

# Resultados de los talleres de consulta a la Estrategia de Salud del Banco Interamericano de Desarrollo

Informe final

Nota técnica de la Estrategia de Salud del Banco No. 001-2005

Febrero de 2005

Banco Interamericano de Desarrollo  
Departamento de Desarrollo Sostenible  
División de Programas Sociales

*Este documento presenta el resultado de las Consultas realizadas por el BID a autoridades sanitarias latinoamericanas, realizados en las ciudades de Río de Janeiro, Brasil (30 de noviembre del 2004) y San José, Costa Rica (13 de diciembre del 2004). Dichas consultas fueron coordinadas por Alfredo Solari, André Medici y Elisa Fernández. El informe también resume el Encuentro de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe (CCHD), realizado en Barbados entre 15 y 17 de diciembre del 2004, de los cuales participaron André Medici y Ernest Massiah. El documento fue coordinado y editado por André Medici sobre la base de los informes parciales elaborados por Elisa Fernández (sobre las consultas de Río de Janeiro y San José) y por Sir George Alleyne (sobre el encuentro de la CCHD).*

# Índice

Acrónimos  
1

Resumen ejecutivo  
2

Introducción  
4

Metodología de trabajo de los talleres  
5

Resultados del taller de Río de Janeiro  
6

Resultados del taller de San José  
13

Informe de la Reunión de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe  
17

Consideraciones finales  
23

Anexos  
24

## Acrónimos

ABRASCO – Asociación Brasileña de Salud Colectiva  
APS – Atención Primaria de Salud  
BID – Banco Interamericano de Desarrollo  
BPR – Bienes Públicos Regionales  
CAREC – Centro Caribeño de Epidemiología (*Caribbean Epidemiologic Center*) de la OPS  
CARICOM – Secretaria de la Comunidad del Caribe (*Caribbean Community Secretariat*)  
CCHD – Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe  
COHSOD – Consejo para el Desarrollo Humano y Social (*Council for Human and Social Development*)  
CSME – *Canadian Society of Medical Evaluators*  
ESA – Estrategia de Salud del BID  
ERP – Estrategias de Reducción de la Pobreza  
EXR – Departamento de Relaciones Externas del BID  
FIOCRUZ – Fundación Instituto Oswaldo Cruz (Brasil)  
INDES – Instituto Interamericano para el Desarrollo Social del BID  
ODM – Objetivos de Desarrollo del Milenio  
OECS – *Organization of Eastern Caribbean States*  
OMS – Organización Mundial de la Salud  
ONG – Organizaciones no Gubernamentales  
ONUSIDA – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA  
OPS – Organización Panamericana de la Salud  
PANCAP – Asociación Caribeña contra el VIH/SIDA  
PIB – Producto Interno Bruto  
PLWHA – Asociación de personas viviendo con el VIH/SIDA en el Caribe  
PROGRESA – Programa de Salud, Educación y Alimentación (México)  
SDS – Departamento de Desarrollo Sostenible del BID  
SIDA – Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida  
SOC – División de Programas Sociales del Departamento de Desarrollo Sostenible  
SUS – Sistema Único de Salud (Brasil)  
SWAP – *Sector Wide Approach Program*  
UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Juventud  
UNFPA – Fondo de las Naciones Unidas para Población

## Resumen ejecutivo

En presente documento reporta las consultas realizadas a fines del 2004 a altos funcionarios técnicos del sector salud de los países latinoamericanos, especialmente Viceministros y Directores de Salud y la reunión de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe, donde estuvieron presentes autoridades de todos los países de la Región para discutir los desafíos para mejorar las políticas de salud. Las consultas buscaron conocer e identificar los problemas claves, necesidades y tendencias en salud de los países latinoamericanos y caribeños, así como las formas en que el Banco podría apoyar a estos países a atender estos desafíos.

Las consultas, realizadas en Río de Janeiro, para los países de América del Sur (30 de noviembre de 2004) y en San José, para Centro América, México y República Dominicana, se basaron en talleres de un día de duración que buscaron discutir: (i) El proceso de identificación de los principales problemas nacionales de salud y de determinación de los objetivos sanitarios nacionales (expresados en metas; intervenciones; recursos necesarios; variables de seguimiento; información necesaria/disponible); (ii) Los principales obstáculos institucionales, políticos, económicos u otros, para alcanzar los objetivos sanitarios y formas en que el BID, como organismo multilateral de financiamiento, puede ayudar a su país a superarlos; y (iii) Sugerencias para mejorar la coordinación de los organismos internacionales de cooperación en salud, (bilaterales y multilaterales, de cooperación técnica y de financiamiento) de forma de ayudar más efectivamente a obtener los objetivos sanitarios nacionales.

El encuentro de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe tuvo como objetivo discutir los principales temas que podrán orientar la acción futura de los gobiernos de la Región en materia de salud, teniendo como punto de partida sus contribuciones al proceso de desarrollo y al bienestar de sus poblaciones.

Los principales resultados de las dos consultas y de la reunión de los países del Caribe puede ser sintetizado de la siguiente forma:

1. Es necesario fortalecer la capacidad rectora de los Ministerios de Salud para coordinar la cooperación entre las agencias multilaterales y bilaterales, así como hay que aprovechar el rol de los esfuerzos que ya se están desarrollando en los países en esta materia. El crecimiento de operaciones SWAP podría facilitar este proceso.
2. El BID puede jugar un rol importante en la promoción y financiamiento de bienes públicos regionales, en la generación de evidencia para la toma de decisiones, y en la producción sistemática de datos sobre salud en las encuestas de hogares;
3. Aunque los ODM puedan presentar un rol ordenador en materia de las prioridades de salud de la región, temas como las enfermedades crónicas, la violencia y los accidentes juegan un papel esencial en la morbimortalidad de la Región, lo que los lleva a considerarlos prioridades en la adaptación de los ODM a la realidad regional.
4. Dado el crecimiento de la pobreza y de la desigualdad, se enfatizó la necesidad de aumentar la cobertura de servicios de calidad para los grupos desprotegidos con miras a aumentar la equidad.
5. Otro tema enfatizado fue la necesidad de promover la participación social en la definición de prioridades de salud y en los procesos de rendición de cuentas.
6. Los recursos humanos en salud aparecen como relevante en tres aspectos: la capacitación, la migración de profesionales calificados, especialmente en los países del Caribe, y una mejor composición de equipos profesionales a favor de la salud pública, de la

promoción y prevención y de la atención primaria;

7. Del punto de vista de la acción del BID, se resaltó el impacto negativo de la creación de unidades paralelas de ejecución de proyectos, los procesos burocráticos para

licitaciones y rendición de cuentas, y la insuficiente asistencia técnica a los problemas de ejecución de proyectos de salud;

8. Por fin, se mencionó la conveniencia de que el BID se adapte a las necesidades específicas de cada país y no imponga agendas pre-determinadas.

# I. Introducción

Los procesos de consulta como parte de la preparación de la Estrategia de Salud del Banco tienen como objetivo recoger el conocimiento y las opiniones de diferentes grupos involucrados con la acción del Banco en salud.

Desde la elaboración del perfil de la Estrategia de Salud (ESA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha coordinado tres procesos de consulta: (a) Consultas electrónicas a actores clave de salud de América Latina y el Caribe<sup>1</sup>; (b) Consultas presenciales a altos funcionarios técnicos de los Ministerios de Salud de la Región y (c) Consultas al Perfil de la ESA, conducidas por el Departamento de Relaciones Externas del Banco (EXR)<sup>2</sup>.

En presente documento es un reporte de la consulta realizada a altos funcionarios técnicos del sector salud de los países latinoamericanos, especialmente Viceministros y Directores de Salud y de la reunión de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe, donde estuvieron presentes autoridades de todos los países de la Región para discutir temas para mejorar las políticas de salud. Las consultas buscaron conocer e identificar los problemas claves, necesidades y tendencias en salud de los países latinoamericanos y caribeños, así como las formas en que el Banco podría apoyar a estos países a atender estos desafíos.

Para tales efectos se realizaron dos talleres. El primero se realizó el 30 de noviembre de 2004 en la ciudad de Río de Janeiro (Brasil). Fueron invitados representantes de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Los invitados de Colombia, Ecuador y Venezuela no comparecieron. El segundo se realizó en San

José (Costa Rica), el 13 de diciembre del 2004, habiendo sido invitados representantes de México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana. El invitado de Panamá no compareció. El Anexo 1 presenta el listado completo de los participantes y su posición en el gobierno del país.

Estos talleres fueron organizados y conducidos por Alfredo Solari, André Medici y Elisa Fernández de la División de Programas Sociales (SOC) del Departamento de Desarrollo Sostenible (SDS) del BID. Los informes de estas dos reuniones fueron preparados por Elisa Fernández y revisados por André Medici y Alfredo Solari.

