

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

PERFILES DE LOS SISTEMAS

DE SALUD

MONITOREO Y ANÁLISIS

DE LOS PROCESOS DE CAMBIO / REFORMA

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Rivas-Loría, Priscilla

Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio / reforma.

Edición Especial N. 18 Washington, D.C: OPS, © 2006.

ISBN 92 75 32621 5

I. Título II. Levcovitz, Eduardo

III. Aráoz, Candelaria IV. Suárez, Claudia V. Griffin, Andrew

1. SISTEMA DE SALUD - organización y administración

2. PERFIL DE SALUD

3. REFORMA DEL SECTOR SALUD

4. MÉTODOS

NLM WA 540

ISBN 92 75 32621 5

WASHINGTON DC

2006

Esta publicación es producto de un trabajo conjunto entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Oficina para América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El financiamiento fue conferido por la USAID según los términos del convenio número LAC-G-00-04-00002-00; y mediante fondos del presupuesto regular de la OPS/OMS.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

AUTORES

PRISCILLA RIVAS-LORÍA

Asesora Regional, Reforma del Sector Salud
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

CLAUDIA SUÁREZ

Residente, Programa de Salud Internacional
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

CANDELARIA ARÁOZ

Oficial Técnico, Reforma del Sector Salud
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

EDUARDO LEVCOVITZ

Jefe, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

COLABORADORES TÉCNICOS Y EDITORIALES

CAROLINE RAMAGEM

Oficial Técnico, Reforma del Sector Salud
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

ANDREW GRIFFIN

Consultor, Reforma del Sector Salud
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

MARÍA LAURA REOS

Diseñadora Gráfica, Reforma del Sector Salud
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, OPS/OMS

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|-----------------------------|-----|
| AGRADECIMIENTOS..... | I |
| ABREVIACIONES Y SIGLAS..... | II |
| PREFACIO..... | III |

ANTECEDENTES 1

SOLICITUD DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS
RESPUESTA
LIMITANTES METODOLÓGICAS
IMPACTO
ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON LOS PAÍSES

ACTUALIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA 7

JUSTIFICACIÓN
PROPÓSITO
POBLACIÓN OBJETIVO
NUEVA ESTRUCTURA
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

METODOLOGÍA 14

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD 14

1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO
ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO
OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

POLÍTICOS
ECONÓMICOS
SOCIALES
MEDIOAMBIENTALES

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

28

2.1 RECTORÍA

MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL
CONDUCCIÓN
REGULACIÓN
DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA
ORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO
GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.2 FINANCIAMIENTO / ASEGURAMIENTO

FINANCIAMIENTO
ASEGURAMIENTO

2.3 PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD
DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD
MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS
EQUIPO Y TECNOLOGÍA
CALIDAD DE LOS SERVICIOS

2.4 MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO / REFORMA

61

3.1 EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”

3.2 EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS”

3.3 EFECTO SOBRE EL “SISTEMA DE SALUD”

3.4 ANÁLISIS DE ACTORES

BIBLIOGRAFÍA..... 76

GLOSARIO..... 80

AGRADECIMIENTOS

El documento que se presenta a continuación es el producto de la colaboración y esfuerzo conjunto entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Igualmente, es el resultado del acopio de las múltiples experiencias de los países de la Región de las Américas en la aplicación de la primera y segunda versión de los *Lineamientos Metodológicos* publicados en 1998 y 2000, respectivamente. Los comentarios y sugerencias provenientes de los integrantes de los equipos nacionales de los países de la Región al igual que las que resultaron de las Reuniones de Expertos, Foros y Talleres sirvieron de base para la revisión, actualización y desarrollo de la tercera edición de los Lineamientos Metodológicos para la elaboración del ***Perfil del Sistema de Salud: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio/Reforma.***

Se agradece muy especialmente los cientos de trabajadores de la salud de los 36 países participantes de la Región que entre el año 2000 y 2005 aportaron su tiempo, dedicación, conocimientos y experiencia al desarrollo de la primera generación de *Perfiles de Sistemas de Salud: Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Reforma* de sus países. De igual manera se reconoce la invaluable contribución técnica de los siguientes profesionales al desarrollo de la tercera edición de los Lineamientos Metodológicos:

Alfaro, Gerardo

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – República Dominicana

Brito, Pedro

Gerente
Área de Desarrollo Estratégico de la Salud
OPS/OMS – Washington DC

Castellanos Bran, Raúl

Director, Oficina de Coordinación
OPS/OMS- Puerto Rico

Gomes, María Angelica

Asesora de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Nicaragua

Gómez, Elsa

Asesora Regional
Unidad Género, Étnia y Salud
OPS/OMS – Washington DC

González, Ana Cristina

Consultora, Unidad de Género, Étnia y Salud
OPS/OMS – Washington DC

Gordillo, Amparo

Consultora en Economía y Financiamiento de la Salud,
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud
OPS/OMS - Washington DC

Güemes, Armando

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Honduras

Hernández-Pimentel, Federico

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Guatemala

Montenegro, Hernán

Jefe de Unidad
Organización de Servicios de Salud
Tecnología y Prestación de Servicios
OPS/OMS – Washington DC

Pichardo, Mario

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Cuba

Puentes-Markides, Cristina

Asesora en Análisis de Políticas
Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud
OPS/OMS- Washington DC

Ramagem, Caroline

Consultora, Unidad de Políticas y Sistemas
OPS/OMS – Washington DC

Rigoli, Félix

Asesor Regional en Desarrollo
de Recursos Humanos
Unidad de Recursos Humanos
OPS/OMS – Washington DC

Rojas, Rocío

Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas
Organización de Servicios de Salud
Tecnología y Presentación de Servicios
OPS/OMS- Washington DC

Saldaña, Kelly

Asesora Principal de Salud Pública
USAID- Washington DC

Santacruz, Javier

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Costa Rica

Suárez, Julio

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Brasil

Troya, Guillermo

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Belice

Vargas, Gustavo

Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS – Panamá

LISTA DE ABREVIACIONES

| | |
|------------------|---|
| ALC: | América Latina y el Caribe |
| AS: | Autoridad Sanitaria |
| CBA: | Canasta Básica Alimentaria |
| CCS: | Estrategia de Cooperación con el País |
| CEPAL: | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CFC: | Cooperación Enfocada en el País |
| CFTC: | Estrategia de Cooperación Técnica centrada en los Países |
| DNS: | Desarrollo Nacional de la Salud |
| EDA: | Enfermedades Infecciosas Intestinales |
| FESP: | Funciones Esenciales de Salud Pública |
| IDG: | Índice de Desarrollo Relativo al Género |
| IDH: | Índice de Desarrollo Humano |
| IPG: | Índice de Potenciación de Género |
| IRA: | Enfermedades de las Vías Respiratorias Agudas |
| LACRSS: | Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe |
| LPE: | Línea de Pobreza Extrema |
| LPR: | Línea de Pobreza Relativa |
| M&E: | Monitoreo y Evaluación |
| ODM: | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OCDE: | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| ONG: | Organizaciones No Gubernamentales |
| OPS: | Organización Panamericana de la Salud |
| PA: | Posición de los Actores |
| PEA: | Población Económicamente Activa |
| PIB: | Producto Interno Bruto |
| PNUD: | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| RA: | Rol de los Actores |
| RS: | Reforma Sectorial |
| RSS: | Reformas del Sector de la Salud |
| TA: | Tipo de Actor |
| TBC: | Tuberculosis |
| USAID: | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| VIH/SIDA: | Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |

PREFACIO

A lo largo de la década de los noventa y durante el comienzo del nuevo milenio, los países de América Latina y el Caribe (ALC) alcanzaron numerosos logros. Entre los más relevantes se distinguen el aumento en el número de gobiernos electos democráticamente, políticas macroeconómicas sólidas y reformas conducentes al crecimiento económico. Sin embargo, aún persisten importantes desafíos como revertir el aumento en los niveles de pobreza, reducir los altos índices de mortalidad materna e infantil, abordar las inequidades por género en el mercado de trabajo y a nivel político, aumentar el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento en países de bajo ingreso y en las regiones más pobres de los países de ingreso mediano. No obstante, el desafío más trascendente lo constituye el desarrollo de estrategias e intervenciones efectivas para aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

La experiencia acumulada a través de dos decenios de políticas de ajuste estructural en el marco de las Reformas de Estado y las Reformas del Sector de la Salud (RSS) indican que estas no han tenido un sólido efecto positivo sobre el desarrollo de los sistemas de salud en la Región de las Américas. En la actualidad, los países de la Región se enfrentan a sistemas de salud débiles, una infraestructura de salud pública inadecuada, un modelo regresivo de gasto de bolsillo en salud, inequidad extrema en el acceso a los servicios de salud y resultados negativos en los índices de salud.

En la Cumbre de las Américas en 1994, y la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud en 1995, los Gobiernos de los países de ALC identificaron la necesidad de desarrollar un proceso para vigilar y evaluar las reformas del sector de la salud en la Región de ALC. Para responder a esta necesidad, la **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)** y la **Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)** emprendieron la tarea de desarrollar guías metodológicas para facilitar la preparación y actualización periódica de un informe (de aquí en adelante “el Perfil”) sobre los sistemas de salud de cada uno de los países de ALC así como para vigilar y evaluar los procesos de RSS. En 1998, los países de la Región determinaron que los principios orientadores para la planificación y ejecución de RSS debían estar centrados en mejorar el acceso, la equidad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud. En 1999, se adoptó la Resolución CE124.R8 mediante la cual los Estados Miembros solicitaron a OPS/OMS apoyo técnico para institucionalizar el seguimiento y la evaluación continua de sus procesos de RSS. Como resultado, se publicó en el año 2000 los *Lineamientos Metodológicos para la Preparación de Perfiles de Sistemas de Salud: El Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector de la Salud*.

En este momento, los Perfiles han sido completados en 36 países de la Región de ALC. La evidencia producida como resultado del Monitoreo de las RSS constituyó la base para la elaboración de los *Análisis de Tendencias de las RSS en ALC*. En consecuencia, dichos análisis han sido fundamentales para la identificación de las tendencias y progreso de las RSS, así como de las áreas no acometidas por las Reformas, como por ejemplo las Funciones Esenciales de Salud Pública, el Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria

Nacional, el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud, y la Protección Social en Salud. La naturaleza concisa y la actualización periódica por los equipos técnicos nacionales del Perfil lo han convertido en una herramienta valiosa para los entes decisorios en el nivel nacional, subnacional, local e internacional.

La OPS/OMS ha continuado un proceso dinámico de formular, mejorar y adaptar los *Lineamientos Metodológicos* para la elaboración de los Perfiles. La versión actualizada y revisada que se presenta a continuación surge como resultado de las lecciones aprendidas de la aplicación de los *Lineamientos*, el surgimiento de nuevos desarrollos conceptuales en el campo de la salud pública y los sistemas de salud, y la evidencia creciente sobre la repercusión de las RSS en la Región de ALC.

Los ***Lineamientos Metodológicos para la Preparación de Perfiles de Sistemas de Salud: el Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio*** son particularmente relevantes en un escenario internacional donde las debilidades de los sistemas de salud han sido puestas de manifiesto como una de las barreras mas importantes al logro de los “*Objetivos de Desarrollo del Milenio*” (ODM), así como de otras metas de salud globales.

El compromiso de los países y los esfuerzos que actualmente se revelan para monitorear el progreso hacia el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud en temas como, la salud de los niños y salud reproductiva, la infección por VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y la nutrición brinda una oportunidad única para fortalecer la capacidad nacional de los países para generar y utilizar información para analizar, diseñar, implantar y vigilar sus sistemas de salud y los procesos de RSS.

