



Análisis **C**omparativo en **R**es

Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana

(2ª edición, Julio, 2002)

Área de Desarrollo Estratégico de la Salud

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud

Organización Panamericana de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS

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

SEGUIMIENTO DE LAS DINÁMICAS

Génesis de las Reformas

Diseño de las Reformas

Negociación de las Reformas

Implementación de las Reformas

Evaluación de las Reformas

Conclusiones

SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

Marco Jurídico

El Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento en salud

Rectoría y separación de funciones

Separación de Funciones

Modalidades de descentralización

Participación y control social

Financiamiento y gasto

Oferta de servicios

Modelo de gestión

Recursos humanos

Calidad y evaluación de tecnologías en salud

Conclusiones

II. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Equidad

En cobertura

En Distribución de Recursos

En Acceso

En el Uso de Recursos

Efectividad y calidad

Efectividad

Calidad Técnica

Calidad Percibida

Eficiencia

En la Asignación de Recursos

En la Gestión de Recursos

Sostenibilidad

Participación y Control Social

Conclusiones

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RECONOCIMIENTOS

*El análisis fue preparado por la Dra. P. Rivas-Loría, el Dr. A. Infante y el Dr. J. Pedroza, del Programa de Organización y Gestión de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. La Dra. P. Ramos y el Dr. F. Pompeyo, residentes del Programa de Salud Internacional de la OPS/OMS colaboraron en la preparación inicial del texto. La revisión externa fue realizada por el Dr. Daniel Reinharz, profesor del Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Facultad de Medicina de la Université Laval, Québec, Canadá.

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

A mediados de la década de los 90 casi todos los países de América Latina y el Caribe (ALC) habían iniciado, o estaban considerando iniciar, reformas del sector de la salud (RSS)¹. Precisar qué se entiende por RSS era, y sigue siendo, objeto de debate^{2, 3}. En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto en 1995⁴ definió la RSS como “*un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan*”⁵.

Los “*Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de los Perfiles de los Sistemas y Servicios de Salud en los Países de la Región de América Latina y el Caribe*”, incluyen una sección sobre Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector de la Salud . Estos han sido aplicados por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS desde 1997^{6, 7, 8}. Los Lineamientos también pueden ser utilizados en países donde no se han llevado a cabo reformas del sector salud. En razón del debate existente sobre lo que califica como RSS, no sorprende que también existan problemas conceptuales y metodológicos sobre el seguimiento y la evaluación de las RSS^{9, 10}.

Una primera versión del análisis de las *dinámicas (fases y actores principales)* y de los *contenidos* de las reformas del sector de la salud en los países de la subregión de Centroamérica y la República Dominicana fue realizada en el año 2001. La información para dicho análisis fue la contenida en el apartado correspondiente a la *primera edición* de los Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud de los 8 países agrupados dentro de la Reunión del Sector de Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) (*Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana*). Habiéndose concluido recientemente la *segunda edición* de los Perfiles, a continuación se presenta una versión actualizada del análisis la cual incorpora la nueva información que se incluye en los mencionados documentos.¹¹

SEGUIMIENTO DE LAS DINÁMICAS

Génesis de las Reformas

En la mayor parte de los países el **proceso de reforma comenzó** al inicio de la década de los noventa, salvo en *Guatemala* y *Costa Rica* donde algunas iniciativas de transformación de sus sistemas de salud comenzaron a gestarse a finales de la década de los ochenta. No obstante, en *Guatemala* la reforma se inició formalmente en 1996 con el “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En *Costa Rica* las ideas de modernización se concretaron en 1992 cuando la Asamblea Legislativa aprobó las leyes 7374 y 7441 las cuales incluían financiamientos por parte del BID y del Banco Mundial (BM). En junio de 1994, se empezó a operacionalizar el proceso de cambio.

GÉNESIS DE LAS REFORMAS

- Las reformas del sector de la salud en los países de Centromérica y en la República Dominicana se iniciaron en la década de los noventa, con la excepción de Guatemala y Costa Rica donde algunas iniciativas comenzaron a gestarse a finales de la década de los ochenta.
- Las razones aducidas para iniciar las reformas incluyen:
 - Adaptación de los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales y a los cambios demográficos.
 - Baja cobertura de los servicios de salud.
 - Mejorar en la eficiencia y la calidad de los servicios.
 - Aumentar la equidad.

Las **razones aducidas** para iniciar las reformas variaron entre los países, destacando como puntos comunes la necesidad de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales y a los cambios demográficos, la existencia de una baja cobertura de los servicios de salud y el deseo de aumentar la eficiencia y la calidad en la provisión de los servicios. De igual manera, tres de los países mencionaron la necesidad de incrementar la equidad como una de las principales razones para la RSS. En *Costa Rica* también se destacó la necesidad de fortalecer la rectoría y separar las funciones dentro del sistema de salud, y en *Honduras* la búsqueda de la solidaridad y la participación ciudadana.

Los Ministerios o Secretarías de Salud fueron los **protagonistas principales** de las reformas, a excepción de *Nicaragua*, donde el sector económico gubernamental dirigió el proceso en sus inicios. Otros organismos involucrados incluyen agencias de cooperación técnica o financiera; por ejemplo, el Banco

Interamericano de Desarrollo (BID) en *Costa Rica, Guatemala y Belice*; el Banco Mundial (BM) en El Salvador, Costa Rica y la República Dominicana; la OPS/OMS en *Belice, República Dominicana y Panamá*; así como entidades pertenecientes al Seguro Social y Organismos No Gubernamentales (ONGs) los cuales fueron particularmente activos en los casos de *Guatemala, Costa Rica, República Dominicana y Panamá*.

La **opinión y/o demandas de la población** fueron consideradas en *Costa Rica*, particularmente con relación al mejoramiento de la calidad de los servicios; y en *Panamá* en la región donde se focalizó la reforma. En *Honduras* la propuesta de modernización fue sometida a consulta de las organizaciones obreras y campesinas, colegios profesionales, hospitales privados, asociación de municipios y empresa privada. La consulta generó sugerencias en el sentido de promover la participación obrera y comunitaria en los procesos de desarrollo local en salud. En *Belice*, aunque no se tomó en cuenta la opinión de la población al inicio del proceso, ella se prevé mediante la incorporación de la reforma del sector en la Comisión Nacional de Reforma del Estado. En *Nicaragua*, se realizaron consultas parciales y foros de discusión. En *Guatemala* la participación de la población no fue considerada en el momento que se planteó la reforma.

DINÁMICA DE LAS REFORMAS

- El inicio de la mayoría de las reformas estuvo ligado a los procesos de reforma del Estado.
- Aunque han participado diversos actores, en general los Ministerios de Salud han acabado siendo los principales protagonistas.
- Se observa una presencia importante de organismos internacionales, como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, OPS/OMS, USAID y algunas otras agencias bilaterales desde el inicio de la mayoría de los procesos de reforma.
- Se constata una limitada participación de la población en el inicio del proceso.

En todos los países, se confirmó la **existencia de una agenda de Reforma** con objetivos definidos, los cuales variaron entre países. Como objetivos comunes destacan: (a) la reorganización y reestructuración de las instituciones proveedoras de servicios de salud en *Belice, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá y República Dominicana*; (b) la introducción de nuevas modalidades en la provisión de servicios de salud en *Costa Rica, El Salvador y Nicaragua*; (c) la modernización del marco jurídico del sector en *El Salvador y República Dominicana*; (d) la reorientación en la asignación de los recursos públicos con

mayor eficiencia y equidad en *Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá*; y (e) la garantía del acceso a los servicios de salud a la población de mayor riesgo en *Belice, Costa Rica, Guatemala, Panamá y República Dominicana*, así como la sostenibilidad financiera de los mismos

En todos los casos el ***proceso de Reforma Sectorial se ha inscrito dentro de los planes y programas de desarrollo y/o modernización del Estado***. Por ejemplo, en *Belice* se estableció una Comisión Nacional de Reforma del Estado y se prevé que el proceso de reforma sectorial pueda ser una parte integrante del Programa Nacional de Reforma y Modernización del Estado. En *El Salvador*, en el contexto del Programa de Modernización Pública del Gobierno, el Plan Global de Desarrollo para el quinquenio 1994-1999 planteó una profunda reorganización y modernización de los sectores gubernamentales entre ellos el de la salud. En el ámbito nacional se conformó la Comisión para la Modernización del Estado, y a finales del 2000 fué entregada la "propuesta de reforma integral de salud" elaborada por el Consejo Nacional de Reforma en Salud (CNRS). En *Guatemala y República Dominicana*, la propuesta de reforma sectorial es congruente con el programa de desarrollo y de modernización del Estado. En *Honduras*, las recomendaciones para la reforma sectorial fueron incorporadas en la versión definitiva del "Programa de Modernización del Sistema de Servicios de Salud", aprobado en mayo de 1993, el cual forma parte de los "Objetivos de las Agendas de Modernización: 1990-2002". En *Panamá* desde sus inicios el proceso de reforma de la salud estuvo ligado al cumplimiento del plan nacional de gobierno. Finalmente, en *Nicaragua*, entre 1990 y 1993 se comenzó la primera gran fase de transformación del Estado: el "Programa de Reforma y Modernización de Sector Público" del cual formó parte la reforma sectorial.

Diseño de las Reformas

Los ***encargados del diseño de la reforma*** en *Honduras, Belice y Panamá* fueron principalmente los Ministerios de Salud, aunque con un significativo apoyo financiero y técnico de diversas instituciones externas. En *Honduras* el diseño fue producto de comisiones técnicas constituidas entre la Secretaría de Salud Pública (SSP) y los organismos de cooperación como OPS/OMS, USAID, Banco Mundial y otros, y en consulta con el Ministerio de la Presidencia de la República. En *Panamá* el Ministerio de Salud (MS) suscribió en 1994 un préstamo con el BID para financiar los estudios básicos de la reforma, la formulación de un nuevo modelo de atención y el desarrollo de procesos de descentralización y modernización de los sistemas operativos en tres de las trece regiones de salud y en el Hospital Santo Tomás, el más grande e importante hospital de tercer nivel del país. En 1997, el MS recibió apoyo del Banco Mundial para los estudios de desarrollo y reorganización de la red de atención del primer nivel,

incluyendo nuevas modalidades de gestión en la Región de San Miguelito (RSM). A ello se sumó el apoyo de la cooperación técnica de la OPS/OMS. En *Guatemala* se conformó una unidad ejecutora del Proyecto acordado con el BID, formada por personal no perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y un consultor internacional diseñó el proceso de extensión de cobertura. Este proyecto fue modificado con la participación de técnicos de distintos niveles del MSPAS, lo cual condujo a la creación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Por su parte, la *República Dominicana* estableció una Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado. En *El Salvador* se creó el Consejo Nacional de Reforma en Salud liderado por el Ministerio de Salud y formado por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, diversas ONGs, proveedores privados, gremios profesionales y empresariales, usuarios e instituciones formadoras de RRHH en Salud, que participaron en el diseño de la reforma.

DISEÑO DE LAS REFORMAS

- Los Ministerios de Salud mostraron liderazgo en el diseño de las reformas en la mayor parte de los países.
- Todos los países recibieron apoyo técnico o financiero para el diseño de la reforma de organismos internacionales como la OPS/OMS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

Negociación de las Reformas

El **liderazgo en los procesos de negociación** para determinar los objetivos y/o los contenidos de la RSS fue ejercido en la mayor parte de los países por las autoridades de salud. Tal fue el caso en *El Salvador*, *Nicaragua*, *Panamá*, *Guatemala* y *República Dominicana*. En *Nicaragua* esto sucedió en una etapa posterior ya que al inicio el principal protagonista fue el sector económico gubernamental. En *Costa Rica* el papel rector ejercido por las autoridades de salud en el proceso de negociación de la reforma se orientó al logro de consensos y compromisos entre los distintos actores.

Las **principales entidades, asociaciones o grupos participantes** en el proceso de negociación de las reformas han variado entre los países, si bien, en la mayoría los integrantes del sector de la salud fueron los principales actores. Por ejemplo, en *El Salvador* participaron el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Agencia Alemana de Cooperación (GTZ) y la OPS/OMS. Se conformó un Comité

Interagencial para la Modernización del Sector Salud (CIM), formado por USAID, GTZ, OPS/OMS y Banco Interamericano de Desarrollo, cuya principal función es contribuir al avance de la RS brindando asesoría técnica y financiera. Además, también apoyaron los gobiernos de Suecia y Holanda. En la *República Dominicana* los principales participantes fueron la Secretaría de Estado de Salud Pública, la Secretaría Técnica de la Presidencia, la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado, el Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS), la Asociación Médica Dominicana (AMD), representantes de los Consejos de Desarrollo Provincial (CDP), del Congreso, de las ONG's y la Iglesia Católica. Además se contó con el apoyo técnico de la OPS/OMS. En la negociación inicial para el préstamo del BID y para determinar el contenido de la RSS en *Guatemala* participaron el Ministerio de Finanzas Públicas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y funcionarios del BID. En *Panamá* participaron activamente, además de las instituciones del sector, los gremios y la sociedad civil organizada de aquellas regiones sanitarias en las cuales se inició el proceso.

Implementación de las Reformas

En *Costa Rica*, *Panamá* y *República Dominicana* existe un ***plan de acción con metas, fechas y responsabilidades*** para la implementación de la Reforma. En *Honduras*, aún cuando las metas de la Nueva Agenda de Salud habían sido claramente explicitadas, en el momento de la preparación del perfil las fechas y las responsabilidades para la implementación no habían sido aún establecidas. En *Guatemala* más que un plan de acción lo que existen son lineamientos políticos, estratégicos y programáticos para la reforma. En *Belice* al momento de la preparación del perfil se desarrollaba una experiencia piloto en un distrito de la capital pero no se contaba con un plan de acción global para la reforma.