Además de estos dos talleres, André Medici y Ernest Massiah de SDS/SOC participaron como oyentes de la reunión de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe Inglés, organizada por la Comunidad de Naciones del Caribe (CARICOM) y realizada entre los días 15 y 17 de diciembre del 2004. El objetivo de dicha reunión fue el de discutir el borrador del Informe de dicha Comisión, a ser finalizado en el primer semestre de 2005. La reunión, presidida por Sir George Alleyne que también preside la Comisión, contó con la participación de autoridades de salud y académicos de todos los países caribeños. La parte V de este informe es una síntesis de las conclusiones de esta reunión, traducidas del informe original preparado por Sir George Alleyne. El anexo 2 presenta los miembros de la Comisión y los documentos preparados por los autores y temas.

---

<sup>1</sup> El documento final fue elaborado en Noviembre del 2004 y estará en versión electrónica a la brevedad.

<sup>2</sup> Dichas consultas todavía se encuentran siendo realizadas y el proceso para acceder a la consulta puede ser obtenido en la página [http://www.iadb.org/sds/consulta/index\\_e.htm](http://www.iadb.org/sds/consulta/index_e.htm).

## II. Metodología de trabajo de los talleres

Los talleres tuvieron duración de un día. Durante las mañanas, los representantes del BID hicieron una breve exposición del Perfil de la Estrategia de Salud del Banco (ver anexo 3), en proceso de consulta, y de los resultados de la consulta electrónica realizada a actores relevantes del sector en los países de América Latina y el Caribe (ver anexo 4). Seguidamente, los representantes de los países hicieron una breve presentación de 10 a 15 minutos sobre los problemas de salud que enfrentan, con base en tres puntos orientadores:

1. El proceso de identificación de los principales problemas nacionales de salud y de determinación de los objetivos sanitarios nacionales (expresados en metas; intervenciones; recursos necesarios; variables de seguimiento; información necesaria/disponible).
2. Principales obstáculos institucionales, políticos, económicos u otros, para alcanzar los objetivos sanitarios y formas en que el BID, como organismo multilateral de financiamiento, puede ayudar a su país a superarlos.

3. Sugerencias para mejorar la coordinación de los organismos internacionales de cooperación en salud, (bilaterales y multilaterales, de cooperación técnica y de financiamiento) de forma de ayudar más efectivamente a obtener los objetivos sanitarios nacionales.

Para la discusión de la tarde, se propuso un listado de temas críticos a ser profundizados a partir de los temas más destacados durante la mañana.

Al final de cada uno de los talleres, los representantes del BID hicieron un sumario de las principales discusiones. Estos sumarios fueron escritos posteriormente y enviados a cada participante para críticas y comentarios.

Así, los documentos que siguen en las partes III y IV del presente informe representan la versión consensuada de los problemas y desafíos del sector salud en América Latina, según la visión de los gobiernos de los países de la Región.



### III – Resultados del Taller de Río de Janeiro

El presente informe busca recoger los temas comunes que fueron enfatizados por los participantes. El informe no identifica las ideas expresadas individual o nacionalmente, sino más bien busca recoger en términos generales el sentir colectivo de los problemas de salud que los dirigentes sectoriales enfrentarán en los próximos años.

personal calificado y es costoso para el sistema; y ii) la necesidad de estrategias permanentes de formación y capacitación que, además de relevante a las necesidades del país, se puedan actualizar regularmente. Estos dos problemas afectan tanto en el conocimiento técnico como de gestión del sector.



#### ***Problemas de Recursos Humanos***

El tema de recursos humanos fue señalado espontáneamente por todos los participantes como un problema esencial que afecta al sector salud. Los dos problemas básicos identificados en este tema son: i) la alta rotación del personal de salud, lo que dificulta en extremo mantener políticas de largo plazo, no permite la retención de

Además de estos dos problemas señalados en relación al tema, otros se destacan igualmente como importantes:

- El rol de las universidades públicas y privadas como instituciones que producen profesionales según el funcionamiento del mercado de especialidades médicas y de la industria de equipamientos e insumos, y no de

- acuerdo a las demandas sociales y a la capacidad de absorción del sistema del país. En algunos países, las universidades crean sobreoferta de médicos y producen recursos humanos inapropiados, con un enfoque curativo especializado y no de promoción y de atención primaria de salud. Además, existen dificultades políticas para negociar una reforma curricular con el cuerpo docente de las universidades que, como consecuencia de la autonomía universitaria, mantienen sus intereses corporativos y profesionales individuales en actividades financiadas por los presupuestos de las universidades públicas;
- La sobreoferta de médicos, concentrada mayormente en áreas urbanas, convive con la escasez de médicos en áreas rurales o en las periferias metropolitanas en algunos países, generando la necesidad de crear políticas para la distribución de recursos humanos que establezcan perfiles de oferta profesional compatibles con las demandas regionales;
  - La sobreoferta de médicos y la internacionalización del mercado laboral, con crecientes flujos de migración profesional entre los países de la Región y de ellos para Estados Unidos o Europa, impone la necesidad de crear sistemas internacionales de acreditación y homologación de competencias profesionales en salud;
  - La contratación de terceros para tareas de capacitación (apoyada, en algunos casos en proyectos de instituciones multilaterales como el BID) crea un modelo de “capacitación vertical”, donde los beneficiarios no tienen voz ni un rol activo en la definición de la misma. No hay un empoderamiento a través de la capacitación, por lo que ésta pierde relevancia;
  - Existen fuertes grupos de interés en el personal de salud que aumentan la rigidez del sistema de salud e impiden la acción del gobierno en el sentido de racionalizar el empleo y la regulación de fuerza de trabajo en el sector;
  - Hay escasez de algunas categorías de profesionales, tales como enfermeros, auxiliares y técnicos en enfermería y promotores de salud, además de la inequidad en la distribución de profesionales de salud en diferentes zonas del país;
  - Hay problemas como la migración de profesionales calificados para otros países, especialmente de enfermeros, en función de inadecuados mecanismos de absorción de estos profesionales;
  - Dadas las restricciones presupuestarias y los ajustes macroeconómicos, hay una imposibilidad del sector público en competir con los salarios del sector privado. Asimismo, la diferencia salarial entre médicos generales y los especializados, desincentiva el trabajo en atención primaria.
- Para solucionar algunos de los problemas planteados, los participantes formularon algunas propuestas en el tema de recursos humanos las cuales se presentan en secuencia:
- Crear incentivos y mecanismos de regulación pública para que las universidades definan nuevos perfiles de recursos humanos y currículos adecuados a la realidad de la región;
  - Controlar la sobreoferta de estudiantes de medicina y otras profesiones de salud, fijando límites a la expansión de vacantes profesionales en hospitales del Estado según las necesidades de salud y no en función de presiones corporativas del mercado de trabajo;
  - Crear un sistema de acreditación regional para asegurar la calidad de los recursos humanos en salud, inclusive en el contexto de acuerdos que posibiliten mercados regionales de trabajo de profesionales de salud;
  - Priorizar el fortalecimiento de estructuras de formación e investigación en salud de forma que ayuden a retener en el país personal calificado. De esa forma se apoyará la continuidad de las políticas públicas y se amortiguará el impacto de la rotación de personal. Como

ejemplo, en Brasil, la Fundación Osvaldo Cruz -FIOCRUZ- y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva –ABRASCO- y otras estructuras similares han servido para retener personal calificado y para dar continuidad al Sistema Único de Salud (SUS) como una política de Estado;

- Reorientar los recursos humanos a través de incentivos financieros, pagando mejor a los médicos generales que trabajan en atención primaria, por ejemplo, como ocurre en el Programa de Salud de Familia, Brasil, y no estimulando la expansión innecesaria del empleo en actividades altamente especializadas. En esta línea, se propuso también que la atención primaria se haga más desafiante, de forma que sea más atractiva para los estudiantes de medicina.
- Crear modelos de capacitación en los cuales los beneficiarios participen en la definición programática de la misma.
- El BID podrá apoyar a los países en el área de capacitación: i) adaptando al sector salud los cursos de gestión de políticas de desarrollo social, que ofrece la institución a través del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES); ii) poniendo más énfasis en los mecanismos de seguimiento y evaluación del personal que ha recibido capacitación a través de un proyecto y iii) dando capacitación en modelos de atención costo-efectivos y más racionales de salud, con buenos ejemplos y estudios de caso.

### ***Formulación de políticas sanitarias consensuadas***

Varios participantes manifestaron las dificultades que encuentran los países para mantener las políticas sanitarias ante los cambios de administración y para conciliar los criterios y expectativas de los técnicos y de la burocracia con los de la población en general. En este contexto se planteó la necesidad de obtener una mayor participación de la sociedad en la definición de prioridades de salud, en monitoreo del sistema, en procesos de rendición de cuentas de las instituciones de salud. En otras palabras, se planteó la

necesidad de crear procesos de consenso entre los diferentes grupos de la sociedad para que participen en la definición de políticas de Estado a largo plazo.

