



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

32.^a sesión, 25 y 26 de marzo de 1999

Punto 6 del orden del día provisional

SPP32/6 (Esp.)
25 febrero 1999
ORIGINAL: ESPAÑOL

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA SECTORIAL EN SALUD

Los países de América Latina y el Caribe están introduciendo reformas que pueden influenciar profundamente, tanto la forma de proveer servicios de salud básicos, como quien los recibe. La reforma de los sistemas de salud está siendo llevada a cabo para reducir inequidades, mejorar la calidad y corregir ineficiencias en los presentes sistemas de salud.

Tanto en la Cumbre de las Américas de Miami en 1994, como en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud en 1995, en la cual participaron un comité interagencial de las Naciones Unidas y agencias multilaterales y bilaterales, los Gobiernos de la Región identificaron la necesidad de diseñar un proceso para el monitoreo de la reforma del sector salud en las Américas.

Dando respuesta a este requerimiento, se diseñó y se ha comenzado a utilizar la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*. En este documento se explica la metodología, los contenidos de esta, ejemplos de su aplicación y las próximas etapas que se han considerado.

Se presenta este documento al Subcomité de Planificación y Programación con el fin de informar de los avances con respecto al mandato de la OPS y de escuchar sugerencias de sus Miembros en cuanto a los pasos a seguir.

ÍNDICE

Resumen ejecutivo.....	3
1. Antecedentes.....	5
2. Metodología de monitoreo y evaluación de los procesos de reforma	6
2.1 Marco conceptual	6
2.2 Utilidad y proceso de diseño de la Metodología.....	6
2.3 Contenido	7
3. Seguimiento de los procesos.....	8
3.1 En cuanto a su dinámica.....	8
3.2 En cuanto a sus contenidos	8
3.3 Evaluación de los resultados.....	8
4. Aplicación de la Metodología	10
4.1 Argentina.....	10
4.2 Guatemala.....	11
4.3 Honduras	11
4.4 México	12
4.5 Panamá.....	13
4.6 Paraguay.....	13
4.7 República Dominicana.....	14
5. Próximas etapas	15

RESUMEN EJECUTIVO

La reforma sectorial en salud se ha definido como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad de 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.

El marco conceptual y los criterios de actuación para la cooperación técnica de la OPS en los procesos de reforma se han ido construyendo a lo largo de los últimos años, gracias entre otras, a las siguientes iniciativas: a) el Plan de Acción de la Cumbre de Miami; b) aportes de los países a la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud y la resolución del Consejo Directivo posterior (1995); c) el informe de seguimiento de las actividades de reforma del sector salud presentado ante el Consejo Directivo de la Organización (1996); d) el documento *La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud*; e) el informe sobre *La rectoría de los Ministerios de Salud en la reforma del sector* presentado ante el Consejo Directivo (1997); f) las discusiones sobre reforma sectorial en las reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, Área Andina, MERCOSUR, y países del Caribe de habla inglesa; y g) el seguimiento y apoyo a las comisiones nacionales y grupos de apoyo a la reforma en varios países de la Región.

Al término de la Reunión Especial de 1995, el 38.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD38.R14 en la que, entre otras cosas, solicitó al Director que “según las indicaciones de la Cumbre de las Américas y tomando en consideración las discusiones de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, continúe trabajando con los Estados Miembros y otros organismos en el diseño y desarrollo de un proceso para el monitoreo de la reforma del sector salud en las Américas”.

Como consecuencia del mandato se elaboró la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*, cuyo proceso de preparación comenzó en octubre de 1997 con la elaboración de la “Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial”.

La Metodología permite describir y analizar la dinámica, es decir los distintos momentos del proceso de reforma sectorial (génesis, diseño, negociación, implementación y evaluación), así como las características, propuestas y relaciones de los principales actores (sociales o institucionales, públicos y privados, nacionales, subnacionales o internacionales) involucrados en ellas; los contenidos del proceso, es decir las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas; y los resultados, es decir hasta qué

punto la reforma sectorial pueda estar contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social de y en los sistemas y servicios de salud.