En la mayoría de los países los organismos de cooperación financiera ***han financiado estudios y experiencias de campo, así como la implementación de la reforma.*** En *República Dominicana* el BM financió un proyecto de cinco años, por un total de USD 30 millones, dirigido al desarrollo de la gestión desconcentrada y descentralizada de la provisión de servicios mediante redes integrales, con énfasis en la autogestión hospitalaria y la creación de entidades de financiamiento y aseguramiento en el nivel provincial. Asimismo, el BID ha venido financiando un proyecto de cinco años, por un monto de USD 75 millones destinado a infraestructura y equipamiento, prestación de servicios de salud y fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y del Sistema de Seguridad Social. A estos préstamos deben agregarse las donaciones de la USAID (USD 20 millones) por un período de 5 años, y otras de la Unión Europea. En *Nicaragua* hasta la fecha se han realizado una serie de

estudios con el apoyo de diversas agencias de cooperación (Banco Mundial -BM, MSH-USAID y OPS/OMS). Por ejemplo: encuesta de demanda de servicios; alternativas de financiamiento; estudios de la carga de enfermedad; estudio del mercado laboral; avances en el proceso de reformas; cuentas nacionales en salud; estudio de fuentes de financiamiento y gasto en salud; inventario de instrumentos reguladores (Normas, Manuales y Reglamentos en salud); análisis del sistema de información; y definición de estándares de calidad en los servicios del segundo y primer nivel. En *Honduras* la Secretaría de Salud Pública (SSP) ha establecido acuerdos con agencias de cooperación externa para financiar estudios de implementación y evaluación de la reforma sectorial. La modalidad más frecuente fue combinar recursos locales y de cooperación. En algunos casos, se contrataron firmas consultoras y ONG's. *Panamá* por su parte ha financiado los estudios y experiencias de campo por medio de los préstamos otorgados por el BM y el BID y, también, mediante donaciones bilaterales. En *Costa Rica* tanto el BID como el BM han financiado estudios, experiencias de campo e implementación de la RSS con relación a la rectoría y fortalecimiento del MS, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación del modelo de atención.

El **grado de avance en la implementación** del proceso es diverso entre los países. *Costa Rica* señala que la fase de implementación ha sido lenta. En *Guatemala* el inicio de las acciones propuestas ha sufrido retrasos siendo los componentes de reforma financiera y de extensión de cobertura los más avanzados. *El Salvador* se encuentra finalizando la primera etapa, la cual contempla reformar los procesos administrativos y técnicos al interior del Ministerio. *Nicaragua* señaló que la reforma se encontraba en su segunda etapa la cual incluye la reorganización del nivel central del Ministerio de Salud (MINS) para la conducción de la RS y la definición de prioridades, alcances y mecanismos para avanzar en la modernización del sector. En *Honduras* luego de haber concluido la fase de divulgación y socialización el proceso de reforma ha experimentado avances significativos, mientras que en *Panamá* se han logrado mayores grados de autonomía en la gestión hospitalaria, en particular en la Región de San Miguelito.

IMPLEMENTACIÓN/PLANES DE ACCIÓN

- Tres países informaron que cuentan con planes de acción con metas, fechas y responsabilidades para la implementación de la reforma.
- La etapa de implementación de la RS suele implicar más de un período de gobierno en la mayor parte de los países. Igualmente, se observa un sustantivo apoyo financiero y técnico de parte del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Unión Europea y algunos donantes bilaterales.
- Un país definió criterios de evaluación en las etapas iniciales.

Entre los países que ya están implementando las reformas, *Panamá* y *Costa Rica* **no** han hecho **cambios en los objetivos y estrategias de la misma**. Sin embargo, en *Guatemala* fue necesario el replanteamiento de algunos aspectos debidos a la inclusión del Instituto Guatemalteco del Seguro Social en las iniciativas de extensión de cobertura a los trabajadores informales. En *Belice* algunos cambios se deben a la intención de incorporar nuevas prioridades en el Plan Nacional de Salud y al inicio de la prueba piloto del Sistema Nacional de Seguro Médico.

Criterios de Evaluación de las Reformas

En *Costa Rica*, para cada uno de los proyectos específicos incluidos en la RS se establecieron criterios generales de evaluación. No obstante, la mayoría de los países no definieron **criterios de evaluación** al inicio de la reforma. Tal es el caso de ***Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua***. *Honduras* explicó que ello se debió a que el esfuerzo se concentró en el logro de “consensos políticos” para asegurar la viabilidad futura del proceso. Actualmente Honduras está desarrollando estudios para definir los mecanismos de evaluación. Igualmente, *Nicaragua* indicó que se están realizando encuestas para definir criterios de evaluación. En *Republica Dominicana* se aprobó un esquema para la evaluación y seguimiento de la reforma en al año 2000.

Ello no ha impedido que, a lo largo del proceso se hayan efectuado algunas **evaluaciones sobre el desarrollo y/o impacto de las reformas**, aunque bastante limitadas. Así, en *Nicaragua* en enero de 1997, el BM realizó una primera evaluación del proceso, señalando los avances, debilidades y fortalezas del mismo. Datos recientes parecen indicar un incremento de las coberturas atribuibles a la reforma. En *Panamá*, en 1999 y a solicitud de las autoridades nacionales de salud, la OPS/OMS llevó a cabo una evaluación de la reforma y más recientemente se realizaron evaluaciones del modelo del Hospital de San Miguelito. No obstante, ésta adolece de la información necesaria para valorar el impacto de las medidas impulsadas. **En Honduras**, se hizo un monitoreo de los niveles de acceso de los grupos más necesitados y como resultado se adaptó la oferta de servicios a las situaciones particulares de estos grupos. *Guatemala* informó que por la corta evolución del proceso no se han efectuado evaluaciones de la reforma.

Conclusiones

El proceso de reforma del sector de la salud en los países de Centro América y en la República Dominicana se **inició** en la década de **los noventa**, con excepción de dos países que iniciaron algunas transformaciones de sus sistemas de salud a finales de la década de los ochenta, si bien los reimpulsaron y redireccionaron con posterioridad.

Las principales **razones** mencionadas por los países para justificar las reformas incluyen la adaptación de los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales y cambios demográficos, la existencia de una **baja cobertura** de los servicios de salud y el deseo de aumentar la **eficiencia** y la **calidad** en la provisión de los servicios. Igualmente, el aumento de la equidad en tres países.

La mayoría de los procesos estuvieron o están ligados a procesos de **reforma del estado**. Han existido diversos actores durante el proceso. En general, los Ministerios de Salud han tenido un rol protagónico a excepción de un país en donde el sector económico lideró el proceso en sus inicios. Además, se ha observado una importante **presencia de organismos internacionales**, como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la OPS/OMS, algunos organismos bilaterales y multilaterales de cooperación y algunas ONG's. En general, se refiere una **limitada participación de la población o de sus representantes** en el inicio del proceso, habiéndose registrado limitados avances en este tema durante años posteriores.

En todos los países, se confirmó la **existencia de una agenda de Reforma** con objetivos definidos, los cuales variaron entre países. El **diseño** de la reforma en la mayoría de los países ha estado a cargo de los Ministerios de Salud, con el apoyo técnico o financiero de organismos internacionales como la OPS/OMS, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial. En dos países se conformó una Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado. Paulatinamente las unidades ejecutoras de los proyectos de cooperación para las reformas han ido siendo tuteladas por los Ministerios de Salud más efectivamente que en un principio.

De la misma forma, en los procesos de **negociación** de la reforma, los Ministerios de Salud han jugado un papel importante y, aún cuando en algún caso no estuvieran involucrados en el diseño, han liderado luego las discusiones sobre ella. Participación relevante han tenido organismos como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, algunas Agencias Bilaterales de Cooperación, la OPS/OMS, y algunas ONG's.

La **implementación** de las reformas suele ser vista a mediano y largo plazo, implicando más de un período de gobierno. En la mayoría de los países se observa un apoyo financiero importante a la implementación por parte del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Unión Europea, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y alguna otra cooperación bilateral. Tres países informaron que cuentan con **planes de acción con metas, fechas y responsabilidades** para la implementación de la reforma.

La mayoría de los países se encuentran concluyendo las **primeras fases de implementación**, las cuales contemplan la reforma de los procesos administrativos, la divulgación y socialización del proceso y en algunos casos, la reorganización de los servicios de salud. Los principales objetivos y estrategias de las reformas se han mantenido aparentemente estables, aunque en dos casos se registraron cambios debidos a la inclusión de nuevos actores institucionales y a la propuesta de creación de un sistema nuevo de aseguramiento nacional en salud.

Con excepción de un país en las **fases iniciales** de la reforma **no se definieron mecanismos de evaluación**. Recientemente dos países han estructurado esquemas para la evaluación y el seguimiento. A pesar de ello, todavía no es posible contar con una evaluación integral de los avances del proceso realizada por los propios países, si bien en algunos casos se hicieron estudios aislados para evaluar los avances del proceso o el impacto de algunas iniciativas concretas.

SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

Marco Jurídico

Se han **introducido cambios o modificaciones en la Constitución y/o en la regulación básica del sector de la salud** en Costa Rica, República Dominicana, Nicaragua, Guatemala, y Panamá. En *Costa Rica* se han aprobado reglamentaciones para respaldar el proceso de RSS como las que crean el Consejo Nacional del Sector Salud, la Ley de Desconcentración de Hospitales, y el Reglamento de las Juntas de Salud. En la *República Dominicana* se han promulgado cuatro Decretos Presidenciales relativos a la RSS: Formación de la Comisión Ejecutiva para la Reforma al Sector Salud (CERSS); Formación y desarrollo de las Direcciones Provinciales de Salud; Gestión, producción, distribución, comercialización, prescripción y venta de medicamentos, así como sobre el proceso de Registro y el reconocimiento

institucional de los medicamentos, productos cosméticos y de la higiene del hogar y; el Reglamento General de Hospitales. En marzo del año 2000 fue aprobada la Ley General de Salud (LGS) concertada con amplios sectores de la sociedad civil. La ley institucionaliza la rectoría sectorial, la política de descentralización y la participación ciudadana, entre otros temas. Contempla la creación de una Superintendencia de Salud, de las Instituciones Proveedoras de Salud, de la conversión del Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) en el Fondo Nacional de Salud con funciones recaudadoras y reguladoras, fortalece el rol rector de la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS) y, separa en el Seguro de Salud de Familia (SSF) las funciones de financiamiento y de prestación de los servicios. De acuerdo a la Ley No. 4378 de Secretarías de Estado, la SESPAS tiene la autoridad para promulgar disposiciones para la marcha armónica de los programas. La Ley para la Reforma del Sistema Nacional de Pensiones, que incluye la creación del Seguro Nacional de Salud y Riesgos de trabajo, y la Ley de Reforma de la Seguridad Social fueron asimismo aprobadas en 2001. *Nicaragua* indicó que se está modificando la Ley orgánica en la que se definen la organización, competencias y procedimientos del poder ejecutivo. La Ley General de Salud fue introducida a la Asamblea Nacional y está en espera de ser aprobada. En *Guatemala* se emitió un nuevo Código de Salud actualizando varias disposiciones y reforzando el papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En *Panamá* se aprobaron dos Leyes, una crea la Coordinadora Nacional de Salud (CONSALUD), un ente privado de utilidad pública constituido por el Ministerio de Salud (MS) y la Caja del Seguro Social (CSS) para el financiamiento y compra de servicios de atención a las personas; y la Ley No. 28, la cual crea un nuevo modelo de administración hospitalaria no pública y sin fines de lucro con amplia participación social (Consejo de Gestión del HISMA), regido por la normativa de la empresa privada. Asimismo en el 2001 la Ley 4 creó un nuevo modelo de gestión pública descentralizada. En *El Salvador* el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha revisado los instrumentos legales de regulación básica del sector. Se está ejecutando el nuevo reglamento general de hospitales oficializado en 1996; y se realizan revisiones al Código de Salud para adecuarlos a las funciones del MSPAS. Se han desarrollado talleres para la revisión de normas y responsabilidades en la División de Atención al Medio y se ha trabajado en la definición de la normativa de vigilancia epidemiológica. En *Honduras* y *Belice* no se han introducido cambios legales.

Dentro de la **normativa jurídica sanitaria el tema de la equidad** se encuentra definido en algunos de los países. En *Costa Rica* está incluida en la Ley General de Salud; en *Guatemala* en el Código de Salud; y en *Nicaragua* en la Constitución de la República. En los tres países la definición de equidad abarcó la garantía de igualdad en el acceso a los servicios de salud en las diferentes regiones y para los distintos

grupos de la población. En *Guatemala* y *Nicaragua* se cita expresamente el derecho a la atención gratuita para los sectores vulnerables. *Nicaragua* prioriza además el cumplimiento del programa materno-infantil, el mejoramiento en el acceso a la educación, a la vivienda y a los servicios de agua potable, así como también la garantía ofrecida por el Estado en el control de calidad de bienes y servicios.

CAMBIOS EN EL MARCO JURÍDICO

- En la mitad de los países los cambios han afectado primordialmente a las leyes generales de salud y se han dirigido al fortalecimiento de la capacidad rectora del sector de la salud, a la separación de funciones y a la reforma de las instituciones de seguridad social.
- La equidad en salud está explicitada en la legislación de tres países, donde se define como la garantía de igualdad de acceso a los servicios de salud en las diferentes regiones y para los diferentes grupos de la población.
- En tres países los cambios jurídicos favorecen la intersectorialidad.

Algunos de los *cambios jurídicos señalados han favorecido la intersectorialidad*, por ejemplo, relacionando la garantía de derecho a la salud con otros derechos. En *Panamá* el Decreto-Ley No. 2, estableció el marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario. En *Honduras* la relación intersectorial se ha dado principalmente con lo relacionado al medio ambiente y derechos del consumidor. En *Costa Rica* los instrumentos jurídicos y de política sanitaria permiten al MS ejercer la conducción sectorial y la coordinación intersectorial en el ámbito que abarca desde la regulación ambiental hasta la atención de problemas emergentes como el VIH/SIDA y reemergentes como la malaria.

Derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento en salud

La forma como se *garantiza el derecho a los cuidados de la salud* en la región es diversa. Ella va desde su inclusión en el programa del gobierno, como ocurre en *Belice*, hasta su reconocimiento en la Constitución Política, como en *Honduras* y *Costa Rica* el cual también lo establece en el primer artículo de la Ley General de Salud. En *Belice* el derecho a la atención de la salud figura de manera explícita en el Manifiesto del partido gobernante y es conocido por la población. Para asegurar este derecho, el gobierno está promoviendo la creación de un Sistema Nacional de Seguro Médico. En *El Salvador* no se especifica si el derecho está garantizado, pero se menciona que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha desarrollado una campaña para difundir los derechos y deberes de toda persona respecto a la salud por

radio, prensa y televisión. Aunque en *Honduras* se tiene explícito este derecho, en la práctica no existen mecanismos para operacionalizarlo. Por otro lado, destaca el caso de *Guatemala* donde no existe la garantía explícita. Por tanto, aunque el derecho a los cuidados de salud es reconocido explícitamente de un modo u otro por la mayor parte de los países, estos no cuentan con mecanismos para hacer su conocimiento accesible a la población.