Específicamente, los problemas mencionados en este aspecto fueron:

- Se manifestó que en algunos países la salud se basa en fuerte asimetría de información resultando en que la población no sabe bien qué servicios demandar. Todo ello dificulta la realización de acciones de prevención y promoción, y el rol de la sociedad civil como interlocutor válido para el gobierno y como agente que vele por la rendición de cuentas de las autoridades y estructuras sanitarias;
- Existen diferencias importantes entre las expectativas de salud de la población (mejora de la atención, calidez y medicamentos baratos) y la oferta técnica de servicios de salud por los proveedores. Hay que buscar formas de armonizar dichas diferencias;
- Aún en situaciones en que las demandas de la población son adecuadamente canalizadas y satisfechas a nivel local, existen dificultades para trasladarlas a instancias de más alto nivel del sistema de salud. Una buena atención al nivel local en atención primaria puede no ser correspondida por una atención de nivel secundario o terciario cuando se necesita trasladar el paciente a niveles de mayor complejidad asistencial fuera del ámbito de la institución. Por tanto, es poco frecuente que las comunidades locales tengan impacto en la formulación de políticas públicas de salud. Se necesita desarrollar mecanismos que permitan este proceso;
- Se entendió que las formas participativas y representativas de la democracia no son excluyentes y que ambas necesitan fortalecimiento para la elaboración de políticas de salud con base amplia de sustentación social. En cuanto al fortalecimiento de la democracia representativa se manifestó la dificultad para coordinar acciones entre el Ministerio de Sa-

lud y el Poder Legislativo en materia de temas como juicios contra la falta de atención y la mala práctica.

Entre las soluciones propuestas se encontraron:

- Informar y educar a la población para que pueda asumir un rol más activo en la definición de prioridades de salud y en los procesos de rendición de cuentas (que aprenda a demandar “qué se hace con mi dinero?”);
- Desarrollo y adopción de mecanismos de administración compartida de los servicios de salud con representantes de la población atendida en los mismos. (Como es el caso de los Consejos Locales de Atención a la Salud en Perú);
- Una mayor participación de la población permitiría dar mayor estabilidad a las políticas sanitarias y amortiguar el impacto negativo de los ciclos políticos y de la rotación del personal gerencial y directivo. De esta forma, se podrían consolidar políticas de Estado que tengan mayor permanencia en el tiempo;
- Brasil compartió algunas experiencias innovadoras en este campo: i) la creación de la Conferencia Nacional de Salud, un foro con 50% de participación de la sociedad civil; ii) presencia significativa de representantes del sector salud en el parlamento; y iii) procesos de diálogo de políticas con grupos tradicionalmente excluidos (por geografía, raza, condición socioeconómica, etc.);
- En cuanto a la facilitación de diálogos de políticas, se indicó que en algunos países el BID es visto con desconfianza por la población, como una imposición externa y no como un agente de promoción de la voluntad nacional. Se propuso que el BID podría facilitar el diálogo de manera indirecta al fortalecer al Ministerio de Salud para que pueda ejercer este rol facilitador y coordinar con diferentes instancias de la sociedad el proceso de generación de consenso, incluyendo las organizaciones no gubernamentales (ONG);

### ***Percepción de la acción del BID en el sector: demandas, críticas y sugerencias***

La percepción del accionar del BID es variada: i) algunos lo ven como un organismo con mayor sensibilidad social y flexibilidad que otros organismos multilaterales de financiamiento; ii) otros lo perciben distante de la realidad de los países. Algunos participantes sugirieron que el BID podría aprovechar mejor los conocimientos técnicos acumulados en los organismos especializados de las Naciones Unidas - la OMS, la UNICEF, UNFPA, ONUSIDA - distinguiendo entre los aspectos esencialmente “técnicos”, que serían responsabilidad de este tipo de organismos, de los de “gestión” que serían responsabilidad de los organismos multilaterales de financiamiento, incluido el BID.

Otros problemas señalados en relación con el BID fueron:

- La creación de estructuras paralelas para la ejecución de sus proyectos, las cuales debilitan el funcionamiento institucional y atentan contra la permanencia de los cambios una vez terminadas las intervenciones financiadas por el Banco (hubo una fuerte crítica de los participantes en relación a este punto);
- La lentitud de respuesta del BID a las necesidades y demandas manifestadas por los países en temas de salud hace con que la institución pierda oportunidad y relevancia;
- Procedimientos burocráticos y complicados para los desembolsos inhiben las oportunidades de negocios entre el Banco y los países, ya que se requiere alto grado de especialización para poder rendir cuentas a la institución;
- El BID debe fortalecer sus procesos de rendición de cuentas a los países y desarrollar mecanismos para asegurar el buen desempeño de los proyectos;
- El BID debería aportar una “mirada latinoamericana” al sector salud, entendiendo por tal

una visión más inclinada hacia los problemas de equidad que presenta la región;

- El BID debería apoyar más aún el fortalecimiento de: i) el modelo de atención que asegure los mejores resultados a bajo costo; ii) la gestión de servicios adecuada a las necesidades y características regionales; y iii) la capacitación de recursos humanos gerenciales;
- El BID debe acompañar a los países, pero no decirles qué hacer. El país debe ser el formulador de sus políticas de salud, no el BID;
- El Banco debe ser un promotor del diálogo de políticas sociales, y apoyar la coordinación intersectorial.

### ***Coordinación entre agencias de cooperación internacional***

En relación a este tema se enfatizó la necesidad de que los países asuman plenamente su rectoría y definan sus prioridades, y que los organismos internacionales, incluido el BID se atengan a estas prioridades y coordinen su apoyo. Se indicó que la diversidad de agendas que estas agencias tratan de imponer al país dispersa los recursos de ayuda externa y hace que dicha ayuda sea inefectiva.

Algunas soluciones sugeridas:

- El desarrollo de los “SWAPs” (*Sector Wide Approach Programs*), donde el gobierno define sus objetivos tácticos y coordina la ayuda internacional sobre los mismos, creando un fondo común de recursos;
- La utilización de los “ODM ampliados” en salud como guía para definición de prioridades de la coordinación interagencial;
- También se manifestó como una alternativa a la coordinación interagencial, a la capacidad de coordinación directa entre países, por ejemplo, organizándose para la compra de medicamentos para el SIDA.

### ***La transversalidad de la salud y la coordinación intersectorial***

Los participantes mencionaron consistentemente la dificultad que existe en los países para reconocer a la salud como un tema transversal a todas las políticas sociales, lo que dificulta la posibilidad de coordinar el trabajo intersectorialmente. Temas como ambiente, transporte y saneamiento, entre otros, deberían ser integrados en una visión intersectorial de la salud pública. Asimismo, los ODM de salud deberían de ser asumidos por otros sectores como parte de un planeamiento integral, y no restringirlos al sector salud, como sucede en la actualidad.

### ***Atención Primaria en Salud (APS)***

Ante la necesidad aumentar la cobertura y el acceso a servicios de salud a toda la población, la atención primaria en salud surge como una respuesta eficiente y eficaz, que sin embargo enfrenta obstáculos de financiamiento y captación de recursos humanos frente al modelo tradicional curativo-asistencial. Se compartió la experiencia brasileña con el Programa de Salud de Familia (PSF), el cual ha alcanzado logros en términos de asegurar financiamiento para la atención básica, mejorar los salarios de los profesionales en este campo, aumentar la cobertura de los servicios y dar capacitación a sus recursos humanos.

### ***Salud de fronteras***

Se refiere a problemas de migración de enfermedades a través de las fronteras y a la necesidad de obtener respuestas coordinadas entre países. Al respecto, se señaló que el Banco podría apoyar a los países en el contexto de los nuevos fondos concursables de cooperación para apoyar la producción de Bienes Públicos Regionales. Se consideran bienes públicos aquellos cuyo consumo no los agota y cuyos beneficios van más allá de la persona o grupo que los consume directamente. Para acceder al fondo concursable del BID las iniciativas tienen que presentarse en forma coordinada por varios países de la región.

### ***Otras observaciones sobre el sector salud***

En la actualidad la mayoría de los países consultados cuentan con esfuerzos de planificación nacional por medio de los cuales definen prioridades de salud y establecen metas e indicadores para periodos de 4 a 10 años. Se coincidió con las respuestas obtenidas por la encuesta de actores clave que dichos planes tienen un impacto limitado en la asignación de recursos del sector.

Por otra parte, los participantes manifestaron algunas dificultades relacionadas con las reformas:

- Los cambios políticos han causado discontinuidad de las reformas, enlentecimientos y en algunos casos reversiones al modelo anterior, y desperdicio de los recursos invertidos;
- Subsiste una gran fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud entre diferentes instancias del sector público: i) entre proveedores municipales y provinciales; o ii) entre el Ministerio de Salud, la seguridad social, y otras instancias públicas; o iii) entre el sector público y el privado. La fragmentación dificulta la rectoría y produce distorsiones del sector;
- Hay falta de claridad en el tema de descentralización, sobre cuáles aspectos del sector salud se deben descentralizar y cuáles no;
- Aunque retóricamente se garantice en muchos países el derecho a la salud universal, las poblaciones más pobres y desprotegidas de la Región siguen con acceso limitado a servicios de salud dado la falta de políticas y mecanismos que les garantice el acceso;
- Se necesita seguir trabajando en temas como la organización del sector, regulación y vigilancia, alcance de la calidad en salud, mejora de la infraestructura, recursos humanos y adecuación cultural de los servicios;
- Sobre el financiamiento del sector, se mencionó la vulnerabilidad existente del presupuesto de salud ante crisis fiscales, y el poco espacio

fiscal disponible para inversión y desarrollo de estrategias dado el alto porcentaje del presupuesto destinado a gastos de funcionamiento, en particular salarios.