Esperamos que esta publicación facilite la capacitación y empoderamiento de los equipos nacionales de salud sobre su sistema de salud, permitiéndoles conciliar y revitalizar su agenda de RSS con esfuerzos para fortalecer sus sistemas de salud.

PRISCILLA RIVAS-LORÍA

Asesora Regional en Reforma del Sector Salud
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA
DE LA SALUD**

KELLY SALDAÑA

Asesora Principal en Salud Pública
**AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA
EL DESARROLLO INTERNACIONAL**

ANTECEDENTES

SOLICITUD DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A lo largo de la década de los años noventa la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC) han estado introduciendo Reformas del Sector de la Salud (RSS) que han tenido una profunda influencia en la prestación de servicios de salud. En la “Cumbre de las Américas” efectuada en 1994¹ y en la Reunión Especial sobre RSS de 1995,² los Gobiernos de la Región de las Américas definieron la necesidad de diseñar Lineamientos para monitorear y evaluar las RSS en la Región. Los Estados Miembros definieron 5 conceptos clave o principios orientadores fundamentales de las reformas sanitarias que servirían de base para vigilar y evaluar el progreso de las reformas sanitarias en sus países, a saber la Equidad, la Eficacia y la Calidad, la Eficiencia, la Sostenibilidad y la Participación Social. Como resultado, la Organización Panamericana de la Salud, Organismo Mundial de la Salud (OPS/OMS) diseñó la Metodología para la Elaboración de Perfiles de Sistemas de Salud/Monitoreo y Evaluación de RSS en América Latina y el Caribe. El objetivo primordial de dicha guía fue apoyar a los países en el seguimiento y evaluación de sus procesos de RSS mediante la aplicación de preguntas guía e indicadores para cada uno de los conceptos clave de las reformas.

FIGURA A



1. Primera Cumbre de las Américas: “Plan de Acción”, Miami-EUA, 3-5 Dic, 1994.

2. BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, FNUAP, UNICEF, USAID: “Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud”. 29-30 Sep. 1995, Washington DC, División de Salud y Desarrollo Humano, Jun. 1996, 159 pp.

RESPUESTA

En 1999, los Estados Miembros de la OPS/OMS aprobaron la Resolución CD41.R12, titulada “Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Reforma del Sector de la Salud”.³ Los Estados Miembros le solicitaron a la OPS/OMS prestar apoyo para institucionalizar el monitoreo y la evaluación de sus procesos de reforma del sector de la salud. Sin embargo, pronto se hizo patente que para aplicar eficazmente la Metodología de Monitoreo y Evaluación (M&E) los países requerían un documento resumen y/o perfil, el cual consistiera de una descripción concisa y analítica de la estructura y la dinámica de su sistema de salud. En consecuencia, para monitorear las tendencias de RSS y su progreso, la OPS/OMS en estrecha colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), emprendió la tarea de formular los **Lineamientos para la Preparación de Perfiles de Sistemas de Salud**, incorporando la **Metodología para el Monitoreo y Evaluación de RSS** en dichos Lineamientos.

FIGURA B

ESTRUCTURA RESULTANTE DE LA FUSIÓN DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA PREPARACIÓN DE PERFILES DE SISTEMAS DE SALUD / MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS

| | |
|-----------|--|
| 1. | CONTEXTO POLÍTICO, SOCIAL, ECONÓMICO, DEMOGRÁFICO/EPIDEMIOLÓGICO QUE INCIDE EN EL DESARROLLO Y DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD |
| 2. | SISTEMA DE SALUD ESTRUCTURA GENERAL RECURSOS HUMANOS, MEDICAMENTOS, EQUIPO/TECNOLOGÍA FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD: RECTORÍA; FINANCIAMIENTO; ASEGURAMIENTO; Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD |
| 3. | REFORMA DEL SECTOR SALUD MONITOREO DEL PROCESO: DINÁMICA DE LAS REFORMAS; CONTENIDO DE LAS REFORMAS EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EQUIDAD, EFICIENCIA, EFECTIVIDAD/CALIDAD, SOSTENIBILIDAD, PARTICIPACIÓN SOCIAL |

Aunque ambos Lineamientos pueden usarse por separado, el monitoreo y la evaluación de los procesos de reforma sanitaria se han beneficiado enormemente de los resultados del análisis de ambos, incluyendo el contexto en que el sistema de salud opera; su estructura y organización general; sus recursos; y lo que es más importante, las funciones fundamentales del sistema de salud. En la mayoría de los países habría sido imposible analizar el sistema de salud sin incorporar la repercusión de las reformas programadas o en curso.

3. PAHO/WHO, 41st Consejo Directivo, Resolución CD41.R12, 30 Septiembre, 1999.

LIMITANTES METODOLÓGICAS

La formulación del primer y segundo ciclo, en 1998 y 2000 respectivamente, de los Lineamientos Metodológicos enfrentaron limitantes metodológicas. En primer lugar, en algunos países la información disponible resultó ser insuficiente y poco confiable, no se recopilaba con el nivel de desagregación requerida, por ejemplo por sexo, edad, ingreso o distribución geográfica. En otros, aun existiendo la información, no se recopilaba de manera sistemática, no estaba disponible y no se diseminaba en forma adecuada. En segundo lugar, la diversidad cultural y de modelos organizativos produjo notables diferencias en las definiciones de conceptos y/o en la terminología empleada. Esta limitante se ha tratado de minimizar incluyendo un Glosario con definiciones de conceptos y términos. En tercer lugar, los sistemas de servicios de salud son realidades complejas y dinámicas, en las que la separación entre las etapas de continuidad y las etapas de cambio acelerado e intencionado no siempre pueden establecerse con nitidez. Esa separación es todavía más difícil entre las distintas etapas o fases de las RSS, las cuales distan de ser procesos planificados y que difieren de un país a otro. Por tanto, no es posible establecer una relación causa-efecto entre el quehacer de los sistemas de salud, los procesos de Reforma Sectorial (RS), y el impacto sobre las variables propuestas para evaluar sus resultados.

Para afrontar estos desafíos durante la elaboración de la *primera versión* de los Lineamientos se incluyó:

- (I) La experiencia previa de la OPS en materia de diseño, colección, procesamiento, validación y diseminación de información sobre la situación sanitaria y sus tendencias;
- (II) El trabajo del personal de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, tanto en la sede como en el campo,⁴ así como con la colaboración del personal de las otras divisiones, unidades y programas;
- (III) La experiencia de otros organismos de cooperación que trabajan dentro y fuera de la región, particularmente la División de Análisis, Investigación y Evaluación de la OMS,⁵ la Oficina Regional Europea de la OMS,⁶ la OCDE,⁷ el PNUD⁸ y el Banco Mundial;⁹
- (IV) La rica experiencia de los 17 países que entre octubre de 1997 y mayo de 1998 implantaron la "Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de la Reforma Sectorial",¹⁰

4. Entre ellas, la experiencia de la realización de los Análisis Sectoriales del Sector Salud en Chihuahua (México), Nicaragua y Paraguay.

5. WHO-Division of Analysis, Research and Assessment: "Methods for Evaluating Effects of Health Reforms: Current Concerns". WHO ARA, Paper No. 13, Geneva, 1997.

6. EURO/WHO: "Country Health Systems Profiles: Generic Template and Questionnaire" (draft), Copenhagen, Nov, 1997.

7. OECD: "OECD Health Data 97. A Software for the Comparative Analysis of 29 Health Systems", CREDES, Paris, 1997.

8. PNUD: "Informe sobre Desarrollo Humano", años 1995, 1996 y 1997, Naciones Unidas, Nueva York.

9. World Bank: "World Development Report 1993. Investing in Health", Oxford University Press, New York, 1993.

10. LACHSR: "Baseline for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean", (mimeo) Technical Series No.2, Washington DC, 1998.

- (V) Los resultados de la prueba de factibilidad de una versión preliminar de los Lineamientos en cinco países (Chile, República Dominicana, Perú, El Salvador y Jamaica), así como los aportes de las representaciones de la OPS/OMS en otros ocho países (México, Panamá, Uruguay, Paraguay, Colombia, Cuba, Argentina y Guyana);
- (VI) Los aportes de la reunión internacional de expertos convocada al efecto en la sede de la OPS/OMS en abril de 1998.

En 1999 la experiencia fue presentada y discutida en el Foro Sub Regional Andino sobre RS, y sugerencias adicionales fueron incorporadas a los Lineamientos. La reunión también sirvió para constatar que el éxito de este trabajo depende en gran medida del apoyo de las Autoridades Sanitarias Nacionales y del compromiso de los funcionarios y profesionales de los países, ya que son los usuarios principales de los resultados. Finalmente, la revisión externa de un borrador de la segunda edición de los Lineamientos fue efectuada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y por la Escola de Saúde Pública de la Fundacao Osvaldo Cruz de Brasil. Muchas de las sugerencias de ambas entidades fueron incorporadas a la *segunda* versión de los Lineamientos.

IMPACTO

La naturaleza concisa y actualización periódica del Perfil ha hecho de éste una herramienta valiosa para: (1) Los profesionales de país que trabajan en la planificación y administración de los sistemas y servicios de salud; (2) Los profesionales del campo que trabajan para organismos de cooperación financiera/técnica y las organizaciones no gubernamentales; (3) Los gerentes y profesionales de instituciones del sector público, tales como el ministerio de planificación y finanzas así como las instituciones de salud privadas; (4) instituciones académicas de salud; y (5) los tomadores de decisiones de política sanitaria a nivel nacional, subnacional e internacional. Por consiguiente, la aplicación de la metodología ha resultado en funcionarios de salud a nivel de país capacitados y empoderados con conocimiento pertinente sobre su sistema de salud y sus procesos de reforma del sector salud.¹¹ Actualmente, 36 países de la Región han completado sus Perfiles, incluida la sección de monitoreo y evaluación de sus procesos de reforma en salud. Dos tercios de los Perfiles se han revisado y actualizado y están actualmente disponibles en segunda edición. El cien por cien ha sido sometido a revisión por pares de instituciones académicas nacionales reconocidas. Los Perfiles pueden accederse fácilmente a través del portal de la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de ALC: <http://www.lachsr.org>.

11. Rivas-Loría P. Health Sector Analysis in Latin America and the Caribbean. Proceedings of the Symposium "Alliances for Public Health PAHO-USAID"; 2004 Sep 13-14; Washington, DC.

La evidencia resultante del monitoreo de las Reformas del Sector Salud se ha convertido en la base para la elaboración de: *Análisis Sub Regional sobre Tendencias de Reforma del Sector de la Salud para la Región Centroamericana*,¹² la *Región Andina*,¹³ la *Región del Caribe de Habla Inglesa*¹⁴ y para la *Región de las Américas*.¹⁵ Por tanto, estos análisis han sido fundamentales para la identificación de las tendencias y progreso de RSS para la Región de las Américas, así como las áreas no acometidas por las Reformas como las Funciones Esenciales de Salud Pública, Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud y la Protección Social en Salud.¹⁶

FIGURA C



12. Rivas-Loría, P., Infante A., Pedroza J., Reinharz D. "Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana", Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: USAID-OPS/OMS. Edición Especial No. 10. Washington DC, 2002. (<http://www.lachsr.org>).
13. Rivas-Loría, P., Infante A., Murillo R., Pedroza J., Schweiger A. et al. "Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina" Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: USAID-OPS/OMS. Edición Especial No. 11. Washington DC, 2002. (<http://www.lachsr.org>).
14. Rivas-Loría, P., Entwistle, M., La Foucade, A. "Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Sub-Región del Caribe Inglés", Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: USAID-OPS/OMS. Edición Especial No. 12. Washington DC, 2002. (<http://www.lachsr.org>).
15. Rivas-Loría, P., Shelton C. "Health Sector Reform Trends in LAC: Are Health Reform and Health Systems Development Moving Forward?", Strengthening Health Systems and Reforms, LACHSR Bulletin, March 2005.
16. López-Acuna D. "La Nueva Generación de Reformas del Sector Salud: Fortaleciendo los Sistemas de Salud" Foro Regional de Reforma del Sector Salud, Antigua Guatemala, 19-22 julio, 2004.

