligan a una cuidadosa planificación y gestión de su desarrollo. La gestión y planificación de estos servicios no siempre es la adecuada en

la Región, lo que hace que su eficiencia sea más baja de lo deseable. Con frecuencia los costos de adquisición y mantenimiento del equipamiento son mucho más elevados que en los países industrializados, y la distribución geográfica y los tiempos de uso no son los óptimos. Todos estos aspectos se vuelven más críticos con la incorporación de modalidades más complejas y costosas, como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, los aceleradores lineales o la braquiterapia de alta tasa de dosis.

Los países en desarrollo afrontan varios retos al adoptar tecnologías sanitarias, ya que la mayoría de los dispositivos médicos están diseñados para ser usados en los países industrializados. Como consecuencia, cerca de 30% de los equipos complejos permanecen sin usarse, mientras que los que están en operación, entre 25% y 35% del tiempo se encuentran fuera de servicio debido a la débil capacidad existente para su mantenimiento. Una causa fundamental identificada es la gestión ineficaz de estas tecnologías, incluidas la planificación, la adquisición y las operaciones posteriores (125).

A los efectos de la gestión, es fundamental diferenciar entre equipo y servicio: una resonancia magnética no es un servicio de resonancia magnética, ni un acelerador lineal es un servicio de radioterapia. Uno de los errores comunes que cometen algunos gestores sanitarios cuando incorporan tecnología compleja es precisamente no tener en cuenta en el proceso de planificación muchos de los elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios antes de la incorporación tecnológica. Los encargados de tomar las decisiones a menudo se centran en el equipo en lugar de hacerlo en el servicio, a pesar de que el servicio es lo que realmente interesa para la atención en salud.

Conscientes de esta problemática, algunos ministerios de salud, como los de Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Venezuela y Uruguay, han solicitado la cooperación técnica de la OPS para la incorporación y puesta en servicio más efectiva y adecuada de esta tecnología. Es significativo el costo económico y sanitario de los problemas tecnológicos sufridos en países como Argentina, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay y Venezuela, donde equipamiento de millones de dólares comprado o donado nunca se ha puesto en funcionamiento o se encuentra significativamente subutilizado. Las causas de estos problemas son numerosas, pero tienen el denominador común de una falta de análisis por expertos de la situación antes de proceder a su adquisición. En particular, debe tomarse en consideración que donantes privados o institucionales con frecuencia no cuentan con la suficiente capacidad técnica para realizar estos procesos de incorporación de un modo adecuado y satisfactorio.

Protección contra los riesgos de las radiaciones

Las ventajas y los riesgos del uso de radiaciones en aplicaciones médicas, industriales o de investigación, son bien conocidos. El elevado riesgo potencial para la salud que implica su uso hace necesario adoptar medidas especiales para la protección radiológica de los pacientes, los trabajadores, el público y el medio am-

biente. Los organismos internacionales con competencia en la materia, entre ellos la OPS, consensuaron las *Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación (NBIS)* (126), aprobadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP24.R9) (127), que establecen, entre otros requisitos técnicos, la necesidad de implementar un amplio programa de garantía de calidad en las exposiciones médicas a la radiación, con la participación de expertos calificados competentes en las disciplinas correspondientes “teniendo en cuenta los principios establecidos por la OMS y la OPS”, así como contar con autoridades reguladoras nacionales.

Actualmente el mundo está experimentando otro período de importantes cambios tecnológicos en los campos de la imagenología y la radioterapia, y los efectos de estos cambios sobre la dosis de radiación que recibirá en el futuro la población de todo el mundo será muy difícil de predecir. La facilidad para la adquisición de imágenes de las nuevas tecnologías podría dar lugar a la exposición innecesaria de los pacientes a las radiaciones si no se adoptan las medidas oportunas. Esto, combinado con el aumento del número de equipos, tendrá una repercusión significativa sobre las dosis de radiación que recibe la población, por lo que es importante que las autoridades reguladoras sigan evaluando la protección y seguridad en materia de radiología médica.

Después de las recomendaciones de una conferencia internacional sobre protección radiológica del paciente realizada en 2001, el Organismo Internacional de Energía Atómica, junto con la OMS, la OPS y el UNSCEAR, prepararon el Plan de Acción Internacional para la Protección Radiológica de los Pacientes (128), que incluye la estrategia para ayudar a los países a vigilar las dosis de las exposiciones médicas. Se espera que la aplicación de este plan, del que ya se han establecido las actividades para 2006/2008, modifique la tendencia creciente de las exposiciones médicas en el futuro.

En cuanto a la capacidad reguladora, solo 21 países de la Región cuentan con autoridades con mandato específico en esta esfera, y en muchos casos, ahí donde existen, su capacidad técnica y sus recursos son ciertamente limitados para cumplir satisfactoriamente con las funciones establecidas en las regulaciones nacionales adaptadas de las NBIS. En donde existe regulación, la autoridad competente está localizada en los Ministerios de Salud, en otras instancias gubernamentales o bien divididas entre ambos. En cualquier caso, la exposición a la radiación médica debería estar regulada por los ministerios de salud. La debilidad y la escasa participación que las autoridades de salud tienen en este aspecto son preocupantes en muchos países, y ponen en riesgo la seguridad de los pacientes, incluidas sus vidas (129, 130).

La falta de gestión de las fuentes radiactivas en desuso parece común en los países de América Latina y el Caribe. Estrechamente relacionado con este hecho y con el impacto medioambiental que estos desechos pueden generar, los residuos radiactivos necesitan de una adecuada gestión que incluya su acondicionamiento y al-

macenamiento seguro. Varios accidentes radiológicos se han producido en la Región por esta causa, algunos de ellos con víctimas mortales (131). Esta circunstancia, junto con la actual coyuntura internacional de posibles actos terroristas con material radiactivo y la escasa capacidad de respuesta a las emergencias radiológicas, exigen mejorar la preparación y la respuesta en este campo.

Es importante resaltar el hecho de que la OMS ha puesto en marcha un proyecto internacional sobre los riesgos para la salud de los campos electromagnéticos. En la Región existe una creciente preocupación pública acerca de estos riesgos, mientras que las normativas y los conocimientos técnicos en esta esfera son muy heterogéneos entre los países (132).

Servicios de sangre

La donación voluntaria de sangre sigue siendo deficiente en la Región de las Américas. En la edición de 2002 de la presente publicación se citó a Aruba, Bermuda, Canadá, Cuba, Curazao, Estados Unidos y Santa Lucía como los países con donantes universales voluntarios; las Islas Caimán, Suriname y Uruguay alcanzaron ese objetivo en 2004. Bolivia, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana informaron oficialmente el pago a los donantes de sangre, pero el intercambio de dinero entre los familiares de los pacientes y los donantes es habitual en esos países donde la donación de reposición obligatoria es la norma impuesta por los bancos de sangre de los hospitales. A pesar de que 2 millones de donantes potenciales fueron pospuestos en 2004 —cuando se recolectaron aproximadamente 8 millones de unidades de sangre en el Caribe y América Latina— se descartaron 150.000 unidades debido a que los donantes mostraron uno o más de los marcadores de infecciones transmitidas por transfusiones, una cifra que representa al menos US\$ 7,5 millones en insumos de recolección y prueba. Más importante aún es que la falta de donantes voluntarios se traduce en componentes sanguíneos insuficientes e impide el tamizaje universal de la sangre. En 2004, 16 de los 39 países que disponen de datos al respecto informaron la realización de pruebas a la totalidad de la sangre recolectada para transfusiones, en comparación con los 14 que lo hicieron en el año 2000, pero la Región en su conjunto no ha logrado el 100% de cobertura del tamizaje para ninguno de los marcadores básicos de infecciones (cuadros 15 y 16), el objetivo establecido en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS para el período 1999–2002. Los análisis para la detección de hepatitis C, *Trypanosoma cruzi* y virus linfotrópico humano de células T tipo II (HTLVII/II) representan el mayor desafío.

Tampoco se ha conseguido el objetivo de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1999–2002, que establece que todos los bancos de sangre deben participar en programas de calidad. Casi la mitad de los bancos de sangre no participan en actividades de evaluación externa del desempeño y son comunes los resultados incorrectos entre los que sí lo hacen. El excesivo número de bancos de sangre —mayormente asociados con

CUADRO 15. Servicios relacionados con la sangre. Recolección de sangre y tamizaje para detectar marcadores infecciosos en países de América Latina, 2003 y 2004.

País	Año	Cantidad de bancos de sangre	Cantidad de unidades recolectadas	VIH	HBsAg	VHC	Sífilis	<i>Trypanosoma cruzi</i>
Argentina	2003	578	780.440	100	100	99	100	100
	2004	578	751.412	100	100	99	100	100
Bolivia	2003	38	38.621	94	93	82	95	80
	2004	25	40.910	99	99	93	99	83
Brasil	2003	367	2.931.813	100	100	100	100	100
	2004	562	3.044.493	100	100	100	100	100
Chile	2003	55	173.814	100	100	100	100	67
	2004	52	186.292	100	100	100	100	68
Colombia	2003	142	495.004	99	99	99	99	99
	2004	123	502.065	99	99	99	100	99
Costa Rica	2003	24	48.625	100	100	100	100	93
	2004	31	54.258	100	100	100	100	100
Cuba	2003	44	589.106	100	100	100	100	...
	2004	47	528.026	100	100	100	100	...
Ecuador	2003	33	79.204	100	100	100	100	100
	2004	39	98.695	100	100	100	100	100
El Salvador	2003	32	76.142	100	100	100	100	100
	2004	32	79.368	100	100	100	100	100
Guatemala	2003	48	68.626	99	99	99	99	99
	2004	46	60.638	99	99	100	99	99
Honduras	2003	28	48.783	100	100	100	100	100
	2004	29	47.679	99	99	100	99	99
México	2003	540	1.136.047	100	100	100	100	33
	2004	536	1.225.688	96	96	96	90	32
Nicaragua	2003	24	46.558	100	100	76	100	94
	2004	24	49.416	100	100	85	100	100
Panamá	2003	23	46.176	100	100	100	100	95
	2004	25	44.323	100	100	100	100	86
Paraguay	2003	49	29.718	97	96	96	95	96
	2004	45	41.846	99	99	99	99	99
Perú	2003	92	145.665	99	96	99	94	96
	2004	172	183.489	74	74	74	74	75
República Dominicana	2003	81	77.115	100	100	100	100	...
	2004	66	61.745	99	99	99	99	...
Uruguay	2003	41	99.675	100	100	100	100	100
	2004	67	96.993	100	100	100	100	100
Venezuela	2003	270	342.526	100	100	100	100	100
	2004	270	380.724	100	100	100	100	100

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Medicina transfusional en los países del Caribe y Latinoamérica, 2000–2003. Washington, DC: OPS, 2005.
Organización Panamericana de la Salud. Serie Documentos técnicos Políticas y Regulación THS/EV-2005/005. Washington, DC: OPS, 2006.

los hospitales— limita la ejecución de programas de calidad y contribuye a la falta de eficiencia de los sistemas nacionales. En general, los bancos de sangre recolectan y procesan un promedio de 1.600 unidades de sangre por año. La identificación incorrecta de los donantes potencialmente infectados es más común en los bancos de sangre más pequeños, especialmente en los que emplean pruebas rápidas de tamizaje. Además, debido a que los bancos de sangre con base en hospitales suelen recolectar y procesar la sangre de maneras no sistemáticas, prácticamente no hay posibilidad de que compartan entre ellos unidades de sangre, una si-

tuación que en 2004 motivó el descarte de alrededor de 175.000 unidades de sangre vencidas con un costo estimado de procesamiento de US\$ 8.750 millones. Los países con la disponibilidad más baja de sangre suelen descartar más unidades.