### ***Vínculo de la Discusión con la Estrategia de Salud del Banco***

Los aspectos críticos analizados por los participantes en esta consulta están en línea con las prioridades de acción propuestas en el Perfil de la Estrategia de Salud del Banco aprobado en julio de 2004. Esta concordancia se refleja en las siguientes áreas temáticas:

- Actualmente algunos países están haciendo esfuerzos por priorizar los problemas y las acciones de salud, de manera de poder llevar la atención de salud a grupos tradicionalmente descubiertos. Adicionalmente, existe una preocupación por dar mayor participación a la población en la definición de las prioridades locales y nacionales de salud;
- Hay un reconocimiento de la necesidad de fortalecer la capacidad institucional del sector, de forma que el Ministerio pueda ejercer su función rectora, y de que exista mayor capacidad técnica y de gestión en el sector. Sin embargo, los participantes enfatizaron el efecto negativo que tiene la creación de estructuras paralelas de ejecución de proyectos en la instalación de esta capacidad y en la sustentabilidad de las intervenciones realizadas;
- La atención primaria en salud, el fortalecimiento de los recursos humanos y el desarrollo de mecanismos de coordinación regional son vistos como claves para el logro de los objetivos nacionales y el alcance de la equidad en salud;
- Para lograr un mayor impacto en la mejora del estado de salud de la población, se requiere de un enfoque que integre la salud de manera transversal en las políticas públicas, fortaleciendo la coordinación intersectorial de las acciones, y de una reorientación interna del sector hacia un modelo preventivo y de promoción de la salud más que curativo.

- Se le reconoce al BID como un financiador importante en el sector, en particular, en los procesos de reforma. Asimismo, se le reconoce una mayor flexibilidad y sensibilidad social que otros organismos multilaterales de financiamiento. Sin embargo, se le critica su complejidad y la lentitud de procedimientos como obstáculos para la efectividad de su asistencia;
- En términos del apoyo técnico, es importante destacar la demanda de que el Banco juegue un rol indirecto, fortaleciendo la capacidad nacional para facilitar sus propios procesos de diálogo y de planificación del sector como alternativa a coordinar directamente estos procesos.

## IV. Resultado del Taller de San José

Así como se mencionó en el caso del taller de Río de Janeiro, el presente informe busca recoger los temas comunes que fueron enfatizados por los participantes. El informe no identifica las ideas expresadas individual o nacionalmente, sino más bien busca recoger en términos generales el sentir de los representantes de los países. Los puntos a continuación están presentados en orden de la importancia de su mención durante la reunión.

multilateral y bilateral. Con respecto a este último punto, se indicó que la diversidad de misiones y agendas de las diferentes agencias de cooperación hace el apoyo poco eficiente y efectivo. Los “SWAPs” (*Sector Wide Approach Projects*) fueron presentados como un mecanismo potencialmente útil para alinear toda la cooperación internacional bajo objetivos comunes, establecidos por el país, y bajo fondos comunes. Sin embargo, se reconoció que en varios casos los



### ***Rol rector de los Ministerios de Salud y la coordinación interagencial***

Los participantes expresaron la dificultad que existe en los Ministerios de Salud para ejercer la rectoría del sector, para separar las funciones de rectoría de las de provisión de servicios, y para liderar el apoyo de las agencias de cooperación

ministerios de salud carecen de la capacidad institucional necesaria para liderar este proceso.

Al mismo tiempo que los participantes manifestaron una preocupación por la coordinación interagencial, varios de estos países ya están realizando esfuerzos en esta línea. Por ejemplo, Nicaragua ya llevó a cabo la metodología SWAPs



que coordina todos los esfuerzos en el sector, nacionales e internacionales, bajo objetivos y fondos comunes. El Salvador ha creado formalmente una instancia en el gobierno responsable por la coordinación interinstitucional. Y Honduras, por su parte, está demandando misiones conjuntas al BID y al Banco Mundial. Asimismo, tanto en Honduras como en El Salvador, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está sirviendo de agencia coordinadora de la asistencia internacional, ordenando así el diálogo con el gobierno.

En algunos países la cooperación externa está siendo coordinada por uno de los organismos internacionales, principalmente la OPS. Algunos participantes cuestionaron la pertinencia de que esta institución cumpla ese rol en sus países, por cuanto el rol técnico y político de la OPS varía de país en país, y porque se considera que la asistencia técnica que presta es muy cara.

Si bien se reconoció que la tendencia actual se orienta hacia la necesidad de colaboración entre agencias, igualmente se argumentó sobre la conveniencia de que exista competencia entre las agencias de cooperación. Cabe reflexionar sobre los pros y contras de la división o integración (geográfica, sectorial o temática) de la ayuda internacional.

Específicamente sobre el rol rector de los ministerios, se mencionó que el BID podría apoyar a los países a fortalecer su capacidad rectora en las áreas de mejoramiento de los sistemas de información, acreditación de la oferta de servicios, y certificación de profesionales.

### ***Corrupción***

Diversos problemas de corrupción entre los países considerados fueron señalados durante la reunión:

- Existe una dimensión estructural, reflejada en cierto grado de aceptación social, en la permisividad en el manejo de fondos y bienes, desde los niveles más pequeños hasta los más elevados, tanto en instituciones públicas como en ONGs. Para resolver este problema hay que trabajar en el sentido de cambiar al-

gunos de los valores y prácticas sociales vigentes en la administración de salud en los países.

- Una de las áreas de corrupción es la de regulación de fármacos, alimentos y publicidad sanitaria. El BID podría difundir buenas prácticas sobre la profesionalización de la regulación y la reducción de los incentivos que la fomentan (desarticulación de la cadena).
- Se mencionaron los gastos innecesarios de recursos en consultorías externas, en las cuales a menudo se contratan expertos internacionales que no conocen la realidad del país. Se indicó que este tipo de consultorías genera resistencias y bloqueos a la aprobación de nuevos préstamos por parte del poder Legislativo de los Países. Se sugiere una mayor rendición de cuentas en los proyectos.
- En un país se mencionaron problemas de corrupción en las ONG contratadas para ampliar la cobertura de servicios de salud, y la necesidad de desarrollar mecanismos de control para estos proveedores.

### ***Otros problemas del sector salud***

Durante la reunión se discutieron diversos temas que afectan al sector salud de los países:

- *Objetivos sanitarios nacionales:* se mencionó la importancia de definir conceptualmente los objetivos sanitarios, el rol de la evidencia que debe sustentarlos, y la dificultad que existe en algunos países para priorizar y para medir los logros. El BID podría apoyar estos procesos de definición de prioridades.
- *Retos de salud:* sumado al ya complejo perfil epidemiológico compuesto de enfermedades transmisibles y crónicas, existe una fuerte preocupación por el impacto de la violencia en esta subregión.
- *Los ODM* juegan un rol importante al dar un norte o punto de referencia hacia donde se debe avanzar. En algunos países, donde las metas del milenio parecen ambiciosas, se han establecido metas intermedias. En otros paí-

ses, donde las mismas metas serán fácilmente alcanzadas, se ha propuesto: i) alcanzarlas antes de tiempo; ii) ir más allá de los promedios nacionales y alcanzar las metas en las regiones menos favorecidas (mejorar la equidad); y iii) adicionar otras metas que incluyan enfermedades crónicas (p. ej. Diabetes, cáncer e hipertensión en México).

- *Respaldo internacional*: además de los ODM, otras instancias supranacionales como la Comisión de Macroeconomía y Salud, juegan un rol importante fortaleciendo el rol del sector salud como un aliado para el desarrollo, y por ende, justificando la inversión en salud.
- *Continuidad de las políticas de salud*: Los países han utilizado diferentes estrategias para dar continuidad a sus políticas de salud, sea haciéndolas parte de estrategias nacionales más amplias (como la estrategia de reducción de pobreza -ERP- en Honduras), o a través de la incorporación de procesos participativos (como en El Salvador).
- *Participación Social*: Se debe fortalecer la *participación organizada de la sociedad civil* en el desarrollo de políticas de largo plazo en salud y darle un rol activo en el control social de los servicios (rendición de cuentas).
- *Mantenimiento de Logros*: países que han alcanzado logros importantes en sus indicadores de salud (como Costa Rica), resaltaron la importancia de, dada la reducida dimensión de los países, contar con apoyo externo para que se logren inversiones y asistencia técnica que permitan mantener dichos logros en el tiempo.
- *Cobertura y acceso*: El aumento de la *cobertura y acceso a los servicios* sigue siendo un reto para los países considerados. En la mayoría de ellos hay un importante grupo de la población que no tiene acceso a los servicios de salud o que debe pagar un alto porcentaje de gasto de bolsillo. Resolver la inequidad requiere, entre otros, de una mejor focalización de los recursos.