La Metodología se ha empleado en los países de América Latina y el Caribe. A la fecha se cuenta con los informes de Argentina, Brasil, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana. Durante el presente año se tiene programado aplicar la Metodología en todos los países de la Región y hacer una revisión de los resultados de su utilización.

1. Antecedentes

Entre las acciones de cooperación técnica de la OPS ocupan un lugar destacado aquellas dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para el diseño, implementación y uso eficaz de metodologías y sistemas de información orientados a detectar y evaluar cambios en las condiciones de vida y de salud de las poblaciones; desarrollar la capacidad de análisis, planificación y formulación de políticas; y fortalecer el liderazgo y la capacidad de gestión de los ministerios de salud y otras instituciones del sector, tanto en las condiciones habituales de operación como en los procesos de reforma sectorial.

La I Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, incluyó una discusión sobre los procesos nacionales de reforma sectorial. Entre otras cosas, la Cumbre convocó una reunión especial con los gobiernos, donantes interesados y agencias de cooperación técnica internacional, coorganizada por la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial, para establecer el marco conceptual de dichos procesos, definir el rol de la OPS en el seguimiento y evaluación de los planes y programas de reforma sectorial en los países de la Región y fortalecer la red de economía de la salud.

El 38.º Consejo Directivo, mediante la resolución CD38.R14, (1995) solicitó al Director que “según las indicaciones de la Cumbre de las Américas y tomando en consideración las discusiones de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, continúe trabajando con los Estados Miembros y otros organismos en el diseño y desarrollo de un proceso para el monitoreo de la reforma del sector salud en las Américas”. En la siguiente reunión del Consejo Directivo (1996), la Secretaría informó sobre el progreso en las actividades de reforma del sector salud en la Américas. Se confirmó la reforma sectorial como una estrategia para que los sistemas de salud sean más equitativos, eficientes y efectivos, y se exhortó a los Estados Miembros a reafirmar su compromiso político a la reforma del sector salud. Se reconoció la necesidad de coordinación, de apoyo externo, de respeto a las autonomías nacionales y de intercambio de experiencias sobre los procesos nacionales de reforma del sector salud.

En 1997 se lanzó la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en los Países de América Latina y el Caribe. Se trata de un proyecto a seis años (1997-2002) del que forman parte la OPS y la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), en colaboración con las ONG siguientes: Partnership for Health Sector Reform (PHR), Data for Decision-making (DDM) y Family Planning Management Development (FPMD). El objetivo central es proporcionar apoyo regional para promover el acceso equitativo a servicios básicos de calidad en la Región de las Américas.

Como parte de la Iniciativa, se desarrolló la “Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe” y el “Sistema

de información y análisis sobre reforma del Sector Salud” (SINAR), los cuales pretenden recolectar y diseminar información relativa a los esfuerzos de reforma sectorial en salud en las Américas.

2. Metodología de monitoreo y evaluación de los procesos de reforma

2.1 *Marco conceptual*

Las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002, indican que la Secretaría deberá poner en marcha un sistema regional de seguimiento de la dinámica, el contenido y la repercusión de las reformas sectoriales que favorezca el intercambio sistemático y periódico de las experiencias nacionales.

En la Región de las Américas, la reforma sectorial en salud se ha planteado como un proceso orientado a aumentar la equidad de 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.

De hecho, la realidad en este campo es muy diversa en la Región, observándose importantes variaciones tanto en las dinámicas como en los contenidos de los cambios que la mayoría de los países están introduciendo.