Casi todos los países han introducido **programas específicos de aumento de la cobertura**. *Nicaragua* informó que se realizó un plan específico para aumentar las coberturas de los servicios de salud en los sectores más pobres del país, con énfasis en la zona rural a través del Proyecto del Fondo Suplemento Social. En él se incluyen inmunizaciones, control de cáncer cérvico-uterino, control de la malaria y dengue, garantía de asignación de enfermeras a las zonas rurales y acceso gratuito a medicamentos. Estas prestaciones se definieron con la participación de las direcciones específicas del Ministerio de Salud (MINSa), estableciendo criterios de prioridad según el estado de salud de la población, los niveles de pobreza, la accesibilidad a los servicios de salud, y la disponibilidad de recursos humanos en salud. Por su parte, *República Dominicana* indicó que la Ley para la Reforma del Sistema Nacional de Pensiones establece la creación de un seguro de enfermedad, accidente no profesional y de maternidad (Seguro de Salud de la Familia - SSF) que incluye la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y el embarazo y el parto. Además, establece su financiación mediante una cotización sobre el salario base de cada asegurado, y una contribución del empleador, así como la posibilidad de cobrar un co-pago de acuerdo a normas y reglamentaciones. *Costa Rica* informó que la readecuación del Modelo de Atención en Salud pretende que la atención se organice en tres niveles que deben trabajar de manera coordinada y eficiente, teniendo como base la estrategia de Atención Primaria de la Salud. *Honduras* informó que desde 1995 existen programas de aumento de cobertura en todos los municipios mediante unidades móviles de salud que otorgan servicios de cirugía menor, atención odontológica y acciones básicas adicionales a los programas regulares de la Secretaría de Salud Pública. Estas acciones son complementarias a los fondos comunales de medicamentos y al fortalecimiento de los gobiernos locales y buscan promover la participación social. *El Salvador* informó que los programas y estrategias para el incremento de cobertura ponen el énfasis en la población indígena. *Panamá* indicó que uno de los componentes básicos de la reforma es el nuevo modelo de atención familiar, comunitaria y ambiental que introduce programas y estrategias para el aumento de la cobertura. *Belice* indicó que el Estado subsidiará a las personas sin recursos y a la población desempleada. *Guatemala* informó que se están introduciendo programas específicos de extensión de cobertura mediante el Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS).

Estos programas han incluido la introducción de un *plan o conjunto básico de prestaciones*. En *Honduras* a partir de la Nueva Agenda en Salud (NAS) se rediseñaron las prestaciones de salud en tres niveles de atención. En el primer nivel se otorgan: atención integral comunitaria al niño y la madre, acciones básicas complementarias de salud, casas comunitarias de parto, unidades de rehidratación oral y hogares de salud. En el segundo nivel se ofrece atención ambulatoria, promoción y educación para la salud y cirugía menor. En el tercer nivel, atención hospitalaria, de emergencia y ambulatoria, general y especializada durante 24 horas. Este nivel está formado por hospitales departamentales, nacionales e institutos de investigación. Las prestaciones han sido definidas por el nivel técnico normativo de la SSP tomando en consideración los procesos de evaluación pública de hospitales y las encuestas de opinión entre usuarios diseñadas para este fin. *República Dominicana* informó que espera definir y organizar la entrega de un paquete básico de prestaciones de salud financiado por el Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) y por fondos provinciales aportados por el Estado y los usuarios. Los trabajadores informales y los indigentes continuarán siendo dependientes de la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS), la cual financiará el paquete básico de prestaciones mediante nuevas modalidades en la gestión de sus servicios. *Panamá* informó que el nuevo modelo de atención también incluye el establecimiento de un conjunto de prestaciones a través de programas locales cuyos objetivos e intervenciones están sustentados en las prioridades socioepidemiológicas y en la evidencia científica. El Ministerio de Salud (MS) y la Caja del Seguro Social (CCS) desarrollan conjuntamente dichas intervenciones en la Región de Salud de San Miguelito (RMS). En *El Salvador* el conjunto de servicios prioritarios es impartido por el personal del MSPAS y va dirigido al niño hasta los 11 años, al adolescente, a la mujer en edad fértil, al adulto y a la tercera edad, e incluye prestaciones de tipo preventivo y curativo. *Guatemala* informó que el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) provee un plan básico de servicios de salud, diseñado por técnicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a poblaciones que nunca antes habían recibido atenciones públicas de salud. El SIAS descansa en la participación de ONG's y empresas privadas en la provisión de los servicios y tiene algunas dificultades para asegurar la idoneidad de las prestaciones. *Belice* indicó que no se está definiendo ni formulando un plan garantizado o conjunto básico de prestaciones.

DERECHO A LA SALUD Y AL ASEGURAMIENTO EN SALUD

- Dos países tienen explícitamente reconocido en la Constitución política el derecho a la salud. El resto lo incluye en las Leyes de Salud o en documentos políticos gubernamentales.
- La introducción de programas específicos para incrementar la cobertura de los servicios de salud es una de las principales estrategias de reforma en la mayoría de los países.
- La oferta de un conjunto básico de acciones de salud con énfasis en aspectos preventivos para la población rural o para aquella que carece de seguridad social, suele ser una estrategia común enmarcada dentro de nuevos modelos de atención.

Rectoría y separación de funciones

La mayor parte de los países está revisando el *ejercicio de la función rectora en materia de salud así como también las funciones de los organismos responsables de ejercerla*. Durante el año 2001 todos los países llevaron a cabo un ejercicio de medición de las funciones esenciales de salud pública. En *Panamá* la revisión del ejercicio de la función rectora fue conducida por el Ministerio de Salud, quien definió su quehacer con las siguientes funciones: i) dirección y conducción política e investigación, ii) vigilancia de la salud, iii) regulación del desarrollo de la salud, iv) desarrollo de los recursos humanos y, v) desarrollo de la administración financiera de los recursos de la salud. En *Costa Rica* el Ministerio de Salud (MS) ha trabajado en el diseño de sus funciones estratégicas y de la estructura organizacional, en la readecuación del modelo de financiamiento y en el desarrollo de los recursos humanos. En *Guatemala* el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha iniciado un ejercicio de reflexión sobre su papel como institución rectora para lo cual ha solicitado apoyo a OPS/OMS. *Honduras* informó que se está revisando el ejercicio de la función rectora en materia de salud, incluyendo la redefinición de funciones de los organismos responsables. *Nicaragua* indicó que la función rectora del Ministerio de Salud (MINSAL) se ha revisado y las estructuras administrativas del nivel nacional están en proceso de reorganización. *Belice* indicó que el ejercicio de la función de dirección en salud y las funciones de los organismos encargados de asumir esta función se están reexaminando.

A excepción de *Belice* todos los países están introduciendo diversos *cambios en la estructura de las autoridades de salud para adecuarlas a su rol rector*. *República Dominicana* a través de la Comisión de Reforma y Modernización del Estado Dominicano, con el apoyo del proyecto de reforma de la administración pública, avanzó en una propuesta organizativa y de reordenamiento de las Direcciones, Departamentos y Programas de la SESPAS. *El Salvador* indicó que el Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social (MSPAS) impulsa la reforma a través de la División de Modernización que es una dependencia de la Dirección de Planificación. El MSPAS ha experimentado una reorganización de su estructura interna; como primera fase se han impulsado procesos de desconcentración de recursos a los niveles departamentales, y se han hecho esfuerzos para hacer efectivo el proceso de descentralización. La División de Modernización desarrolla y analiza propuestas para la modernización de los Recursos Humanos (RRHH), financieros y suministros. *Guatemala* informó que entre los cambios estructurales en la dirección del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para mejorar su función rectora se creó la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, la cual cubre aspectos internos al MSPAS (como la normalización de los programas de atención a las personas y del Laboratorio Nacional de Salud) y regulación de agentes externos (alimentos, productos farmacéuticos y similares, establecimientos de salud, programas de salud y ambiente).

Honduras informó que en 1997 se reformó la Ley de la Administración Pública para redefinir competencias y funciones, y se crearon tres Subsecretarías de Salud para mejorar la capacidad gerencial y funcional del subsector público. *Panamá* indicó que se introdujeron cambios en la estructura del MS, definiéndose cuatro grandes Subsistemas del Sistema de Rectoría de la Salud: i) Dirección y conducción política, ii) Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico, iii) Regulación del desarrollo de la salud, iv) Desarrollo de los recursos humanos. *Nicaragua* informó que se están realizando cambios de acuerdo al nuevo papel rector, como la reasignación de funciones a la Dirección de Recursos Humanos, producto de la fusión de las Direcciones de Docencia y Recursos Humanos, y la creación de la Dirección de Regulación de medicamentos. *Costa Rica* informó que a partir de 1998 el Ministerio de Salud modificó su estructura orgánica, redefinió sus procesos de trabajo, efectuó ajustes a su personal y capacitó a sus funcionarios para desempeñar nuevas tareas. La dedicación exclusiva del Ministerio de Salud a la rectoría, ha consolidado a su vez el papel de la CCSS como único asegurador y proveedor público de servicios para los riesgos de enfermedad general y maternidad.

En *Belice*, *Nicaragua*, y *Panamá* no se han creado **nuevas instituciones de regulación** que afecten al sector. En *Guatemala* se creó la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, y en *Honduras* una Subsecretaría de Política Sectorial y la Dirección General de Regulación. En *Costa Rica*, se creó el Consejo Sectorial de Salud cuyo objetivo es ejercer la dirección y conducción sectorial el cual es coordinado por el MS. Igualmente se crearon dos instrumentos la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud.

RECTORÍA

- La mayoría de los países está revisando o redefiniendo las funciones que debe ejercer la autoridad sanitaria.
- Se evidencia en algunos países la creación de nuevas instituciones de regulación vinculadas al sector.
- Los sistemas de información para apoyar el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la asignación de recursos están en proceso de fortalecimiento.

En la mayoría de los países las acciones orientadas a garantizar *sistemas de información en salud* para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos se encuentran en fase de implementación. En *Belice* la Unidad Nacional de Información/Vigilancia Sanitaria, diseñó un sistema de información integral descentralizado. *Costa Rica* indicó que existen varios sistemas de información sobre la situación de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios pero su heterogeneidad limita el análisis y la oportuna toma de decisiones. *El Salvador* está en etapa de diseño de su sistema de información. *Panamá* cuenta con sistemas de información que permiten analizar la situación de salud, la producción de servicios y algunos macroindicadores sobre financiamiento e inversiones del sector público. *Guatemala* y *República Dominicana* informaron estar fortaleciendo los sistemas de información tanto en epidemiología como en gestión. En *Honduras*, el Ministerio de Salud está desarrollando un Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero.

Separación de funciones

La *organización de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud*, toma diversas modalidades de acuerdo al país. *Costa Rica* indicó que se han estado organizando mediante un modelo en que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) actúa como financiador-comprador de los servicios que prestan las clínicas y hospitales. Es responsabilidad del financiador-comprador mediar entre las demandas de la población y la oferta de los prestadores. Estos son los responsables de la atención sanitaria, la gestión de recursos humanos y materiales, la gestión económica financiera y el control de calidad de los servicios que presta. *Belice* informó que dentro del contexto de regionalización y descentralización todos los programas verticales han sido incorporados al sistema regional de prestación de servicios de salud. *El Salvador* por su parte informó que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ostenta las funciones regulatorias en materia de Leyes sanitarias; el financiamiento lo maneja de manera centralizada el Ministerio de Hacienda, y los controles

y auditorías los efectúa la Corte de Cuentas de la República. *Panamá* informó que para las Regiones de Salud de San Miguelito (RSM) y particularmente, para el funcionamiento del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA), se han separado las funciones de financiamiento y provisión. Corresponden las primeras al Ministerio de Salud (MS) y a la Caja del Seguro Social (CSS); y las de provisión al Consejo de Gestión a través de la contratación directa de los prestadores. En República Dominicana, la LGS aprobada en marzo del 2000, establece el marco para la separación de funciones de rectoría, financiamiento y aseguramiento. En Guatemala el IGSS viene desarrollando la función de financiamiento y contratación de proveedores privados pero mantiene todavía parcialmente la función de prestación.

Todos los países coinciden en que *no se han creado nuevas instituciones* responsables de la formulación de políticas, financiamiento, aseguramiento y provisión de los servicios públicos de atención a las personas.

Sobre la *existencia de mecanismos para asegurar la rendición de cuentas* sólo se contó con información de *Panamá* en donde el mecanismo tiene lugar a través de la Ley 28, la cual obliga al Consejo de Gestión del HISMA a remitir mensualmente a la Coordinadora Nacional de Salud, al Ministerio de Salud, a la Caja del Seguro Social y a la Contraloría General de la República, informes de producción de servicios y de usuarios de acuerdo con el contrato-programa.

Modalidades de descentralización

En *República Dominicana* con el establecimiento y desarrollo de las 34 Direcciones Provinciales y Municipales de Salud (DPS/DMS), a partir de 1997 se inició un **proceso de Descentralización y Desconcentración** de la gestión de la SESPAS. Se definieron la estructura, funciones, perfil del puesto y el desempeño esperado de los equipos de dirección de las DPS y DMS. En *Costa Rica* se pretende descentralizar la gestión administrativa permitiendo la compra directa de servicios externos. La Nueva Agenda en Salud (NAS) de *Honduras* establece la modificación de los niveles administrativos y el cambio de las Direcciones Regionales de la Secretaría de Salud Pública (SSP) en Direcciones Departamentales y Municipales. La SSP ha desarrollado procesos de negociación y concertación con los gobiernos locales mediante la firma de convenios de cogestión para la administración y desarrollo conjunto de actividades y programas. *Guatemala* indicó que se revisaron y modificaron los niveles administrativos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSAS) que incluyen el fortalecimiento de la descentralización. La nueva estructura ha sido aprobada y juramentados los

funcionarios que ocuparán las nuevas posiciones. En *Panamá* se ha iniciado la descentralización de manera gradual en 4 regiones. En Belice se han creado Regiones de Salud con capacidades básicas de gestión.