- *Sostenibilidad de reformas*: existe dificultad para mantener las reformas más allá de los períodos de gobierno. Se plantea que el desarrollar evidencia empírica sobre el impacto de las reformas, podría servir para dar más continuidad a estos esfuerzos (área donde el BID podría colaborar).
- *Sistemas Fragmentados*: Preocupa la fragmentación del sistema de servicios de salud y la necesidad de adecuar los procesos de descentralización a la capacidad resolutoria de los municipios.
- *Visión intersectorial*: Falta una visión integral de la salud y una mayor *coordinación intersectorial* de los esfuerzos. Hay, por ejemplo, que fortalecer el vínculo entre carencias en infraestructura y transporte y las tasas de mortalidad materna; o el vínculo entre el libre comercio y salud. El BID podría facilitar el diálogo intersectorial y apoyar estudios que generen evidencia.
- *Atención Primaria de Salud*: Existe interés por ir más allá del modelo curativo hacia modelos de *atención primaria en salud y de promoción de la salud* (promoción de estilos de vida saludables bajo una perspectiva de ciclo de vida).
- *Recursos humanos*: hay problemas de alta rotación del personal de salud y falta de capacitación continuada. El BID podría ayudar a fortalecer la capacidad técnica de los recursos humanos del sector. Otro problema es la fuga de profesionales al extranjero.

### ***El rol del BID en el sector salud***

Al discutir sobre el tipo de apoyo que el Banco debería prestar a los países de la región en salud, se sugirió que el Banco debe reflexionar sobre cuál es su valor agregado en el área de salud frente a las otras agencias de cooperación.

Se sugirió que el BID podría aprovechar sus ventajas comparativas generando evidencia que permita el diseño de políticas públicas basadas en datos objetivos, produciendo, por ejemplo,

estudios de evaluación de impacto y de evaluación económica. Este tipo de información facilitaría además el diálogo con otros sectores, incluyendo con los Ministerios de Hacienda. Asimismo, generar evidencia en salud serviría para asegurar la sostenibilidad de las políticas en el tiempo de aquellas intervenciones que han probado ser eficaces. El BID podría apoyar la generación de encuestas para medir indicadores que den apoyo a los gobiernos en áreas específicas, como la de seguros de salud<sup>3</sup>.

También, el BID podría jugar un rol importante en la identificación y desarrollo de Bienes Públicos Regionales (BPR) que permitan generar conocimiento y realizar esfuerzos que mejoren conjuntamente la situación de salud de la región. Ejemplos de BPR serían los programas de salud de fronteras, o las estimaciones de Cuentas Nacionales de Salud y las cuentas “satélites” en temas específicos como VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, y del gasto en investigación en salud en la región. Se mencionó que la colaboración regional para la producción de BPR podría realizarse en el contexto del Plan Puebla Panamá.

El BID podría facilitar estos procesos de intercambio de lecciones aprendidas y difundir experiencias exitosas de los proyectos que ha financiado, en particular de las reformas. También se señaló que los países podrían hacerlo por ellos mismos.

Se repitió enfáticamente que el Banco debe proveer un apoyo adaptado a las necesidades específicas de cada país, y que debe amoldarse en lo posible a las demandas del país y no imponer su propia agenda. Se le critican al BID sus procesos burocráticos y lentos durante la ejecución de proyectos. Se cuestionó la creación de estructuras paralelas a los Ministerios de Salud para la ejecución de proyectos por el debilitamiento que producen de las estructuras permanentes.

Se indicó la importancia de que el Banco apoye en el fortalecimiento institucional para que el Ministerio de Salud pueda ejercer la rectoría de todos los esfuerzos nacionales e internacionales en salud. Esto es de especial importancia en el caso de los nuevos préstamos basados en resultados, en los cuales los desembolsos se realizan contra el cumplimiento de indicadores de impacto y de proceso (próximamente el Banco estará aprobando su primer préstamo de este tipo para Nicaragua).

Al igual que en la reunión para Sur América, hubo una gran congruencia entre las cuatro líneas estratégicas propuestas en el perfil de la estrategia y las áreas de apoyo prioritario identificadas por los participantes: i) definición y alcance de objetivos sanitarios nacionales; ii) fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud; iii) mejora de la atención primaria de salud, la capacitación de los recursos humanos, provisión de bienes públicos regionales y difusión de procesos participativos; y iv) promoción de la salud pública y la coordinación intersectorial.

---

<sup>3</sup> Como ejemplo, se puede mencionar como el proyecto “Equilac” desarrollado conjuntamente por OPS y Banco Mundial

## V. Informe de la Reunión de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe

### *Introducción*

La reunión se realizó como un evento previsto de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe (CCHD). El producto final del trabajo de dicha Comisión será un Informe a los Jefes de Estado de los países de la Comunidad Económica del Caribe (CARICOM). La CCHD tiene como etapas de su trabajo las siguientes tareas:

- Nombramiento de sus miembros
- Encuentros para establecer el alcance del trabajo y decidir los documentos que servirán de base para su trabajo
- Consultas Técnicas
- Presentaciones a los Ministros de salud en Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD)
- Discusiones Públicas
- Presentación de los resultados a los Jefes de Estado.



### ***El Contexto del Trabajo de la Comisión***

El trabajo de la Comisión puede ser visto en el contexto de su mandato y de la aritmética política del Caribe. La Comisión fue creada por los Jefes de Estado del CARICOM en la reunión realizada en Nassau (2001) donde se declaró que “la salud es la riqueza de la Región” y se anunció el mandato de una fuerza tarea para “impulsar la salud para el centro del proceso de desarrollo”. Los Jefes de Estado hicieron referencia específica a enfermedades como VIH/SIDA que está solapando las bases del capital humano de la Región. El trabajo de la Comisión empieza cuando hay una consciencia creciente de la necesidad de mayor integración de los países del Caribe y el Mercado Común en los países de la Región se transforma progresivamente en una realidad.

Ningún desarrollo o estrategia sectorial en el Caribe contemporáneo puede ignorar este desarrollo político mayor. Los gobiernos del Caribe son también sensibles a la responsabilidad en alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio las cuales incluyen áreas que son específicas del sector salud. Finalmente hay una larga historia de cooperación en salud en el Caribe y la iniciativa Caribeña de Cooperación en Salud se encuentra al momento en su tercera etapa planeada a fines de conocer el alcance de las promesas iniciales. En seguida, son presentados los principales temas que surgieron de la discusión de los documentos de trabajo y algunas conclusiones iniciales.

### ***Visión General de la situación de salud***

El Caribe<sup>4</sup> se encuentra en pleno proceso de transición demográfica con una fuerte queda en la mortalidad infantil y crecimiento de la expectativa de vida. El análisis de los últimos 15 años muestra que el crecimiento poblacional se desaceleró como resultado de la queda en la fecundidad y, en alguna extensión, por la migración.

---

<sup>4</sup> El Caribe se refiere a los países del CARICOM sin especificarlos. Los países miembros del CAREC incluyen algunos países que no pertenecen al CARICOM, como son Aruba y Curacao.

Las principales lecciones en este tema son representadas por el cambio del perfil de salud y en las tasas de dependencia económica, con consecuencias para la totalidad de los servicios de salud y de los sistemas de seguridad social. El mismo análisis muestra la persistencia de las enfermedades no transmisibles como las causas más comunes de mortalidad y con un alarmante crecimiento en la mortalidad por diabetes y SIDA. El número de casos reportados de SIDA en los países miembros del Centro Caribeño de Epidemiología (CAREC) crecieron anualmente de forma consistente, aunque la tasa de crecimiento tenga se reducido en los últimos cuatro años. Las causas externas y violencia son, actualmente, muy significativas en la mortalidad especialmente entre hombres jóvenes.

El análisis presentado, así como en todas las otras partes de este documento muestra un problema que es universal en el Caribe. Es difícil obtener series temporales para los datos más críticos y esto no se pasa solamente en el sector de salud. Con excepción de Jamaica, no se produjo encuestas regulares sobre condiciones de vida y, mismo en las que fueron hechas, los datos relevantes de salud con frecuencia están ausentes. La necesidad de capacitar liderazgos en salud pública fue también enfatizada durante las discusiones.

### ***La situación económica***

Los datos sobre este tema serán todavía completados. El análisis preliminar muestra un desempeño económico bastante modesto en los últimos años y el Caribe no muestra tasas de crecimiento económico capaces de reducir la pobreza a los niveles esperados en las Metas de Desarrollo del Milenio. La pobreza sigue siendo un gran problema en la Región. Pero así como muestran los datos de salud, existe una enorme variabilidad entre los países considerados.

### ***Los problemas de salud***

Los principales problemas de salud pueden ser divididos en aquellos relacionados con las enfermedades y aquellos que dicen respecto a la capacidad de los sistemas de salud en resolverlos. Ambos los problemas fueron discutidos du-

rante el evento aunque sea difícil separarlos claramente.

Enfermedades no transmisibles y salud mental – Como visto anteriormente, las enfermedades no transmisibles están asumiendo una importancia creciente. Enfermedades cardiovasculares son de lejos la principal causa de muerte y, aunque haya diferencias entre los países, la prevalencia es mayor en Barbados y Trinidad y Tobago. No hay razones para acreditar que los factores de riesgo son diferentes entre los países del Caribe. La prevalencia de diabetes viene creciendo a tasas alarmantes y la mortalidad y morbilidad por esta condición es subregistrada, en función de la dificultad crónica en llenar correctamente las causas de muerte en los registros de defunción. Es posible instituir y mantener sistemas más efectivos de promoción, prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares en los servicios de atención primaria de salud.