Laboratorios clínicos y de salud pública

Se estima en 40.000 el número de laboratorios en la Región, de los cuales 98% son de diagnóstico clínico y 2% de salud pública. La mayor parte de los laboratorios clínicos pertenecen al sector privado y los laboratorios de salud pública suelen depender de

CUADRO 16. Servicios relacionados con la sangre. Recolección de sangre y tamizaje para detectar marcadores infecciosos en países del Caribe, 2003 y 2004.

País	Año	Cantidad de bancos de sangre	Cantidad de unidades recolectadas	VIH	HBsAg	VHC	Sífilis	HTLVI/II
Anguila	2003	1	124	100	100	...	100	...
	2004	1	78	100	100	...	100	...
Antigua y Barbuda	2003	2	1.330	100	100	...	100	...
	2004	2	1.227	100	100	11	100	...
Aruba	2003	2	2.651	100	100	100	100	100
Bahamas	2003	3	5.134	100	100	100	100	100
	2004	3	5.521	100	100	100	100	100
Belice	2003	7	2.883	100	100	...	100	...
	2004	7	2.978	100	100	...	100	...
Bermuda	2003	1	2.277	100	100	100	100	...
Curazao	2003	1	6.066	100	100	100	100	100
	2004	1	6.595	100	100	100	100	100
Dominica	2004	1	804	100	100	...	100	100
Granada	2003	1	808	100	100	100	100	100
	2004	1	703	100	100	100	100	100
Guyana	2003	5	4.250	100	100	100	100	...
	2004	5	4.887	100	100	100	100	...
Haití	2003	5	8.711	100	100	89	100	...
	2004	8	9.513	100	100	93	100	...
Islas Caimán	2003	2	731	100	100	100	100	100
	2004	2	702	100	100	100	100	100
Islas Turcas y Caicos	2003	2	211	100	100	60	100	...
Islas Vírgenes Británicas	2003	1	318	100	100	52	100	...
	2004	1	343	100	100	100	100	...
Jamaica	2003	10	26.092	100	100	100	100	100
	2004	10	23.600	100	100	100	100	100
Montserrat	2003	1	66	100	100	...	100	...
	2004	1	83	100	100	...	100	...
Saint Kitts y Nevis	2003	1	420	100	100	...	100	...
	2004	1	347	100	100	...	100	...
Santa Lucía	2003	2	1.653	100	100	100	100	100
	2004	3	1.782	100	100	100	100	100
San Vicente y las Granadinas	2003	1	939	100	100	100	100	100
	2004	1	942	100	100	100	100	100
Suriname	2003	1	6.240	100	100	100	100	100
	2004	1	7.696	100	100	100	100	100

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Medicina transfusional en los países del Caribe y Latinoamérica, 2000–2003. Washington, DC: OPS, 2005. Organización Panamericana de la Salud. Serie Documentos técnicos Políticas y Regulación THS/EV-2005/005. Washington, DC: OPS, 2006.

los ministerios de salud. En la mayoría de los países, un laboratorio nacional de referencia encabeza una red de laboratorios de salud pública incorporados o no al sector hospitalario, como parte del sistema de vigilancia. Además de estas actividades desarrolladas en coordinación con los departamentos de epidemiología, los laboratorios de salud pública pueden realizar exámenes en el marco del registro sanitario y el control de medicamentos. El laboratorio de referencia de cada país posee autoridad para la normalización, regulación, formación, planificación, supervisión, evaluación, investigación y difusión de la información.

Las instituciones de salud pública, y los servicios de laboratorio en particular, son esenciales para la vigilancia de las enfermedades e intervienen como elemento central en la cadena de investigación de epidemias. Sin embargo, en la Región se observan frecuentes problemas de funcionamiento en cuanto a la organización, la gerencia y los recursos financieros. El denominador común a las carencias observadas se refiere a la producción de una información que no siempre es de calidad comprobada. Estos factores determinan que el proceso de toma de decisiones y el diseño de las intervenciones sean limitados y que los labora-

torios de salud pública no puedan cumplir con el papel esencial que les cabe dentro de los sistemas de salud.

Estos acontecimientos, además de otros factores relacionados con el contexto y el desarrollo de las disciplinas involucradas, han ido forjando un concepto más claro de la función de salud pública que debe cumplir el laboratorio. Incluye la implementación sostenible del sistema de gestión de la calidad en las redes de laboratorio, la asociación íntima con la vigilancia epidemiológica en el abordaje de las enfermedades de notificación obligatoria y del Reglamento Sanitario Internacional; la integración indispensable en las acciones de respuesta ante brotes y situaciones de emergencia; y el acompañamiento a la investigación epidemiológica.

La publicación del *Manual sobre sistema de garantía de la calidad, conceptos generales para laboratorios de salud pública* en 2002, basado en la norma ISO 9001, dio inicio a la aplicación del sistema de calidad en las instituciones de referencia en salud pública de la Región y permitió asesorar el proceso de reestructuración de las redes de laboratorios en Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. La organización de dos talleres regionales sobre Aspectos gerenciales de laboratorio, y Sistema de gestión de calidad con la participación de los directivos de los laboratorios de referencia en salud pública consolidó la viabilidad del proceso.

Para consolidar los vínculos entre laboratorio y epidemiología, y fortalecer la vigilancia de las enfermedades infecciosas en la Región, se organizaron dos encuentros subregionales en Centroamérica y América del Sur sobre Conceptos básicos en epidemiología y análisis de datos por el laboratorio, y a partir de los acuerdos establecidos en las reuniones anuales de la Red Centroamericana de Prevención y Control de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER) en 2002 y 2003, se elaboró un cuestionario modelo para la evaluación de la capacidad de respuesta de las redes nacionales de laboratorio para la contención de los eventos epidémicos. Esta herramienta se usó en los procesos de reestructuración de las redes nacionales de laboratorio de los países antes mencionados.

Los últimos desastres naturales ocurridos en la Región (fenómeno de El Niño y huracanes Mitch y George en Centroamérica y República Dominicana, Stan y Katrina en Cuba, México y los Estados Unidos, terremoto en El Salvador, erupciones volcánicas en el Ecuador y Colombia, deslizamientos en Venezuela, inundaciones en Haití, Guyana, Guatemala, Argentina y Colombia, entre otros) pusieron de manifiesto la necesidad de integrar a los laboratorios de salud pública en los planes de contingencia sectorial de salud y revelaron la importancia de contar con la confirmación diagnóstica de las enfermedades transmisibles de alta letalidad y disponer de exámenes básicos para el manejo de heridos y la provisión oportuna de sangre segura.

Los esfuerzos se dirigieron hacia la integración del componente de laboratorio en el sistema de vigilancia mediante la definición de siete funciones esenciales de los laboratorios de salud

pública: 1) referencia en salud pública; 2) fortalecimiento del sistema de vigilancia; 3) gestión integrada de la información; 4) desarrollo de políticas y regulación; 5) capacitación y educación continua; 6) promoción y desarrollo de la investigación; y 7) comunicación y alianzas estratégicas. Previamente a la capacitación técnica y gerencial de los directivos de laboratorio se armonizó la metodología en Centroamérica mediante la elaboración consensual de manuales de procedimientos para enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, meningitis bacterianas, dengue, leptospirosis, sarampión, hantavirus, ántrax y tuberculosis. A nivel regional se amplió el proceso de evaluación externa del desempeño, con el apoyo del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) de Santa Cruz, Bolivia, el programa regional de monitoreo y vigilancia de la resistencia a los antibióticos, y el sistema de redes de vigilancia de los agentes bacterianos responsables de neumonías y meningitis (Sistema Regional de Vacunas [SIREVA] II), en 20 países.

En el sector de los laboratorios de diagnóstico clínico, con la colaboración de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), se revisaron y actualizaron las reglamentaciones sobre la habilitación de los laboratorios en Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Se pusieron en marcha programas sostenibles de evaluación externa del desempeño en bioquímica clínica dirigidos a los laboratorios privados y públicos de siete países. Asimismo, por medio del *United Kingdom International External Quality Assessment Scheme* (UK-IEQAS) se realiza también una evaluación externa del desempeño en química clínica, hematología y parasitología en 20 países: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.

LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD: ACCESO Y UTILIZACIÓN

Como actividad productora de nuevos conocimientos aplicables al beneficio de la sociedad, la investigación y sus productos son un ejemplo clásico de bien público.¹⁷ Durante estos últimos años, el acceso a la información científica y su utilización han adquirido una importancia crítica en un nuevo escenario mundial donde se les exige a los gobiernos, así como a los usuarios e inte-

¹⁷En efecto, la investigación en salud estudia la influencia de factores sociales, económicos, tecnológicos y de comportamiento, así como la de otros aspectos relacionados con la estructura y organización de los sistemas, sobre el acceso, calidad y costos de la atención y sus efectos sobre la salud y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Sus objetivos principales se dirigen no solamente a conocer sino también a identificar formas de organización, financiamiento y gestión más efectivas, equitativas y seguras para la población. (Fuente: Academy Health, June 2000; Agency for Healthcare Research and Quality, February 2002).

resados, mayor responsabilidad y transparencia en el manejo y gestión de los recursos. Esta realidad se extiende a las agencias y organismos que gestionan programas sociales, respecto de los cuales la insatisfacción de los ciudadanos en cuanto al incumplimiento de las metas establecidas a menudo se refleja en las urnas. Por consiguiente, es necesario disponer de datos veraces e información científica confiable para establecer las prioridades en salud, así como para monitorear y evaluar el desempeño de los sistemas con respecto a las metas establecidas o los resultados esperados.

En el ámbito de los sistemas de salud, la investigación es una de las once funciones esenciales en salud pública, y una de las menos desarrolladas en la Región durante la última década (5). Sin embargo, se impulsaron importantes iniciativas orientadas a integrar y fortalecer los mecanismos de rectoría y gobernanza de la investigación para la salud. Algunas de ellas, como el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), han sido catalizadoras del progreso regional de las redes que promueven la solidaridad y la equidad (redes de bibliotecas, recursos y centros de información para la salud). Por ejemplo, la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), con más de 25 años de existencia, que recolecta y registra el contenido de revistas científicas arbitradas y publicadas en la Región, la mayor parte de las cuales no figuran en las bases de datos internacionales. Posteriormente se desarrolló la red SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), que cuenta con la participación de organismos nacionales de ciencia y tecnología y cuyos objetivos son aumentar la visibilidad y la calidad de las revistas científicas de la Región, mejorar el acceso a ellas y crear indicadores para evaluar su uso e impacto. En 1998 se impulsó la creación de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), proyecto que contó con la contribución de varias iniciativas nacionales y temáticas y que reúne un amplio rango de fuentes de información en salud. La BVS se desarrolla en diversos paí-

ses de la Región con distinto grado de evolución, pero conforme a un modelo común y en respuesta a las condiciones y necesidades nacionales.

Durante la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, que se realizó en dos fases, la primera en 2003 y la segunda en 2005 (133), se hizo un llamamiento para promover el acceso universal a los conocimientos científicos que incidan en el desarrollo y bienestar de las poblaciones. También se abogó por la incorporación de nuevos formatos que facilitaran el uso de los resultados de investigación y la democratización del conocimiento (134). Pero aún falta un factor esencial para poder dirigir eficientemente los esfuerzos y evitar la duplicación de trabajo. No se cuenta con buenos indicadores de situación ni se dispone de recursos para la investigación en los países de América Latina y el Caribe.