Los criterios rectores que promueve la OPS ante la reforma sectorial son: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, conceptos que permiten juzgar la direccionalidad de las reformas en curso o planificadas, desde el punto de vista del propósito final enunciado. Así, ninguna reforma debería contraponerse a dichos criterios y la reforma ideal sería aquella en la que las cinco cualidades hubiesen mejorado al final del proceso. A su vez, cada una de ellas puede subdividirse en una serie de variables a las cuales es posible asociar indicadores cuantitativos o cualitativos adaptados a las condiciones de cada país y que pueden ayudar a evaluar el grado de logro de los objetivos de las reformas.

2.2 *Utilidad y proceso de diseño de la Metodología*

El proceso de preparación de la “Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe” comenzó en octubre de 1997 con la elaboración de la “Línea basal para el seguimiento y evaluación de la Reforma sectorial” que se aplicó en 17 países¹ de la Región².

¹ Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

Sobre la base de esa experiencia y con la participación de diferentes unidades y programas de la OPS, se desarrolló una primera versión de la Metodología que se sometió a una prueba de factibilidad, se debatió en una reunión internacional de consulta (1998), y se ajustó para elaborar la versión actualmente en uso. La Metodología es un instrumento para ayudar a los tomadores de decisiones—en los niveles nacional y subnacional de los países—y a las agencias de cooperación técnica que les apoyan, a producir un informe lo más objetivo posible, de extensión manejable y sencillo de actualizar, que, de forma sistemática, haga seguimiento y evalúe las reformas del sector salud.

La Metodología se ha desarrollado simultáneamente con la preparación de los “Lineamientos para la elaboración de los perfiles del sistema de servicios de salud de un país”. Aunque pueden usarse por separado, el seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma se benefician grandemente de los resultados del análisis previo, tanto del contexto en que los sistemas de servicios de salud operan, como de la organización general, recursos y funciones de los mismos. Viceversa, en la mayor parte de los países, sería difícil analizar el desempeño del sistema y los servicios de salud sin incorporar los efectos, potenciales o reales, de las reformas planeadas o en curso.

Los potenciales usuarios de la Metodología incluye a los profesionales nacionales que trabajan en las áreas de planificación y administración de sistemas y servicios de salud, tanto a nivel nacional como en los niveles subnacionales; los profesionales de los países o de la sede de los organismos de cooperación técnica y financiera y de las ONG; el personal directivo y profesional de otras instituciones públicas y privadas del sector o relacionadas con él; y las instituciones docentes e investigadoras relacionadas con el sector.

Como insumo, la Metodología utiliza fundamentalmente la información disponible, privilegiando la información institucional publicada en fuentes oficiales nacionales. También utiliza la información publicada por los organismos internacionales de cooperación técnica y/o financiera (incluida la OPS). Además, usa la información inédita procedente de fuentes oficiales nacionales, siempre que exista autorización para su uso. Por último, emplea la información publicada en fuentes no oficiales (por ejemplo, artículos firmados) que se considere relevante.

2.3 *Contenido*

La Metodología contiene variables e indicadores para los cuales se utiliza información cualitativa y cuantitativa. En el caso de la información cuantitativa, se usa fundamentalmente aquella de la que existe evidencia que está disponible en la mayoría de

² Los informes por país fueron publicados en inglés y en español entre otras publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Pueden consultarse en la página Web (<http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm>).

los países. Para la información cualitativa el cuestionario utilizado trata de ser explicativo y sugerir la extensión aproximada que el tema podría ocupar en el Perfil. Contiene dos capítulos principales, uno relativo al seguimiento del proceso de reforma y otro relativo a la evaluación de los resultados.

3. Seguimiento de los procesos

3.1 *En cuanto a su dinámica*

Las reformas son procesos en los cuales, a lo largo del tiempo, es posible distinguir diversos momentos y gran número de actores. Respecto a los momentos, la Metodología, persigue distinguir la génesis u “origen remoto”, el diseño u “origen inmediato”, la negociación, la implementación y la evaluación de resultados del proceso de reforma. Respecto a los actores, persigue distinguir tanto los que predominantemente actúan en el ámbito de la sociedad en general, como aquellos cuya actuación tiene lugar predominantemente en el ámbito del sector, sean nacionales o internacionales.