La discusión se concentró principalmente en la necesidad de focalizar mejor los esfuerzos de promoción y de focalizar la estrategia de comunicación en cambios de comportamiento y en las condiciones ambientales que favorezcan dichos cambios. Se enfatizó que la solución del problema no reposa en el enfoque al individuo, pero sí en reducir la exposición de la población a factores de riesgo sobre la base de prevención primaria. Aunque este enfoque no sea nuevo, su relevancia y dificultad de aplicación en el Caribe se justifican ya que la región está sujeta a muchos problemas vinculados al crecimiento de la globalización. Se enfatizó que los cambios en el perfil de salud vinculados a la transición demográfica y al crecimiento de los factores de riesgo juegan un papel esencial.

Medir los costos económicos de las enfermedades solo fue posible en un país, pero si multiplicados los valores encontrados por la población de los demás, esto representaría una costosa carga de enfermedad para la Región. Los datos de salud mental también se restringieron a un solo país pero no son posibles de ser generalizados. Una de las necesidades de los países de la Región es relevar los gastos financieros sobre enfermedades crónicas y salud mental de forma sistemática.

VIH/SIDA: La epidemia ha sido muy bien estudiada pero la naturaleza de la enfermedad hace imposible tener los datos más precisos. Se estima que 500 mil personas viven con VIH en los países caribeños, siendo que 20% de este total en los países del CARICOM y el restante en los países del caribe español y francés. Los principales temas asociados a esta enfermedad en la Región son: el avance de la transmisión heterosexual de la epidemia; su creciente prevalencia entre mujeres jóvenes; el aumento de la mortalidad entre hombres en edad económicamente activa; la permanencia del estigma y de la discriminación la cual impide el avance de las medidas de salud pública para controlar la enfermedad y la brecha entre la necesidad y la disponibilidad de tratamiento. Los aspectos positivos incluyen el fuerte compromiso político para controlar la enfermedad; un enfoque regional que se evidencia por la formación de la Asociación Pan Caribeña contra el VIH/SIDA (PANCAP) que ha sido promovida como buena práctica; el creciente fortalecimiento del grupo de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PLWHA) y la demostración de historias bien sucedidas de control de la epidemia en países como Bahamas, Bermudas y Barbados

Los datos sobre el impacto económico del VIH/SIDA necesitan ser actualizados, pero no hay duda de su impacto potencial en los niveles macro y micro. El argumento es que el crecimiento del programa para solucionar la epidemia es un bien para las economías del Caribe. Los debates reconocieron la necesidad de enfoques multisectoriales, las dimensiones críticas de género y derechos humanos de la epidemia, el hecho de que es imperativo solucionar el tema del estigma y discriminación y la necesidad de soporte político y financiero sustentable.

Accidentes y causas externas de morbilidad y mortalidad – Aunque no sea específicamente una enfermedad, dichas causas representan un problema creciente de salud pública en la Región. Homicidios y accidentes de tránsito representan la 3ª y la 7ª causas que contribuyen en los años de vida con calidad perdidos. El problema es creciente en todos los países de la Región y, además, la mortalidad reportada representa solamente la punta de un iceberg. Mientras

que hasta 1980 la principal causa de muerte entre los 15-24 años fueron causas naturales, en 1995 las mayores causas fueron VIH/SIDA, violencia y accidentes. Violencia es más común en las áreas urbanas y tiende a perpetuarse entre personas que se conocen. Los pocos datos existentes permiten estimar costos indirectos que llegan a 1% del producto interno bruto (PIB) en la Región debido a la violencia.

Los debates enfatizaron el hecho que, aunque la carga de enfermedad relacionada a la violencia y a los accidentes represente gastos y acciones del sector salud, otros sectores sociales podrían ser más efectivos en reducirla. Mientras tanto, el sector salud puede contribuir para establecer padrones epidemiológicos para identificar sus principales causas prevenibles. Esto puede incluir el cuidado sobre el estado de manutención de los vehículos automotores, el esfuerzo para que se cumplan las leyes de tránsito, especialmente en materia del uso de cinturones de seguridad, y la prohibición al uso de alcohol al manejar. Hay mucho espacio todavía para el fortalecimiento e implementación de políticas que vengán a dar soporte a programas de amparo a la vida y de manejo de stress, especialmente entre los jóvenes.

*Obesidad:* Este tema fue evaluado separadamente, aunque se constituya como uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas. En los últimos treinta años la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha triplicado en el Caribe tanto para hombres como para mujeres y cerca de 25% de ellas han sido consideradas obesas. La predisposición genética tanto de hombres como de mujeres juega un papel importante, pero es más que conocido que la epidemia de obesidad se encuentra relacionada con factores de comportamiento y ambientales. El problema no se restringe a los adultos, ya que cerca de 6% de los niños de Jamaica en la pre-escuela presentan sobrepeso, lo que es el doble del promedio mundial.

Las tendencias en términos de alimentación muestran que ha 40 años atrás el volumen de calorías disponibles por persona por día era muy debajo de los niveles recomendables, pero actualmente se encuentra en 35% arriba de estos

niveles. Los tipos de alimentos que más contribuyen a esta sobreoferta de calorías son las grasas y azúcares, mucho de los cuales son importados en detrimento de la producción local. Aunque existan estudios empíricos, se observa que una reducción en el gasto de energía en la población debido fundamentalmente al sedentarismo. Los costos económicos de la obesidad provienen de la co-morbilidad con otras enfermedades, particularmente de la diabetes.

Fueron discutidos los aspectos culturales del problema, ya que no es claro, tal como se suponía previamente, que existe en el Caribe una preferencia por personas con sobrepeso, particularmente mujeres. Se cree que caso el tema permanezca sin ser investigado más a fondo, la obesidad podrá alcanzar proporciones insostenibles en términos de la carga de enfermedad que lleva y, sin duda, por su papel particular como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se recomendó sobre la necesidad de cambiar el enfoque del problema en el individuo para otro concentrado en factores ambientales y de comportamiento que llevan impiden vidas saludables. Las políticas públicas para el control de la obesidad deberían involucrar muchos sectores, particularmente los de salud, agricultura y educación.

### ***Los servicios de salud***

Dos aspectos de los servicios de salud fueron presentados y discutidos en el encuentro: la organización y financiamiento y el retorno económico de las inversiones en salud.

*Organización e financiamiento de los servicios de salud:* Se desarrolló un análisis más descriptivo que prescriptivo de los servicios, mostrando la extensión de algunas de las reformas que se encuentran realizando y sobre las similitudes y diferencias de los sistemas de salud entre los países. Uno de los mayores puntos de diferencia es el proceso de descentralización entre los países ocurren en Jamaica y en Trinidad y Tobago. Casi sin excepción, existe la necesidad de mejor articulación entre los distintos niveles de atención y, además, necesidades particulares para asegurar que los servicios están disponibles para los más pobres. Fue visto que no hay servicios

organizados y estructurados para asegurar acceso equitativo a los servicios de los grupos vulnerables. Existe un programa en Jamaica similar al PROGRESA mexicano que promueve apoyo financiero a las familias para estimular el uso de servicios de educación y salud. La noción de crear servicios compartidos entre los países ha crecido y atrae claramente a todos países pequeños que presentan altos costos de transacción en la operación de sus servicios de salud. Pero en que pesen todos los esfuerzos en los últimos años, dicha propuesta no se ha transformado en realidad, en función de intereses locales y de que la disponibilidad de servicios de salud es una de las medidas del orgullo nacional.

En los países de la OECS, Barbados, Bahamas y Guyana, el sector salud recibe entre 10% y 14% del presupuesto público nacional. En Trinidad y Tobago el presupuesto nacional ha crecido, pero la parte dedicada a salud ha bajado de 12% en el inicio de los años setenta para 7% en 2003. El sector salud es financiado por recursos públicos y privados y hay una tendencia al crecimiento de la parte correspondiente al gasto privado. La mayoría de los gastos de salud todavía provienen de la atención secundaria y terciaria y en todos los países en mayor componente del gasto es personal. El gran desafío es proveer un sistema de salud de acceso universal a través de mecanismos de seguro, Esto ha sido investigado en muchas ocasiones, pero hasta el momento solamente Antigua, Bermuda, y las Islas Cayman tiene sistemas nacionales de seguro salud y mismo en estos países hay problemas de cobertura. Otros países siguen estudiando el tema. El uso de copagos y tarifas en los servicios públicos ha sido uno de las más utilizadas estrategias de contención de gastos y la visión dominante es que dicha practica ha sido regresiva y ha hecho daños a la salud de los grupos que más necesitan de los servicios.