Tendencias de la producción científica en América Latina y el Caribe: 2000–2005

En cuanto al desarrollo de indicadores para el análisis de la producción científica en salud de la Región, cabe mencionar la publicación de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos que reflejan los resultados de estudios frecuentemente utilizados para sintetizar y difundir nuevos conocimientos que permitan tomar decisiones informadas en salud, y que son indizados en forma particular. Este tipo de publicaciones representan cerca de 4,6% del total de documentos indizados entre 2000 y 2005 en la base de datos MEDLINE, y 0,8% de los registros de LILACS (cuadro 17).

Para analizar la publicación de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos por país se utilizó el país de publicación de las revistas en LILACS y MEDLINE, considerando que el índice no viene organizado por país de afiliación (cuadro 18). En los estudios publicados en revistas latinoamericanas indizadas en MEDLINE (0,51% del total indizado en esa base) se destacan Argentina,

CUADRO 17. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas indizados en LILACS y MEDLINE, 2000–2005.

Tipo de artículos	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005
LILACS							
EC+RS	994	163	172	177	189	185	108
Otros tipos	116.141	21.909	20.260	20.876	20.386	18.212	14.498
Total de registros	117.135	22.072	20.432	21.053	20.575	18.397	14.606
% total	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	0,7
MEDLINE							
EC+RS	150.879	21.151	22.130	23.666	25.796	28.313	29.823
Otros tipos	3.158.544	468.630	496.441	516.260	541.243	565.310	570.660
Total de registros	3.309.423	489.781	518.571	539.926	567.039	593.623	600.483
% total	4,6	4,3	4,3	4,4	4,5	4,8	5,0

EC = Ensayos clínicos; RS = Revisiones sistemáticas

Fuentes: MEDLINE; Biblioteca Virtual en Salud; Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), octubre de 2006.

CUADRO 18. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicados en revistas latinoamericanas indexadas en MEDLINE y LILACS, 2000-2005.

País	Total		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS
Argentina	61	94	6	17	9	12	10	16	13	17	12	19	11	13
Bolivia	0	12	0	1	0	0	0	4	0	5	0	1	0	1
Brasil	417	457	47	68	59	65	64	76	63	96	85	100	99	52
Chile	59	60	14	6	5	10	5	8	7	11	15	16	13	9
Colombia	9	203	0	30	0	48	0	40	6	39	0	24	3	22
Costa Rica	1	4	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0
Cuba	6	20	1	4	0	6	1	1	3	2	1	4	0	3
Ecuador	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos (OPS)	0	5	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Guatemala	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	15	6	6	4	1	1	1	0	1	0	0	0	6	1
México	166	47	26	17	20	12	32	13	30	4	25	1	33	0
Nicaragua	0	13	0	1	0	4	0	1	0	1	0	5	0	1
Panamá	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Perú	8	9	0	2	2	3	0	0	2	2	1	0	3	2
Puerto Rico	11	6	2	1	0	1	0	0	2	0	3	3	4	1
Uruguay	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Venezuela	20	53	2	7	6	9	2	15	3	10	5	9	2	3
Total LILACS		994		163		172		177		189		185		108
Representación de América Latina y el Caribe en MEDLINE	774		104		103		116		130		147		174	
Total mundial en MEDLINE	150.879		21.151		22.130		23.666		25.796		28.313		29.823	
% América Latina y el Caribe en MEDLINE	0,5		0,5		0,5		0,5		0,5		0,5		0,6	

Fuentes: MEDLINE; Biblioteca Virtual en Salud; octubre de 2006.

CUADRO 19. Publicaciones de América Latina y el Caribe en MEDLINE, por país de afiliación del primer autor, 2000–2005.

MEDLINE	Publicaciones	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total mundial (2000–2005)	3.150.403	483.885	500.961	517.481	544.402	564.440	539.234
Total América Latina y el Caribe	66.322	8.978	9.833	11.229	12.174	13.282	10.826
Porcentaje total mundial	2,1	1,9	2,0	2,2	2,2	2,4	2,0
Total por país							
Antigua	3	1	1	—	—	—	1
Antillas Neerlandesas	30	4	4	4	5	8	5
Argentina	9.642	1.496	1.648	1.747	1.658	1.707	1.386
Bahamas	20	3	2	5	6	1	3
Barbados	89	13	14	16	16	19	11
Belice	3	—	—	—	2	—	1
Bolivia	63	14	9	19	8	8	5
Brasil	33.329	4.107	4.574	5.545	6.281	7.015	5.807
Chile	3.913	577	576	657	723	753	627
Colombia	1.407	171	176	265	253	285	257
Costa Rica	343	40	84	59	67	40	53
Cuba	1.445	226	252	219	278	291	179
Dominica	5	—	2	—	1	2	—
Ecuador	179	24	19	29	43	34	30
El Salvador	22	2	3	6	1	4	6
Granada	120	39	15	17	12	21	16
Guadalupe	50	19	11	4	7	7	2
Guatemala	87	10	16	21	14	15	11
Guyana	5	1	1	2	—	1	—
Guayana Francesa	65	6	12	8	10	16	13
Haití	39	5	2	8	5	9	10
Honduras	23	2	2	3	4	5	7
Islas Vírgenes (EUA)	5	2	2	—	1	—	—
Jamaica	377	65	106	67	34	60	45
Martinica	36	7	11	4	2	8	4
México	10.896	1.533	1.647	1.863	1.992	2.164	1.697
Nicaragua	39	5	2	7	5	11	9
Panamá	316	32	46	47	56	80	55
Paraguay	41	6	7	6	9	8	5
Perú	484	54	75	72	95	102	86
Puerto Rico	540	47	75	60	105	160	93
República Dominicana	20	6	3	2	4	3	2
Santa Lucía	1	—	—	1	—	—	—
Suriname	26	1	5	2	3	5	10
Trinidad y Tabago	210	40	38	40	35	30	27
Uruguay	749	112	112	113	132	140	140
Venezuela	1.700	308	281	311	307	270	223

Fuentes: MEDLINE; Biblioteca Virtual en Salud, junio de 2006.

Brasil y México con 83% del total; en LILACS, Argentina, Brasil y Colombia contribuyen con 76% del total para el período.

No existe un registro sobre la producción de nuevos conocimientos y la información no está ampliamente disponible, por lo que se han utilizado indicadores indirectos de la producción de nuevos conocimientos en salud, como el número de estudios científicos originales publicados en revistas indizadas. En el período 2000–2005 se registraron en MEDLINE 66.322 publicaciones de autores de 37 países de la Región (cuadro 19). La participación de América Latina y el Caribe en la base de datos MEDLINE representa en promedio 2% de la producción mundial.

En la base LILACS están representados autores de 23 países, responsables por 92.794 publicaciones en ese mismo período (cuadro 20). La identificación de países de afiliación de autores en LILACS ha sido iniciada en el año 2000 y considera todos los autores, a diferencia de MEDLINE, que se concentra en los datos del primer autor. Siete países aportan 94% de la publicación científica latinoamericana y caribeña representada en ambas bases de datos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México y Venezuela.

Si se considera el registro en bases de datos internacionales más representativas como un indicador de calidad, puede inferirse que

CUADRO 20. Publicaciones de América Latina y el Caribe en LILACS, por país de afiliación del autor, 2000–2005.

LILACS (2000–2005)	Publicaciones	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de la base	92.794	16.558	16.221	16.195	16.849	15.203	11.768
Total con país identificado	77.353	12.251	12.999	13.365	13.984	12.986	11.768
Total América Latina y el Caribe	73.927	12.073	12.709	12.958	13.499	12.503	10.185
Total con país ignorado	16.697	4.307	3.222	2.830	2.865	2.217	1.256
Total por país							
Argentina	6.331	1.142	1.211	1.071	1.133	1.017	757
Barbados	19	2	7	3	2	5	—
Bolivia	270	36	47	53	71	48	15
Brasil	44.716	6.496	6.690	7.830	8.294	8.166	7.240
Chile	7.423	1.399	1.413	1.243	1.270	1.288	810
Colombia	3.943	651	667	831	782	470	542
Costa Rica	320	75	52	76	73	32	12
Cuba	3.186	334	368	614	765	709	396
Ecuador	186	27	29	45	46	31	8
El Salvador	5	—	—	2	1	1	1
Guatemala	98	25	29	18	15	9	2
Guyana	1	—	1	—	—	—	—
Honduras	140	17	19	42	30	30	2
Jamaica	292	36	66	49	42	67	32
México	3.535	1.160	1.401	369	273	188	144
Nicaragua	7	1	—	1	1	2	2
Panamá	22	4	3	2	5	4	4
Paraguay	65	12	11	12	19	7	4
Perú	474	86	80	69	110	80	49
República Dominicana	5	—	1	—	—	2	2
Trinidad y Tabago	54	9	17	17	6	3	2
Uruguay	373	39	89	51	87	58	49
Venezuela	3.196	629	612	678	618	438	221

Fuente: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), junio de 2006.

ha habido un incremento progresivo en la calidad de las revistas científicas en años recientes (cuadro 21; véase la nota al pie del cuadro). En MEDLINE, el total de títulos latinoamericanos indizados aumentó de 45 (2000) a 66 (2005); en las bases de datos de Thomson Scientific (empresa que maneja el registro conocido previamente como ISI), los títulos indizados de salud incrementaron de 21 (2000) a 32 (2005). El porcentaje de revistas de la Región aún es muy bajo en relación con el total de revistas indizadas en las bases de datos internacionales: en MEDLINE representan 1,3%, en los *Science Citation Index*, 0,4%, y en EMBASE, 1,9% del total.

Uno de los objetivos para desarrollar la base de datos LILACS fue indizar las revistas publicadas en los países de la Región y trabajar con las revistas en unificar criterios y darle visibilidad a las publicaciones regionales. Todas las revistas indizadas en LILACS son escogidas por comités de selección nacionales y deben cumplir requisitos mínimos de periodicidad, regularidad y revisión por pares. Se estima que en la Región se publican alrededor de 1.500 revistas sobre salud y entre ellas 738 fueron seleccionadas para ser indizadas en LILACS. Estas revistas han sido publicadas en 19 países de América Latina y el Caribe, y en la OPS (cuadro 21). Los criterios de selección (http://www.scielo.org/scielo_org_en.htm) de SciELO son más estrictos que los de

LILACS y comparables a los de las grandes bases de datos internacionales. SciELO incluye títulos de 11 países de América Latina y el Caribe, de España y de Portugal. De los 345 títulos de revistas de SciELO en los países de América Latina, 51% corresponden a revistas del área de salud.

En MEDLINE están representados 13 países; en el Science Citation Index, ocho; en el Social Science Citation Index, cuatro, y en EMBASE, ocho países. La producción científica de Bolivia, Guatemala, Honduras, Paraguay y la República Dominicana está registrada solo en LILACS. La relación de las contribuciones en cantidad de revistas de salud de América Latina y el Caribe en las principales bases de datos para la Región de las Américas, y las intersecciones entre las diferentes bases, aparecen ilustradas en la figura 4.