3.2 *En cuanto a sus contenidos*

En este ámbito la Metodología busca información respecto a las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas. Contempla preguntas sobre el marco jurídico, el derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento, la rectoría, la separación de funciones, las modalidades de descentralización, la participación y control social, el financiamiento y gasto, la oferta de servicios, el modelo de gestión, los recursos humanos y la calidad y evaluación de tecnologías en salud.

3.3 *Evaluación de los resultados*

El propósito de este capítulo es tratar de analizar hasta qué punto la reforma sectorial puede estar contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, de y en los sistemas y servicios de salud.

3.3.1 *Equidad*

Equidad en condiciones de salud implica disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; equidad en servicios de salud implica recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

La Metodología consulta sobre la evidencia de que la reforma sectorial haya mejorado variables e indicadores relativos a cobertura, distribución de recursos, acceso y uso de recursos.

3.3.2 *Efectividad y calidad*

La efectividad y la calidad técnica implican que los usuarios de los servicios reciben asistencia eficaz, segura y oportuna; la calidad percibida implica que la reciben en condiciones materiales y éticas adecuadas.

La Metodología consulta sobre la evidencia de que la reforma sectorial haya mejorado variables e indicadores relativos a morbilidad, mortalidad, calidad técnica y calidad percibida.

3.3.3 *Eficiencia*

La eficiencia implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Se analiza en dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. Los recursos son asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible en términos de salud por unidad de costo. Son empleados eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto a mínimo costo o cuando se obtienen más unidades de producto con un costo dado.

La Metodología consulta sobre la evidencia de que la reforma sectorial haya mejorado variables e indicadores relativos a asignación de recursos y gestión de recursos.

3.3.4 *Sostenibilidad*

La sostenibilidad tiene una dimensión social y otra financiera, y se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros.

La Metodología consulta sobre evidencia de que la reforma sectorial haya mejorado: la legitimación y/o la aceptabilidad de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud; la sostenibilidad a medio plazo de los esfuerzos de incremento de coberturas; la capacidad de ajustar los ingresos y gastos en salud de las principales instituciones del subsector público; el porcentaje de centros de salud y hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores; y la capacidad de gestión de los préstamos externos y, si es el caso, su sustitución por recursos nacionales llegado su vencimiento.

3.3.5 *Participación*

La participación social tiene que ver con los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y se beneficien de los resultados de dicha influencia.

La Metodología consulta sobre evidencia de que la reforma sectorial haya contribuido a aumentar el grado de participación y control social en los distintos niveles y funciones del sistema de servicios de salud.

4. Aplicación de la Metodología

La Metodología se ha empleado en Argentina, Brasil, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana³. A continuación se presenta un resumen de algunos de los países que permite formarse una visión de la información que se obtiene a través de la aplicación de la Metodología.

4.1 *Argentina*

La reforma del sector, iniciada en 1992, es consistente con las reformas económicas y del Estado y se enmarca en las Políticas Nacionales de Salud. De manera expresa, el Gobierno eligió una estrategia de cambio gradual y paulatino, cuyo sentido general ha sido reforzar el papel regulador de las autoridades sanitarias centrales y provinciales. El Ministerio de Salud y Asistencia Social ha ejercido un papel de rectoría en la reforma sectorial, gracias al rol de liderazgo técnico establecido en las Políticas Nacionales de Salud.

Las líneas principales de la reforma sectorial han sido: la creación del Hospital Público de Autogestión (HPA); el inicio de la reconversión de las Obras Sociales (OS) con apoyo financiero externo; la formulación de un marco regulatorio para el subsector privado; la obligatoriedad de brindar un conjunto de prestaciones básicas (el Programa Médico Obligatorio) a los beneficiarios de las OS y de las Empresas de Medicina Prepagas (EMP) que se adhieran a la reforma sectorial; el establecimiento del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica; y el inicio de acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones en situaciones potencialmente riesgosas.