*La exportación de servicios de enfermería:* Migración de los países del Caribe tiene una larga historia. El punto que importa aquí es que la exportación de servicios de enfermería frente a la permanente falta de servicios de enfermería en el sector. Hay un conjunto de factores inductores y bloqueadores asociados a este movimiento y los Ministros de Salud han promovido programas

administrados de migración de profesionales que buscan corregir inicialmente los factores inductores. Migración es examinada aquí por las lentes de los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio, en los cuales la *Modalidad 4* se refiere al movimiento de personas naturales asociadas a servicios particulares. El Caribe enfrenta un dilema. ¿Podría la exportación de recursos humanos actuar como política para aumentar las calificaciones adquiridas de los profesionales y aumentar las remisas de divisas o estaría esto movimiento respondiendo a necesidad de flujos temporeros y controlados de personal calificado bajo los nuevos acuerdos internacionales de comercio? En este último caso, ¿el entrenamiento y capacitación de estos profesionales deberían ser financiados por el gasto público, dado la naturaleza económica de los recursos involucrados y de la voluntad y capacidad de pago? No hay todavía una política regional en este tema, habiendo la necesidad urgente de que se desarrolle algo.

*Los retornos económicos de la salud:* La salud debe ser considerada no solamente en su aspecto de bien estar, pero también como un instrumento para el desarrollo económico. Los retornos de salud al turismo y la inversión externa directa fueron calculados en uno de los documentos presentados en un modelo econométrico. Aunque preliminares, los estudios demuestran que inversiones en salud llevan a tasas de retorno positivas en sectores como turismo en Barbados y a mayores inversiones externas directas en Trinidad y Tobago. Se observó, de otra parte que inversiones en servicios de salud pública y salud primaria son más rentables sobre estos aspectos que la vinculada a servicios de atención secundaria o terciaria que enfocan más el bien estar individual.

La naturaleza de la salud como un bien publico regional es un de los temas de esto documento de trabajo que no fue discutido en la reunión, pero se comentó que la naturaleza de los desafíos de salud en el Caribe llevan a la necesidad de mayor cooperación regional. La interdependencia de la región en áreas como turismo, donde hay una identificación regional, lleva a la necesidad de considerar la salud de la población como un bien público regional y despierta a todos



sobre la necesidad de que las instituciones regionales tengan como preocupación la preservación de los niveles de salud de la región.

### **Conclusiones**

Para resumir los resultados de esta reunión en lo que se refiere a los puntos y prioridades que deben ser tomados en cuenta en la preparación de la Estrategia de Salud del BID, se propone lo siguiente:

- La estrategia debe ser contextualizada para que tome en cuenta la realidad política actual de los países del Caribe y especialmente la eminencia de la CSME. Asimismo, se debe tomar en cuenta la existencia de muchos esfuerzos de acción cooperativa para salud en el Caribe, como los de la CCHD;
- Se deberá hacer un análisis de las tendencias y consecuencias de la transición demográfica, incluyendo comparaciones con otros países del Banco. En este sentido se deberá ir allá de los esfuerzos de la CCHD. Dada la experiencia del Banco en , se debería hacer un análisis amplio de la situación económica y de sus impactos en salud;
- La estrategia deberá tocar la naturaleza y dimensiones de los mayores problemas de salud en la región. Dichos problemas son las enfermedades no transmisibles y VIH/SIDA. Esto lleva a la necesidad de proveer mejor información epidemiológica para dichas enfermedades y, sin disminuir la importancia de VIH/SIDA, atender a los problemas de enfermedades no transmisibles en todos los niveles de atención;

- Hay que atender al problema de la obesidad y de sus consecuencias en términos de morbilidad bajo un enfoque multisectorial;
- ¿Cómo los países de la región podrán establecer acceso universal e implementar a práctica de cobros por servicio y copagos que actualmente aportan sustancialmente a los presupuestos de los Ministerios de Salud? Se deberán buscar soluciones al tema del financiamiento de los servicios de salud y, para tal, producir mejores datos sobre financiamiento y gasto del sector;
- Violencia e accidentes actualmente representan problemas importantes en el sector salud;
- La estrategia debe tratar del tema de recursos humanos para salud, con especial énfasis en enfermería y en la capacitación para salud pública;
- La estrategia debe se proponer no solamente a identificar la naturaleza de los problemas, pero proponer medios para solucionarlos, tomando en cuenta la heterogeneidad de la región y las diferencias en casi todos los aspectos de salud y de los servicios de salud;
- La estrategia debería prestar atención para la falta de datos confiables que es un de los puntos débiles que surgió del análisis del sector en el Caribe. Se debe buscar una producción de datos regulares de salud sobre la base de los estudios de condiciones de vida, que incluyan más datos de salud.

## VI. Consideraciones Finales

Considerando los resultados de los dos talleres, vale la pena señalar las áreas en las que hubo convergencias y divergencias entre las propuestas realizadas en la reunión para Sur América (SA) con respecto a la de Centroamérica (CA) y en la reunión de la CCHD del Caribe, de manera que el documento de la estrategia haga distinción de las necesidades subregionales. Las principales conclusiones pueden ser listadas abajo:

- Los representantes de CA pusieron mucho énfasis en la necesidad de fortalecer la capacidad rectora de los Ministerios de Salud para coordinar la cooperación interagencial que los de SA. En el caso del Caribe, hay que aprovechar el rol de los esfuerzos que ya se encuentran desarrollando para la cooperación interagencial, como los de la CCHD;
- CA enfatizó más el rol técnico que puede jugar el BID en la facilitación de Bienes Públicos Regionales (BPR) y de generación de evidencia para la toma de decisiones, mientras que los representantes de SA insistieron más en el rol financiador del BID. Dado la importancia del turismo en los países del Caribe, mejores condiciones de salud de la población pueden ser vistas como un BPR. Los países del Caribe enfatizaron la importancia de desarrollar esfuerzos de producción sistemática de datos sobre salud en las encuestas de hogares;
- Los países de CA expresaron mayor dificultad en sus procesos de definición y medición de prioridades sanitarias, y le dieron más valor a los ODM en su rol ordenador y de guía. Mientras tanto, los temas de enfermedades crónicas y SIDA juegan un papel esencial en la Región (especialmente en SA y el Caribe) lo que los lleva a considerarlos prioridades en la adaptación de los ODM a la realidad regional. Asociado a estos temas, los países del Caribe consideran los temas de combate a la obesidad y la práctica de actividades físicas como esenciales;
- La corrupción fue un tema más frecuentemente mencionado en CA que en SA. En el Caribe el tema no fue mencionado.
- Los representantes de SA también expresaron mayor preocupación por el impacto de la violencia en la salud de la población, lo que es compartido con las posiciones tomadas en la reunión de la CCHD;
- Los temas de recursos humanos aparecen como relevantes en las tres regiones, pero con perspectivas distintas: temas como la capacitación, especialmente para actividades de atención primaria son cruciales en los tres. El tema de la evasión de profesionales calificados parece ser relevante, especialmente en los países del Caribe, como es el caso de las enfermeras. Un mejor balance entre profesionales en los servicios altamente especializados y en las actividades de atención primaria es un tema compartido como importante en todas las tres regiones.
- Asimismo, en la reunión de CA se mencionaron, aunque con menor intensidad que en la de SA, los siguientes temas: el impacto negativo de la creación de unidades paralelas de ejecución de proyectos; los procesos burocráticos del BID; la transversalidad de los problemas de salud;
- Finalmente, en ambas reuniones se mencionó con similar intensidad los siguientes temas: la conveniencia de que el BID se adapte a las necesidades específicas de cada país y no imponga agendas predeterminadas; la necesidad de aumentar la cobertura de servicios de calidad para los grupos desprotegidos (mejorar la equidad); y la necesidad de promover la participación social en la definición de prioridades de salud y en los procesos de rendición de cuentas.

# Anexo 1

## Lista de Invitados a los Talleres de Consulta a Altas Autoridades de Salud en los Países de Latinoamérica

<b>País</b>	<b>Invitados</b>	<b>Institución</b>	<b>Cargo o Función</b>
Argentina	Dr. Leonardo Julio Di Pietro	Ministerio e Salud y Acción Social	Jefe de Gabinete de Asesores del Ministerio
Bolivia	Dr. Guido H. Monasterios Vergara	Ministerio de Salud y Deportes	Asesor de Planificación de Salud
Brasil	Dr. Valcler Rancel Fernandes	Ministerio de Salud	Subsecretario de Planeamiento y Financiamiento.
	Dra. Myerza Macedo L. De Lucena	Ministerio de Salud	Coordinador administrativo-financiero del Departamento de Inversión en Salud
	Dr. Wagner Martins	Ministerio de Salud	Coordinador General de la Directoria de Inversión y Proyectos Estratégicos
Chile	Dr. Antonio Infante Barros	Ministerio de Salud	Subsecretario de Salud
Costa Rica	Dr. Francisco Cubillos Martínez	Ministerio de Salud	Viceministro de Salud
El Salvador	Dr. Humberto Alcides Urbina	Ministerio de Salud	Director General de Salud
Guatemala	Dr. Alfredo Privado	Ministerio de Salud	Coordinador del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud
Honduras	Dr. Arturo Rafael Gutiérrez	Ministerio de Salud	Director General de Desarrollo de los Servicios de Salud
México	Dr. Eduardo González Pier	Ministerio de Salud	Coordinador de la Unidad de Análisis Económico
Nicaragua	Dra. Aurora Velásquez Pereira	Ministerio de Salud	Viceministro de Salud
Paraguay	Dr. Silvio Ortega Rolón	Ministerio de Salud	Director General de Servicios de Salud
Perú	Walter Eduardo Vigo Valdez	Ministerio de Salud	Coordinador General del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
República Dominicana	Dr. José Selig Ripley	Ministerio de Salud	Subsecretario de Estado de Salud y Asistencia Social
Uruguay	Dr. Diego Estol	Ministerio de Salud	Director General de Salud