Sobre la ***transferencia de competencias y recursos hacia los niveles subnacionales***, *Guatemala* señaló que en el marco del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) se están transfiriendo responsabilidades y recursos a las Jefaturas de Área de Salud. Con creciente frecuencia, las Áreas de Salud donde el SIAS se está implementando establecen convenios con ONGs locales para la provisión de servicios. Esta relación se fija y regula por medio de contratos. Con la reforma de la administración financiera ha aumentado la autonomía para la formulación y ejecución del presupuesto asignado a nivel local. La administración de los recursos humanos, particularmente el nombramiento y remoción de personal, y el establecimiento de mecanismos de recuperación de costos, son actividades aún centralizadas. *Panamá* informó que en las tres regiones sanitarias (San Miguelito, Metropolitana y Coclé) en las cuales se está implantando la reforma, se están transfiriendo de manera gradual y progresiva responsabilidades, competencias y recursos. Para ello el Ministerio de Salud (MS) ha preparado Convenios de Gestión entre el nivel nacional y los regionales, y entre éstos y los niveles locales. Hasta la fecha, los han suscrito dos regiones sanitarias con 26 unidades locales de prestación de cuidados. Además, en concordancia con la nueva organización territorial del Estado, a finales de 1998 se creó la Región sanitaria de Ngobe - Buglé, que incluye 4 de los distritos más pobres del país.

Nicaragua indicó que se les ha transferido la autoridad y responsabilidad del territorio asignado a los Sistemas Locales Integrados de Salud (SILAIS) para su administración sanitaria, y de éstos al Municipio. Para ello se les ha transferido la responsabilidad de definir los Gastos Operativos de la unidad y administrar los fármacos según el perfil epidemiológico del territorio, con supervisión del Nivel Central a través del Sistema de Vigilancia e Insumos Críticos y auditoría a posteriori. La nómina de recursos humanos y la asignación de nuevos recursos siguen centralizadas. *Belice* indicó que se ha iniciado la transferencia parcial de responsabilidades financieras aunque aún escasamente en lo referente a las decisiones sobre personal. Los distritos tienen poco control aún sobre los principales programas de salud pública, que funcionan de una manera centralizada.

Sobre el ***grado de desconcentración al interior de cada una de las principales instituciones públicas de servicios de salud***, *Costa Rica* indicó que por el momento no se habían modificado las estructuras centralizadas a lo interno de cada institución. *El Salvador* informó que dichos procesos sólo se han

desarrollado en los niveles centrales del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. En *Honduras* los procesos de regionalización han facilitado la desconcentración de responsabilidades y funciones hacia las instancias intermedias. *Panamá* menciona que todavía predomina una estructura centralizada al interior de las instituciones. *Guatemala* indica que el grado de desconcentración es todavía limitado.

SEPARACIÓN DE FUNCIONES Y DESCENTRALIZACIÓN

- La separación de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios tiende a ser incluida en la legislación, pero en la mayoría de países no ha sido implementada. Se carece de los mecanismos necesarios para favorecerla, aunque existen algunas experiencias en el nivel local.
- Los mecanismos periódicos de rendición de cuentas no están suficientemente contemplados en las reformas.
- Se han llevado a cabo diversas modalidades de descentralización, principalmente de desconcentración de la gestión administrativa de las instituciones públicas prestadoras de servicios.
- La desconcentración al interior de las instituciones públicas de salud parece estar menos desarrollada.

Participación y Control Social

No todos los países plantearon *la participación social como un objetivo de la RSS*. *Guatemala, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana* indicaron que es un objetivo explícito de la reforma. En *República Dominicana*, La Ley General de Salud crea el Consejo Nacional de Salud, que tiene como objetivo fortalecer la participación ciudadana y el trabajo intersectorial. En *Costa Rica y El Salvador* se indicó que aunque la participación social no representa un componente aislado u objetivo explícito de la RS, sí se incluye entre los componentes, principios y valores esenciales de la misma. *Belice* indicó que la participación social no es un objetivo explícito del proyecto de reforma.

Sobre las **instancias y mecanismos que se han introducido o se están introduciendo para facilitar la participación y el control social del sistema de servicios de salud**, Panamá indicó que a comienzos de 1999, las principales modalidades de participación social en salud eran: i) los Comités de Salud; ii) las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales iii) los Módulos de Producción y Educación Alimentaria; y iv) las ONG's que trabajan en temas de salud (con apoyo de la OPS/OMS, un primer directorio fue publicado por el MS en 1996). Por otro lado, existe un proceso de fortalecimiento de la organización y

desarrollo de consejos familiares y consejos de corregimiento, y en el nivel regional de los organismos de base popular. Guatemala indicó que los mecanismos para facilitar esta participación y control social son aún débiles. En buena medida el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) descansa en el apoyo de voluntarios de salud pertenecientes a las mismas comunidades donde el sistema se desarrolla. Ellos constituyen el primer contacto entre la comunidad y el sistema de servicios de salud. No existen, sin embargo, organizaciones comunitarias formales - y legalmente constituidas- vinculadas a la promoción y cuidado de la salud. Recientemente se ha creado la Instancia Nacional de Salud (formada por ONGs) que aspira a promover salud con participación social. En *Belice* el Ministerio de Salud (MS), mediante la Estrategia de Educación Sanitaria y Participación Comunitaria, ha promovido la integración de equipos de salud distritales intersectoriales y equipos de salud de las aldeas para facilitar la participación social en materia de salud. En *El Salvador* la participación ciudadana se ha fortalecido a nivel nacional en los dos primeros niveles de atención. Funcionan los Comités Municipales y los Comités Locales de Salud así como los Comités de Consulta Social de los Sistemas Básicos de Salud Integral. *Nicaragua* informó que a través de un Decreto - Ley se constituyó la Comisión Nacional de Salud, donde participan 27 instituciones y miembros de la sociedad civil. En el medio rural se han formado Comités de Desarrollo Comunitario con apoyo de los gobiernos locales.

Belice, Costa Rica, Honduras y Nicaragua proporcionaron información acerca de los **niveles en donde se desarrolla la participación social y con qué atribuciones**. *Nicaragua* indicó que está en funcionamiento la Comisión Nacional Interinstitucional, en la que participan ocho instituciones del Estado. A nivel subnacional y local existen las Juntas Directivas de los Sistemas Locales Integrados de Salud (SILAIS) y de los Hospitales, donde participan actores sociales, instituciones y entidades autónomas. Entre sus funciones están el apoyo en la movilización de recursos para el desarrollo de planes de acción en salud, la participación en la gestión en salud y el diagnóstico de las necesidades básicas de salud de la población. *Costa Rica* indicó que la participación social en el nivel local será ampliamente promovida en tres áreas principales: el auto-cuidado de la salud, la ejecución de las actividades y la gestión de los servicios. Responsable de promover la participación social serán la Dirección y el Equipo de Salud del Área de Salud. *Belice* informó que hay un Equipo de Salud Distrital intersectorial funcionando en casi todos los distritos para apoyar la planificación y programación de la salud local, movilizar recursos y participar en la ejecución de las actividades de movilización social. *Honduras* informó que la Nueva Atención en Salud (NAS) ha impulsado mecanismos como los consejos de desarrollo locales, municipales y departamentales, así como los cabildos abiertos, reconociendo al Gobierno Municipal, amparado en la Ley de Municipalidad y en su Reglamento, como el ordenador de estos procesos locales.

Respecto a la **consideración de grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones por ejemplo, mujeres y ciertos grupos étnicos**, uno de los países, *Costa Rica* indicó que la participación social en la ejecución de actividades en salud tiene lugar sin discriminación de raza, condición o sexo. *Honduras* destacó la participación de la población indígena y de mujeres campesinas a nivel de departamentos en algunas regiones del país. El resto de países no menciona explícitamente este tema.

Sólo *Belice, Nicaragua y República Dominicana* informaron sobre la **introducción de alguna formalización legal de las instancias y mecanismos de participación social**. *Belice* indicó que dichas instancias y mecanismos no tienen calidad jurídica, no están institucionalizadas y no cuentan con los recursos, la capacidad ni la autoridad para llevar a cabo las funciones que se les asignan. Por el contrario, *Nicaragua* afirmó la formalización de estas instancias y agregó que la misma está respaldada por Decretos Ministeriales. Más recientemente *República Dominicana* ha reconocido los Comités de Salud de Barrio y de Empresas como instancias de participación social con atribuciones y facultades como el movilizar recursos.

PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

- Cuatro países la contemplan como un objetivo explícito de la reforma y otros tres la incluyen como parte de los principios y valores de la misma.
- El grado de formalización legal de las instancias de participación es muy variable.
- La participación social se ha circunscrito al acompañamiento en la ejecución de las acciones y programas, la mayoría de las veces a través de la conformación de Comités de Salud en el ámbito de la atención primaria.

Financiamiento y gasto

Varios países informaron estar tomando medidas para **fortalecer los sistemas de información sobre financiamiento y gasto**. Las mismas incluyen la instalación de sistemas de información integrados y automatizados en *Costa Rica, Nicaragua y Panamá*, y la elaboración de Cuentas Nacionales en Salud en *El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá*. *Belice y República Dominicana* refirieron el fortalecimiento de estos sistemas como uno de los objetivos previstos en el proceso de reforma. En *Guatemala* la contabilidad de las instituciones públicas no ocurre de forma sistemática y para conocer el gasto público en salud deben realizarse estudios ad hoc.

FINANCIAMIENTO Y GASTO

- Se han introducido medidas para modificar la composición del financiamiento en varios países.
- Se ha intensificado la priorización del primer nivel y ha aumentado la compra de servicios a terceros.
- Cuatro países informaron del desarrollo de Cuentas Nacionales en Salud, y tres países detallaron la instalación de sistemas de información sobre financiamiento y gasto integrados y automatizados.

En algunos países se están introduciendo **medidas para modificar la composición del gasto**. En *Guatemala* estas medidas se han orientado a modificar las modalidades de pago. Por ejemplo, se han introducido copagos en algunos servicios públicos. También se ha modificado la evolución del gasto público. En tal sentido, el gasto del MSPAS aumentó a finales de la década en torno a un 14% con relación a 1995. La distribución del gasto público por agentes gastadores se alteró ya que se incrementó la participación de las ONG como proveedores de servicios del MSPAS y de empresas privadas - o profesionales en práctica independiente - como proveedores del IGSS. La distribución del gasto público por niveles de atención fue modificada. Con la introducción del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) el financiamiento se ha orientado al primer nivel de atención. La distribución del gasto público por componentes y la compra a gran escala han permitido reducir el gasto en medicamentos y orientar los ahorros, entre otros renglones, al aumento salarial. En *Costa Rica* el gasto real per cápita en salud ha aumentado durante los últimos 5 años. Se espera que esta tendencia se mantenga. La distribución del gasto en salud por agentes gastadores se modificará debido al cambio en la manera en que asignarán los recursos. La única variación significativa en cuanto a la distribución del gasto por componentes es el aumento en la compra de servicios a terceros. También se espera que se modifique la distribución del gasto en salud por nivel de atención debido al enfoque de la RS hacia el fortalecimiento de la atención primaria. *El Salvador* pretende readecuar la composición del gasto en salud. *Nicaragua* refiere que se encuentran analizando metodologías que permitan mejorar la asignación presupuestaria. *República Dominicana* plantea una reestructuración total del financiamiento para orientar los recursos del estado a los más pobres mediante la asignación por convenios y de modo descentralizado. *Belice, Honduras y Panama* no mencionan haber introducido ninguna medida hasta el momento.

Oferta de servicios

En *Panamá, Costa Rica, El Salvador, Belice, Nicaragua y República Dominicana* se han **definido nuevos modelos de atención para la prestación de servicios de salud**. *Panamá* informó que el Nuevo Modelo de Atención (NMA) implica una ampliación de los niveles de atención del Ministerio de Salud (MS) y de la Caja del Seguro Social (CSS). De este modo el MS inaugura centros de atención especializada ambulatoria de los que carecía y centros de promoción de la salud. Por su parte, la CSS ha creado las Unidades para la Atención Primaria de Salud (ULAPS), que son equivalentes a los Centros de Salud del MS pero mejor equipados y con mejor hostelería. Actualmente sólo existen 4 de ellas pero está previsto abrir 52 en todo el país en los próximos años. El modelo que propone el MS, y que ha llevado a cabo en las regiones de San Miguelito y Metropolitana, consiste en ofrecer un servicio integrado de atención a las personas, promoción de la salud y salud ambiental en el nivel primario. Se denomina Modelo de Atención Familiar, Comunitaria y Ambiental. Se propone que la historia clínica no sea individual sino familiar y que tome en consideración los factores sociales y ambientales del entorno. El modelo se basa en una integración con la CSS de abajo hacia arriba, desde los niveles más cercanos al ciudadano. No pretende la integración orgánica de los servicios de las dos instituciones sino persistir en la compensación de costos agilizando el método contable. En *Costa Rica* el nuevo modelo de atención se caracteriza por un enfoque bio-psicosocial y por una atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. El sujeto de la atención deja de ser exclusivamente el individuo, para serlo principalmente la familia, comunidad y ambiente. La principal característica de este modelo en el nivel local es la asignación de un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) a un grupo de familias, para evitar la discontinuidad y fragmentación de la atención. *Nicaragua* indicó que se está redefiniendo el modelo de atención, según el perfil epidemiológico transicional que enfrenta el país actualmente. El modelo de atención del Instituto Nicaraguense del Seguro Social (INSS) se implementa mediante un paquete básico de servicios ofrecido a través de Empresas Médicas Previsionales. El Ministerio de Salud (MINSAL) está pasando de un modelo de Atención Integral con énfasis en la Mujer y el Niño a otro de Atención Integral al Individuo, con énfasis en equidad, eficiencia y universalidad. Para esto se apoyan en un estudio del BM sobre Análisis de la Demanda de servicios en el MINSAL, y en la Encuesta de Calidad de Vida del Instituto de Estadísticas y Censo, entre otros. Se han introducido nuevas modalidades de atención de salud, tales como los procedimientos de cirugía ambulatoria en centros de salud con camas, y el ingreso a domicilio de pacientes con Tuberculosis, SIDA y Lepra. *República Dominicana* indicó que la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS) ha iniciado la articulación de un nuevo modelo de atención con la

colaboración metodológica y técnica de la OPS/OMS y de la Comisión Ejecutiva para la Reforma al Sector Salud (CERSS). Se pretende cambiar el modelo tradicional de atención medicalizado, tercerizado y especializado, por el Nuevo Modelo de Atención (NMA) que prioriza el primer nivel y articula Equipos de Salud Familiar (ESAF) para atender de 500 a 750 familias. En *El Salvador* se hace énfasis en atención integral de la familia y el medio ambiente. En *Honduras* y *Guatemala* están actualmente trabajando en la definición de los nuevos modelos.