Puede decirse que la reforma sectorial ha reestructurado organizativamente el escenario de salud; ha rescatado el protagonismo del hospital público como prestador de servicios; ha incorporado nuevos procedimientos y organismos responsables del control,

³ Accesibles a través de la página Web de la Iniciativa (<http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm>).

regulación y fiscalización de la calidad de la atención; ha conformado un régimen de cobertura obligatorio; ha instalado la libre elección del tercer pagador entre las OS y ha cambiado las relaciones entre los distintos actores del sector. Aún no es posible analizar la contribución al mejoramiento de los niveles de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación en los servicios de salud.

4.2 *Guatemala*

Como una medida para incrementar la cobertura de servicios, el Gobierno ha impulsado el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Mediante este sistema se pretende proveer un paquete de servicios básicos a la población que actualmente no cuenta con ellos. El Sistema se apoya en una red de trabajadores comunitarios y en la subcontratación de ONG para la provisión de servicios.

El SIAS constituye la iniciativa de mayor relevancia dentro del Programa de Modernización de los Servicios de Salud que se desarrolla en Guatemala, con el respaldo financiero de un préstamo del BID.

Resulta prematuro evaluar el impacto de la reforma del sector salud en Guatemala, dado que es un proceso de reciente inicio. Las acciones emprendidas hasta ahora, sin embargo, parecen haber mejorado el acceso a través del acercamiento de los proveedores a las comunidades y la referencia de casos a los centros asistenciales cuando es necesario. Estas modificaciones tienen la potencialidad de corregir las inequidades en salud que históricamente han afectado a la población rural e indígena.

4.3 *Honduras*

Los tres grandes problemas que afectan la eficiencia y eficacia de la red de establecimientos públicos de salud son: la considerable proporción de población rural y urbana en extrema pobreza; la inaccesibilidad a los servicios por extrema dispersión geográfica de la población; y la insuficiencia de recursos financieros para garantizar mayor y mejor cobertura.

La acumulación creciente de estos y otros problemas, y sus efectos adversos en la salud de las poblaciones, propició iniciativas de reforma del sector. Así, en mayo de 1993 se impulsó el programa “Modernización del sistema de servicios de salud”, a fin de modificar la interacción entre los niveles de atención y otras instancias públicas y privadas. En el período 1994-1998 con el “Proceso nacional de acceso”, se democratizó la administración de las redes de servicios impulsando la descentralización y la participación social, y se incrementó el acceso a los servicios de salud. Ante la necesidad de fortalecer la capacidad rectora, a partir de 1998 se inició la transformación substancial del modelo de

atención y la reingeniería de sistemas y procesos, lo cual se plasmó en un documento de política de salud donde se explicitó que la reforma sectorial es la “nueva agenda en salud” (NAS).

La NAS tiene dos ejes fundamentales (Promoción y educación para la salud, y Garantía y mejoramiento de la calidad); siete componentes esenciales (Rectoría y regulación; Departamentalización y reorganización del modelo de atención; Evaluación de problemas de salud y consolidación de planes y programas; Rescate de los recursos humanos; Política de medicamentos; Ambiente en salud, y Sistemas de información) y seis estrategias dinamizadoras (Supervisión, monitoría y evaluación; Descentralización y cogestión en salud; Infraestructura, mantenimiento y tecnología; Intersectorialidad; Sostenibilidad financiera; y Modernización administrativa).

Hasta el momento existe poca información que permita evaluar los resultados de las distintas etapas de la reforma sectorial en Honduras. La evidencia disponible no permite afirmar que, hasta ahora, la reforma sectorial haya mejorado la equidad en el estado de salud o en el acceso a los servicios, o la eficiencia en la gestión de recursos por parte de los establecimientos públicos. Existe alguna evidencia en el sentido que la reforma sectorial puede haber contribuido a mejorar la calidad técnica de los hospitales públicos de alguna región, la capacidad de elección de los usuarios en atención primaria, la legitimación de los establecimientos y la participación y el control social.