Situación actual e iniciativas en desarrollo

Hay distintos insumos de información que contribuyen a fortalecer y mejorar diversos aspectos de la investigación para el desarrollo de la salud pública. Cabe destacar los siguientes: la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), SciELO, ScienTI, CRICS y RICTSal.

CUADRO 21. Indización de revistas latinoamericanas y caribeñas en bases de datos.

País de publicación	Revistas indizadas en bases de datos					
	LILACS (2006)	SciELO (2006)	MEDLINE (2006)	ISI/SCIE (2005)	ISI/SSCI (2005)	EMBASE (2005)
Argentina	120	5	7	3	0	10
Bolivia	9	0	0	0	0	0
Brasil	289	85	31	12	2	46
Chile	66	18	3	4	0	4
Colombia	59	8	2	0	1	3
Costa Rica	12	9	1	1	0	0
Cuba	34	19	1	0	0	2
Ecuador	14	0	0	1	0	0
Estados Unidos (OPS)	3	1	1	0	1	0
Guatemala	4	0	0	0	0	0
Honduras	1	0	0	0	0	0
Jamaica	2	0	1	1	0	1
México	51	4	12	1	3	21
Panamá	0	0	1	0	0	0
Paraguay	4	0	0	0	0	0
Perú	11	11	1	0	0	0
Puerto Rico	2	0	2	0	0	0
República Dominicana	1	0	0	0	0	0
Uruguay	10	6	0	0	0	0
Venezuela	46	9	3	2	0	4
Total de América Latina y el Caribe	738	175	66	25	7	91
Total de títulos indizados	738	198	4.959	6.088	1.747	4.872
Porcentaje América Latina y el Caribe	100	88,4	1,3	0,4	0,4	1,9

Fuentes: Listas de revistas indizadas en las distintas bases de datos.

LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Lista de títulos indizados en LILACS, octubre 2006. Disponible en: http://ccs.bvsalud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=LILACS&country=AL_C&orderby=country&Submit=pesquisar

SciELO: Scientific Electronic Library Online. Lista de títulos de salud indizados en SciELO, octubre 2006. Disponible en: http://ccs.bvsalud.org/serial/list-base.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=SciELO&country=AL_C&orderby=country&Submit=pesquisar

MEDLINE-MEDLARS Online. Lista de revistas indizadas en MEDLINE 2006, publicada por la US National Library of Medicine, enero 2006. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.

ISI/SCIE: Science Citation Index Expanded, de Thomson Scientific (ex ISI). Science Citation Index Expanded 2005, Thomson Scientific, marzo 2005. Disponible en: http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos_scie_a5021_final.pdf.

ISI/SSCI: Social Sciences Citation Index, de Thomson Scientific (ex ISI). Página web del Science Social Sciences Citation Index 2005, publicada por Thomson Scientific, marzo 2005. Disponible en: http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos_ssci_a5022_final.pdf.

EMBASE: Excerpta Medica Database. EMBASE lista de revistas indizadas 2005, publicada por Elsevier, junio 2005 (versión impresa).

Biblioteca Virtual en Salud (BVS) (www.bvsalud.org)

Es una colección descentralizada y dinámica, accesible en Internet, de fuentes de información seleccionadas bajo criterios de calidad. Su objetivo es ofrecer acceso equitativo al conocimiento científico-técnico en salud. En noviembre de 2006 el portal regional integraba 101 portales nacionales y temáticos, y 10 portales institucionales.

SciELO (www.scielo.org)

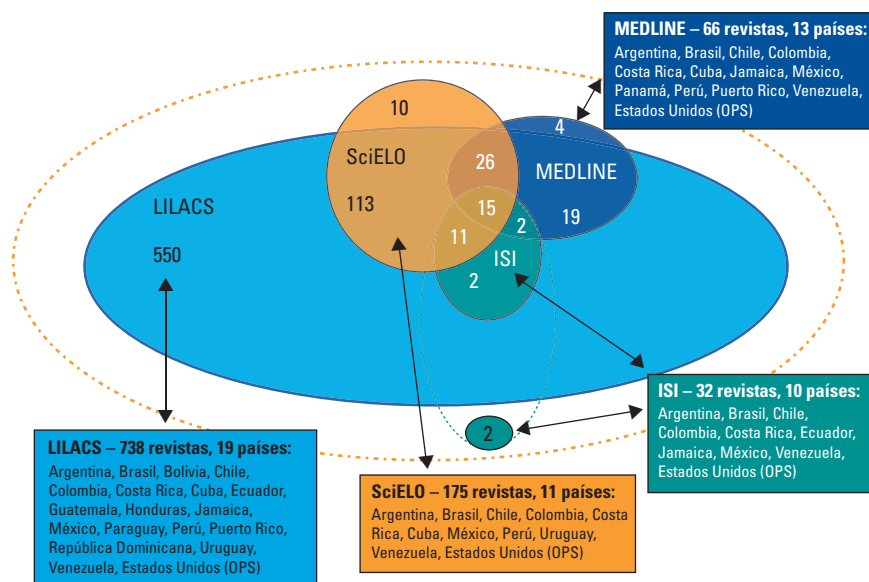
Es un modelo de publicación electrónica cooperativa de revistas científicas en Internet, adoptado por una red de países de Iberoamérica para aumentar su visibilidad y el acceso a la producción científica de la Región. Se puede acceder a los textos completos de las revistas indizadas en SciELO desde numerosas bases de datos, directorios y buscadores conocidos, tales como

MEDLINE, Web of Science, Cross Ref, Google, Directory of Open Access Journals (DOAJ). Así, en 2005 el conjunto de colecciones de la Red SciELO tuvo alrededor de 7.000.000 de visitas por mes. SciELO Brasil sobrepasó los 3.000.000 y SciELO Chile tuvo más de 1.000.000 de visitas mensuales.

Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación (ScienTI) (www.scienti.net)

Es una red pública de fuentes de información y conocimiento, cuyo objetivo es contribuir a la gestión de la actividad científica, tecnológica y de innovación; está integrada a la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). ScienTI es el producto de la cooperación internacional entre organismos nacionales de ciencia y tecnología, organismos internacionales de cooperación en ciencia y tecnología,

FIGURA 4. Representatividad de las revistas latinoamericanas y caribeñas en salud en las principales bases de datos, 2006.



Fuente: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, 2006.

grupos de investigación y desarrollo de sistemas de información y conocimiento, e instituciones promotoras. Ofrece además indicadores sobre investigación en la Región y permite acceder a los directorios nacionales de investigadores y de grupos e instituciones de investigación. En 2006 la red contaba con la participación de Portugal y 11 países de la Región.

Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS) (www.bireme.br)

El CRICS se inició en 1992 y se realiza cada dos años para evaluar los avances regionales e internacionales en las áreas de gestión de información científica y técnica, comunicación científica, bibliotecología, tecnologías de información y sus aplicaciones en los sistemas nacionales de investigación, educación y atención a la salud de América Latina y el Caribe. El 7º Congreso (CRICS 7) tuvo lugar en el Brasil en 2005 y contó con más de 1.200 participantes provenientes de 73 países y expertos en diversos campos, entre ellos bibliotecarios y especialistas en diseminación científica, profesionales de la salud, gestores del sector salud, editores de revistas científicas, e investigadores. Las recomendaciones emanadas del Congreso están reflejadas en los documentos: “*Declaración de Salvador: compromiso con la equidad*” (135) y la “*Declaración de Salvador sobre acceso abierto: la perspectiva de los países en desarrollo*” (136). Estos documentos expresan que el acceso universal a la información y al conocimiento constituye una condición esencial para promover la salud y la calidad de vida de los individuos y las comunidades.

Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud (RICTSAL)

La RICTSAL se inició en Buenos Aires en septiembre de 2004, con representantes de instituciones de ciencia y tecnología y de los ministerios de salud de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay, conjuntamente con la OPS y la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT). La misión de RICTSAL es promover, en un marco de cooperación internacional, el desarrollo conceptual y de instrumentos para la medición y el análisis de la ciencia, la tecnología y la innovación en el campo de la salud en las Américas, con el fin de profundizar en su conocimiento y apoyar la toma de decisiones.

Perspectivas y necesidades

Si bien hay varias iniciativas y redes dedicadas a sintetizar el conocimiento y desarrollar capacidades, es indispensable contar con el compromiso, la participación y el respaldo y liderazgo de las autoridades reguladoras y de salud (organismos nacionales de ciencia y tecnología) para que estos esfuerzos respondan efectivamente a las necesidades de cada país, y para reglamentar y monitorear los avances de la investigación en salud.

En noviembre de 2004 tuvo lugar en México la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud. La Declaración de México sobre las investigaciones sanitarias (137) allí formulada recibió el respaldo de ministros de salud y jefes de delegaciones de 58 Estados Miembros de la OMS. La declaración exhorta a los estados, a la comunidad científica y a las organizaciones internacionales a

“La gestión efectiva de la información es fundamental para frenar la propagación de nuevas pandemias, sean de origen infeccioso o no.”

George A.O. Alleyne, 1998

implementar estrategias y actividades para fortalecer la investigación orientada a mejorar los resultados de salud y el desarrollo de los pueblos.

En respuesta a la Declaración de México, se han impulsado iniciativas orientadas a propiciar la formación y el desarrollo de los recursos humanos para la investigación en salud, incrementar la producción y el uso sistemático de los resultados de investigación en la salud pública, fortalecer la rectoría y gobernanza de la investigación en salud, y promover el desarrollo de bases de datos y registros que permitan el monitorear el estado de la investigación y conocer los recursos disponibles (138, 139, 140). También se están llevando a la práctica estrategias para priorizar la investigación en salud pública e incentivar la inversión en este campo. Ello supone la coordinación del trabajo de numerosas iniciativas, como las promovidas por el Consejo en Investigación en Salud para el Desarrollo (*Council on Health Research for Development*), COHRED: <http://cohred.org>, el Foro Global para la Investigación en Salud (*Global Forum for Health Research*): <http://www.globalforumhealth.org/>, la Alianza para la Investigación en Sistemas y Políticas de Salud (*Alliance for Health Policy and Systems Research*: <http://www.alliance-hpsr.org>), entre otros. Asimismo, se está promoviendo el desarrollo de registros e indicadores de producción científica. La tendencia actual es fomentar el desarrollo de políticas de Estado que permitan dar sostenibilidad a la investigación para la equidad y el desarrollo.

Se ha fomentado la inversión en áreas de investigación sobre temas relegados de pertinencia local, incluidos aspectos tales como la investigación en sistemas de salud, la evaluación de la masificación de las intervenciones, y las condiciones que requieren abordajes multisectoriales (tales como la prevención de accidentes de tránsito, quemaduras, ahogamientos, heridas por arma de fuego, o las intervenciones para disminuir la violencia). Por ejemplo, la Alianza para la Seguridad Mundial de los Pacientes (<http://www.who.int/patientsafety>) está desarrollando redes de trabajo cuya principal finalidad es crear una cultura de seguridad para el paciente.

En otros frentes se está promoviendo el acceso universal a los resultados de investigación que guíen las políticas y la atención en salud. La OMS ha impulsado el desarrollo de un portal abierto que integra los registros de ensayos clínicos (<http://www.who.int/ictrp>). Se ha promovido también el trabajo en red con iniciativas existentes dedicadas a promover el uso de los resultados de investigación, tales como la Colaboración Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

Durante el último lustro se adelantaron importantes acuerdos para facilitar a los países en desarrollo el acceso a publicaciones biomédicas y de salud, entre ellos la InterRed-Salud Iniciativa de Acceso a la Investigación (HINARI) (<http://www.who.int/hinari>).