En algunos países se están introduciendo además *nuevas modalidades de atención de salud*. En *Honduras* como parte de una experiencia piloto se incluye cirugía y atención odontológica móvil, casas comunitarias de parto, clínicas periféricas de emergencia y hogares maternos. En *Nicaragua* se brindan servicios diferenciados en hospitales, libre elección del usuario y asignación de medicamentos a programas de patologías de alto riesgo epidémico.

En la mayoría de los países se han llevado a cabo cambios para *modificar la oferta de los servicios del primer nivel*. *República Dominicana* con el Nuevo Modelo de Atención ha definido la oferta básica de servicios por grupos de edad la cual se basa en criterios de provincialización y zonificación para poblaciones de 18,000 a 50,000 habitantes, y de sectorización para cada 500-700 familias o 2500-3500 habitantes. Los ESAF están integrados por un médico general, un auxiliar de enfermería, un técnico en salud familiar (antiguos supervisores de promotores) y 1 o 2 promotores de salud. Están definidas las funciones y las fichas de atención de cada grupo de edad. En *Panamá* el primer nivel de atención se caracteriza por la sectorización y la atención mediante los Equipos Básicos de Atención (EBA), compuestos al menos por un médico general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y otros técnicos de salud, al que se suele añadir un promotor de salud, que es un miembro de la comunidad retribuido que brinda apoyo y facilita la conexión con ésta. Cada EBA atiende a 1,000 familias (unas 5,000 personas). Un avance es que se ha ampliado el horario de consulta y el funcionamiento los sábados y domingos. El nuevo modelo de atención propuesto por la Caja del Seguro Social (CSS) se basa en la sectorización; la garantía de calidad; la descentralización; la focalización; la organización de la demanda; y la participación social. Tanto el proyecto de la Región de Salud de San Miguelito (RSM) como los planes de la CSS hacen especial hincapié en los mecanismos de referencia y contrarreferencia. En *Nicaragua* la oferta de servicios de primer nivel se ha modificado según los resultados de investigaciones realizadas con poblaciones vulnerables y de alto riesgo, con enfoque de género y zonificación, y definiendo criterios de ingreso a los programas y de exoneración de pago de servicios. Se oferta atención a Los Niños de la Calle, Niños Huele Pega, Trabajadoras del Sexo y Madres adolescentes con equipos multiperfil

(Psicología, Epidemiología, Trabajo Social, etc.). En Guatemala ha habido modificación del modelo a través del SIAS y también incorporación de proveedores privados.

También se han promovido cambios en la **oferta de servicios de segundo nivel**. En *Panamá* la reforma en los hospitales del Ministerio de Salud está representada por el Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA). La Caja del Seguro Social (CSS) propone la atención por proceso, con un responsable del proceso clínico de cada paciente para aumentar la efectividad y la eficiencia de éste. En *Nicaragua* la oferta de servicios de segundo nivel del Ministerio de Salud ha sido modificada con la apertura de salas de privados para atención diferenciada a pacientes con capacidad de pago, e igualmente la apertura del servicio de Trabajo Social para la clasificación de pacientes que no pueden pagar medicamentos y servicios de diagnóstico. El Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS) ha modificado sus servicios con la contratación de empresas médicas previsionales para la libre elección del asegurado a adscribirse a una empresa. En *República Dominicana* se está tratando de reorientar el tercer y el cuarto nivel.

OFERTA DE SERVICIOS/MODELOS DE ATENCIÓN

- Se están redefiniendo los modelos de atención, tanto en el ámbito de la población no asegurada como en el de la población con seguridad social, intentando pasar del individuo como sujeto tradicional de atención a la familia, comunidad y ambiente.
- La mayoría de los modelos establecidos definen la atención en tres niveles, sectorizando las actividades del primer nivel e incluyendo equipos de salud que brindan atención familiar y comunitaria.
- Entre las nuevas modalidades de atención se encuentran la cirugía móvil, la atención odontológica móvil, las casas comunitarias de parto, las clínicas periféricas de emergencia y los hogares maternos.
- Se está intentando el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Los **sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención** se están fortaleciendo en *Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá*. En *Costa Rica y Honduras* su fortalecimiento está asimismo previsto.

Modelo de Gestión

En general se han observado *cambios en el modelo de gestión* de los servicios de salud en los países. En *Panamá* el principal cambio consiste en la participación activa y el protagonismo del Consejo de Gestión y de la empresa mixta de utilidad pública denominada Coordinadora Nacional de Salud (CONSALUD), el cual es un ente mixto de utilidad pública constituido por el MS y la CSS para el financiamiento y compra de servicios de atención a las personas. El Ministerio de Salud (MS) y la Caja del Seguro Social (CSS) afrontan el reto de seguir avanzando en la integración funcional de las redes respectivas en las restantes regiones sanitarias, particularmente aquellas dónde está prevista la puesta en marcha de nuevos hospitales, con criterios empresariales y de autogestión. *Honduras* informó que los cambios en el modelo de gestión han permitido realizar convenios de subrogación de servicios con el Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) y acuerdos de prestación de servicios, entre ellos con el Hospital Bayán en el Departamento de Gracias a Dios; entre el hospital público de Juticalpa, Olancho y el IHSS; y en el Departamento de El Paraíso con clínicas públicas materno - infantiles cogestionadas con los gobiernos municipales. *República Dominicana* informó que se ha propuesto una Reforma Hospitalaria, cuyo reglamento regula el ordenamiento, las funciones, el gobierno hospitalario, la participación ciudadana, el desempeño de profesionales y técnicos, entre otros elementos. El diseño final pretende crear redes cerradas con la adscripción de población a medios específicos. Incluye acreditación, habilitación, protocolos y calidad. En *Costa Rica* la herramienta operativa del nuevo modelo de asignación de recursos en la CCSS es el compromiso de gestión, el cual ha inducido a los directores de áreas de salud y hospitales a asumir una actitud gerencial, obligándolos a capacitarse y desarrollar habilidades para gestionar los recursos a su cargo. La histórica relación benefactora y proteccionista del nivel central hacia el nivel local y los establecimientos, gradualmente se va transformando en una relación de tipo contractual en la que ambos comparten riesgos y responsabilidades. Los compromisos de gestión se utilizan también como herramienta para negociar con proveedores externos y entre los diferentes niveles administrativos del nivel central. A partir del año 2000 todos los hospitales y áreas de salud firmaron compromisos de gestión con metas y objetivos, cuya evaluación cuantitativa es efectuada por la unidad compradora de la Gerencia Administrativa, como requisito para firmar los compromisos del año subsiguiente. La capacidad de compra y venta de servicios de los proveedores se ha fortalecido con la Ley de Desconcentración de Clínicas y Hospitales de 1998, la cual estimula la autogestión de los establecimientos y el uso de criterios empresariales. *Belice* indicó que no se está introduciendo ninguna modificación en el modelo general de gestión o en las relaciones entre los establecimientos sanitarios públicos o privados. *El Salvador* por su parte informó que se trabaja en la revisión e implementación de

un sistema de tarifas para la recuperación de cuotas en el sector público según el nivel socio-económico del usuario; también se está elaborando el costeo de los servicios a terceros.

En *Nicaragua* y *Guatemala* los **cambios en el modelo de gestión se están estableciendo principalmente entre los actores**, tanto al exterior como al interior de los establecimientos sanitarios públicos. En *Nicaragua* se están definiendo los servicios que deben ser pagados por el usuario (laboratorio, rayos X y estadísticas), exceptuándose a los programas priorizados para la Madre y el Niño y para las enfermedades crónico-degenerativas. En *Guatemala* el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) realiza convenios para la compra de servicios a ONG's determinadas. El costo del plan de servicios por usuario está predefinido, de forma que la transferencia de recursos a las ONG's se hace de acuerdo con la población adscrita. Además, *Guatemala* ha introducido cambios en el modelo de relación con establecimientos privados.

En relación a la **inducción de contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de atención de salud**, *Guatemala* estableció compromisos de gestión entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y cada una de las Jefaturas de área orientados al aumento de la cobertura y a la reducción en la tasa de incidencia de algunas enfermedades. En *Nicaragua* se introdujeron compromisos de gestión entre los Sistemas Locales Integrados de Salud (SILAIS) y los municipios, y entre éstos últimos y los actores sociales organizados en las comisiones de salud. *Belice* y *Honduras* indicaron que no se han introducido dichos contratos o compromisos.

Algunos países están desarrollando la posibilidad legal y la capacidad institucional para que los establecimientos públicos puedan comprar y vender servicios a terceros. En *Costa Rica* se dieron los mecanismos legales para que los establecimientos de salud pudieran administrar su presupuesto de manera descentralizada. Este modelo presupone la presencia de un esquema gerencial con capacidad de gestión, autoridad, responsabilidad y disposición de asumir riesgos. Las competencias de la función gerencial estarán definidas en la normativa del establecimiento y en su respectivo Compromiso de Gestión. *Honduras* indicó que no se está fortaleciendo la capacidad institucional para la compra y venta de servicios a terceros, excepto para convenios puntuales con la Cruz Roja para el tamizaje de sangre en todos los bancos de sangre - públicos y privados- existentes en el país. *Nicaragua* informó que la Ley de hospitales faculta a estos establecimientos para vender servicios de atención de salud al Instituto Nicaraguense del Seguro Social (INSS), actuar como proveedor privado y comprar servicios a terceros. En el año 2000 se ha iniciado la contratación entre el nivel central y los municipios. En *Panamá* el

Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) ha introducido los Compromisos de Gestión y los contratos-programa para la atención en salud, los cuales permiten la compra y venta de servicios a terceros. *Belice* informó que no hay un plan estructurado para crear la capacidad legal e institucional.

Finalmente, sobre la **intención de entregar a la gestión privada los establecimientos o servicios sanitarios de propiedad pública**, sólo *El Salvador* indicó que cuenta con una experiencia piloto de entrega de servicios públicos a la gestión privada en un municipio donde se ha entregado la gerencia del establecimiento público de primer nivel de atención a una ONG, responsable del manejo técnico y administrativo, mientras que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) normatiza y evalúa periódicamente la experiencia. *Guatemala* indicó que no se pretende entregar la gestión de los establecimientos públicos a entes privados; sin embargo resaltó que el Instituto Guatemalteco del Seguro Social está programando a corto plazo estudios para evaluar la posibilidad de concesionar la operación de algunos hospitales de la institución. *Costa Rica*, *Nicaragua* y *Honduras* señalaron que no tienen contemplada esta opción. Panamá y Belice no explicitan pronunciamiento al respecto.

MODELOS DE GESTIÓN

- Se evidencia una tendencia a avanzar en la introducción de acuerdos o compromisos de gestión, convenios de subrogación de servicios, copagos por los usuarios y nuevas modalidades de asignación de recursos.
- Algunos países han desarrollado la posibilidad legal y la capacidad institucional para implementar por parte de los establecimientos públicos la compra y venta de servicios a terceros.
- En general, no se han adoptado criterios empresariales de autogestión para los establecimientos sanitarios públicos.
- Un país refiere una experiencia piloto para entregar a la gestión privada un establecimiento público en el nivel municipal y en otro se está evaluando la posibilidad de concesionar la operación de algunos hospitales públicos.
- La mayoría de los países de la región no tienen previsto transferir al sector privado instituciones del sector público.

Recursos Humanos

Cuatro países de la región han diseñado o **introducido modificaciones en el proceso de formación de los recursos humanos** para responder a las necesidades planteadas por la RS. En *Panamá* se han

instrumentado cambios curriculares a nivel de pregrado y postgrado. Además, se ha conformado un grupo de trabajo con la participación de las instituciones empleadoras y formadoras de Recursos Humanos en salud y la cooperación técnica de la OPS para adecuar el contenido curricular a las necesidades actuales y futuras de la educación y la práctica en salud ligadas a la reforma. En *Nicaragua* un conjunto de representantes de los trabajadores de la salud pretende elaborar un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos. Además se viene revisando las curricula de internado así como implementando programas de especialización y fortalecimiento de las capacidades gerenciales. En *Honduras* se han introducido cambios en el nivel primario con la formación de técnicos de salud ambiental. En *El Salvador* la Universidad viene revisando su diseño curricular para establecer cambios de acuerdo a las nuevas necesidades de la formación profesional. En 1999 *Costa Rica* estaba en el proceso de crear un fondo nacional de formación y capacitación dirigido a financiar actividades de este tipo en temas prioritarios. *República Dominicana* viene experimentando transformaciones en el sistema de incentivos y certificación de profesionales. *Belice* y *Guatemala* indicaron que no se ha introducido ninguna modificación en la formación de recursos humanos para atender las necesidades generadas por la reforma.

En relación a la ***formulación o introducción de modificaciones en las formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria***, en *Costa Rica* el Centro Nacional de Desarrollo Estratégico e Investigación en Servicios de Salud y Seguridad Social creó y capacitó especialistas de medicina familiar y comunitaria. En *Panamá* la introducción de las especialidades de medicina familiar y enfermería general viene promoviendo la práctica multidisciplinaria. Para la capacitación del personal de salud en *Guatemala* se ha creado la Maestría en Salud Pública. En *Costa Rica* se ha introducido las modalidades de capacitación para Asistentes Técnicos en Atención Primaria y Asistentes Técnicos de los Equipos Básicos de Atención Integral. Sólo *Belice* informa de la existencia de mecanismos de recertificación para los trabajadores sanitarios.

En la mayoría de los casos ***la participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de RS*** respecto a este tema ha sido muy limitada. En *Belice* la participación se ha circunscrito a talleres y debates generales, que no se han llevado a cabo de forma sostenida. En *Honduras* y *República Dominicana* la participación no se ha fomentado. En *Panamá, Nicaragua* y *Honduras* ha habido algún grado de negociación con los gremios. En *Costa Rica* se ha centrado en elaborar la clasificación de puestos, la modificación de perfiles y en mantener un buen clima laboral.

No se han introducido ***cambios en la planificación y la gestión de recursos humanos*** en *Honduras* y *Belice*. En *Costa Rica* los principales cambios introducidos han tenido lugar en la asignación de puestos, reclutamiento, capacitación y clasificación de puestos.

En algunos países se han ***propuesto incentivos al desempeño*** del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud. Por ejemplo, en *El Salvador* y *Guatemala* se mencionó la aplicación de incrementos salariales y en *Panamá* la aplicación de incentivos de “carrera administrativa” además de planes para incentivar la productividad. En *Nicaragua* se ha iniciado el uso de una metodología de reconocimiento por desempeño que contempla pago de incentivos tanto a nivel grupal como institucional. *Panamá* y *República Dominicana* tienen planeado introducir una política de incentivos al desempeño. En *Costa Rica* se empezó a generar una nueva estructura de evaluación del desempeño y se espera ofrecer incentivos en no más de tres años. *Belice* y *Honduras* indicaron que no se han introducido incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud.