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON LOS PAÍSES¹⁷

La evolución del concepto y práctica de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud se ha centrado en el fortalecimiento de sus Oficinas de País. Actualmente dicho proceso está orientado a consolidar la descentralización de las responsabilidades, recursos, funciones y ejecución de la cooperación técnica. El contenido de la cooperación técnica de la OPS se basa esencialmente en las necesidades de sus países miembros, y se consolida en las prioridades estratégicas y programáticas de la Organización.

Recientemente, tanto la OMS como la OPS han puesto énfasis en la articulación de las demandas y recursos de cooperación hacia resultados específicos para el logro del Desarrollo Nacional de la Salud en cada país. Éste constituye el criterio básico para la organización, asignación de recursos, gestión y evaluación de la cooperación técnica de la Organización en sus diferentes niveles de operación.

Lo anterior demanda el ejercicio permanente de análisis y concertación con los países de las necesidades y prioridades nacionales, así como del potencial nacional e internacional de cooperación mediante la formulación conjunta de la estrategia de cooperación (CCS) de la OMS/OPS para el mediano plazo y enfocada en cada país de la Región.

La Estrategia de Cooperación con el País (CCS) es una metodología propuesta por la OMS en el marco de la “Iniciativa Focalizada en los Países”, que permite construir una visión a mediano plazo (4-6 años) para la cooperación técnica de la OMS/OPS con cada país. Su objetivo es elaborar una propuesta integrada de cooperación, que responda a las políticas y necesidades del país, en el contexto de acuerdos colectivos permitiendo desarrollar una sola estrategia y un solo presupuesto.

Uno de los insumos fundamentales de la Estrategia de Cooperación con el País lo constituyen los Perfiles de los Sistemas de Salud y Monitoreo de los Procesos de Cambio/Reforma (<http://www.lachsr.org/es/profiles.cfm>). No obstante, se apoya en otros instrumentos y metodologías generados por la Organización¹⁸ tales como: (1) Análisis del Sector Salud (<http://www.lachsr.org/es/hsanalyses.cfm>); (2) Análisis Sectorial de Agua y Saneamiento; (3) Iniciativa de Datos Básicos de Salud (<http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>); (4) Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública; (5) Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (<http://www.lachsr.org/es/toolsframeworks.cfm?view=categoryAsDoc&viewid=14>); (6) Observatorio de Recursos Humanos en Salud (<http://www.lachsr.org/es/observatorio.cfm>); (7) Caracterización de la Exclusión Social en Salud (<http://www.lachsr.org/es/socialprotect.cfm>); y (8) Evaluación de los Programas Nacionales de Inmunización.

17. OPS/OMS. “La Experiencia en la Aplicación de la Metodología de Estrategia de Cooperación con los Países (CCS) en la Región de las Américas”. CD46/INF/4, 57.a Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005.

18. Desarrolladas por OPS/OMS.

ACTUALIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

En el Consejo Directivo OPS/OMS efectuado en 1999 los gobiernos de la Región solicitaron apoyo técnico a la Organización en el seguimiento de la reformas del sector salud en las Américas mediante Resolución CD41.R12 (<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/govbodies-CD.htm>). En consecuencia, la OPS/OMS ha continuado el proceso de desarrollo, perfeccionamiento y adecuación de los *Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de Perfiles de Sistemas de Salud* y para el *Seguimiento y Monitoreo de sus Procesos de Cambio en América Latina y el Caribe*. Igualmente, ha prestado cooperación técnica en su aplicación en todos los países de la Región, y en la elaboración de sus informes periódicos.

No obstante, la creciente evidencia con respecto al impacto de los procesos de Reforma Sectorial en ALC y su contribución a nuevos desarrollos conceptuales ha llevado a reconocer que la *Nueva Agenda de Reformas Sectoriales*¹⁹ debe contribuir a instrumentar esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud. Por tanto, las estrategias y políticas deben estar dirigidas a: (1) la reducción de inequidades en salud; (2) solidaridad en el financiamiento; (3) orientar las intervenciones hacia las poblaciones mas vulnerables; (4) utilizar modelos de atención basados en promoción de la salud y prevención de enfermedades; (5) la salud pública; (6) el desarrollo integral y sostenido de la fuerza de trabajo en salud; (7) fortalecimiento de la función rectora; y (8) la protección social en salud^{20,21}

La actualización periódica, cada tres (3) años, de los lineamientos metodológicos para la elaboración de los perfiles y la incorporación de nuevos desarrollos conceptuales es de crucial importancia no solo para monitorear los procesos de cambio/reforma de los sistemas de salud sino como un mecanismo de generación del conocimiento que puede inducir al fortalecimiento del desempeño de los sistemas de salud.

19. Mirta Rosés Periago, Discurso de Apertura, Consulta Regional Sobre el Trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud, OPS/OMS, Washington DC, 5 Julio 2005.

20. de Savigny, D, Kasale, H, Mbuya, C, and Reid, G. *In Focus: Fixing Health Systems*. Canada: IDRC 2004; 126 (http://web.idrc.ca/en/ev-64763-201-1-DO_TOPIC.html)

21. Evans, T and Bennett, S. *Making Health Systems Work*. Health Systems Action Network. 2005:4 (http://www.phrplus.org/Pubs/HSANFull_article.pdf)

PROPÓSITO

El propósito de los *Lineamientos* es fortalecer la capacidad institucional a nivel de país para preparar un informe denominado “Perfil de Sistemas de Salud”. Este deberá contener una breve descripción y análisis de tres elementos principales relativos al Sistema de Salud a saber, (1) Contexto del Sistema de Salud; (2) Funciones del Sistema de Salud; y (3) Monitoreo de los Procesos de Cambio/Reforma de los Sistemas de Salud.

A fin de facilitar y fortalecer la capacidad institucional a nivel de país para analizar, monitorear y evaluar la reforma de salud la OPS/OMS ha elaborado varias herramientas y metodologías. En consecuencia, los objetivos específicos del ajuste a los lineamientos incluyen:

- Armonizar las herramientas y las metodologías elaboradas para fortalecer la capacidad institucional a nivel de país para monitorear y analizar los procesos de cambio/Reforma;
- Incorporar los avances conceptuales en salud pública/desarrollo de sistemas de salud;
- Incluir los temas no abordados por los procesos de reforma, como son la Salud Pública; la Función Rectora; y el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud;
- Proveer apoyo al desarrollo de la Estrategia de Cooperación Técnica centrada en los Países (CFTC); y
- Simplificar la aplicación de los lineamientos metodológicos mediante un formato amigable con el objetivo de estimular su permanente actualización.

POBLACIÓN OBJETIVO

A nivel de los países:

- Las autoridades sanitarias del nivel central, y de los niveles subnacionales (intermedios y locales);
- Profesionales nacionales de las áreas de planificación y administración de sistemas y servicios de salud, así como profesionales de campo de los organismos de cooperación técnica y financiera, y de las ONG's;
- Personal directivo y profesional de otras instituciones públicas (por ejemplo, Ministerios de Planificación y Finanzas); y privadas del sector;
- Instituciones docentes relacionadas con el sector;
- Profesionales de la salud;
- Medios de comunicación y el público en general.

En el ámbito internacional:

- Personal directivo y profesional de la OPS/OMS y de otros organismos de cooperación técnica o financiera de tipo bilateral o multilateral;
- Autoridades sanitarias nacionales de otros países y de otras regiones;
- Universidades y centros dedicados a la docencia en salud pública, administración y gestión sanitaria;
- Revistas especializadas; y
- Medios de comunicación.

NUEVA ESTRUCTURA

La estructura de los Lineamientos Metodológicos busca facilitar la colección, preparación y actualización periódica del Perfil basado en las tres áreas temáticas incluidas en la metodología.

Igualmente, busca armonizar su estructura a la utilizada en los *Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector de la Salud*. El Análisis del Sector de la Salud es un proceso colectivo y participativo que procura fortalecer la capacidad de los niveles técnicos y políticos dentro del país para conducir el sector de la salud. El documento resultante describe la situación sanitaria del país así como el desempeño del sistema de salud. El Análisis orienta la identificación y selección de las intervenciones prioritarias para la formulación de políticas sanitarias y el desarrollo de sistemas de salud. Dicho proceso ha sido completado exitosamente en Bolivia, Costa Rica, Cuba, Guyana, Haití, Nicaragua, Paraguay, y Puerto Rico. (<http://www.lachsr.org/es/hsanalyses.cfm>)

La evidencia acumulada mediante la aplicación de la primera y segunda versión de los lineamientos indica que el lapso de tiempo entre la aplicación de un conjunto de intervenciones y su eventual impacto es usualmente prolongado para que los efectos sean observados en el relativamente corto período de tiempo en que se ha estado monitoreando la dinámica, el proceso y el contenido de las reformas (a partir de 1999).

Lo anterior expuesto induce a que los esfuerzos por completar evaluaciones de las reformas produzcan información y evidencia inexacta y de poca utilidad para los decisores políticos. En función de lo anterior, se determinó focalizar los lineamientos metodológicos en el Monitoreo de los Procesos de Cambio/Reforma de los Sistemas de Salud. Otros instrumentos y procesos de producción del conocimiento deberán ser desarrollados y utilizados a futuro para dar cuenta del componente de evaluación.

La estructura de los Lineamientos Metodológicos que se presenta a continuación incorpora tres grandes áreas temáticas, a saber:

(1) CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

(2) FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

(3) MONITOREO DEL PROCESO DE CAMBIO/REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

(1) CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD. Está constituida por dos sub-temas a saber, (i) Análisis de la Situación de Salud; y (ii) Determinantes de la Salud. El Análisis de la Situación Sanitaria describe la situación general del estado de salud de la población. La sección sobre Determinantes de la Salud resume y analiza los determinantes políticos, económicos y sociales que influyen en la situación sanitaria y el desempeño del sistema de salud.

2) FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD. Describe y analiza la organización general, los recursos y el desempeño de las funciones del sistema de salud, incluyendo la Función Rectora; Financiamiento/Aseguramiento; y Provisión de Servicios de Salud.

(3) MONITOREO DEL PROCESO DE CAMBIO/REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD. Caracteriza y analiza las fases o etapas de transformación intensificada del sistema de salud y/o procesos de reforma.

Con el objetivo de facilitar la homogeneidad entre países sobre la terminología utilizada en los lineamientos metodológicos, se incluye un *Glosario*, al final del documento.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

EL EQUIPO DE TRABAJO

El liderazgo del Ministerio de Salud y otras instituciones del sector de la salud (por ejemplo, seguridad social, el sector privado, universidades, etc.) es de crucial importancia para la preparación y/o revisión del Perfil. Estos deberán convocar e informar al resto de los actores del sector salud acerca de los objetivos y el alcance del mismo.