4.4 *México*

En 1996 se dio a conocer el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, cuyos objetivos son: establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios; ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal; concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud que atienden a la población abierta; y ampliar la cobertura de los servicios a la población marginada en áreas rurales y urbanas que actualmente tienen acceso limitado o nulo.

A finales de 1997 se concluyó la transferencia de recursos humanos (103.000 trabajadores), infraestructura (7.400 inmuebles) y recursos financieros (6.132 millones de pesos) a todos los Estados de la República. Con ello se pretende una definición más clara de metas, responsabilidades y sistemas de evaluación en los Estados para contar con mejores políticas de salud, mientras que la Secretaría de Salud priorizará sus funciones normativas y de coordinación. También se está desarrollando el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) basado en un paquete básico de servicios de salud en las zonas de mayor marginación.

El programa de reforma del sector contempla acciones específicas a través de dos vías fomentar y facilitar la afiliación voluntaria a los servicios de seguridad social e implementar el seguro de salud para la familia, y llevar a grupos de población marginada servicios esenciales de salud por medio del paquete básico. A mediados de 1998, el titular de la Secretaría de Salud aseguró públicamente que gracias al PAC se había otorgado atención a siete millones de mexicanos que antes de 1995 no tenían acceso a ningún tipo de servicio de salud. Según la misma fuente, restaba llevar servicio a tres millones de habitantes localizados, principalmente en los Estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca.

4.5 *Panamá*

La reforma sectorial, aunque tiene alcance nacional, se ha iniciado en las regiones de salud de San Miguelito, Metropolitana y Coclé. La base legal de la reforma sectorial la constituyen tres leyes que han facilitado la separación de funciones, el fortalecimiento del trabajo intrasectorial y la participación social. Igualmente, se llevan a cabo cambios en la estructura nacional y subnacional del subsector público. Se ha iniciado el desarrollo de un nuevo modelo de atención familiar, comunitaria y ambiental, el cual incluye la estratificación de los niveles de atención y la puesta en operación de un sistema de referencia y contrarreferencia entre el nivel comunitario y el primero y segundo niveles de atención.

En la región de San Miguelito, el Hospital San Miguel Arcángel ha introducido los compromisos de gestión y los contratos-programas para la atención en salud. Este hospital se concibe con criterios empresariales y de autogestión.

Se está trabajando en el diseño de los procedimientos para la acreditación de establecimientos de salud, así como para desarrollar los procesos de garantía de calidad. Se incluyen de igual manera mecanismos para la evaluación de tecnologías y la regulación de dispositivos y equipo médico.

El proceso de reforma sectorial está aún incipiente, por lo que hasta el momento no se ha efectuado una evaluación del mismo. Dentro del plan, se contempla la realización de una evaluación en el año 2000, para lo cual se ha solicitado cooperación técnica a la OPS, en la formulación y el diseño de una metodología de evaluación.

4.6 *Paraguay*

En diciembre de 1996, como parte de la estrategia de reforma del sector, se promulgó la ley que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas con equidad, oportunidad, eficiencia y sin

discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. También pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones intra e intersectoriales.

La ley otorga la coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud al Consejo Nacional de Salud (CNS), presidido por el Ministro de Salud, y del que forman parte todas las instituciones del sector y otras relacionadas. La ley crea una serie de entidades dependientes del CNS, como la Superintendencia Nacional de Salud (SUPNS), la Dirección Médica Nacional, y el Fondo Nacional de Salud (FNS), aún no reglamentado. A continuación, un Decreto estableció las nuevas funciones y el modelo organizacional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Las funciones de financiamiento del sector serán asumidas por el FNS y medidas para modificar la composición del financiamiento sectorial serán estudiadas por el nuevo gobierno, que asumió el poder en agosto de 1998, cuando se discuta la implementación del FNS. Las funciones de aseguramiento estarán bajo la supervisión y control de la SUPNS, y la provisión de servicios será responsabilidad de instituciones públicas y privadas.