RECURSOS HUMANOS

- Se han producido modificaciones parciales en los procesos de formación para responder a las necesidades planteadas por las reformas.
- En pocos casos se introdujeron ciertos cambios en los currícula de pregrado y postgrado.
- La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso ha sido muy limitada y en algunos casos intermediados por los gremios y sindicatos.
- Se han introducido algunos mecanismos de estímulo al desempeño del personal de salud, que incluyen el pago de incentivos económicos.
- Se han realizado algunos esfuerzos para promover la práctica profesional con orientación multidisciplinaria con énfasis en el personal médico y, en un caso, la capacitación de personal técnico de Atención Primaria.

Calidad y Evaluación de Tecnologías en Salud

En algunos países se han ***creado o reformulado los procedimientos y/o las instituciones encargadas de la acreditación de establecimientos y programas acordes a los objetivos de la reforma.*** En *Honduras* a finales de 1994 se inició un proceso de acreditación de establecimientos hospitalarios que comprendía la acreditación, autoevaluación, autogestión, desarrollo de servicios farmacéuticos, integración de los

hospitales a la red y sistema de información hospitalario. Dicho proceso no marchó en el período 1994-1997 y fue reinstituído a partir de 1998. En *Belice* el Proyecto de Reforma de las Políticas Sanitarias recomendó que la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud estuviera a cargo de acreditar los establecimientos, reglamentar, vigilar, elaborar y ejecutar un programa nacional de garantía de calidad. *El Salvador* está revisando los requisitos para acreditar el funcionamiento de los centros de enseñanza superior en salud, con el objetivo de mejorar la calidad del profesional que egresa de esas carreras. En *Costa Rica* el MINSA realiza la acreditación de establecimientos y servicios de salud. En el 2000, *República Dominicana* creó la Comisión Nacional de Calidad, para la normatización, protocolización y procesos de mejora de servicios. *Guatemala* y *Nicaragua* no han creado los procedimientos o instituciones encargadas de la acreditación de establecimientos de salud.

Sobre la ***inclusión en la reforma de iniciativas para mejorar la calidad técnica y la calidad percibida en los servicios de salud***, *República Dominicana* informó que el tema se plantea como prioritario pero aún se están diseñando los aspectos operativos correspondientes. Actualmente, existe un grupo de trabajo en el marco de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), con 26 grupos de calidad en las 4 provincias del Suroeste. Se está trabajando en la realización de un programa provincial de gestión de calidad, ligado a la planificación estratégica, y se está trabajando en el rediseño de procesos. Recientemente se creó la Comisión Nacional de Calidad, dependiente de la Dirección Nacional de Salud, incluyendo a la Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Nacional de Enfermería, al responsable de Calidad del Hospital San Lorenzo de los Minos y a la Asociación Nacional de Consumidores. En *Honduras* la Nueva Agenda de Salud (NAS) incluye iniciativas en calidad técnica y calidad percibida. Hasta el momento solamente se han realizado experiencias piloto en un hospital regional y en dos hospitales nacionales, consistentes en el levantamiento de encuestas de satisfacción de los usuarios y en evaluaciones públicas con participación de los diferentes agentes sociales. En *Costa Rica* la reforma incluye iniciativas de calidad técnica y percibida mediante el diseño de un nuevo sistema de atención enfocado a la satisfacción de las necesidades reales y percibidas de los clientes. *El Salvador* indicó que se han conformado círculos de calidad, principalmente en los hospitales, donde se realizan análisis del desempeño de los recursos, se impulsa el establecimiento de protocolos de atención y la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno de los servicios, entre otros. *Guatemala* indicó que no existen mecanismos o instancias encargados de la acreditación de la calidad de los servicios, sean estos clínico-asistenciales o de formación de personal. *Panamá* ha editado 14 guías de práctica clínica. En *Nicaragua* el MINSA ha definido los parámetros para medir la calidad de atención a la salud.

Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua indicaron que el programa de reforma de salud no ha considerado o explicitado **iniciativas para evaluar las tecnologías en salud**. *Panamá* informó que la caja del Seguro Social incluyó la evaluación de las tecnologías en salud dentro de sus prioridades, inició un proceso de capacitación interna y constituyó un grupo dedicado a ello.

CALIDAD

- Se ha extendido el interés por introducir la acreditación de establecimientos en los países de la región, con insuficiente énfasis en la preocupación por la calidad percibida.
- En varios países se explicitó que todavía no existen mecanismos o instancias encargadas de la acreditación de la calidad de los servicios.
- Han habido algunas iniciativas interesantes pero aisladas sobre calidad técnica y percibida.
- En el ámbito de la evaluación de la tecnología sólo uno de los países ha desarrollado iniciativas relevantes hasta el momento.

Conclusiones

En varios países se llevaron a cabo **modificaciones legales** para apoyar los procesos de reforma. Estos cambios han afectado sobre todo a las leyes generales de salud y han estado principalmente dirigidas al fortalecimiento de la capacidad rectora del sector, a la separación de funciones y a la reforma de las instituciones de seguridad social.

El tema de la **equidad** está explicitado en la legislación de tres países, donde se define como la garantía de igualdad de acceso a los servicios de salud en las diferentes regiones y para los diferentes grupos de la población.

Los cambios jurídicos parecen haber favorecido la intersectorialidad.

En relación con el **derecho a la salud y al aseguramiento** en salud, solo en dos países lo tienen explícitamente reconocido en la Constitución política. En el resto de los países o se encuentra definido en la ley de salud o en normas de rango menor. En algún caso no se encuentra especificado. Además, no suele hacerse suficiente difusión de este derecho entre la población.

La introducción de programas específicos para **incrementar la cobertura** de los servicios de salud, es una de las principales estrategias de reforma. Se suele dirigir a las zonas rurales, en la mayoría de los casos mediante la oferta de un *conjunto básico de acciones de salud* con énfasis en aspectos preventivos para la población que carece de seguridad social, y enmarcado dentro de nuevos modelos de atención. También se han desarrollado estrategias de ampliación de servicios desde las instituciones de seguridad social.

Se ha puesto énfasis en la **función rectora** de los Ministerios de Salud, para lo cual se ha trabajado con la delimitación de sus componentes. La mayor parte de los países se encuentran en fase de revisión o de evaluación de las funciones que debe ejercer el Ministerio de Salud. También se consideran cambios en la articulación entre las distintas instituciones del sector, principalmente apoyados por los organismos encargados de la Modernización del Estado.

La mayoría de los países no cuentan aún con **sistemas de información** adecuados para garantizar la toma de decisiones, la determinación de prioridades o la asignación de recursos en los procesos de reformas, lo cual es crítico precisamente al inicio de la fase de implementación. Sin embargo existe conciencia de la necesidad de fortalecer este sistema y varios países han realizado esfuerzos en ese sentido.

A pesar de estar cada vez más formalizada en la legislación, la **separación de las funciones** de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios no ha sido realmente implementada excepto en un país. En la mayoría se carece de los mecanismos necesarios para favorecerla, aunque existen algunas experiencias aisladas en el nivel local.

Con alguna excepción parcial, los mecanismos periódicos de **rendición de cuentas** no están contemplados en los procesos de reforma.

Se han llevado a cabo diversas modalidades de **descentralización** en los países, principalmente en el nivel administrativo, pero se encuentra insuficientemente desarrollada. Sin embargo, sí se reportan transferencias de responsabilidades y recursos de forma más desconcentrada. Como consecuencia, es frecuente que se puedan establecer convenios en el subsector público entre los niveles nacional y regional y local, y entre ellos y diversas ONG's.

Sobre la **participación y control social** dentro de las reformas, cuatro países la contemplan como un objetivo explícito del proceso y otros tres la incluyen como parte de los principios y valores de la misma. Sin embargo en la práctica, la participación social se ha circunscrito sobre todo al acompañamiento en la ejecución de las acciones y programas, la mayoría de las veces a través de la conformación de Comités de Salud. En un país se conformó una Comisión Nacional de Salud, donde participan instituciones y miembros de la sociedad civil, además de las Juntas Directivas de los sistemas Integrados de Salud.

Sobre el **financiamiento y gasto**, cuatro países informaron del desarrollo de Cuentas Nacionales en Salud y tres de la instalación de sistemas de información integrados y automatizados. Se han introducido medidas para modificar la composición del financiamiento en tres países.

La **oferta de servicios** ha sido modificada, incluyendo la redefinición de nuevos modelos de atención, tanto para la población no asegurada como para la asegurada. La mayoría de los modelos establecidos definen la atención en tres niveles, fortaleciendo las actividades del primer nivel con la inclusión de conjuntos de prestaciones y modalidades de equipos de salud que brindan atención familiar. Dentro de las nuevas modalidades de atención se encuentran la cirugía móvil, la atención odontológica móvil, las casas comunitarias de parto, las clínicas periféricas de emergencia y los hogares maternos. Parece que se intenta fortalecer los sistemas de referencia y contrareferencia en varios países.

En la definición de nuevos **modelos de atención y la modificación de la oferta de servicios de salud** en el nivel primario se observa la utilización de criterios de regionalización, sectorización y descentralización, así como la utilización de enfoque de riesgo y un diseño de los servicios que, toma en cuenta el perfil epidemiológico de la población en el primer nivel de atención. Asimismo se percibe un énfasis en las acciones de promoción y prevención así como una progresión desde el individuo como sujeto de atención a la familia, la comunidad y el ambiente.

Por otra parte, en el **modelo de gestión** de los países se ha observado una tendencia inicial a avanzar en la introducción de acuerdos o compromisos de gestión, integración funcional de redes, convenios de subrogación de servicios y nuevas modalidades de asignación de recursos.

Algunos países han desarrollado la posibilidad legal y la capacidad institucional para que los establecimientos públicos compren y vendan servicios a terceros. En dos países se está en espera de la aprobación del marco legal correspondiente. En general, no se han adoptado criterios empresariales de

autogestión u otros para los establecimientos sanitarios públicos. Y sólo un país refiere una experiencia piloto para entregar a la gestión privada un establecimiento público en el nivel municipal. En un país se está evaluando la posibilidad de concesionar la operación de algunos hospitales públicos. La gran mayoría de países no tiene previsto transferir al sector privado instituciones del sector público.

En cuatro países, se han iniciado modificaciones importantes en los procesos de formación de **recursos humanos** para responder a las necesidades planteadas por la reforma. En pocos casos se introdujeron ciertos cambios en los currícula de los cursos de pregrado y postgrado, en particular para el fortalecimiento de capacidades gerenciales.

La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de reforma ha sido muy limitada y generalmente negociada con los gremios. En tres países se han introducido algunos estímulos al desempeño del personal de salud. Se han realizado esfuerzos para promover la práctica profesional con orientación multidisciplinaria con énfasis en el personal médico, y en un país la capacitación de personal técnico de Atención Primaria.

Se ha extendido el interés por introducir la acreditación de establecimientos y servicios. Han habido varias iniciativas en los ámbitos de la **calidad técnica** y la **calidad percibida**, circunscritos la mayoría de las veces al levantamiento de encuestas de satisfacción de los usuarios o a iniciativas puntuales en determinados establecimientos. En un país se ha creado una Comisión Nacional de Calidad y en otro país se ha trabajado con círculos de calidad, principalmente en los hospitales. Sólo un país refirió que no existen mecanismos o instancias encargadas de la acreditación de la calidad de los servicios. En el ámbito de la evaluación de la tecnología sólo uno de los países ha desarrollado iniciativas relevantes hasta el momento.

II. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tres de los países, *Belice*, *Nicaragua* y *República Dominicana*, continuaron sin suministrar información para este apartado señalando que: “la ejecución de las reformas propuestas no ha comenzado” (*Belice*); o que “no se ha creado una unidad específica dentro del Ministerio de Salud (MS) responsable de hacer el seguimiento o de evaluar con precisión la Reforma Sectorial en su estado actual” (*Nicaragua*); o que “la Reforma Sectorial se está iniciando por lo que es prematuro evaluar los resultados del proceso”

(República Dominicana). Por tanto, el análisis presentado a continuación se hizo con la información referida a 5 países. Además, como no todos ellos produjeron información para todos los apartados, el análisis debe considerarse preliminar y es necesario esperar a la tercera versión para realizar una evaluación más integral de las reformas.

INFORMACIÓN

- Sólo cinco países reportaron evaluación de resultados. Como la información suministrada no fue completa en todos los casos el análisis debe considerarse aún provisional.
- En particular, apenas proporcionaron información desagregada por género, edad, raza, nivel socioeconómico y esquema de cobertura. Ello dificulta analizar los efectos de la reformas en términos de equidad.

EQUIDAD

En cobertura

Guatemala (32.18%), *Costa Rica* (90%) y *Nicaragua* (66%) suministraron información sobre los **porcentajes de población cubierta** de forma regular por un conjunto básico de prestaciones. *Guatemala* puntualizó que la estrategia de extensión de cobertura como parte de la reforma sectorial se inició en uno de los departamentos con mayor incidencia de pobreza y peores indicadores de salud. *Honduras* precisó que no se cuenta con información disponible del tema.

Con relación a la cobertura con el **Programa Ampliado de Inmunizaciones** en menores de un año, *Panamá* informó un incremento de coberturas hasta niveles superiores al 90% con vacuna antipoliomielítica, antisarampionosa, BCG y DPT. *El Salvador* mostró coberturas de BCG de 95% y de DPT de 88%. Los esquemas completos de vacunación se han incrementado para las vacunas básicas del PAI (BCG, Antipolio DPT y MMR) entre 1998 y 2001. Las coberturas del **control prenatal** realizado por personal entrenado, en *Costa Rica* fueron de 98,7%; en *Panamá* pasó de 88% a 89,5% entre 1994 y 1997; en *Honduras*, fue de 83.1%; en *El Salvador* fue de 76% (con al menos control prenatal); y en *Nicaragua* fue de 37,5%. En *Costa Rica*, la cobertura de orientación de **anticonceptivos** en mujeres es del 98,4%.

EQUIDAD EN LA COBERTURA

- Tres países reportaron población cubierta por un conjunto básico de prestaciones.
- Se proporcionó información sobre el programa ampliado de inmunizaciones en tres países, dos que mejoraron su cobertura y otro que experimentó un leve descenso.
- En la cobertura del control prenatal se constatan algunos avances en cinco países.