El número de integrantes del equipo de trabajo no deberá exceder a seis personas, dentro del cual se recomienda se asigne un responsable por cada uno de los acápites de la metodología.

Se sugiere que se lleva a cabo al menos una reunión del equipo de trabajo general a cargo de la preparación y/o revisión del Perfil al comienzo y al final del proceso; y reuniones frecuentes de los equipo de trabajo por cada área temática.

La Autoridad Sanitaria Nacional y la Oficina de país de la OPS/OMS contarán con el apoyo técnico requerido en los profesionales del Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la OPS/OMS.

¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN UTILIZAR Y DÓNDE OBTENERLA?

Las siguientes fuentes deberán ser utilizadas en la preparación y/o revisión del Perfil:

- a) La información ya disponible, privilegiando la información institucional publicada en fuentes oficiales nacionales.
- b) La información publicada los organismos internacionales de cooperación técnica y/o financiera.
- c) La información no publicada procedente de fuentes oficiales nacionales (“literatura gris”), siempre que no exista objeción para su uso. El portal de la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de ALC contiene una sección dedicada exclusivamente a fuentes de información de literatura gris que se recomienda consultar: http://www.lachsr.org/literatura_gris
- d) La información publicada en fuentes no oficiales que se considere relevante.

De no existir información o si la información es incompleta (por ejemplo, subregistro de mortalidad) o si se detectan sesgos documentados, éstos se harán constar en el documento de perfil (por ejemplo, información referida sólo a los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud). En aquellos casos donde se conoce que la información existe pero no ha estado disponible durante la preparación del Perfil, esto se hará constar expresamente, indicando dónde se encuentra y, si es relevante, cuál fue la causa de no poder acceder a ella.

ABORDAJE DE LAS ÁREAS TEMÁTICAS

Las tres áreas temáticas incluidas en los Lineamientos se consideran indispensables para elaborar el Perfil y se recomienda que se aborden *todas y en el orden en que se proponen*. Información referente a temas no mencionados podrá incluirse, con carácter excepcional, sólo si arroja luz sobre aspectos cruciales del sistema de salud del país y de sus procesos de cambio, tomando en cuenta que no sobrepase la extensión total recomendada. En cada una de las áreas temáticas se incluye información cuantitativa y cualitativa.

Con relación a la *información cuantitativa*, se ha tratado de incluir aquella de la que se conoce su existencia y disponibilidad en la mayoría de los países. Siempre que sea posible, la información cuantitativa se presentará en forma de tabla o gráfico y se comentará la evolución de la serie temporal (si se dispone de ella) para los tres últimos períodos quinquenales, por ejemplo: 1993-1996; 1997-2000; y 2001-2004.

Con relación a la *información cualitativa*, los Lineamientos buscan ser autos explicativos. Por ejemplo, aclarando el alcance de lo que se pretende conocer, clarificando términos y sugiriendo la extensión aproximada que el tema podría ocupar en el Perfil (por ejemplo, una línea, unas pocas líneas o un párrafo). En este punto es importante que el equipo de trabajo diferencie entre “*información cualitativa*”, “*opinión calificada*” y “*juicio de valor*”. Por ejemplo, si en un país una determinada propuesta ministerial de reforma del sector (o de un aspecto importante del mismo) generó oposición y fue finalmente desechada, ésa es una información

cualitativa relevante que debe ser consignada. Si la oposición provino de diversos actores (internos al propio gobierno o externos), la valoración acerca del peso de cada uno en el rechazo es materia opinable y sólo se consignará si hay suficiente consenso sobre ella. La valoración sobre las razones de cada actor para oponerse, caería ya dentro los “juicios de valor” y deberá así registrarse.

PRESENTACIÓN DEL PERFIL

En una primera etapa se usarán los Lineamientos Metodológicos como una guía práctica para la recolección de información solicitada sobre el contexto de salud, las funciones del sistema de salud y el monitoreo de los procesos de cambio. Sobre el trabajo realizado, se comenzará con la segunda etapa de trabajo que se refiere a la discusión y consenso de los datos obtenidos con el análisis apropiado de los mismos. Como tercera y última etapa, el equipo de trabajo desarrollará de forma narrativa los resultados obtenidos en las etapas anteriores. Se insiste en el carácter sintético y objetivo de la narrativa final del Perfil, en la que se deberán evitar las descripciones largas y detalladas. De la misma manera, se recomienda que se utilice un estilo de redacción con frases cortas y con una puntuación y acentuación adecuada para evitar las intercalaciones y el empleo excesivo de oraciones subordinadas.

Se deberá respetar la notación en español, portugués y francés para los números, es decir, “,” como símbolo de decimales y “.” como símbolo de agrupación de millares y millones. En el caso de los Perfiles elaborados en inglés, o en la traducción a este idioma de Perfiles elaborados inicialmente en otros idiomas, se respetará la notación existente en inglés, es decir, “.” como símbolo de decimales y “,” como símbolo de agrupación de millares y millones.

La extensión total del documento, incluyendo el capítulo de Bibliografía, deberá tener entre 30 y 35 páginas, a 1,5 espacios, en letra Arial tamaño 11. A ello se añadirá el Resumen Ejecutivo que tendrá una extensión no superior de dos páginas. Deberá buscarse un equilibrio entre la parte gráfica y el texto. Se sugiere que los epígrafes que contienen información cuantitativa presentada en forma de tablas o gráficos se organicen de modo tal que ésta no supere el 40 a 50% de la extensión total del epígrafe.

El Perfil del Sistema de Salud debe ser lo más objetivo posible, manejable en cuanto a tamaño, accesible a través del portal de la OPS/OMS (<http://www.paho.org>), así como a través del portal de la LACRSS (<http://www.lachsr.org>), y de actualización periódica; se recomienda que dicha actualización se lleve a cabo al menos trienalmente. A continuación, se proponen las extensiones aproximadas para cada una de las áreas temáticas del Perfil y se recomienda que el total del Perfil no exceda las 35 páginas:

| | |
|--|-----------------|
| (1) CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD | 3 - 4 PÁGINAS |
| (2) FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD | 10 - 12 PÁGINAS |
| (3) MONITOREO DEL PROCESO DE CAMBIO DE LOS SISTEMAS DE SALUD | 15 - 20 PÁGINAS |
| BIBLIOGRAFÍA | 1 - 2 PÁGINAS |
| Total | 30 - 35 PÁGINAS |

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA

Revisiones globales del Perfil deberán realizarse con una periodicidad trienal. Modificaciones parciales para cada área temática pueden ser posibles en cualquier momento. En este caso, la Autoridad Sanitaria Nacional enviará las modificaciones propuestas mediante el/la Representante de la OPS/OMS al punto focal designado en la sede OPS/OMS.

La elaboración de la nueva edición del perfil y las revisiones globales deberán incorporar, al menos, una revisión externa. Para ello, las representaciones de la OPS/OMS en los países podrán acordar con una (o más) institución(es) nacional(es) de reconocido prestigio la forma de efectuar dicha revisión. Esta revisión externa deberá hacerse antes de enviar la nueva versión del Perfil al equipo editor en la Sede.

METODOLOGÍA

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

El propósito de esta sección es sintetizar y examinar aquella información disponible sobre la situación de salud del país. De igual manera, analizar la información relativa a los determinantes externos de la situación de salud que tienen que ver con el contexto político, económico y social del país y que inciden en el desempeño del sistema de salud. En tal sentido, el objetivo es identificar y analizar los determinantes predominantemente externos al sector salud que condicionan las intervenciones en salud y los resultados obtenidos. Buena parte de dicha información se encuentra disponible, ha sido manejada con anterioridad y, a menudo, publicada en los países.

1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

El objetivo de esta sección es valorar la situación general del estado de salud de la población del país. Para ello, el nivel de desarrollo de los sistemas nacionales de información en salud y más concretamente, la disponibilidad de datos desagregados por género, etnia, grupo etario, etc., al igual que la calidad, integridad y consistencia interna de dichos datos, va a afectar la capacidad de caracterizar el estado de salud. Para completar este acápite se recomienda consolidar, resumir y actualizar dicha información considerando las Variables de Análisis e Indicadores que se señalan a continuación:

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

El conocimiento de la estructura y tendencias del crecimiento poblacional es de gran relevancia ya que los requerimientos del sistema de salud son afectados por el tamaño, distribución geográfica, estructura etaria y crecimiento poblacional.

La finalidad de este acápite es analizar las variables demográficas que actúan como condicionantes de la situación de salud en el nivel nacional. Para ello se examinará la tendencia del promedio de cada variable para cada uno de los tres períodos quinquenales del 1990 - 2005.

Favor completar la siguiente tabla (No.1) y comentar la tendencia por período quinquenal para cada una de las variables para el período del 1990 - 2005. Si posible, favor anexar la pirámide poblacional para cada uno de los períodos.

TABLA 1: TENDENCIA DEMOGRÁFICA

| Períodos/ Indicadores | 1990-1994 | | 1995-1999 | | 2000-2005 | |
|---|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Población total (miles) | | | | | | |
| Proporción de población urbana | | | | | | |
| Población indígena | | | | | | |
| Proporción de población menor de 15 años | | | | | | |
| Proporción de población 60 años y más | | | | | | |
| Tasa de crecimiento anual de la población | | | | | | |
| Tasa global de fecundidad | | | | | | |
| Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes | | | | | | |
| Tasa bruta de mortalidad | | | | | | |
| Esperanza de vida al nacer | | | | | | |
| Saldo migratorio | | | | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

El análisis epidemiológico debe caracterizar sintéticamente el estado de salud poblacional; es decir, presentar en forma resumida un conjunto relevante de características descriptivas de la salud en una población determinada. La utilidad de dicho análisis en la elaboración del Perfil de sistemas de salud va a depender de la disponibilidad y calidad de los datos. Afortunadamente, en muchas jurisdicciones administrativas del sector de la salud de los países de las Américas, existe una práctica establecida de producción periódica de reportes sobre el estado de salud. Por ello, como parte del ejercicio de construcción del Perfil, se recomienda recopilar y sistematizar la información de estudios existentes en el país sobre el estado de salud de la población y sus tendencias en los últimos años.

Favor completar la siguiente tabla y comentar la tendencia por período quinquenal para cada una de las variables para el período del 1990 - 2005. En el caso de que se tengan los datos desagregados por sexo por favor ingresarlos.

TABLA 2: MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO

| Períodos/ Indicadores | 1990-1994 | | 1995-1999 | | 2000-2005*** | |
|---|-----------|---------|-----------|---------|--------------|---------|
| | Urbana | Rural** | Urbana | Rural** | Urbana | Rural** |
| Prevalencia de bajo peso al nacer | | | | | | |
| Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años) | | | | | | |
| Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años* | | | | | | |
| Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad | | | | | | |
| Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario capacitado | | | | | | |
| Número anual de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación* | | | | | | |
| Incidencia anual de infecciones por Influenza | | | | | | |
| Número anual de casos confirmados de dengue* | | | | | | |
| Número anual de casos confirmados de malaria* | | | | | | |
| Incidencia anual de TBC* | | | | | | |
| Incidencia anual de TBC baciloscopía positiva | | | | | | |
| Incidencia anual de VIH/SIDA | | | | | | |
| Razón de casos de VIH/SIDA (hombre/mujer) | | | | | | |
| Incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón * | | | | | | |
| Incidencia anual de neoplasias malignas de mama en la mujer | | | | | | |
| Incidencia anual de neoplasias malignas de cuello de útero | | | | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

* Favor desagregar por sexo si se cuenta con esta información.