La estrategia de convocar a diferentes iniciativas, redes y grupos de trabajo existentes en la Región ha permitido identificar sinergias, minimizar la duplicación de trabajo, promover la cooperación y el desarrollo solidario entre países para aunar esfuerzos, y trabajar conjuntamente en el desarrollo y fortalecimiento de capacidades, con el propósito amplio de lograr iniciativas exitosas y sostenibles. A título de ejemplo se citan a continuación algunas iniciativas y redes que están trabajando en forma sostenida en la Región de las Américas:

- Red Latinoamericana de Epidemiología Clínica (LatINCLEN) (<http://www.latinclen.org>): orientada a la capacitación e investigación en áreas como epidemiología clínica, bioestadística, ciencias sociales y economía en salud.
- Red Cochrane Iberoamericana (<http://www.cochrane.es>): promueve el desarrollo de síntesis de la literatura y el meta-análisis, la indización de publicaciones “grises”, desarrollo de nuevas metodologías de investigación secundaria y ofrece una recopilación de síntesis de la literatura científica.
- Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Investigación (<http://www.flaceis.org>): un espacio de diálogo para el desarrollo y fortalecimiento de la ética de la investigación.
- Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAES) (<http://www.alaes.sld.cu>).
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (<http://www.flasco.org/>).

La información científica es indispensable pero no suficiente para mejorar la calidad de las decisiones en salud dirigidas a aumentar la efectividad de las intervenciones dirigidas a incrementar las ganancias en materia de salud y calidad de vida. Otros factores críticos que deben considerarse, y que moldean los procesos de toma de decisión y sus resultados, incluyen las coyunturas sociopolíticas particulares, los valores de los decisores y los recursos disponibles, entre otros. Deberán abordarse también progresivamente otros aspectos para lograr que los procesos de toma de decisión, las prácticas y políticas estén suficientemente informados por las pruebas científicas, tales como la variabilidad en los patrones de utilización de la información, la capacidad de apropiarse del conocimiento y la decisión de reaccionar ante el nuevo conocimiento (141). El desarrollo de nuevas tecnologías de comunicación ha modificado de manera espectacular el panorama del uso de la información científica, y ha traído consigo nuevas soluciones y nuevos retos.

En poco tiempo se ha pasado de condiciones de acceso restringido al conocimiento, a una situación de grandes contrastes,

ya que mientras en algunos sitios persisten las limitaciones, en otros las personas se sienten abrumadas por la cantidad de información y les resulta difícil establecer los límites de una investigación y acotar el acopio de información y conocimientos previos necesarios para desarrollarla. Estos nuevos retos han llevado a la aplicación de metodologías para sintetizar el conocimiento y evaluar críticamente la literatura científica, el establecimiento de estándares para publicar y compartir información, el desarrollo de registros de datos básicos y producción científica, la incorporación de nuevas habilidades informáticas en el entrenamiento de recursos humanos, y muchas otras. Pero los países aún enfrentan un panorama cambiante y es esencial integrar iniciativas para responder efectivamente a estos retos, y contar con información básica que permita realizar un buen análisis situacional y formular respuestas estratégicas.

RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La OMS ha promovido la atención primaria de salud desde antes de 1978, cuando adoptó dicha estrategia para el logro de la meta de “salud para todos”. Desde entonces ha habido cambios drásticos tanto en el contexto mundial como en la atención primaria de salud. El objetivo de la renovación de la atención primaria es revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud actuales, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. La meta de este esfuerzo es obtener beneficios de salud sostenibles para toda la población.

Diversos motivos justifican la renovación de los principios de la atención primaria, entre los que se incluyen: los nuevos desafíos epidemiológicos; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias de muchos de los actuales enfoques de atención primaria; el desarrollo de nuevas herramientas y conocimientos sobre mejores prácticas para incrementar su efectividad; el reconocimiento creciente de que la atención primaria de salud fortalece las capacidades de la sociedad para disminuir las inequidades en salud; y un consenso cada vez más amplio de que la atención primaria representa una estrategia poderosa para abordar los determinantes sociales de la salud y la desigualdad.

El contexto de la atención primaria en las Américas

Una evaluación exhaustiva de la atención primaria es oportuna, dado que la mayoría de los países de las Américas han experimentado cambios espectaculares en las tres últimas décadas. Estos cambios incluyen los procesos de democratización y la consolidación de la democracia, la redefinición del papel del Estado, la apertura económica y las reformas de los servicios de salud y

sociales, incluida la expansión del sector privado hacia actividades que tradicionalmente eran propias del sector público. Aunque no siempre exitosas, las reformas se orientaron a alcanzar objetivos de modernización del financiamiento de la atención de salud, transferir a las autoridades regionales las funciones de planificación e implementación y, más recientemente, mejorar la calidad de la atención y la equidad (142). En la mayoría de los países estas reformas tuvieron lugar en un contexto de pobreza generalizada, lo que contribuyó a aumentar la desigualdad, la exclusión social, la inestabilidad política y el deterioro ambiental (143, 144). Los efectos de la globalización han aumentado la interdependencia de las naciones así como su vulnerabilidad a las fuerzas externas; por otra parte, las tendencias demográficas y epidemiológicas han desplazado la carga de enfermedades, al tiempo que se han incorporado nuevas formas de ordenamiento político, social y económico, y se han introducido diversas innovaciones tecnológicas.

La adopción de un enfoque renovado de atención primaria de salud es una condición esencial para alcanzar los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional. Entre los más relevantes se encuentran los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, dirigidos a abordar los principales factores condicionantes de la salud —tal como los define la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS— y garantizar la salud como un derecho humano —tal como lo establecen algunas constituciones nacionales y lo expresan grupos de la sociedad civil. La renovación de la atención primaria de salud se debe construir sobre los cimientos del legado de Alma-Ata y del movimiento de atención primaria de salud, aprovechando las lecciones aprendidas y las buenas prácticas acumuladas a lo largo de más de un cuarto de siglo de experiencias, y reinterpretando la estrategia y la práctica de la atención primaria de salud para afrontar los desafíos del siglo XXI.

La Región de las Américas ostenta una rica tradición intelectual en la investigación de las causas y consecuencias de las disparidades en salud (145). Independientemente de cómo se defina la equidad, muy pocos podrían negar que las disparidades en salud existentes en la Región son injustas. Un análisis reciente determinó que “a pesar de una reducción considerable de la mortalidad infantil, los niveles de inequidad entre los países se han mantenido prácticamente constantes entre 1955 y 1995” (146). Los resultados son similares cuando se analiza la situación en los países donde existen desigualdades importantes con respecto a diversos indicadores de salud, entre los que se incluyen la mortalidad materna (mujeres indígenas en comparación con mujeres no indígenas), el acceso a los servicios de salud (entre las poblaciones urbanas y rurales) y la esperanza de vida (entre los grupos étnicos y raciales) (147).

En nuestra Región, las disparidades relacionadas con los ingresos están asociadas con peores resultados de salud, y en algunos casos sus efectos amenazan con revertir los avances ya logra-

“Se estima que entre 25% y 30% de la población total de la Región no tiene acceso a atención de salud, a pesar del hecho de que las declaraciones universales firmadas por la mayoría de los países y leyes nacionales de muchos más garanticen el acceso universal a dicha atención. Al respecto, los procesos de reforma del sector salud han hecho progresos desparejos. En muchos casos existe una brecha entre el estado de desarrollo de los sistemas nacionales de protección social y los marcos legales que los sostienen.”

Mirta Roses, 2005

dos en muchos países (148, 149, 150). La reducción o eliminación de las desigualdades en salud justifica pues el diseño y puesta en marcha de estrategias de salud y desarrollo verdaderamente potenciadas por los valores sociales y con capacidad para incidir sobre las causas y consecuencias de las desigualdades. Para mejorar los niveles de equidad en salud se han empleado principalmente las siguientes estrategias: 1) aumento o mejoramiento de la provisión de servicios de salud para los más necesitados (151, 152); 2) reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud a fin de ayudar a las personas más desfavorecidas (153, 154, 155); 3) diseño de programas para ayudar a los pobres a obtener bienes básicos tales como vivienda, agua, alimentos e ingresos (156), y 4) modificación de las estructuras sociales y económicas para influir sobre los factores determinantes más remotos de la inequidad (157).

La investigación de diversos aspectos de la equidad en salud ha formado parte de la literatura publicada durante más de tres décadas; sin embargo, las pruebas disponibles resultan insuficientes para decidir las estrategias más efectivas en determinadas circunstancias (158).

La renovación de la atención primaria de salud supone algo más que el simple ajuste del enfoque original a las realidades de cada momento: exige un examen crítico de su significado y de su propósito. En general, las percepciones sobre el papel de la atención primaria en el desarrollo de un sistema social y de salud se clasifican en cuatro categorías (cuadro 22). Un estudio realizado en 2003, que incluyó a más de 200 responsables de políticas provenientes de 16 países de América Latina y el Caribe, confirmó la importancia de la estrategia de la atención primaria de salud para los entrevistados. Pero el estudio también demostró que los desacuerdos y los conceptos erróneos sobre la atención primaria aún existen, incluso dentro de un mismo país (64) (cuadro 23). Independientemente del enfoque predominante adoptado, la mayoría de los entrevistados (75%) consideraron que la atención primaria de salud constituye una estrategia válida que exige una redefinición y una revitalización, y consideraron que esta reo-

rientación demanda nuevas modalidades de implementación, entre las que se incluyen los cambios en la organización y financiamiento de la atención primaria de salud, el desarrollo de recursos humanos, la formulación de políticas sanitarias, la gestión y administración de la salud, y una mayor transparencia por parte de los gobiernos. Agregaron que este proceso de cambios debe estimular la formación de asociaciones entre los proveedores, las comunidades, los gobiernos y los organismos y redes internacionales, con el fin de establecer prioridades de salud, crear incentivos para la investigación aplicada y el desarrollo de los recursos humanos, alentar la rentabilidad en la asignación de los recursos, abogar por más recursos y promover políticas de salud pública.

En septiembre de 2003, el 44º Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución que solicitaba a los Estados Miembros que adoptaran una serie de recomendaciones para fortalecer la atención primaria de salud. Al año siguiente, y en respuesta a los mandatos mencionados, la OPS y la OMS crearon el “Grupo de trabajo en atención primaria de salud”, con el fin de asesorar a la Organización respecto de futuras orientaciones estratégicas y programáticas del enfoque de atención primaria de salud. Su primer encuentro se llevó a cabo entre el 28 y el 30 de junio de 2004, en Washington D.C., y el segundo tuvo lugar en San José, Costa Rica, entre el 27 y el 29 de octubre.

Para analizar el documento preliminar sobre el cuadro de situación, se realizaron consultas nacionales en 21 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela. Las recomendaciones técnicas que generó la Consulta Regional realizada en Montevideo, Uruguay, se convirtieron en parte del documento de posición y de la Declaración Regional sobre la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo), y fueron totalmente avaladas por el 46º Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2005.

Desde la aprobación de la Declaración de Montevideo, varios países han renovado o revitalizado sus esfuerzos por incorporar al desarrollo de sus sistemas nacionales de salud los valores, los principios y los elementos básicos de la estrategia de la atención primaria de salud. La OPS y la OMS siguen brindando a los países cooperación técnica al respecto y han intensificado los esfuerzos para difundir la estrategia renovada de atención primaria en la Región. Sus esfuerzos se han centrado en modernizar la estrategia de la atención primaria en todas sus actividades de cooperación técnica y áreas de trabajo.