En Distribución de Recursos

Guatemala indicó que el incremento presupuestario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha servido más para extender la cobertura que para aumentar la canasta básica de la población que ya contaba con servicios. Entre 1993 y 1999 *Costa Rica*, *Nicaragua*, *Panamá*, y *Honduras* indicaron aumentos en el gasto total en salud per cápita de 20%, 30%, 24% y 10% respectivamente. No obstante, *Panamá* indicó que no se pueden atribuir los incrementos en el gasto total en salud per cápita específicamente a la reforma. Por otra parte, entre 1995 y 1998 *Guatemala* registró un aumento del 18%. Entre 1995 y 1999 *República Dominicana* indicó un aumento de 22%. *El Salvador* experimentó un aumento de 20% entre 1996 y 1998.

Con relación a la disponibilidad de **recursos humanos**, *Costa Rica* informó que a pesar de que los centros educativos han colaborado con la capacitación de recursos humanos para atender necesidades planteadas por la reforma, el país no cuenta con políticas claras de formación de recursos humanos. El aumento de centros educativos y de egresados está superando la capacidad de absorción del sector público e incrementando el desempleo de profesionales de salud. No obstante, la razón de médicos por 10,000 habitantes aumentó de 11.0 en 1993 a 16.0 en 2000. *El Salvador* informó de un aumento de un 25% en la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes entre 1994 y 1999. *Guatemala* indicó que los recursos humanos en salud no han sido objeto de desarrollo derivado del proceso de reforma sectorial. Asimismo no existe un mecanismo que permita prever las demandas futuras de personal y la capacidad de absorción del sector público y privado del recurso humano formado. *Honduras* reportó un aumento en la tasa de médicos de 6.9 por 10,000 habitantes médicos en 1993 a 8.7 en 1999; y de 2.7 en 1993 a 3.2 enfermeras por 10,000 habitantes en 1999.

Por otra parte en *Costa Rica* se señaló que el número de **camas hospitalarias** censables/1.000 habitantes se ha estabilizado debido a la reforma. En *Guatemala* no se han registrado cambios significativos en los últimos 5 años. En *El Salvador* y *Honduras* se reportan tasas de 1 cama/1000 habitantes.

EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

- Aunque la información sobre la evolución del gasto total en salud per cápita no es muy precisa en cuatro de los países se informó de un incremento.
- Se observó un incremento en la disponibilidad de recursos humanos para la salud, principalmente médicos y enfermeras, pero no es posible afirmar si ello es suficiente para cubrir la demanda, o que su distribución sea la más adecuada.

En Acceso

Costa Rica y *Panamá* suministraron información sobre el **porcentaje de defunciones sin ningún tipo de atención médica**. *Costa Rica* señaló que este porcentaje es tan bajo que no podría notarse la influencia de la reforma sobre estos indicadores. *Panamá* indicó que solo se dispone de información sobre el porcentaje de certificación médica de defunciones, diferenciada entre las zonas urbana y rural.

En la mayoría de los países no se contó la información sobre la estimación del **porcentaje de población rural a más de una hora de un sitio de atención y población urbana a más de 30 minutos**.

Sobre la **oportunidad de la atención**, es decir la posibilidad de obtener asistencia el mismo día de su solicitud en los servicios de atención primaria de salud, *Honduras* y *El Salvador* señalan que es posible brindar los servicios de atención primaria el mismo día de la solicitud. El único país que proporciona información sobre las estrategias para disminuir las **barreras funcionales** de acceso es *Costa Rica* donde se ha ampliado el horario de atención en los establecimientos del nivel primario. Sin embargo, no proporciona información sobre el porcentaje de establecimientos que han implementado el horario ampliado. Con respecto a la reducción de los **tiempos de espera** en las listas quirúrgicas, solo *Costa Rica* informa que ha ampliado el horario y *Guatemala* informa haber reducido el problema a través de la contratación de proveedores privados.

En el Uso de Recursos

Solo *Costa Rica* informó de un incremento en las **consultas ambulatorias** por 1.000 habitantes. Los resultados en cuanto al **número de egresos por 1.000 habitantes** varían de acuerdo al país. Los cambios observados al respecto en *Guatemala* y *Honduras* no se consideran atribuibles a la reforma. Con relación a la proporción de **partos atendidos por personal entrenado**, en *El Salvador* se refiere 58% con otros 32% atendidos por parteras entrenadas. *Costa Rica* indicó que éste porcentaje se ha mantenido igual y constante desde antes de que se iniciara el proceso de reforma.

EFFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad

Costa Rica informó que ha habido una disminución en la tasa de **mortalidad infantil** de 12.6 x 1000 en 1998 a 10.2 x 1000 en el año 2000. Sin embargo, *Panamá* registró un incremento de la misma en las 12 regiones del país de 1995 a 1997. La mortalidad infantil en *Nicaragua* y *Honduras* es menor a 50 x 1000. En lo referente a la **mortalidad materna**, en *Costa Rica* se reportó una leve disminución de 1998 a 1999 donde se registró 19.0 x 100,000. *Honduras* reportó que el porcentaje de niños con **bajo peso al nacer** no se ha visto afectado de manera significativa. *Guatemala* y *Honduras* informan que las modificaciones en los indicadores previamente señalados no pueden atribuirse a la reforma del sector salud.

Calidad Técnica

Honduras y *Nicaragua* informaron que el 10% de los establecimientos del nivel primario cuentan con **comités de calidad** establecidos y funcionando en el marco del proyecto de salud con calidad iniciado en 1995. *Panamá* y *Costa Rica* informaron que el 100% de los hospitales tienen círculos de calidad o comités para la protocolización de procesos de atención. *Costa Rica* además indicó que el 26% de los hospitales tiene comités de calidad establecidos y funcionando. En *Honduras* tres hospitales cuentan ya con este tipo de comités.

Con respecto a la **disponibilidad de medicamentos esenciales en los distintos niveles de atención**, *Guatemala* informó que ésta ha mejorado en los distintos niveles de atención como producto de negociación de mayores volúmenes, pago al contado a proveedores y eliminación de focos de corrupción. *Honduras* reportó que ha mejorado la disponibilidad de medicamentos a comunidades postergadas tras la

implementación de fondos comunales de medicamentos. *Nicaragua* por medio del Proyecto “Fondo Suplemento Social” asegura acceso gratuito a medicamentos a los sectores más pobres del país. En *El Salvador*, como resultado de la reestructuración y descentralización del Ministerio de Salud, se autorizó la licitación y compra de medicamentos en el nivel hospitalario. En *Costa Rica* el desarrollo de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) han ayudado a mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales para el primer nivel de atención.

Sólo *Costa Rica* informó haber reducido la incidencia de **infecciones hospitalarias** y que se proporciona un **informe de alta** a los pacientes.

Calidad Percibida

Costa Rica informó sobre la posibilidad de **selección del prestador de servicios** de atención primaria por parte del usuario, sin importar su capacidad de pago, pues al contar con más centros de atención primaria existe mayor posibilidad de elección. *Honduras* indicó que existe la posibilidad de elección sin importar la capacidad de pago. *El Salvador* señala que no puede asegurarse que la reforma esté influyendo en la capacidad del usuario para seleccionar el proveedor de servicios de salud.

Costa Rica informó que el 100% de los hospitales con compromisos de gestión, 26 % del total de establecimientos, tienen un **programa de mejoramiento continuo orientado al usuario**. *Nicaragua* refiere que todos los establecimientos de la red hospitalaria cuentan con dichos programas. *Honduras* indicó que hay esfuerzos para mejorar el trato al usuario pero no se cuenta con información al respecto. *Panamá* indicó que el 55% de los hospitales de las Caja del Seguro Social tiene establecimientos con **procedimientos específicos de orientación al usuario** funcionando y en ellos se toman en cuenta los factores culturales, étnicos y regionales. En *El Salvador* se ha creado la “Ventana del Director” para atender reclamos directos de los pacientes.

Con relación al **porcentaje de centros de salud y hospitales que realizan encuestas de percepción u opinión a usuarios**, en *El Salvador* el 70% de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención aplican encuestas de satisfacción del usuario. En *Honduras* a pesar de que varios hospitales y centros de salud rurales han realizado encuestas de opinión, aún no se cuenta con información al respecto. En *Panamá* la Caja del Seguro Social (CSS) elabora y analiza los resultados de encuestas de satisfacción de los pacientes. En *Costa Rica* el año 2000 se ha realizado la encuesta SUGES.

EFFECTIVIDAD Y CALIDAD

- Sobre efectividad global de los servicios de salud, la información se limitó a un país el cual informó que se logró disminuir algunos indicadores negativos como la tasa de mortalidad infantil y materna aunque se observó un incremento en la incidencia de SIDA.
- Cuatro países informan de la conformación de comités de calidad principalmente en hospitales, y cinco países reportan mejora de la disponibilidad de medicamentos esenciales.
- Algunos países señalan la posibilidad de que el usuario seleccione el prestador del servicio, pero a menudo no se cuenta con los mecanismos específicos que lo aseguren.
- En cuatro países se han implementado encuestas de percepción o de opinión de los usuarios, pero no se proporcionó información sobre los resultados de las mismas.

EFICIENCIA

En la Asignación de Recursos

Algunos países informan sobre la introducción de *mecanismos más eficientes para la asignación de recursos*. En *Costa Rica*, con el fin de aumentar la eficiencia, la reforma ha impulsado la asignación de recursos financieros a los establecimientos mediante la modalidad de compromisos de gestión y con base a metas de cobertura, productividad, y calidad. La evaluación de estos compromisos muestra que en promedio, el 97% de las áreas de salud con consulta especializada y el 96% de los hospitales cumplen con las metas de producción comprometidas. La reforma también ha contribuido a mejorar la asignación de recursos para la atención primaria ya que antes de la reforma sólo se asignaba el 12% del gasto en salud y en 1999 se asignó el 21%. La reforma también ha dado prioridad al medio rural y al urbano marginal, asignándoles mayores recursos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Sin embargo, en *Guatemala* las asignaciones presupuestarias se vinculan a los programas operativos con independencia del nivel de gasto del período anterior. El impacto del gasto no suele ser evaluado. En *Honduras* se introdujeron nuevos mecanismos de asignación de recursos, principalmente en lo relativo a los recursos de cooperación externa y a la recuperación de costos, que se manejan en forma descentralizada.

Sobre la evidencia de que la RSS haya influido sobre alguno o todos los indicadores seleccionados, tales como suministro de agua potable a medio rural y urbano; servicios de alcantarillado y disposición de excretasa medio rural y urbano; porcentaje del presupuesto de salud que se gasta en servicios de salud pública; y gasto en atención primaria como porcentaje del gasto en salud, globalmente, por unidad territorial, *Honduras* refirió un incremento en la cobertura del *suministro de agua potable y la cobertura*

de saneamiento. Además indicó que el porcentaje del presupuesto de salud gastado en **servicios de salud pública** fue de 5,7% en 1997 y en ese mismo año, el gasto en **atención primaria** como porcentaje del gasto en salud fue de 48%. Sin embargo aclaró que no se puede asegurar que estas mejoras sean atribuibles a la reforma. *El Salvador* indicó que los servicios de recolección de residuos sólidos han incrementado sus coberturas y que las acciones intersectoriales han tenido logros importantes. En *Costa Rica* el nuevo método de asignación de recursos va a permitir que la reforma influya en el suministro de agua potable en medio rural y urbano, y en los servicios de alcantarillado y disposición de excretas. *Guatemala* indicó que no existen evidencias de que la reforma haya influido directamente en el suministro de agua potable y otros servicios de saneamiento del medio.

No existe evidencia de que la RSS haya influido en **la reasignación de recursos para el desarrollo de las acciones intersectoriales y programas de prevención de patologías de alta prevalencia**. En *Panamá* muchas de las decisiones del Ministerios de Salud (MS) apuntan en ese sentido pero hasta el presente no se dispone de información consolidada, agregada o por regiones. *Guatemala* indicó que la reasignación de recursos no ha favorecido directamente las acciones de autocuidado de la salud o la prevención de patologías de alta prevalencia.

EFICIENCIA EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

- En algunos países se han introducido mecanismos más eficientes para asignar recursos
- No existe evidencia de que las reformas sectoriales hayan contribuido decisivamente a mejorar el suministro de agua potable y saneamiento básico.
- *No existe evidencia de que las reformas hayan influido decisivamente en la reasignación de recursos para el desarrollo de las acciones intersectoriales y para programas de prevención de patologías de alta prevalencia.*
- *En algunos países se percibe un incremento del porcentaje de gasto en atención primaria y en acciones de prevención y promoción.*

En la Gestión de Recursos

Sobre la capacidad de introducir medidas de actividad y de rendimiento los establecimientos de salud, *Costa Rica* informó que el 100% de los hospitales con compromisos de gestión cuentan con dichas **medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando**.

Con relación al número de hospitales que han mejorado los **indicadores de rendimiento** seleccionados (índice de ocupación, promedio de días de estadía, número de egresos por cama, porcentaje de cesáreas respecto al total de partos, grado de uso de quirófanos, costo por día hospitalizado, costo por consulta ambulatorio), *Panamá* indicó que entre 1993 y 1998 el índice de ocupación de los hospitales públicos se incrementó ligeramente; la evolución del promedio de días de estancia disminuyó ligeramente y la evolución sobre el giro-cama aumentó. Asimismo indicó que no dispone de información sobre la evolución del grado de uso de quirófanos, la evaluación del costo por día de hospitalización o el costo por consulta ambulatoria. *Costa Rica* indicó que una evaluación hecha en 1997 en 7 hospitales con compromisos de gestión mostró mejoras en los índices de ocupación, el promedio de días de estadía, el número de egresos por cama, el porcentaje de cesáreas respecto al total de partos, el grado de uso de quirófanos, y los costos por día hospitalizado y por consulta ambulatoria. *Guatemala* indicó que no pueden atribuirse a la reforma cambios en los indicadores de rendimiento de la producción hospitalaria. En *Honduras* no hay evidencia de que la modernización haya contribuido a aumentar indicadores de rendimiento en los establecimientos públicos y privados. En *Nicaragua* se ha introducido el seguimiento de indicadores como índice de ocupación (66.75%), promedio de días de estadía (4.2) y número de egresos por cama (57.6).

Costa Rica indicó que a partir del 2000 todos los hospitales y áreas de salud firmaron **compromisos de gestión** con metas y objetivos específicos. En *Guatemala* todas las jefaturas de área han negociado con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) compromisos de gestión. En *Honduras* existe negociación de convenios de cogestión en 7 establecimientos –hospitales y clínicas- para administración conjunta.