** Favor desagregar en rural e indígena si se cuenta con esta información.

***Favor elaborar gráfico de tendencia para los últimos 5 años.

TABLA 3: TASA DE MORTALIDAD

| | General | Materna | Enfermedades transmisibles de reporte obligatorio | TBC | SIDA | Malaria | Enfermedades del aparato circulatorio | Enfermedades neoplásicas malignas | Causas externas |
|-----------------------|---------|---------|--|-----|------|---------|---|---|--------------------|
| Períodos | | | | | | | | | |
| 1990-1994 | | | | | | | | | |
| 1995-1999 | | | | | | | | | |
| 2000-2005 | | | | | | | | | |
| Género | | | | | | | | | |
| Hombres | | | | | | | | | |
| Mujeres | | | | | | | | | |
| Zona Geográfica | | | | | | | | | |
| Urbana | | | | | | | | | |
| Rural | | | | | | | | | |
| Pertenencia Étnica * | | | | | | | | | |
| Blanco | | | | | | | | | |
| Indígena | | | | | | | | | |
| Mestiza | | | | | | | | | |
| Afro- Descendiente | | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | |

FUENTE(S):

*Cada país especificará los grupos étnicos existentes.

TABLA 4: MORTALIDAD INFANTIL*

| | Neonatal (0 a 28 días) | Post neonatal (28 días a 1 año) | Infantil (0 a 1 año) | Post-Infantil (1 a 4 años) | Total (1- 5 años)** |
|---|---------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Períodos | | | | | |
| 1990-1994 | | | | | |
| 1995-1999 | | | | | |
| 2000-2005 | | | | | |
| Causas | | | | | |
| Afecciones originadas en el período perinatal (Trauma del nacimiento/ asfixia y la prematurez) | | | | | |
| Enfermedades infecciosas intestinales (EDA) | | | | | |
| Enfermedades de las vías respiratorias agudas (IRA) | | | | | |
| Anomalías congénitas | | | | | |
| Deficiencias de la nutrición | | | | | |
| Otras causas | | | | | |
| Zonas Geográficas | | | | | |
| Urbana | | | | | |
| Rural | | | | | |
| Pertenencia Étnica *** | | | | | |
| Blanca | | | | | |
| Indígena | | | | | |
| Mestiza | | | | | |
| Afro-descendiente | | | | | |
| Otros | | | | | |

FUENTE(S):

*Mortalidad Infantil por cada mil nacidos vivos en los últimos 15 años.

** Favor desagregar por sexo si se cuenta con esta información.

***Cada país especificará los grupos étnicos existentes.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

Para los efectos de la elaboración del Perfil de Sistemas de Salud se estima necesario documentar la posición actual del sector con respecto a las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las metas ODM fueron establecidas luego de la Declaración y Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000) y comprenden 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores. Las metas ODM dan gran prominencia a los temas de salud: tres de los 8 objetivos y ocho de las 18 metas están directamente relacionadas con la salud, e incluyen indicadores a ser vigilados por la OMS. (www.un.org/spanish/millenniumgoals/)

El ejercicio de elaboración del Perfil de Sistemas de Salud brinda una excelente oportunidad para establecer una línea de base consensuada para cada uno de los indicadores relacionados con salud, así como para establecer la magnitud del cambio requerido para alcanzar las metas establecidas, tomando en consideración el cambio observado entre 1990 y 2000 respecto a cada indicador. Así mismo, es posible identificar las estrategias e intervenciones a fin de establecer la factibilidad del logro de cada meta, incluyendo propuestas de estratificación y/o focalización de poblaciones y actividades prioritarias. Siguiendo la siguiente tabla (No.5) como marco referencial, describa brevemente cual es la situación del país con respecto a cada uno de los ODM y la información solicitada.

TABLA 5: OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

| ODM | Institución/ es responsables | Bases de datos estandarizados* | Información actualizada | Identificación de brechas al 2015** | Identificación de inter- venciones*** | Plan estratégico 2015**** | Asignación Presupuestaria |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---|---|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre | | | | | | | |
| 2. Lograr la enseñanza primaria universal | | | | | | | |
| 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer | | | | | | | |
| 4. Reducir la mortalidad de la niñez | | | | | | | |
| 5. Mejorar la salud materna | | | | | | | |
| 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades | | | | | | | |
| 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente | | | | | | | |
| 8. Promover una asociación mundial para el desarrollo | | | | | | | |

FUENTE(S):

*Nivel básico de estandarización de los indicadores nacionales e internacionales.

Por ejemplo: Índice de pobreza, mortalidad materna, acceso a agua potable, etc.

**Favor de presentar el gráfico de tendencias del país con respecto a los ODM (si se tuviera).

***Favor de mencionar aquellas intervenciones que intervengan en más de 1 ODM (Intervenciones intersectoriales).

**** Favor de describir el plan estratégico de país para la consecución de los ODM al año 2015.

1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

El objetivo de este acápite es ayudar a resumir y analizar aquella información sobre los determinantes externos a la situación de salud o del desempeño de sistema de salud que tienen que ver con el contexto político, económico y social del país. Se trata de determinantes predominantemente externos al sector pero que condicionan su actividad y sus resultados.

DETERMINANTES POLÍTICOS

A nivel mundial, el inicio de la década de los años noventa marcó el comienzo de una nueva etapa de vida económica y social. La desaparición del llamado “socialismo real” y el fin de la Guerra Fría, marcaron el inicio de una nueva era marcada por la unipolaridad, el predominio de los incentivos de mercado y las tendencias a la globalización de diversas esferas de la vida política, económica, y social.

Para la Región de América Latina y el Caribe, significó el fin de la mayoría de los regímenes autoritarios y la generalización de la democracia. También se observó un aumento de los niveles de pobreza y el desempleo. Fenómenos como la violencia política y social, las violaciones a los derechos democráticos, las denuncias de corrupción en los más altos cargos, los conflictos fronterizos o la presión del poder ilegítimo del narcotráfico se incrementaron en varios países. Sin embargo, al mismo tiempo se afianzaba la idea de que consolidar la democracia implicaba lograr un modelo de crecimiento económico con desarrollo, capaz de insertar a la región en el mundo globalizado, sin someterse a una posición subalterna y que, además, permitiera reducir los elevados grados de inequidad existente. Por tanto, se pusieron en marcha (o se reactivaron) dos tipos de procesos: (i) de integración sub-regional y coordinación regional y hemisférica; y (ii) de modificación profunda de las relaciones entre sociedad y Estado.

La modificación de las relaciones entre sociedad y Estado, se hicieron en un primer momento sobre la base de las políticas de ajuste estructural, de más mercado y menos Estado. La redefinición del papel del Estado ha implicado su reforzamiento en ciertas funciones clave (regulación, control, evaluación) y un peso mayor de la iniciativa privada en la provisión de servicios. Aunque los procesos han seguido caminos distintos en cada país, la mayoría de programas de reforma y modernización del Estado han pretendido dar respuesta a problemas de déficit público, deuda externa, excesiva centralización, ineficiencia administrativa, baja satisfacción de las demandas sociales y fragilidad del sistema político democrático. Adicionalmente, han incorporado políticas en favor de grupos vulnerables y de lucha contra la pobreza, en particular, contra la pobreza extrema. Por el momento, el efecto de estos programas ha sido desigual.²²

Favor de referirse a la siguiente guía para describir y analizar brevemente los determinantes políticos de salud. En cada uno de los puntos descritos se le solicita contestar Sí o No. En caso de contestar Sí, favor comentar brevemente incluyendo ejemplos.

22. French-Davis, R. “Reformas para América Latina después del Fundamentalismo Neoliberal” (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005).

Existen situaciones de inestabilidad o violencia política.Sí ☐Comente cómo afecta al sector salud: _____
_____No ☐**Forma parte el país de alguna iniciativa subregional o zona de libre comercio.**Sí ☐Comente si existen estudios sobre sus repercusiones sobre el conjunto de las políticas sociales: _____
_____No ☐**Existen formulaciones explícitas sobre la necesidad de reformar el Estado.**Sí ☐Comente sus principales componentes y analice su desarrollo: _____
_____No ☐**Existe cooperación externa para la modernización del estado y del sector público.**Sí ☐Describa organismos y áreas de cooperación: _____
_____No ☐**Los siguientes son problemas políticos prioritarios: déficit público, la deuda externa, la excesiva descentralización, la ineficiencia administrativa y de gestión o la insatisfacción del público.**Sí ☐Comentarios: _____
_____No ☐**La lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental.**Sí ☐Comente cómo se aborda, con qué actores y con qué estrategias: _____
_____No ☐

La violencia es percibida como un problema político.Sí ☐

Comente quiénes la padecen (mujeres, niños, trabajadores, inmigrantes): _____

No ☐**Existe un Gabinete Social.**Sí ☐

Describa su composición y su funcionamiento: _____

No ☐**Los niveles directivos del Ministerio de Salud han hecho conocer estrategias nacionales para la consecución de las Metas del Milenio.**Sí ☐

Comente si se adoptaron iniciativas sectoriales al respecto: _____

No ☐**Existe coordinación entre los actores de los diferentes sectores para el desarrollo e implementación de políticas públicas sanitarias.**Sí ☐

Comente si se adoptaron iniciativas sectoriales al respecto: _____

No ☐**DETERMINANTES ECONÓMICOS**

Para identificar las principales características de la situación económica del país es necesario determinar y analizar la evolución de variables referidas a los conceptos de desempeño macroeconómico, gasto público y gasto público social (incluido el componente de gasto en salud).

Favor completar la siguiente tabla (No.6) y comentar la tendencia por período quinquenal para cada uno de los indicadores para el período del 1990 - 2005.

TABLA 6: TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS

| Indicador | Período Quinquenal | | |
|--|--------------------|-------------|-----------|
| | 1990-1994 | 1995 - 1999 | 2000-2005 |
| PIB per cápita en USD, en precios constantes según año base | | | |
| Gasto Público per capita* | | | |
| Población Económicamente Activa (PEA): PEA 15-59 años* PEA población empleada* | | | |
| Gasto Público total, como porcentaje del PIB | | | |
| Gasto Público en salud, como porcentaje del PIB ** | | | |
| Gasto Público en servicios de salud, como porcentaje del PIB *** | | | |
| Gasto Privado en salud * | | | |
| Gasto de bolsillo (% gasto total en salud)* | | | |
| Tasa de Inflación anual | | | |
| Remesa en términos de % PIB | | | |
| Deuda externa % en relación al PIB | | | |
| Porcentaje de hogares con jefatura femenina | | | |
| Servicio de la deuda externa % en relación al PIB | | | |

FUENTE(S):

*Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.*** Favor desagregar por sexo si se cuenta con esta información.****Se refiere al gasto que el sector salud hace con el conjunto de instituciones que conforman el sistema público de salud.***** Se refiere al gasto en atención médica y salud pública. (Consultar clasificación funcional de gastos).*

NIVELES DE POBREZA: La dimensión de la pobreza se obtiene tomando en cuenta el ingreso per cápita y el valor monetario de la canasta básica alimentaria (CBA); o la línea de pobreza extrema (LPE) y dos veces el valor de la CBA o línea de pobreza relativa (LPR).

TABLA 7: NIVELES DE POBREZA*

| ÁREA | PERSONAS EN CONDICIÓN DE POBREZA | | |
|---------------------------|----------------------------------|----------|---------|
| | POBRE | RELATIVA | EXTREMA |
| TOTAL | | | |
| URBANA | | | |
| RURAL | | | |
| PERTENENCIA ÉTNICA | | | |
| INDÍGENA | | | |
| AFRO-DESCENDIENTE | | | |
| OTROS | | | |
| GÉNERO | | | |
| HOMBRES | | | |
| MUJERES | | | |

FUENTE(S):

*Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.
 Se sugiere utilizar como fuentes de información las encuestas de hogares e información de la dirección nacional de estadística y censo.