## Anexo 2

### **Miembros de la Comisión de Salud y Desarrollo del Caribe (CCHD)**

Sir George Alleyne -Presidente  
Director Emérito de la OPS/OMS

Profesor Compton Bourne  
Presidente del Banco de Desarrollo del Caribe

Embajador Havelock Brewster  
Director Ejecutivo del BID

Dra. Veta Brown  
Coordinadora del Programa del Caribe de la OPS/OMS

Profesor Terrence Forrester  
Director del Instituto de Investigación en Medicina Tropical

Profesor Edward Greene  
Secretario General del CARICOM

Dr. James Hospedales  
Director del CAREC

Dr. Len Ishmael  
Director General de la Secretaría de la OECS

Dr. Jeffrey Koplan  
Vice President de Asuntos Académicos de la Universidad de Emory

Mr. Stanley Lalta  
Economista del Ministerio de Salud de Jamaica

Professor Elsie La Franc  
Asociado de la SALISES

Professor Clive Thomas  
Director del Instituto de Estudios de Desarrollo de la Universidad de Guyana

Professor Karl Theodore  
Jefe del Departamento de Economía de la UWI, St. Augustine

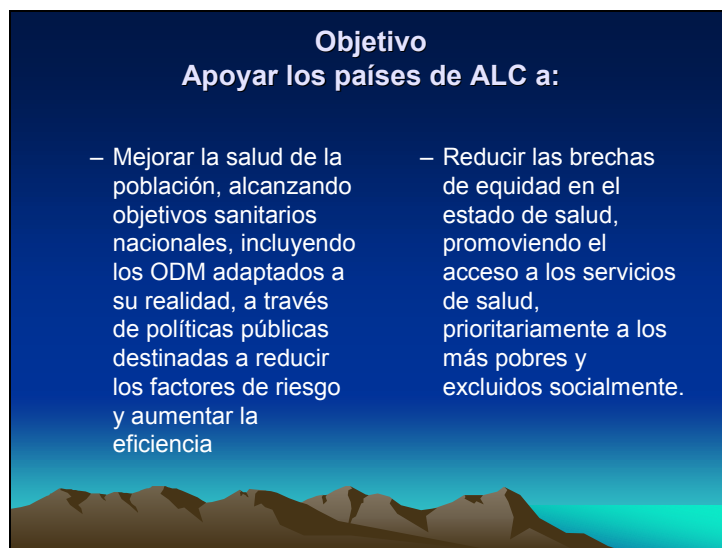
Sir Dwight Venner  
Gobernador del Banco Central del Caribe del Este

## Documentos preparados por la CCHD

1. Análisis de la situación de Salud del Caribe (Kam Mung y James Hospedales);
2. Enfermedades Cardiovasculares y Cáncer (Terence Forrester, Abdullahi Abdulkadri, Stanley Lalta, Colette Cunningham-Myrie)
3. La epidemia de VIH/SIDA en el Caribe (Bilali Camara)
4. La capacidad de los servicios de salud (Sam Aymer);
5. Políticas públicas para controlar la obesidad en el Caribe (Fitzroy J Henry)
6. Morbilidad y mortalidad por causas externas como obstáculos al desarrollo (Elsie LeFranc, Dillon Alleyne)
7. Desarrollo económico y financiamiento de los servicios de salud en el Caribe (Stanley Lalta, Marilyn Entwistle, Ruben Suarez, Robert Brohim);
8. El impacto de los gastos en salud en la inversión externa directa y turismo (Nigel Gaines, Karl Theodore)
9. La exportación de servicios de enfermería como una opción para la diversificación de las economías del CARICOM (Clive Thomas, Roger Hosein, Jean Yan)
10. VIH/SIDA – perspectivas económicas para el Caribe (Karl Theodore, Althea La Foucade, Ewan Scott, Vyjanti Beharry)
11. Salud y pobreza (Kariri Consultants)
12. Salud mental (Earle Wright)

## Anexo 3

### Presentación del Perfil de la Estrategia de Salud del BID



## Diagnóstico

- Aunque haya mejorado en relación a la década anterior, América Latina podría lograr mejores resultados con sus niveles actuales de gasto en salud.
- Heterogeneidad epidemiológica de la Región lleva a soluciones no uniformes: enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, nuevos retos (SIDA) – MDG plus.
- Pesen los progresos en los indicadores promedios, hay alta inequidad y exclusión social en el alcance de los resultados.

## Lecciones Aprendidas (operativas)

- Continuidad entre las etapas de diseño e implementación de los proyectos;
- Aumentar esfuerzos en evaluación de impacto de los proyectos;
- Mayor presencia del Banco en los diálogos de política y agilidad de respuesta frente a cambios de política.

## Lecciones aprendidas (políticas)

- Vincular reformas con objetivos sanitarios, persiguiendo eficiencia,
- Instituciones más eficientes y procesos participativos en la formulación y seguimiento de resultados;
- Fortalecer acciones de salud pública bajo un enfoque intersectorial;
- Enfoque de ciclo de vida que se asocie a la viabilidad de las políticas a largo plazo;
- Promover eficiencia de las inversiones, enfatizando bienes públicos de salud y capacitación de recursos humanos;
- Protección del gasto en programas prioritarios de salud en contextos de crisis y ajuste fiscal.

## Prioridades de la acción del Banco

- Apoyar objetivos estratégicos nacionales adaptados a la realidad de cada país (énfasis en los más pobres y excluidos);
- Fortalecer la capacidad institucional de los servicios de salud con miras a aumentar su eficiencia para el alcance de los objetivos sanitarios;
- Mejorar la efectividad de los servicios a través de la APS, capacitación de recursos humanos, provisión de BPR e procesos participativos;
- Promover acciones de salud pública con enfoque intersectorial de los problemas de salud



## Opciones de servicios a ofrecer

- Productos tradicionales: préstamos de inversión, sectoriales
- Cooperaciones Técnicas
- Nuevos instrumentos: préstamos de innovación, multifase, basados en desempeño, SWAP.
- Fondos especiales
- Participación en fondos globales

## Anexo 4

### Encuesta del BID a Actores Clave del Sector Salud

#### Encuesta del BID a actores clave del sector salud en América Latina y el Caribe

Alfredo Solari, BID  
30 de noviembre de 2004

#### Propósito y Metodología

- Servir de insumo a estrategia
- No es estadísticamente significativa
- A líderes del sector: privado, público, academia, ONG, facultades, gremios, etc.
- 192 respuestas de 26 países
- Cuestionario: 13 cerradas y 11 abiertas
- Preg. Cerradas: Valoración 1 (débil) a 6 (fuerte), 3,5 punto medio

## Prioridades y Planificación Sectorial

- Planes Nacionales: 95% afirma existencia: impacto moderado
- Avances hacia alcance de ODM
- Enfermedades prioritarias:
  - ◆ No transmisibles (CV, Diabetes, Cánceres)
  - ◆ Transmisible y Nutricionales (infección resp. agudas, desnutrición, perinatales)
  - ◆ Lesiones (acc. tránsito, violencia)

## Rectoría del Sector Salud

- Funciones esenciales de la Salud Pública:
  - ◆ débil rectoría
  - ◆ + : vigilancia epidemiológica (4,27)
  - ◆ - : fiscalización oferta privada servicios (2,88)
- Coordinación interinstitucional: débil
  - ◆ + : entre niveles local, regional, nac. de salud (3,58)
  - ◆ - : con proveedores de servicios (3,02)
- Coordinación intersectorial: muy débil
  - ◆ + : con seguridad social (3,51)
  - ◆ - : con transporte (2,20)

## Problemas Sistema de Servicios

- Jóvenes y ancianos con menor acceso a servicios
- Insuficiente mejora de la equidad con las reformas
- Logros de las reformas: descentralización, entrega de paquetes básicos de servicios y mejoras en la gestión
- Se necesita mejorar aún: gestión, regulación y fiscalización, y oferta pública de servicios

## Apoyo del BID al Sector Salud

- Percepción positiva de la acción del BID en salud (72% de la  $\frac{1}{2}$  que conocen)
- Sugieren al BID:
  - ◆ más participación nacional
  - ◆ menos rigidez administrativa
  - ◆ más continuidad en prioridades de cooperación

## Apoyo del BID al Sector Salud

- Préstamos deberían mejorar/fortalecer:
  - ◆ info, monitoreo y evaluación (68%)
  - ◆ funciones esenciales de SP (53%)
  - ◆ capacidad institucional (52%)
- Asistencia técnica debería mejorar/fortalecer:
  - ◆ calidad de la información (71%)
  - ◆ estudios del sector (42%)
  - ◆ el diálogo intersectorial (42%)