Sólo *Guatemala*, *El Salvador* y *Honduras* proporcionaron información sobre el **porcentaje de establecimientos sanitarios públicos que pueden ampliar el marco de gasto utilizando para ello los nuevos ingresos**. En *Guatemala* el ingreso obtenido en los servicios por copago no es significativo, ni constituye un aporte importante para desplegar nuevas acciones por los recaudadores. En *El Salvador* el 80% de los establecimientos pueden hacer uso de sus ingresos nuevos. En *Honduras* desde 1991, el 100% de los establecimientos del subsector público dispone del 75% de los ingresos generados por el cobro a los usuarios.

Guatemala, *Honduras* y *Costa Rica* proporcionaron información sobre la existencia de **presupuestos basados en criterios de actividad**.

EFICIENCIA EN LA GESTIÓN

- *Dos países presentan alguna evidencia de mejoras en los principales indicadores de rendimiento de los hospitales públicos.*
- *Dos países informan que los hospitales públicos pueden emplear autónomamente una parte de sus ingresos.*
- *Los hospitales con compromisos de gestión han establecido medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando, y también han mejorado algunos índices de rendimiento.*

SOSTENIBILIDAD

En *Honduras* parece existir evidencia de que el proceso de modernización y reforma ha aumentado la **legitimidad y/o aceptación de las instituciones públicas prestadoras de servicios**, y ello se ha expresado por ejemplo en documentos firmados por la asociación de municipalidades. Por su parte, *Costa Rica* informó que no existe evidencia para afirmar que la reforma haya aumentado la legitimación o la aceptabilidad de éstas instituciones.

Sobre la **disponibilidad de información desagregada del gasto público y privado en salud** por unidades territoriales y tendencias, *Panamá* informó que no hay evidencia de que la reforma haya aumentado hasta ahora la disponibilidad de este tipo de información, al menos lo suficientemente completa, fiable y oportuna como para elaborar tendencias y construir escenarios a corto y mediano plazo. *El Salvador* indicó que la RS ha permitido crear una instancia de carácter intersectorial e interinstitucional responsable de sistematizar y analizar información concerniente al gasto público y privado en salud (la Comisión de Cuentas Nacionales en Salud). En *Guatemala* no se han desarrollado de forma sistemática ejercicios para proyectar en distintos escenarios las transformaciones actuales de sector salud y se hace difícil el disponer de información desagregada del gasto público y privado en salud por unidades territoriales y tendencias. *Costa Rica* señaló que la reforma no ha incrementado la disponibilidad de información desagregada del gasto público y privado en salud. *Honduras* indicó que no hay información desagregada de gasto público y privado en salud por unidades territoriales.

Costa Rica fue el único país que suministró información sobre la **sostenibilidad a mediano plazo de los esfuerzos de incremento de coberturas**, ya sea de los programas o de los servicios y que este incremento

puede atribuirse a la reforma. La estrategia de Atención Integral por medio de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) en todas las Áreas de Salud del país puede permitir que se alcance ese objetivo.

En *Costa Rica* la reforma parece haber contribuido al aumento en la **capacidad de ajuste de los ingresos y gastos en salud** de las principales instituciones del subsector público, ya que el Ministro de Salud (MS) junto con los directivos de estas instituciones determina los presupuestos según las necesidades y prioridades reales. *Honduras* indicó que no hay evidencia de mejoras en la capacidad de ajuste de ingresos y gastos en las principales instituciones del subsector público.

Sobre la posibilidad de los centros de salud y hospitales para **cobrar a terceros pagadores**, *El Salvador* indicó que el 80% de los establecimientos de la red pública de salud están autorizados a ello y a hacer uso de los ingresos obtenidos por recuperación de costos. Asimismo, señaló el establecimiento de normas y sistemas que facilitan el manejo de cobros a terceros pagadores por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En *Honduras* existen sólo dos hospitales y una clínica del Instituto del Seguro Social (IHSS) con capacidad de cobrar a terceros pagadores. En *Costa Rica* no existe evidencia de que se haya aumentado el porcentaje de centros de salud y hospitales con capacidad de cobrar a terceros.

Con relación a la **capacidad de gestión de los préstamos externos** y de su sustitución por recursos nacionales llegado su vencimiento, *Panamá* indicó que entre 1994 y 1998, ha tenido acceso a un flujo creciente de préstamos para el sector y que esta tendencia parece que se mantendrá en el futuro inmediato. Esto plantea al menos dos tipos de retos: a corto plazo, asegurar la coordinación y la consistencia entre los distintos proyectos, así como la adecuada ejecución de lo comprometido; y a medio plazo, no sobrepasar la capacidad de endeudamiento sectorial y garantizar la sostenibilidad de las acciones con recursos propios. *Honduras* indicó que ha aumentado la capacidad de gestión de préstamos externos y no se ha evaluado la capacidad de sustituir dichos recursos por recursos nacionales. *Costa Rica* informó que no existe evidencia de que se aumentara la capacidad de gestión de préstamos externos.

SOSTENIBILIDAD

- Solo un país indicó que parece existir evidencia sobre un aumento la legitimación o la aceptabilidad de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud.
- La mayoría de los países no cuentan aún con sistemas de información que permitan la toma de decisiones de manera oportuna, y es escasa la información sobre gasto público y privado en salud desagregada por unidades territoriales, para elaborar escenarios o para construir tendencias.
- Salvo en un país, no se observan evidencias de mejora en la capacidad de ajuste de ingresos y gastos en las principales instituciones del sector público.
- Solo un país informó que parece haber aumentado la capacidad de gestión de prestamos externos pero no evaluó la capacidad de sustitución por recursos nacionales llegado el vencimiento.

PARTICIPACION Y CONTROL SOCIAL

Panamá informó que en 1994 había unos 770 Comités de Salud y dos Federaciones de Comités funcionando. A principios de 1999 se cuenta con 18 Federaciones (más una Confederación Nacional) que agrupan a 1.135 Comités de Salud legalmente constituidos (unos 600 reorganizados y unos 360 de nueva constitución). Se calcula que en ellos participan unas 40 a 50.000 personas, la mayoría en el medio rural. Además, de 1994 a 1998 se constituyeron 445 Juntas Administradoras de Acueductos Rurales en el ámbito de competencia del MS (poblaciones de menos de 1.500 habitantes) y 93 Módulos de Producción y Educación Alimentaria, de los cuales 81 seguían activos a fines de 1998. *Costa Rica* informó que la participación social se ha presentado pero con la limitación de ser una participación activa sólo en el proceso de gestión, tal y como estaba planteado en el proyecto de reforma. En un 78,5% de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) han participado comités de salud; en un 42% las asociaciones de desarrollo; en un 36,2% los voluntarios y en un 26,2% los comités de nutrición. Las juntas hospitalarias representan evidencia de que se ha aumentado el grado de participación y control social en los niveles II y III. *El Salvador* informó que los mecanismos y metodologías de participación social comunitaria en salud se han fortalecido con la reforma. Se apoya la formación de comités o consejos de salud, los cuales forman parte de los comités interinstitucionales e intersectoriales municipales, en donde se definen las agendas de salud como parte de la agenda de desarrollo local. *Honduras* indicó que existe abundante evidencia de que la RSS contribuyó a aumentar la participación y el control social en los niveles primarios de atención y, en menor medida, en los hospitales. Se considera la contribución mayor de la reforma. *Guatemala* informó que la reforma no ha contribuido a esto.

PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

- A partir de los procesos de reforma parece haberse incrementado la participación social en términos del aumento en el número de comités de salud conformados, juntas administradores de acueductos rurales, asociaciones de desarrollo, juntas hospitalarias, comités interinstitucionales e intersectoriales municipales.
- La participación parece desarrollarse más en el ámbito local y en la gestión de los establecimientos de salud y menos en los niveles intermedios y centrales y en las funciones de planeación y evaluación.

Conclusiones

Sólo 5 países reportaron evaluación de resultados de las reformas y, en general, suministraron información incompleta. En particular, proporcionaron escasa información desagregada por género, edad, etnicidad, nivel socioeconómico y esquema de cobertura. Ello impide analizar la influencia de las reformas sobre variables relevantes como, por ejemplo, las relacionadas con la equidad. A pesar de ello, a continuación se extraen algunas conclusiones preliminares.

Con respecto a la influencia de las reformas *sobre la equidad en la cobertura* de servicios de salud medida por la disminución de las brechas, tres países comunicaron el haber extendido la cobertura de la población cubierta al menos por un conjunto básico de prestaciones. También proporcionaron información sobre el programa ampliado de inmunizaciones dos países, uno que mejoró su cobertura y otro que identificó un leve descenso. La cobertura del control prenatal se incrementó en cinco países.

Con respecto a la influencia de la reforma *sobre la equidad en la distribución de los recursos*, la información sobre la evolución del gasto total en salud per cápita no fue muy precisa pero en cuatro de los países se informó un incremento. Sin embargo, dos de ellos aclaran que esto no puede ser atribuido **específicamente** a la reforma. Con respecto a los **Recursos Humanos** se ha observado un incremento en la disponibilidad de médicos y de enfermeras, pero nuevamente no puede afirmarse que este incremento se deba a la reforma. Ni tampoco que haya mejorado su distribución geográfica y funcional.

Algunos países implementaron estrategias para mejorar el *acceso* y la oportunidad de atención, tales como como la ampliación de horarios de atención y/o contrato con proveedores privados. Un país reportó

incremento neto en el número de consultas ambulatorias. La disponibilidad de medicamentos parece haber mejorado en cinco países.

Con respecto a la **efectividad global de los servicios**, la información se limitó a un país el cual informó que se lograron disminuir algunos indicadores negativos como la tasa de mortalidad infantil y materna aunque por otra parte se observó un incremento en la incidencia de SIDA lo cual puede ser resultado de una mejor detección de casos. Asimismo, la proporción de partos atendidos por personal entrenado se ha incrementado en un país de la región.

En **calidad**, cuatro países reportaron haber desarrollado comités y círculos de calidad principalmente en hospitales. A pesar que en algunos países se señala la posibilidad de que el usuario tenga la oportunidad de seleccionar el prestador del servicio, no se cuenta con los mecanismos específicos que lo aseguren. También se han implementado encuestas de percepción u opinión de los usuarios, pero no se proporcionó información sobre los resultados de las mismas.

En el tema de la **eficiencia** se observaron algunos avances **en la asignación** de recursos. En dos países nuevos métodos de gestión han permitido priorizar y canalizar los recursos de acuerdo a las necesidades. En otros casos se han introducido mecanismos más eficientes, principalmente en lo relativo a los recursos de cooperación externa y a la recuperación de costos. Sin embargo, no existe evidencia de que la reforma haya influido sobre el suministro de agua potable y saneamiento básico, o en la reasignación de recursos hacia acciones intersectoriales o programas de prevención de patologías de alta prevalencia. No obstante, se percibe una tendencia a incrementar el gasto en Atención Primaria y en acciones de promoción y prevención.

En la gestión de recursos tres países muestran avances en negociación de compromisos de gestión y dos proporcionan información sobre expansión del marco presupuestal de los establecimientos con los ingresos nuevos. Se observa que los hospitales con compromisos de gestión han establecido medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando, y también se han mejorado algunos índices de rendimiento.

Acerca de la **sostenibilidad** de los servicios, solo un país indicó que parece existir evidencia sobre un aumento de la legitimación o de la aceptabilidad de las principales instituciones prestadoras de servicios. En general se observa que no se cuenta con los mecanismos o instrumentos necesarios para conformar un

sistema de información que permita la toma de decisiones de manera oportuna. Por ejemplo, es escasa la información sobre gasto público y privado en salud por unidades territoriales o para construir tendencias. Sin embargo, los países parecen haber mejorado su capacidad de disponer de información concerniente al gasto público y privado gracias a la iniciativa de Cuentas Nacionales en salud. Por otro lado, no se observa evidencia de mejoras en la capacidad de ajuste de ingresos y gastos en las principales instituciones del sector público aunque en algunos países los establecimientos de salud empiezan a tener la posibilidad de cobrar a terceros pagadores.

Sobre la capacidad de gestión de los préstamos externos y de su sustitución por recursos nacionales llegado el vencimiento, solo un país informó de esta posibilidad y de la necesidad de no sobrepasar la capacidad de endeudamiento sectorial y garantizar la sostenibilidad de las acciones con recursos propios, pero no ha evaluado dicha capacidad.

A partir de los procesos de reforma parece haberse incrementado *la participación social* en términos del aumento en el número de comités de salud conformados, juntas administradores de acueductos rurales, asociaciones de desarrollo, juntas hospitalarias, y comités interinstitucionales e intersectoriales municipales.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ PAHO Executive Committee of the Directing Council, 26th Meeting of the Subcommittee on planning and programming: “Progress of activities in health sector reform”, SPP27/7 (eng.), Washington DC, 25-27 March 1996

² Berman, P.: “Health Sector reform: making health development sustainable”, Health Policy 32 (1995) 13-28

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

⁴ BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, FNUAP, UNICEF, USAID: “Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud. Informe de la Reunión. 29-30 Sep. 1995”, OPS-HSD, Washington DC, Jun. 1996, 156 págs.

⁵ OPS/OMS: “La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial”, (esp. e ing.), Washington DC, 1997, 31 págs.

⁶ OPS/OMS: 41 Consejo Directivo: “Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Reforma del Sector Salud,” CD41/145, San Juan, Puerto Rico, 27 septiembre – 1 octubre 1999.

⁷ OPS/OMS 124 Sesión del Consejo Ejecutivo, Resolución CE 124.R8 Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Reforma del Sector Salud,” Washington DC 21-25 junio 1999.

⁸ PAHO. Lineamientos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la región. Washington, D.C., 1998, 39 páginas.

⁹ Frenk, J: “Comprehensive policy analysis for health system reform”, Health Policy 32 (1995) 257-277

¹⁰ Infante, A.: “La elaboración de perfiles de sistemas de servicios de salud y el seguimiento y evaluación de las Reformas del Sector como instrumentos para el desarrollo de políticas sanitarias en las Américas”, en: “Mesa Redonda sobre Investigación en Salud pública y Desarrollo. Jornadas de Cooperación Sanitaria: Salud, la clave del Desarrollo. 29 Jun.-1 Jul.”, Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS y AEI, (mimeo) Madrid, 1998

¹¹ Para mayor información con respecto a datos suministrados por los países favor referirse a las citas bibliográficas indicadas en los perfiles respectivos disponibles en la página web (www.lachsr.org)