Crear sistemas de salud basados en la atención primaria

La renovación de la atención primaria de salud debe formar parte integral del sistema de salud de los países, con un enfoque

CUADRO 22. Enfoques de la atención primaria de salud.

Enfoque	Definición o concepto de atención primaria de salud (APS)	Énfasis
APS selectiva	Se orienta a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los problemas de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en inglés GOBI (control del crecimiento, terapia de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención primaria	Se refiere a la puerta de entrada al sistema de salud, y al sitio para la atención continuada de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un sistema de salud
Alma-Ata “APS integral”	La declaración de Alma-Ata define la atención primaria de salud como la “atención esencial a la salud basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [. . .]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [. . .] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades [. . .] llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la salud. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma-Ata, más que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma-Ata logre mejoras en la equidad en salud, este debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros”, más que a aspectos específicos de la enfermedad.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuentes: Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 301(18):967–974; 1979.

Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

OMS. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.

Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited (Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1). Geneva: WHO; 1997.

People's Health Movement, editor. Health for All Now! Revive Alma-Ata! The Alma-Ata Anniversary Pack. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.

Movement PsH, editor. The medicalization of health care and the challenge of health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.

Vuori H. Primary health care in Europe: Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221–31.

Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221–30.

amplio que permita orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas hacia el logro del derecho a alcanzar el nivel de salud más alto posible. Un sistema basado en la atención primaria de salud maximiza la equidad y la solidaridad y contribuye a la consecución de beneficios de salud sostenibles para la población. Dicho sistema se rige por los principios de capacidad de

respuesta frente a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la atención primaria se compone de un conjunto básico de elementos funcionales y estructu-

CUADRO 23. Percepciones clave de los entrevistados sobre el papel de la atención primaria de salud.

¿Hasta qué punto está Ud. de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Porcentaje de acuerdo	N
La APS es el primer nivel de atención	80	160
La APS es la puerta de entrada al sistema de salud	71	152
La APS es considerada de distintas maneras por los distintos proveedores de salud	67	188
La APS es una combinación de enfoques	62	158
La APS es considerada atención de baja tecnología	55	187
La APS es considerada como servicios de salud para los pobres	52	173
La APS es una estrategia para el desarrollo socioeconómico	51	154
La APS es considerada de distintas maneras en las distintas regiones del país	44	184

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2003.

rales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Ofrece atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, enfatiza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema de salud. La base fundamental para la planificación y la acción son las familias y las comunidades para las que el sistema opera. Un sistema de salud basado en la atención primaria requiere un marco político, legal e institucional sólido, así como recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas buenas de administración en todos los niveles, a fin de alcanzar la calidad, la eficacia y la efectividad, y establece mecanismos activos para aumentar al máximo la participación individual y colectiva en el ámbito de la salud. Un sistema de salud basado en la atención primaria promueve acciones intersectoriales orientadas a abordar los factores determinantes de la salud y la equidad.

La esencia de la definición renovada de la atención primaria de salud sigue siendo la misma de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, la nueva definición presenta una perspectiva que abarca todo el sistema, es aplicable a todos los países sin distinciones, e incluye a todos los sectores relevantes (públicos, privados y sin fines de lucro). Distingue entre valores, principios y elementos; destaca la equidad y la solidaridad e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Descarta la idea que equipara la atención primaria con un conjunto de servicios preestablecidos, en la medida en que estos deben definirse en función de las necesidades locales. Asimismo, termina con la idea de que la atención primaria se define a partir de tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la atención primaria deben definirse en función de las necesidades, las preferencias culturales, la evidencia y los recursos dis-

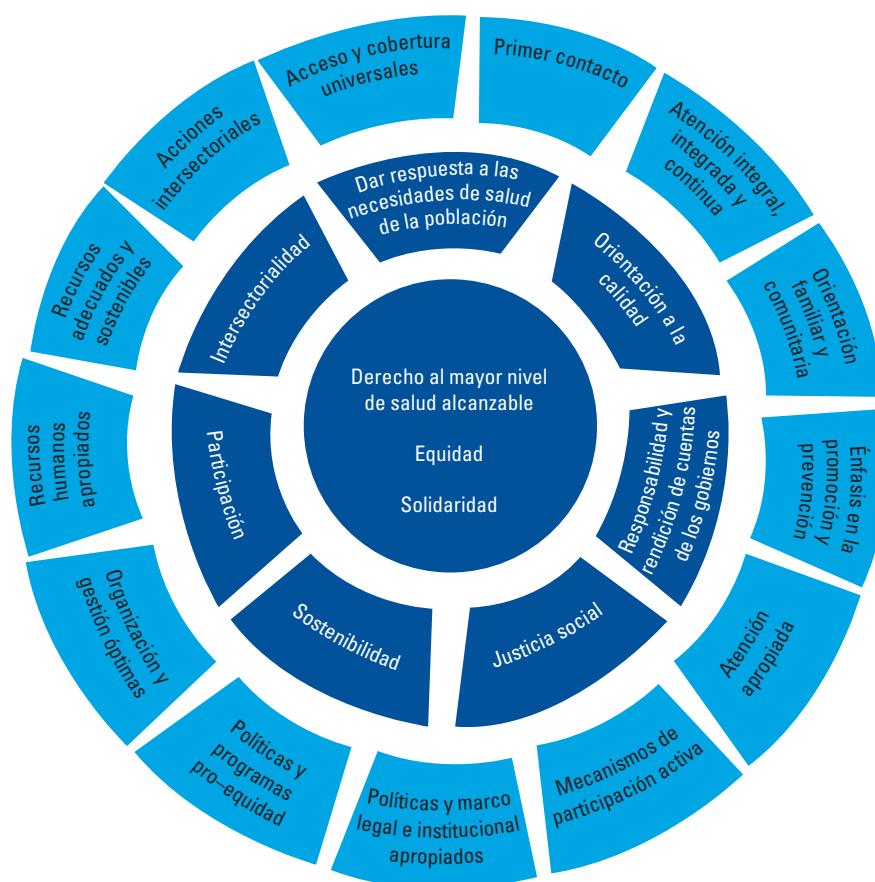
ponibles. Especifica además una serie de elementos organizativos y funcionales que pueden ser evaluados, y que constituyen un enfoque coherente y lógico para basar firmemente los sistemas de salud en la estrategia de la atención primaria. La renovación de la atención primaria se orienta a dirigir la transformación de los sistemas de salud de modo que estos puedan alcanzar sus objetivos, conservando a la vez la suficiente flexibilidad para modificarse y adaptarse con el transcurso del tiempo, de acuerdo con los nuevos desafíos que afrontan. Reconoce que la atención primaria de salud trasciende la mera prestación de asistencia sanitaria y que el éxito depende de otras funciones de los sistemas de salud y de otros procesos sociales.

En la medida de sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico alcanzado por el sector salud, cada país deberá diseñar su propia estrategia para la renovación de la atención primaria de salud. La figura 5 presenta los valores, principios y elementos de un sistema de salud basado en la atención primaria; el cuadro 24 presenta sus definiciones, y el cuadro 25, los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria.

El camino a seguir

Una estrategia renovada de la atención primaria de salud deberá incluir los siguientes objetivos: 1) completar la implementación de la atención primaria donde no se haya desarrollado totalmente (agenda de salud inconclusa), garantizando a todos los ciudadanos el acceso universal y el derecho a la salud, y promoviendo activamente la equidad en salud, así como el mejoramiento y una mejor distribución de los indicadores de salud y calidad de vida; 2) fortalecer la estrategia de atención primaria para afrontar los nuevos desafíos, mejorando la satisfacción del

FIGURA 5. Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. [Documento de posición]. Washington, DC: OPS; 2007.

ciudadano y la comunidad con los servicios de salud y con los proveedores, maximizando la calidad de la atención y la gestión, y fortaleciendo las políticas ambientales y la estructura institucional necesarias para lograr el funcionamiento óptimo de los sistemas de salud, y 3) ubicar la atención primaria de salud en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, articulando la nueva concepción de la atención primaria con esfuerzos tales como la Declaración del Milenio, para fortalecer los sistemas de salud, promoviendo mejoras sostenibles de la participación comunitaria y la coordinación intersectorial, e invirtiendo en el desarrollo de los recursos humanos. La obtención de un buen resultado significará aprender de las experiencias, impulsar actividades de promoción, y articular las funciones y responsabi-

lidades previstas para los países, las organizaciones internacionales y los grupos de la sociedad civil comprometidos en el proceso de renovación.

Existe un renovado interés en la atención primaria de salud en todo el mundo. Diversas organizaciones han reconocido que el fortalecimiento de los sistemas de salud es una condición indispensable para impulsar el crecimiento económico, aumentar la equidad social, mejorar la salud y proveer los tratamientos para combatir enfermedades devastadoras como el VIH/sida. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para persuadir a los actores principales de que la atención primaria de salud es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción. El momento de actuar es ahora.

CUADRO 24. Valores y principios básicos de un sistema de salud basado en la atención primaria.

Valores	Definición
Derecho al nivel de salud más alto posible	Según lo enuncian las constituciones de muchos países, así como diversos tratados internacionales (incluida la Constitución de la Organización Mundial de la Salud), se refiere a los derechos de los ciudadanos y a las responsabilidades de los gobiernos y de otros actores legalmente definidos, y crea las condiciones jurídicas y legales para que los ciudadanos puedan reclamar cuando no se cumplen sus derechos.
Equidad	Se refiere a las diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud.
Solidaridad	Es el grado en el que la gente de una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común para definir y alcanzar una meta común. En los gobiernos locales y nacionales este valor se manifiesta en la formación de uniones de trabajo voluntario, y en otras formas de participación en la vida cívica.
Principios	
Responder a las necesidades de salud de la población	Significa que los sistemas de salud deben centrarse en las personas de modo tal que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible. Esto implica que la APS debe atender las necesidades de salud de la población basándose en las evidencias disponibles, al tiempo que promueve el respeto por las preferencias y necesidades de las personas sin considerar su estado socioeconómico, cultural, racial, étnico, de género u otros factores.
Orientación hacia la calidad	Los servicios, además de responder a las necesidades de la población, deben anticiparlas y tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud. Ello requiere dotar a los profesionales de salud con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua, así como contar con procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia, efectividad y seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, asignar los recursos de manera acertada, y disponer de un sistema de incentivos apropiado.
Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos	Este principio asegura que el gobierno cumpla o sea obligado a cumplir con los derechos sociales, y que los ciudadanos sean protegidos de todo menoscabo de sus derechos. Su realización requiere el desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio debe aplicarse a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin ánimo de lucro). Requiere el seguimiento y mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de manera transparente y sujeta al control social.
Justicia social	Las acciones del gobierno deben evaluarse según el grado en que aseguren el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables.
Sostenibilidad	Requiere el uso de la planeación estratégica y la generación de compromisos duraderos. Las inversiones deben ser suficientes para satisfacer las necesidades actuales de salud de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana.
Participación	Hace que las personas se involucren en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, en la definición de prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. La gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en salud es una de las facetas de la participación cívica general que permite que el sistema de salud refleje los valores sociales, y es un medio para el control social de las acciones públicas y privadas que afectan a la sociedad.
Intersectorialidad	Significa que el sector salud debe trabajar a la par de otros sectores y actores para asegurar el alineamiento con las políticas públicas y los programas, procurando maximizar su contribución potencial a la salud y el desarrollo humano.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [documento de posición]. Washington DC: OPS; 2007.