CONDICIÓN DEL EMPLEO: El análisis de las condiciones de empleo permite observar las tendencias laborales, migratorias y demográficas. Esta información sugiere el número de personas que se incorporan anualmente a la fuerza de trabajo por año o por períodos según sea el análisis que se requiera, lo cual se puede disgregar para conocer cuantas personas se incorporan al mercado laboral por área geográfica (urbano-rural), y por tipo de trabajo (formal–informal).

TABLA 8: CONDICIÓN DEL EMPLEO DE ACUERDO A GÉNERO E INGRESO

| SECTOR OCUPACIÓN | CONDICIÓN DE POBREZA | | | TOTAL PARA EL SECTOR |
|------------------|----------------------|----------|-----------|----------------------|
| | EXTREMA | RELATIVA | NO POBRES | |
| TOTAL | | | | |
| FORMAL | | | | |
| INFORMAL | | | | |
| HOMBRES | | | | |
| FORMAL | | | | |
| INFORMAL | | | | |
| MUJERES | | | | |
| FORMAL | | | | |
| INFORMAL | | | | |

FUENTE(S):

*Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.
 Se sugiere utilizar como fuentes de información las encuestas de hogares e información de la dirección nacional de estadística y censo.

DETERMINANTES SOCIALES:

Los países habitualmente disponen de indicadores más o menos actualizados sobre una serie de variables básicas, muchas de las cuales son comunicadas a los organismos internacionales y cuya evolución permite valorar la situación social.

Desde 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), publica el Informe sobre Desarrollo Humano donde se jerarquizan los países de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado con una matriz de variables que incluye esperanza de vida al nacer, alfabetización, escolarización y PIB per cápita. Entre 1995 y el 2000, el Informe incluye el Perfil de Desarrollo Humano por países que, además de las anteriores, incluye variables como población con acceso a servicios de salud, agua potable y saneamiento básico, oferta calórica per cápita, distribución de prensa diaria, acceso a televisión y otros.

Además, el Informe dedica amplio espacio a evaluar las diferencias de género mediante el Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG) que incluye información sobre los siguientes indicadores: esperanza de vida al nacer femenina y masculina, tasas de alfabetización masculina y femenina, tasas de matriculación combinadas femenina y masculina, ingresos per cápita femenino y masculino basados en la participación del ingreso proveniente del trabajo. Así como el Índice de Potenciación de Género (IPG) que está conformado por indicadores que miden los escaños ocupados por mujeres en parlamentos, mujeres en puestos ejecutivos y administrativos, mujeres en puestos profesionales y técnicos y el PIB per cápita de las mujeres.

Existen numerosos estudios sobre pobreza y pobreza extrema en América Latina, entre los que merecen destacarse los publicados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Asimismo, el Banco Mundial mantiene una base de datos para el monitoreo de la pobreza en América Latina utilizando como fuente los estudios de pobreza (“poverty assessments”) efectuados desde 1993 hasta el presente. Un aspecto importante a considerar es la distribución geo-poblacional de los problemas, vistos bajo la óptica de las condiciones de vida. En algunos países, una primera aproximación puede obtenerse de los llamados mapas de pobreza elaborados partiendo de datos censales. De hecho, muchos países tienen catalogadas sus demarcaciones subnacionales (provincias, regiones, estados o municipios) en distintos niveles según el grado de satisfacción de una serie de necesidades básicas (por ejemplo, alimentación, vivienda, educación y salud) y elaboran mapas de pobreza y de pobreza extrema incluso al nivel de los municipios.

Favor completar la siguiente tabla y comentar la tendencia por período quinquenal para cada uno de los indicadores para el período del 1990 - 2005.

TABLA 9: TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES SOCIALES

| | Posición que el país ocupa según IDH | Población con acceso a agua potable (%) | Población con acceso a servicios de eliminación de excretas (%) | Población analfabeta** (%) | Tasa bruta escolaridad primaria | Tasa de deserción escolar | Tasa de trabajo infantil | Razón entre el ingreso del 20% superior y 20% inferior de la población* | Prevalencia de violencia intrafamiliar | Prevalencia de depresión |
|-----------------------|--------------------------------------|---|---|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|---|--|--------------------------|
| Períodos | | | | | | | | | | |
| 1990-1994 | | | | | | | | | | |
| 1995-1999 | | | | | | | | | | |
| 2000-2005 | | | | | | | | | | |
| Género | | | | | | | | | | |
| Hombres | | | | | | | | | | |
| Mujeres | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | |
| Zonas geográficas | | | | | | | | | | |
| Urbana | | | | | | | | | | |
| Rural | | | | | | | | | | |
| Pertenencia Étnica*** | | | | | | | | | | |
| Blanca | | | | | | | | | | |
| Indígena | | | | | | | | | | |
| Mestiza | | | | | | | | | | |
| Afro-descendientes | | | | | | | | | | |
| Otras | | | | | | | | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

*Favor elaborar grafico de tendencia de los últimos 5 años.

**Favor de desagregar por grupos etarios si se contara con la información.

*** Cada país especificará los grupos étnicos existentes.

DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES:

Los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a la mortalidad, la morbilidad y las discapacidades asociadas a las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, traumatismos físicos, intoxicaciones, enfermedades transmitidas por insectos e infecciones. La mortalidad y la morbilidad debidas a causas como la pobreza y la malnutrición también van asociadas a modalidades insostenibles de desarrollo y a la degradación del medio ambiente urbano o rural.

La identificación de factores nocivos producidos por el ambiente y la correspondiente protección de la población de éstos son de fundamental incumbencia del sector salud. La protección de nuestro entorno es una parte fundamental en los programas de promoción y prevención sanitaria que tendrían que contemplar las políticas sanitarias nacionales.

Favor de referirse a la siguiente guía para describir y analizar brevemente los determinantes medioambientales de salud.

¿Qué institución/es es/son responsable de los temas ambientales?

Comente como se involucra el sector salud en los mismos: _____

Se identifican en el país problemas sanitarios relacionados (directa o indirecta) con factores ambientales. (Afecciones respiratorias y dermicas, leucemias, problemas auditivos, mortalidad/morbilidad por diarrea en menores de 5 años).

Sí ☐

Comente cómo interviene el sector salud en la prevención de las mismas: _____

No ☐

Se identifican y monitorean en el país indicadores medioambientales con relación a la salud de la población. (Cáncer de piel, morbi – mortalidad por diarrea en menores de 2 años, morbilidad por factores químicos, etc).

Sí ☐

Comente cuáles: _____

No ☐

Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados a la contaminación atmosférica (emisión de gases nocivos).

Sí ☐

Comente cuáles (si los conoce) y si el sector salud está involucrado en la vigilancia de los mismos: _____

No ☐

Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la eliminación de excretas y residuos.

Sí ☐

Comente cuáles (si los conoce) y si el sector salud está involucrado en la vigilancia de los mismos: _____

No ☐

Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la eliminación de productos tóxicos y radioactivos.

Sí ☐

Comente cuáles (si los conoce) y si el sector salud está involucrado en la vigilancia de los mismos: _____

No ☐

Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la contaminación del agua.

Sí ☐

Comente cuáles (si los conoce) y si el sector salud está involucrado en la vigilancia de los mismos: _____

No ☐

Existen mecanismos legales que garantizan el acceso a agua potable de la población.

Sí ☐

Comente cuáles (si los conoce) y si el sector salud está involucrado en la vigilancia de los mismos: _____

No ☐

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Una de las más importantes expresiones sobre el rol del Estado en el sistema de salud se concentra en la separación de funciones del sistema sanitario así como en su adjudicación, según el país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas. Existe un consenso general de que es un área de estudios que requiere profundización, en razón de que los decisores políticos y los planificadores sanitarios requieren de métodos de análisis y monitoreo del desempeño de las funciones, para informarse si las mismas se están cumpliendo apropiadamente, y si un cambio en la forma en que se desarrollan una o más de las funciones, mejorará la equidad y la eficiencia general del sector.²³ La OPS/OMS, basándose en el análisis de los procesos de reforma y reorganización de los sistemas de salud en curso en los países de la Región, utiliza una clasificación que considera tres funciones básicas, las cuales siempre deben ser tomadas en cuenta en una forma integrada, coherente y armónica. Estas son: (1) Función Rectora; (2) Financiamiento y Aseguramiento; y (3) Provisión de Servicios de Salud. El propósito de este apartado es sintetizar y analizar la información relevante de dichas funciones, las cuales serán tratadas en cada sub-apartado.

23. Adaptado de OPS/OMS, *Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas*, Washington, DC: OPS-OMS / División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2001.

2.1 RECTORÍA

Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la “Autoridad Sanitaria” (AS) y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. No obstante, se observa en algunos países la tendencia a no concentrar todas las dimensiones o ámbitos de acción de la rectoría sectorial en una sola entidad. En dichos casos se entiende el concepto de “Autoridad Sanitaria” como el conjunto de actores/instituciones del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud.

1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Como primer paso hacia la caracterización y fortalecimiento de la Función Rectora es fundamental identificar, describir, caracterizar y representar gráficamente los actores y entidades que conforman la Autoridad Sanitaria, así como su ámbito de acción estableciendo claramente la interrelación entre el marco jurídico que da potestad al poder público del Estado para ejercer la función rectora en salud, y el esquema institucional que en efecto ejerce estas facultades. A este proceso se le conoce como *Mapeo de la Autoridad Sanitaria*.

Para propósitos de la elaboración del Perfil se recomienda completar el Marco Ordenador para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria. No obstante, queda a la discreción del país completar el Marco Ordenador para propósitos del Perfil o efectuarlo cuando se decida aplicar la *Guía Metodológica para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional*. Ambos instrumentos se pueden acceder en <http://www.lachsr.org/static/TallerRectoria/index-taller-rectoria-antecedentes.html>.

2. CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA GENERAL DE SALUD

La dimensión de Conducción de la función Rectora examina la capacidad de la AS para formular, organizar y dirigir la ejecución de la *Política Nacional de Salud* definiendo objetivos viables y metas factibles; y elaborando e implantando planes estratégicos de salud.

Favor de usar la siguiente guía para describir y analizar brevemente la capacidad de conducción de la Autoridad Sanitaria (AS) en la formulación y ejecución de la Política Nacional de Salud. En cada uno de los puntos descritos se le solicita contestar Sí o No. En caso de contestar Sí, favor comentar brevemente incluyendo ejemplos.