El MSP y BS está transfiriendo a los municipios recursos físicos y financieros para ser administrados por los Consejos Locales de Salud (CLS). Dicha transferencia, que excluye la de los recursos humanos, se realiza mediante la firma de “Acuerdos de compromiso”. La participación social es objetivo y estrategia de la reforma sectorial y se concreta a través de los Consejos Regionales de Salud (CRS) y de los CLS.

Hasta el momento no ha habido cambios en la formación, planificación y gestión de recursos humanos para responder a las necesidades de la reforma sectorial. Está en marcha un proceso de reingeniería del Instituto Nacional de Salud (INS) para convertirlo en el organismo rector del desarrollo de estos recursos.

En el Paraguay, la reforma sectorial se encuentra en su etapa inicial y es prematuro evaluar resultados. No obstante, algunos estudios recién realizados (p. ej. “Análisis de sector salud del Paraguay” y “Estudio sectorial de agua y saneamiento”) podrán servir de base como pre-evaluación.

4.7 *República Dominicana*

A principios de los años noventa se dieron los primeros pasos en la formulación de un proceso de reforma del sector salud, orientado a solucionar los problemas de centralización de la gestión con limitada capacidad para desarrollarla, y marcos regulatorios y de supervisión insuficientes.

A partir de 1996 se inició un proceso de reforma sectorial que ha contado con la participación de diferentes actores de la sociedad civil y que se ha traducido en dos proyectos que están siendo financiados por el Banco Mundial y el BID y por otros cooperantes bilaterales, por un monto cercano a los US\$ 120 millones.

Los principales objetivos de la reforma sectorial están dirigidos a reformar el sistema de seguridad social; promover la desconcentración y descentralización del subsector público; definir un conjunto de prestaciones básicas de acceso universal; fortalecer los mecanismos de financiamiento mixto público-privado, basados en un contexto solidario; introducir mecanismos de aseguramiento y provisión público-privados; estimular la autogestión hospitalaria, y fortalecer el rol regulador del Estado. Para la conducción del proceso de reforma sectorial se creó la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.

Hasta el momento se han establecido las Direcciones de Salud Provinciales (DSP), como instancias desconcentradas de gestión de la SESPAS, y se ha formulado un nuevo modelo de atención.

Recientemente se constituyó un grupo técnico interinstitucional que diseñará las metodologías más adecuadas para el seguimiento y evaluación del proceso de reforma sectorial en el país.

5. *Próximas etapas*

Durante el presente año se tiene programado aplicar la Metodología en todos los países de la Región. En cuanto a la periodicidad de su uso, se tiene considerado ir actualizando la información relativa a cada país en forma anual. También se tiene programada una revisión de la Metodología sobre la base de su utilización, incorporando una dimensión de género. Cabe destacar que el desarrollo de este instrumento siempre se ha considerado en el marco de un proceso de mejoramiento continuo en que, producto de su utilización y la experiencia adquirida, se van incorporando los cambios necesarios.

Las tareas principales que están siendo consideradas en los futuros desarrollos de la Metodología y del sistema de información y análisis sobre reforma del sector salud tienen relación con:

- Establecimiento de un sistema de información y análisis sobre reforma del sector salud que efectivamente colabore a las autoridades de salud de los países de la Región en la toma de decisiones relativa a los procesos de reforma;

- Que la información derivada de la aplicación de la Metodología efectivamente permita obtener información que sea útil en el ámbito de lo planteado en el párrafo anterior;
- Avance en la integración de las bases de datos y los análisis demográficos y epidemiológicos con los procedentes del área de desarrollo de los sistemas y servicios;
- Fortalecimiento de la evaluación del impacto de las reformas sectoriales en términos de disminución de brechas de cobertura, articulación de redes, acceso equitativo y efectividad de las actuaciones.