CUADRO 25. Elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria.

Acceso y cobertura universales	El financiamiento y las disposiciones organizativas deben cubrir a toda la población, procurando eliminar las trabas al acceso, reflejar las necesidades, preferencias y cultura locales, proteger a la gente de riesgos económicos, y satisfacer los objetivos de equidad.
Primer contacto	La atención primaria debería funcionar como la principal puerta de entrada al sistema de salud y de servicios sociales para todos los nuevos pacientes, y como el lugar donde la mayoría de sus problemas serán resueltos. Un sistema de salud basado en la atención primaria fortalece este tipo de atención en su funcionamiento como primer nivel de cuidados, aunque algunas de sus funciones se extienden más allá del primer nivel del sistema.
Atención integral, integrada y continuada a lo largo del tiempo	La gama de servicios disponibles debe ser adecuada para proporcionar e integrar promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano, cuidados curativos, paliativos y de rehabilitación, así como apoyo para que los pacientes puedan manejarse por sí solos.
Orientación familiar y comunitaria	La atención primaria tiene un enfoque de la salud pública que utiliza la información de la comunidad y de la familia para evaluar los riesgos y asignar prioridad a las intervenciones. La familia y la comunidad constituyen el primer escalón del planeamiento y las intervenciones.
Énfasis en la prevención y en la promoción	La atención primaria tiene que ver con la promoción de la salud, con la salud pública y con los enfoques regulatorios y de políticas, con las finalidades de mejorar las condiciones y seguridad del trabajo, reducir los riesgos ambientales y coordinar con otros sectores la promoción de la salud basada en el conjunto de la población.
Atención apropiada	Un sistema de salud basado en la atención primaria no está centrado en la atención del órgano o de la enfermedad, sino que sus actividades apuntan a la persona en su integridad a lo largo de todo su ciclo vital. Procura asegurar que las intervenciones sean pertinentes, eficaces, eficientes y seguras, y que estén basadas en las mejores pruebas clínicas disponibles.
Mecanismos activos de participación	Se deben garantizar la transparencia y las responsabilidades en todos los niveles, incluso facultando a las personas para que manejen mejor su propia salud y estimulando a las comunidades a convertirse en coparticipantes activos en cuanto a fijar las prioridades de salud, así como en la gestión, la evaluación y la regulación.
Marco legal, político e institucional sólido	Parte de la función rectora del sistema de salud consiste en identificar, facultar y coordinar a los actores, así como las acciones, procedimientos y sistemas jurídicos y de financiamiento que posibiliten a la APS cumplir con sus funciones específicas en forma transparente, sujeta al control de la sociedad y libre de corrupción.
Políticas y programas que favorezcan la equidad	Actividades que mejoren los efectos negativos de las inequidades sociales sobre la salud y que aseguren que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. Deberán incorporar dimensiones de equidad tanto horizontales como verticales.
Organización y administración óptimas	Prácticas que posibiliten que la innovación mejore constantemente la organización y el suministro de cuidados seguros, los cuales han de cumplir con los niveles de calidad previstos, brindar condiciones laborales satisfactorias a los trabajadores de la salud y responder flexiblemente a las necesidades de la gente.
Recursos humanos adecuados	Tanto los proveedores como los trabajadores comunitarios, los administradores y el personal auxiliar han de poseer la combinación adecuada de habilidades y conocimientos; además deberán poder contar con un ambiente de trabajo productivo, una formación que maximice los equipos interdisciplinarios, e incentivos para tratar a la gente con dignidad y respeto. Todo ello requiere planeamiento estratégico, inversiones de largo plazo y coordinación entre las políticas nacionales e internacionales de recursos humanos.
Recursos materiales adecuados y sustentables	Los niveles de recursos deben ser suficientes para brindar cobertura y acceso universales, a partir de lo que determinen los mejores datos y análisis disponibles de la situación de salud.
Acciones intersectoriales	La atención primaria, el sistema de salud y otros sectores deberán trabajar en conjunto para promover la salud y el desarrollo humano encarando los factores determinantes de la salud de la población mediante la vinculación con el sistema de educación pública, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, los de desarrollo y comercialización agropecuarios, los de provisión de agua potable y servicios cloacales, etcétera.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud.

Referencias

1. Dye TR. Understanding Public Policy. 9th edition. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
2. Lasswell H. Politics: Who Gets What, When, How. New York: Meridian Books; 1958.
3. Sojo C, Pérez Sainz, JP. Reinventar lo social en América Latina. En: Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: OPS; 2002 (Publicación científica y técnica No. 589).
6. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton University Press; 1990.
7. Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Serie Extensión de la Protección Social en Salud. Vol. 1: Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2003.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Montevideo: CEPAL; 2006.
9. Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
10. Medici A. Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. Bienes y Política Social. 2006;2(1):1–26.
11. Comisión Interamericana de la Seguridad Social. Reformas de los esquemas de la seguridad social. Informe de la seguridad social en América Latina 2004.
12. Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En: Molina C, Núñez J, eds. Servicios de salud en América Latina y Asia. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001. Pág. 3–39.
13. Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo. Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre extensión de la protección social en salud. Washington, DC: OPS/OIT; 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Washington, DC: OPS; 2001.
15. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA58.33. Ginebra: OMS; 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución CSP 26.R19. Washington, DC: OPS; 2002.
17. Pan American Health Organization. Major trends in health legislation in the English-speaking Caribbean 2001–2005. Washington, DC: OPS; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
18. Pan American Health Organization. Major trends in health legislation in Canada 2001–2005. Washington, DC: PAHO; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
19. Pan American Health Organization. Major trends in health legislation in the United States of America 2001–2005. Washington, DC: PAHO, 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
20. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press; 2004.
21. Anand S, Baernighausen T. Human resources and health outcomes. Lancet. 2004; 364(9445):1603–9.
22. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud. (CD43/9). XLIII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2001. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_09-s.pdf.
23. Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. (CD45/9). XLV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2004.
24. Macinko J, Guanais F, Marinho de Souza MF. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. J. Epidemiol. Community Health. 2006;60:13–19.
25. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto, 2006–2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. VII Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Washington, DC: OPS; 2005.
26. Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional sobre recursos humanos en salud: desafíos críticos. Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Desafíos críticos para una década de recursos humanos en salud en las Américas. Toronto, Canadá, 4–7 de octubre de 2005. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/esp/consultas.html>.
27. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. N Engl J Med. 2005;353: 1810–18.
28. Chen LC, Boufford JI. Fatal flows: Doctors on the move. N Engl J Med. Oct 2005;353(17):1850–52.
29. Pautassi LC. Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/lcl1506e.pdf>.

30. Standing H, Baume E. Equity, equal opportunities, gender and organization performance. Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, 9–12 December 2000. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/eng/pdfs/equity%20gender.pdf>.
31. Pan American Health Organization. Human resources for health in the Americas: strengthening the foundation. Washington, DC: PAHO; 2006.
32. Nogueira R, Passos, Santana J. Paranaguá 2003. Human resource management and public sector reforms: trends and origins of a new approach. Texto para discusión. Brasília; 2002.
33. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005–2015. Washington, DC: OPS; 2006.
34. Cherchiglia M. Terceirização nos serviços de saúde: Alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. En: Lima JC, Santana JP (organizadores). Especialização em desenvolvimento de recursos humanos em saúde, CADRHU. Natal: OPS/OMS; 1999. Pág. 367–385.
35. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Situação de vínculo do trabalho nas secretarias estaduais de saúde, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. CONASS; 1999.
36. Arroyo J. Sobre las transiciones y contra-transiciones en el desarrollo de capacidades en el campo de recursos humanos en salud. Seminario regional de responsables de políticas de recursos humanos en la Región de las Américas. Construyendo capacidad institucional para el desarrollo de políticas de recursos humanos. Reunión de Consulta Regional del documento de trabajo de la OMS. Varadero, Cuba, 7–11 de octubre de 2002.
37. Rigoli F, Rocha C, Foster A. Critical challenges for human resources in health: a regional view. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Jan/Feb 2006;14(1):7–16. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en_v14n1a02.pdf.
38. Scavino J. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 35. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/esp/publicaciones.html>.
39. Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitación del personal de los servicios de salud, proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Serie Observatorio N° 3. 2002. Disponible en: http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html.
40. Organización Panamericana de la Salud. El servicio social de medicina en América Latina. Situación actual y perspectivas. Informe de taller regional. Washington, DC: OPS; 1997.
41. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para el análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector salud en América Latina y el Caribe, Edición especial N° 9. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/lineamientosmetodologicosanalisissectorialensaludunaherramientaparaformulacion-ES.pdf>.
42. World Health Organization. WHO's Health System Strengthening Strategy. Geneva: WHO; 2006.
43. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997 Jul;41(1):1–36.
44. Brazil, Oswaldo Cruz Foundation; Ministry of Health. Report of the Workshop On Health Systems Performance: the World Health Report 2000. Rio de Janeiro, 14–15 December 2000.
45. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana, 2ª edición. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=30.
46. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Edición especial N° 11. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=30.
47. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la sub-región del Caribe inglés. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=30.
48. Roses M. Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century. Keynote address at the Hospital Governance Workshop for Ministers of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, November 5–6, 2003.
49. Pan American Health Organization. Analysis of health sector reform: region of the Americas. Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Series No. 12. Washington, DC: PAHO; 2004. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=30.
50. World Health Organization. Report on the WHO meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems. (HFS/FAR/STW/00.1). Geneva, Switzerland, 10–11 September 2001.
51. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.
52. Organización Panamericana de la Salud. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial.

- XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD40.R12 I. Washington, DC: OPS; 1997.
53. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:732–39.
54. Correa JL. Proyecto de autoridad sanitaria. Comunidad virtual de gobernabilidad y liderazgo. Disponible en: <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=441>.
55. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual e instrumento metodológico. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional: desempeño y fortalecimiento. Edición especial N° 17. Washington, DC: OPS; 2006. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcion-rectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoy-fortalecimiento-ES.pdf>.
56. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud. Una propuesta operacional. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 6. Washington, DC: OPS; 1998. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05122000.pdf>.
57. Organización Panamericana de la Salud. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector salud en América Latina y el Caribe, Edición especial N° 18. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=54.
58. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. XLII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD42.R14. Washington, DC: OPS; 2000.
59. Costa Rica, Ministerio de Salud. Análisis sectorial de salud de Costa Rica. San José: MINSA, 2002. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/analisissectorialdesalud-decostaricapartei-ES.pdf>.
60. lark M. Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system. Washington, DC; 2002.
61. Institute of Medicine. Guidance for the national healthcare disparities report. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
62. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2001.
63. Institute of Medicine. Care without coverage: too little, too late. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
64. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Informe final. Vol 1. (THS/OS/04/1). Washington, DC: OPS; 2003.
65. México, Secretaría de Salud. Nota de prensa N° 2006–103 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
66. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. (THS/OS/04/2). Washington, DC: OPS; 2004.
67. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Vol. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
68. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 166–203; 1966.
69. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
70. Institute of Medicine. Envisioning the national health care quality report. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
71. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
72. Pan American Health Organization. Analysis of health sector reform: region of the Americas. Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Series No. 12. Washington, DC: PAHO; 2004.
73. European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Disponible en: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage>. Acceso el 3 de junio de 2006.
74. National Assembly of School Based Health Care. Disponible en: <http://www.nasbhc.org/>. Acceso el 6 de septiembre de 2006.
75. Torre Montejó E. Salud para todos es posible. 1ª edición. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005. Disponible en: http://www.undp.org/cu/pub_otros.html. Acceso el 6 de septiembre de 2006.
76. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20 Sup 2:S331–S336.
77. EsSalud. Atención integral en salud: implementación de la atención integral en salud en el policlínico Hermana María Donrose Suttmoller. Lima: EsSalud; 2004.
78. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;15(2): 94–103.
79. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: A GIS-based study. *Soc Sci Med*. 2004;58: 1271–84.
80. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
81. México, Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web_consulta/html/institucion/terminos.html.