2.1 Existe una definición formal de la visión y misión de la AS.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.2 Las fuentes de información sobre la situación de salud son fácilmente identificadas en el Sistema Nacional de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.3 La AS promueve y garantiza la disponibilidad de información sobre acceso a servicios de salud por grupo socio económico, división geográfica, etnia y género.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

Favor complete la siguiente tabla con los porcentajes (%) de personas que tienen acceso a los servicios de salud:

TABLA 10: ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD²⁴

| Nivel de desagregación de la información | ACCESO | |
|--|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres |
| Períodos | | |
| 1990-1994 | | |
| 1995-1999 | | |
| 2000-2005 | | |
| Grupo poblacional | | |
| Menores de 5 años | | |
| Personas de 5-17 años | | |
| Personas de 17-45 años | | |
| Personas de 45-65 años | | |
| Personas de 65 años o más | | |
| Zonas geográficas | | |
| Urbana | | |
| Rural | | |
| Pertenencia Étnica | | |
| Blanco | | |
| Indígenas | | |
| Mestizo | | |
| Afro-descendiente | | |
| otros | | |
| Nivel Económico | | |
| Población con pobreza extrema | | |
| Población con pobreza relativa | | |
| Población no pobre | | |
| Nivel de atención | | |
| Primer Nivel | | |
| Segundo Nivel | | |

FUENTE(S):

*Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.
Se recomienda consultar encuestas a hogares.*

24. Se entiende por acceso a servicios de salud como la probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere.

2.4 La AS cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros para usar dicha información y tomar decisiones incluyendo la definición de Objetivos Nacionales de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.5 La AS tiene en cuenta la atención primaria cuando diseña la Política Nacional de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.6 La AS elabora y actualiza con periodicidad la Política Nacional de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.7 La Política Nacional de Salud define los actores y sus responsabilidades para alcanzar los Objetivos Nacionales de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.8 Los entes que componen la AS, los demás sectores del gobierno, y la sociedad civil, tienen fácil acceso al documento de Política Nacional de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.9 La AS cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las políticas de salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.10 La AS promueve el logro del consenso con los múltiples actores del sector salud para viabilizar la definición de la Política Nacional de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.11 La AS moviliza recursos (materiales, humanos, financieros y organizacionales) del sector salud para cumplimiento de la Política Nacional de Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.12 La AS desarrolla proyectos de salud para someter a la consideración de organismos de cooperación internacional.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.13 La AS participa activamente como portavoz y representante del sector salud en organismos internacionales, regionales y sub-regionales.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.14 La AS define metas que sirven de punto de referencia para la evaluación del desempeño del sistema de salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.15 La Autoridad Sanitaria Nacional estimula y fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implantación de acciones en el campo de la salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.16 La Autoridad Sanitaria Nacional dirige la elaboración de normas e intervenciones orientadas a favorecer acciones de promoción de la salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.17 Existen mecanismos mediante los cuales la AS garantiza el derecho a la Salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

Es de fundamental importancia el análisis de la cooperación externa para el país, de manera general, y con mayor énfasis, la cooperación dirigida al sector salud, tanto en términos económicos como desde el punto de vista de la representatividad de los actores involucrados, la orientación, la gestión y la ejecución.

2.18 ¿Se conocen las entidades de cooperación técnico financiera presentes y activas en su país para el sector salud?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

2.19 ¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

Comente el comportamiento y la tendencia de cooperación con el país en el sector salud:

2.20 ¿Cuales son las tendencias esperadas en términos de cooperación para el futuro inmediato?

2.21 ¿Existen mecanismos de armonización de la cooperación internacional para la programación y ejecución de recursos financieros?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

Favor completar la información requerida en la siguiente tabla con la información de los siguientes periodos temporales:

TABLA 11: RECURSOS FINANCIEROS DE LA COOPERACIÓN EXTERNA (EN USD)

| Períodos Recursos | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Reembolsables | | | |
| No Reembolsables | | | |
| Total | | | |

FUENTE(S)

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

3. REGULACIÓN SECTORIAL

La dimensión de Regulación Sectorial tiene como propósito diseñar el marco normativo sanitario que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. La regulación y la vigilancia de su aplicación son requeridas para garantizar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en función de principios de solidaridad y equidad.

Continuando con la siguiente guía comente las fortalezas y debilidades, logros alcanzados y deficiencias identificadas, que presenta la AS con respecto a la regulación sectorial.

3.1 Existe un marco institucional y legal para el ejercicio de la función rectora.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.2 El marco legal confiere a la Autoridad Sanitaria Nacional el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencias especializadas.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.3 El ejercicio de la función regulatoria ha resultado ser positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.4 La AS hace cumplir las regulaciones mediante la existencia de sanciones efectivas relacionadas con la magnitud del daño a la salud individual o colectiva.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.5 Los diversos sectores involucrados perciben que la AS ejerce su función fiscalizadora con un alto nivel de transparencia.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.6 Las instancias centrales asisten a los niveles subnacionales en la función de fiscalización.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.7 Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos y la AS fiscaliza el cumplimiento de éstas.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.8 La AS caracteriza la fuerza de trabajo en salud existente en el país, identificando las brechas a cubrir en materia de composición y disponibilidad, de acuerdo al perfil epidemiológico y demográfico.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

3.9 La AS determina procedimientos para la certificación de profesionales de salud.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

4. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESPS)

Describe el desempeño de la AS mediante un resumen de los resultados de la aplicación del instrumento en su país, enfatizando las FESPs con los puntajes más altos y los más bajos. Comente las acciones tomadas para mejorar el desempeño de las FESPs con menor puntaje.

5. ORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

La responsabilidad de la AS en esta área conlleva a garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

En la siguiente guía comente las fortalezas y debilidades, logros alcanzados y deficiencias identificadas que presenta la AS con respecto a la Orientación del Financiamiento.

5.1 La AS formula y establece políticas dirigidas a fomentar la equidad a través de mecanismos de redistribución en el financiamiento.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

5.2 La AS cuenta con mecanismos para vigilar el financiamiento sectorial desde la perspectiva de calidad, eficiencia y transparencia (por ejemplo, mapeo de fondos; cuentas nacionales en salud; estudios de eficiencia y calidad).

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

5.3 La AS está capacitada para articular sus necesidades mediante el diálogo y negociación con el Ministerio de Finanzas y las autoridades fiscales nacionales.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

- 5.4 La AS utiliza mecanismos de redistribución de fondos entre distintos seguros para garantizar el acceso equitativo. Por ejemplo, la transferencia de subsidios entre distintos regímenes (contributivo y subsidiado); la creación de fondos nacionales de solidaridad; o fondos de compensación de riesgos.**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

- 5.5 La AS define criterios de asignación de recursos para seleccionar qué intervenciones y servicios se deben garantizar y priorizar, asignándoles así los recursos necesarios para su debida ejecución.**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

- 5.6 La AS procura la sostenibilidad del financiamiento para fortalecer los sistemas de salud.**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

6. GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

Se entiende por garantía de aseguramiento, el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.

En la siguiente guía comente las fortalezas y debilidades, logros alcanzados y deficiencias identificadas, que presenta la AS con respecto a la Garantía del Aseguramiento.

6.1 La AS informa a todos los habitantes o a cierto grupo de población, según sea el caso, acerca de bienes y servicios de salud que tienen derecho bajo un plan garantizado de prestaciones.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

6.2 ¿Están articulados y publicados los derechos de los usuarios relacionados con el conjunto de prestaciones al que tienen derecho?

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

6.3 ¿Existe una instancia formal que se encarga de la protección de los derechos de los usuarios?

Sí ☐

Especifique los mecanismos para la canalización de reclamos y adjudicación de quejas; y si se respalda con adecuada asignación de presupuesto: _____

No ☐

6.4 ¿Existen y se aplican estándares para regular la calidad de la prestación de servicios por parte de la AS?

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

6.5 ¿Se regula y fiscaliza la actividad y desempeño de los oferentes de aseguramiento en salud (directamente o a través de superintendencias u organismos similares)?

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

- 6.6 ¿Vigila la ANS la solvencia financiera de los aseguradores con el propósito de proteger a los consumidores de posibles faltas de solvencia que pudieran incidir en la disponibilidad y calidad de los servicios que reciben?**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

7. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN

Esta función se refiere a la capacidad de la AS para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios y extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.

En la próxima guía comente las fortalezas y debilidades, logros alcanzados y deficiencias identificadas, que presenta la AS con respecto a la Armonización de la Provisión.

- 7.1 La AS armoniza los planes de acción y los modelos de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

- 7.2 La AS evalúa la posible duplicidad de servicios, con particular énfasis en la formulación de estrategias para evitar la fragmentación de los servicios y fomentar la equidad y el acceso.**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

- 7.3 La AS establece normas básicas de atención en salud, o estándares de prestación de servicios, tanto a nivel extra como intra-hospitalarios.**

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

7.4 La AS promueve y asegura que los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria estén integrados y coordinados.

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

2.2 FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

FINANCIAMIENTO

La función de financiamiento comprende la determinación de los recursos financieros disponibles en el sistema de salud, o, en su caso, en cada uno de los subsistemas existentes; la recaudación de dichos recursos a través de impuestos, cotizaciones sociales, co-pagos u otros recursos financieros; y la distribución y asignación de los flujos financieros dentro del sistema. Para fines de la metodología se adopta un conjunto de definiciones operativas. Por ejemplo, se define financiamiento como:

“la captación de fondos desde la sociedad (empresas y hogares), el Estado y donantes/prestatarios nacionales e internacionales, por agencias legalmente o contractualmente responsables (gubernamentales, del seguro social, asociativas/ mutuales/cooperativas o comerciales) para esta finalidad y la identificación de los principales mecanismos de recaudación (tributos, cotizaciones sociales, primas, pagos directos a proveedores, donaciones, préstamos).”

Con base en esta definición, el financiamiento tiene que ver con el origen de los fondos que manejan las organizaciones del sector. Para los efectos de esta sección, es necesario señalar que el financiamiento se suele diferenciar en financiamiento público (el que proviene de impuestos, cotizaciones, cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios y, eventualmente, enajenación de activos y el cual es recolectado por el Gobierno o las entidades del seguro social) y en financiamiento privado (que proviene de los ciudadanos, es entregado a entidades aseguradoras, a proveedoras privadas o proveedores públicos por el pago de ciertos servicios).

Favor de completar la siguiente tabla (No.12) con los porcentajes de las principales fuentes de financiamiento del sistema de salud según los sectores institucionales y los múltiples instrumentos del financiamiento:

TABLA 12: FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN US\$*

| | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| PRESUPUESTO NACIONAL TOTAL | | | |
| PRESUPUESTO NACIONAL ASIGNADO AL SECTOR SALUD | | | |
| SUB-SECTOR PÚBLICO (TOTAL) | | | |
| MINISTERIO DE SALUD | | | |
| SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| OTROS | | | |
| SUB-SECTOR PRIVADO (TOTAL) | | | |
| ASEGURADORA PRIVADA | | | |
| PROVEEDORES PRIVADOS | | | |
| CONTRATACIÓN POR SERVICIOS | | | |
| GASTO DE BOLSILLO | | | |
| EMPRESA PRIVADA | | | |
| DONACIONES | | | |
| ORGANISMOS INTERNACIONALES | | | |
| OTROS (ESPECIFICAR) | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

**Se recomienda consultar el Informe de las Cuentas Nacionales en Salud, si existe y el Presupuesto Nacional de Salud.*

Varios países están realizando esfuerzos para mejorar sus sistemas de información sobre financiamiento y gastos en materia de salud y superar dificultades históricas en obtener datos sobre volumen y flujos que lleven a decisiones de políticas de asignación. Con esto se ha fortalecido la iniciativa de establecer y poner en ejecución metodologías de Cuentas Nacionales de Salud para suplir esta carencia de información. Si el país ya realizó este tipo de estudio, o tiene planeado hacerlo, es importante darlo a conocer e incorporar sus principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

El gasto en bienes y servicios de salud puede ser reportado con referencia a cuál es el nivel de gasto por sectores institucionales de la economía y cuál es el tipo de gasto en salud que se incurre con diferentes propósitos.

Favor mencionar brevemente si el país elabora Cuentas Nacionales en Salud y que institución/es es/son la/s encargada/s de hacerla/s. Favor completar las dos siguientes tablas (No.13 y No.14) referente al gasto del Sistema de Salud.