82. Milen A. What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/aims/capacity_building.pdf. Acceso el 6 septiembre 2006.
83. Institute of Medicine. Performance measurement: accelerating improvement. Washington, DC: National Academy Press; 2006.
84. World Health Organization. Issues in health information 3. Integrating equity into health information systems. Inédito. 2006. Disponible en: http://www.who.int/entity/healthmetrics/library/issue_3_05apr.doc. Acceso el 8 de septiembre de 2006.
85. Hermida J. Asegurando la calidad en salud: estrategias claves y tendencias en América Latina. [Presentación]. Antigua (Guatemala): OPS; 2004.
86. World Organization of Family Doctors. Rural information technology exchange. Using information technology to improve rural health care. Disponible en: http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working_groups/write/itpolicy/ITPoli.htm. Acceso el 6 de septiembre de 2006.
87. Tobar F. Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. Bol Färm. julio 2002;5(3). Sección Ventana Abierta.
88. República del Ecuador. (2000) Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano. Registro oficial 59. 17 de abril de 2000.
89. Organización Panamericana de la Salud; Centro de Políticas Farmacéuticas; Escuela Nacional de Salud Pública. Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003. Estructura y procesos. Rio de Janeiro, NAF/ENSP; 2006.
90. IMS Health. Latin America: overcoming economic challenges. Disponible en: http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068_63872702_70260998_71226846,00.html.
91. IMS Health. Global Pharmaceutical Perspectives 2005. Total Market Estimates and Global Pharma Forecasts. 2005.
92. Organización Panamericana de la Salud, Centro de Políticas Farmacéuticas, Escuela Nacional de Salud Pública. Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003. Estructura y procesos. Rio de Janeiro: NAF/ENSP; 2006.
93. Tobar F. Mitos sobre los medicamentos en Argentina: una mirada económica. Bol Färm. enero 2006;9(1).
94. Unión Industrial Argentina Cadena Farmacéutica. Quinto Foro Federal de la Industria Región Pampeana. Jornada de trabajo. 26–27 de mayo de 2006.
95. Frenkel J. O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp; 1999.
96. Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. La industria de medicamentos en Argentina: un análisis de la producción, el consumo y el intercambio comercial. Diagnóstico y perspectivas. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2006.
97. Asociación de Laboratorios Nacionales. La industria de medicamentos en Uruguay, 2006.
98. Consorcio Care Ecuador; Bloomberg School of Public Health de Johns Hopkins University. Evaluación de la situación actual de la utilización y disponibilidad de medicamentos, con recomendaciones para conseguir una repartición más efectiva (Revisión Final, Subproducto 6.4.) Quito: Proyecto Modersa; 2006. Informe inédito.
99. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Programa de Comparación Internacional. Primeros resultados del Programa de Comparación Internacional en América del Sur. Consumo de los hogares en 2005. Disponible en: http://site.resources.worldbank.org/ICPINT/Resources/PCI_spn_28junho06.pdf.
100. World Health Organization. Medicines strategy: countries at the core 2004–2007. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf.
101. Hale and healthy. The Economist. 14 April 2005. pp. 69–70.
102. Inter-American Development Bank. Sustaining development for all: expanding access to economic activity and social services. Washington, DC: IDB; 2006. Pág. 157–158.
103. Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay. El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR. (CEALCI 07/05). Montevideo: CIESU; 2005.
104. Miranda Montero JJ. El mercado de medicamentos en el Perú. ¿libre o regulado? Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004. Pág. 21.
105. Falbo R. Estudio sobre el gasto en medicamentos en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2003.
106. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA54.11. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42. Acceso el 8 de febrero de 2007.
107. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA55.14. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&jump=WHA55.14&softpage=Browse_Frame_Pg42#JUMPDEST_WHA55.14. Acceso el 8 de febrero de 2007.
108. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA56.27. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42. Acceso el 8 de febrero de 2007.
109. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA57.14. Ginebra: OMS; 2004. Dispo-

- nible en: http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42. Acceso el 8 de febrero de 2007.
110. Organización Panamericana de la Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Estudio de utilización de antibióticos en hogares de Nicaragua y Honduras. [Extraído del informe]. Washington, DC: OPS; 2006.
111. Organización Panamericana de la Salud. Atención farmacéutica en pacientes con hipertensión arterial. Foro Farmacéutico de las Américas. [Presentación en PowerPoint]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/FFA-proyecto-2004.pdf>. Acceso el 8 de febrero de 2007.
112. Pan American Health Organization. Organization, development, quality control and radiation protection in radiological services—imaging and radiation therapy. Washington, DC: PAHO; 1997.
113. Jiménez P, Borrás C, Fleitas I. Accreditation of diagnostic imaging services in developing countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3):104–12.
114. Hayes JC. Teleradiology: New players, high stakes create capital opportunity. *Diagnostic Imaging Journal*. November 2006:66–81.
115. World Health Organization. Efficacy and radiation safety in interventional radiology. Chapter 1. Geneva: WHO; 2000.
116. Feig SA. Screening mammography: a successful public health initiative. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3): 125–33.
117. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Sources and effects of ionizing radiation. UNSCEAR 2000 report to the General Assembly, with scientific annexes. Vienna: UNSCEAR; 2000.
118. Fleitas I, Caspani CC, Borrás C, Plazas MC, Miranda AA, Brandan ME, et al. La calidad de los servicios de radiología en cinco países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3):113–24.
119. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2006.
120. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects. The 2004 revision. New York: United Nations; 2005.
121. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control del cáncer. Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA58.22. Ginebra: OMS; 2005.
122. International Atomic Energy Agency, Directory of Radiotherapy Centers. Disponible en: <http://www.naweb.iaea.org/nahu/dirac/default.shtm>. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
123. Castellanos ME. Las nuevas tecnologías: necesidades y retos en radioterapia en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3):143–50.
124. International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://www.iarc.fr/index.html>. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
125. World Bank. Proceedings: International Forum for Promoting Safe and Affordable Medical Technology in Developing Countries. Washington, DC; 2003.
126. Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Atomic Energy Agency; International Labor Organization, Nuclear Energy Agency of the Organisation for Economic Co-operation and Development; Pan American Health Organization; World Health Organization. International basic safety standards for protection against ionizing radiation and for the safety of radiation sources. (Safety series 115). Vienna: IAEA; 1997.
127. Organización Panamericana de la Salud. XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución CSP24.R9. Washington DC: OPS; 1994. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_24.htm. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
128. International Atomic Energy Agency. International action plan for the radiological protection of patients. Disponible en: <http://www-ns.iaea.org/downloads/rw/radiation-safety/PatientProtActionPlangov2002-36gc46-12.pdf>. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
129. Borrás C. Overexposure of radiation therapy patients in Panama: problem recognition and follow-up measures. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 20(2/3); 173–87.
130. International Atomic Energy Agency. Accidental overexposure of radiotherapy patients in San Jose, Costa Rica. Vienna: IAEA; 1998.
131. International Atomic Energy Agency. The radiological accident in Goiania. Vienna: IAEA; 1988.
132. Skvarca J, Aguirre A. Normas y estándares aplicables a los campos electromagnéticos de radiofrecuencias en América Latina: guía para los límites de exposición y los protocolos de medición. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 20(2/3): 205–212.
133. Naciones Unidas, Unión Internacional de Telecomunicaciones. Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. Ginebra 2003 y Túnez 2005. Disponible en: <http://www.itu.int>. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
134. Consejo Europeo para la Investigación Nuclear. El Papel de la Ciencia en la Sociedad de la Información [conferencia]. Ginebra, 8–9 de diciembre de 2003. Disponible en: <http://rsis.web.cern.ch/rsis/00Themes/01Health/Health.html>. Acceso 13 de diciembre de 2006.
135. Declaración de El Salvador. Compromiso con la equidad. Noveno Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas. Salvador da Bahía, Brasil, 20–23 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=434UTH>. Acceso 13 de diciembre de 2006.
136. Declaración de El Salvador sobre “acceso abierto”: la perspectiva del mundo en desarrollo. Noveno Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas. Cuarta Reunión de

- Coordinación de la BVS. Salvador da Bahía, Brasil, 20–23 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=437>. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
137. Organización Mundial de la Salud. Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud. Informe a la Secretaría. (EB115/30). 17 de enero de 2005. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_30-sp.pdf. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
 138. Krleža-Jeric K, Chan A, Dickersin K, Sim I, Grimshaw J, Gluud C. Principios del registro internacional de protocolos y resultados de ensayos clínicos a base de intervenciones de salud en seres humanos: Declaración de Ottawa (parte 1). *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19(6):413–16.
 139. Cuervo LG, Valdés A, Clark ML. El registro internacional de ensayos clínicos. *Rev Panam Salud Pública* 2006;19(6): 363–70. Disponible en: http://www.revista.paho.org/?a_ID=510.
 140. Organización Mundial de la Salud. Registros internacionales de ensayos clínicos. Disponible en: <http://www.who.int/ictrp/es/index.html>. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
 141. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*. 2003;1:2.
 142. Infante A, de Mata I, López-Acuña A. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1/2):13–20.
 143. Londoño J, Szekely M. Persistent poverty and excess inequality: Latin America 1970–1995. *J Appl Econ*. 2000;3(1): 93–134.
 144. Szekely M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Working Paper 454. Washington, DC: IDB; 2001.
 145. Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971–2000) and descriptive content analysis (1971–1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12): 2037–43.
 146. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Loyola-Elizondo E, Bacaillao J, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955–1995. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(7):538–41.
 147. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002.
 148. Iyer S, Monteiro MF. The risk of child and adolescent mortality among vulnerable populations in Rio de Janeiro, Brazil. *J Biosoc Sci*. 2004;36(5):523–46.
 149. Vega J, Dieter Holstein R, Delgado I, Perez J, Carrasco S, Marshall G, et al. Chile: socioeconomic differentials and mortality in a middle-income nation. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
 150. Barraza-Llorens M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Aff*. 2002;21(3):47–56.
 151. Politzer RM, Yoon J, Shi L, Hughes RG, Regan J, Gaston MH. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Med Care Res Rev*. 2001;58(2):234–48.
 152. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364(9441): 1273–80.
 153. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. The equity impacts of community financing activities in three African countries. *Int J Health Plann Manage*. 2000; 15(4):291–317.
 154. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter*. 2004; 42.
 155. Giraldo JFO, Palacio DH, García LEF. Resource distribution for the Basic Care Plan with equity approach, Bogotá 2002. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):640–43.
 156. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiro AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J Nutr*. 2004;134(9):2336–41.
 157. Atiku J. Fertility reduction programmes should accompany land reforms. *Afr Women Health*. 1994;2(3):16–20.
 158. Macinko J, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980–2001. *Int J Equity Health*. 2002;1(1):1.