TABLA 13: GASTO EN SALUD EJECUTADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

| Gasto Ejecutado | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| Gasto público en salud per cápita en USD | | | | | | |
| Gasto público en salud/ Total del Gasto Público | | | | | | |
| Gasto total en salud per cápita en USD | | | | | | |
| Gasto total en salud, como % del PBI | | | | | | |
| Deuda externa en salud/ Deuda externa total | | | | | | |

FUENTE(S):

Se recomienda consultar el Informe de las Cuentas Nacionales en Salud.

TABLA 14: GASTO EN SALUD POR SUBSECTOR Y FUNCIÓN EN USD

| Funciones ²⁵ Sectores | Productos, Útiles y Equipos médicos | Servicios para Pacientes Ambulatorios | Servicios Hospitalarios | Servicios de Salud Pública | Investigación en Salud | Salud n.e.p |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|-------------|
| Sub-Sector Público | | | | | | |
| Sub-Sector Privado | | | | | | |
| Total | | | | | | |

FUENTE(S):

25. **Productos, útiles y equipo médicos**, incluye el suministro de productos farmacéuticos, productos (materiales) médicos en general y aparatos y equipos terapéuticos.

Servicios para pacientes externos, incluye servicios médicos generales, servicios médicos especializados, servicios odontológicos y servicios paramédicos.

Servicios hospitalarios, incluyen servicios hospitalarios generales, servicios hospitalarios especializados, servicios médicos y de centros de maternidad, servicios de residencias de la tercera edad y residencias de convalecencia.

Servicios de salud pública, incluye servicios de salud pública de entrega individual y de entrega colectiva.

Investigación y desarrollo relacionados con la salud, incluye exclusivamente la investigación relacionada con salud pública y gestión.

Salud n.e.p : Administración, gestión y apoyo de actividades como formulación, administración, coordinación y vigilancia de políticas, planes, programas y presupuestos generales en materia de salud; preparación y ejecución de legislación y normas de actuación sobre prestación de servicios de salud, incluida la concesión de licencias a los establecimientos médicos y al personal médico y paramédico; producción y difusión de información general, documentación técnica y estadísticas sobre salud.

ASEGURAMIENTO

El aseguramiento consiste en la garantía de cobertura y acceso a los servicios de salud y de acceso a los mismos. Incorpora la organización y gestión de la prestación de servicios, operativizada por varias modalidades de manejo del riesgo que se centran en la asignación y administración de los recursos para garantizar que el riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud, sea asumido por todos los miembros mediante un **fondo común** o “pool”, y no por cada miembro individualmente.

Un elemento central del aseguramiento consiste en determinar un conjunto de beneficios, servicios y prestaciones al que un grupo poblacional tiene derechos en función de determinadas circunstancias (económicas, personales, familiares), a cambio de una contribución económica: impuestos generales, aportes al seguro social, primas de seguros privados, o distintas formas mixtas.

El análisis del aseguramiento en salud requiere caracterizar los siguientes elementos: (I) Marco Legal; (II) Beneficios; (III) Estructura y Gestión; (IV) Cobertura Poblacional; (V) Fondo Común o Pooling; y (VI) Mecanismos de Pago a Prestadores.

En la siguiente guía orientadora comente las fortalezas y debilidades, logros alcanzados y deficiencias identificadas, con respecto al Aseguramiento.

(I) MARCO LEGAL

¿Existe un documento/s legal (constitución, ley, reglamento) en el que se estipule quiénes son los beneficiarios, ya sea toda la población –cobertura universal-; o grupos específicos de población de la cobertura en salud?

Sí ☐

Especifique el/los documento/s y describa cómo se explicita la información referente a los beneficiarios y los beneficios: _____

No ☐

¿Existen sanciones legales para los agentes que no cumplen con lo establecido en los documentos legales?

Sí ☐

Especifique las sanciones legales: _____

No ☐

(II) BENEFICIOS

¿Existen beneficios definidos explícitamente para el sistema o para algunos de los subsistemas de salud?

Sí ☐

Especifique cuáles son, cuán detallados están y cuáles son los criterios de inclusión: _____

No ☐

Los beneficios ¿incluyen tan sólo bienes privados o también acciones de salud pública?

Sí ☐

Especifique cuáles son: _____

No ☐

¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios?

Sí ☐

Especifique si existen planes complementarios privados: _____

No ☐

(III) ESTRUCTURA Y GESTIÓN

Identifique la modalidad dominante de aseguramiento en salud:

Señale las instituciones que participan en el aseguramiento en salud. Describa sus funciones en el ámbito del aseguramiento:

Identifique (si existe) alguna entidad que ejerza la función reguladora del aseguramiento en salud.

Comente el grado de desarrollo de esta función:

Indique si el marco regulador existente para las instituciones que participan de la protección social, se refiere a los aspectos financieros (liquidez, transparencia en el cobro de las cotizaciones o primas, transparencia en el cobro de co-pagos, transparencia en los mecanismos de reembolsos, etc.); o a los aspectos de salud (tipo y magnitud de la cobertura, existencia de actividades de prevención, calidad de la atención por parte del proveedor de servicios):

(IV) COBERTURA POBLACIONAL

Favor completar el siguiente cuadro el cual se refiere al nivel de cobertura que tiene el sistema con respecto a género, bases poblacionales, zonas geográficas y pertenencia étnica.

TABLA 15: COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

| | Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total) | Porcentaje de personas cubierto por el Estado (ministerio o secretaria de salud) | Porcentaje de personas cubierto por el seguro de salud | Porcentaje de personas cubierto por el sector privado | Porcentaje de personas sin cobertura |
|---------------------------------|---|--|--|---|--------------------------------------|
| Períodos | | | | | |
| 1990-1994 | | | | | |
| 1995-1999 | | | | | |
| 2000-2005 | | | | | |
| Género | | | | | |
| Hombres | | | | | |
| Mujeres | | | | | |
| Base Poblacional | | | | | |
| Niños (menores de 5 años) | | | | | |
| Personas de 5-17 años | | | | | |
| Personas de 17-45 años | | | | | |
| Personas de 45-65 años | | | | | |
| Adultos mayores (65 años y más) | | | | | |
| Zonas Geográficas | | | | | |
| Urbana | | | | | |
| Rural | | | | | |
| Pertenencia Étnica | | | | | |
| Blanco | | | | | |
| Indígenas | | | | | |
| Afro-descendientes | | | | | |
| Mestizo | | | | | |
| Otros | | | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible

(V) FONDO COMÚN O “POOLING”

¿Existen criterios explícitos de administración del riesgo asociado a las intervenciones de salud al interior del subsistema público, en el subsistema privado y en la seguridad social?

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

¿Existen mecanismos regulatorios específicos dirigidos a evitar el descreme, el riesgo moral y la selección adversa? ¿Existen agencias gubernamentales específicamente dedicadas a fiscalizar el cumplimiento de estas regulaciones?

Sí ☐

Comentarios/Ejemplos: _____

No ☐

¿Existen beneficios definidos explícitamente para el sistema o para algunos de los subsistemas de salud?

Sí ☐

Describe los beneficios definidos para el sistema o para algunos de los subsistemas de salud:

No ☐

(VI) MECANISMOS DE PAGO A PRESTADORES

Mecanismos de pago que se utilizan para cada uno de los proveedores de servicios de salud (por ejemplo, médicos, hospitales, farmacéuticos):

Mecanismos de pago para proveedores privados y públicos:

¿Se planean cambios en los mecanismos de pago a proveedores?

2.3 PROVISIÓN DE SERVICIOS

El objetivo de este apartado es describir y analizar las fortalezas y debilidades de la organización y la estructura del sistema de salud que sirve de base para la Provisión de Servicios de Salud.

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

La descripción de la oferta y demanda de los servicios de salud permite definir las brechas que existen en la atención de salud, determinar en que áreas se encuentran problemas y formular recomendaciones con implicaciones para la definición de políticas, planes y programas. La oferta se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente. Se considera que la demanda es el requerimiento formal (explícito) de servicios de salud, considerando que la utilización o uso de servicios expresa la demanda que fue respondida a través de la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un período determinado.

Favor completar las dos tablas (No.16 y 17) subsiguientes para el último año disponible con la información solicitada con referencia al número y capacidad de los establecimientos de salud (oferta) y sobre la tasa global de uso de los servicios (demanda).

TABLA 16: USO DE SERVICIOS DE SALUD*

| Tasa Global de Uso | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---------|-----------------|--------|--------------------|--------------------|-----------|-------|----------------|-----------|------------|------------|-----------|
| Niveles de Atención | Género | | Zona Geográfica | | Pertenencia Étnica | | | | Grupos de Edad | | | | |
| | Hombres | Mujeres | Rural | Urbana | Blancos | Afro Descendientes | Indígenas | Otros | < de 5 años | 5-14 años | 15-49 años | 49-64 años | > 65 años |
| Establecimientos del 1er Nivel de Atención | | | | | | | | | | | | | |
| Establecimientos del 2do Nivel de Atención | | | | | | | | | | | | | |

FUENTE(S):

* Fuentes recomendadas: Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y de atención de salud.

TABLA 17: NÚMERO Y CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES*

| SECTOR PÚBLICO | Nº Centros x 1000 Hab. | Nº Camas x 1000 Hab. |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Hospitales | | |
| - Alta complejidad | | |
| - Mediana (especialidades básicas) | | |
| - Baja (medicina general) | | |
| Total Hospitales | | |
| Centros Ambulatorios | | |
| - Centros con especialidades | | |
| - Centros de nivel primario con medicina general | | |
| - Centros de nivel primario con personal residente no profesional | | |
| Total centros ambulatorios | | |
| SECTOR PRIVADO | | |
| Hospitales | | |
| - Alta complejidad | | |
| - Mediana (especialidades básicas) | | |
| - Baja (medicina general) | | |
| Total Hospitales | | |
| Centros Ambulatorios | | |
| - Centros con especialidades | | |
| - Centros de nivel primario con medicina general | | |
| - Centros de nivel primario con personal residente no profesional | | |
| Total centros ambulatorios | | |
| Total Centros de Salud | | |

FUENTE(S):

** Fuentes recomendadas: Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y de atención de salud.*

DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

El propósito de esta sección es analizar las principales características de los recursos humanos del sector salud y analizar cómo estas impactan en la conformación del sistema y sus transformaciones. Para ello se requiere focalizar la observación y recolección de información en, al menos, cuatro ámbitos complementarios: la formación de personal; la gestión del trabajo y las condiciones del empleo; los mercados laborales y su regulación y, finalmente, la gobernabilidad y conflictividad sectorial.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Un primer nivel de análisis es el de la disponibilidad de recursos humanos que se refiere a los datos básicos para estimar el contingente de recursos humanos en salud disponibles para la población, el ritmo de producción y su adecuación a las necesidades del sistema de salud.

¿Es posible confeccionar una lista de entidades formadoras de los profesionales de salud?

Sí ☐

Especifique las entidades formadoras de profesionales de salud: _____

No ☐

¿Cuál es la tendencia en la relación “generalistas vs. especialistas” en el país? ¿Se adecua al sistema de salud?

Sí ☐

Comente la tendencia y su adecuación al sistema de salud: _____

No ☐

¿Con qué periodicidad se revisan y se reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y postgrado de las carreras de la salud?

Sí ☐

Especifique para pre-grado y para postgrado: _____

No ☐

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y CONDICIONES DEL EMPLEO

Los objetivos generales de las reformas en cuanto a maximizar productos y resultados aparecen estrechamente unidos al éxito en la adopción de nuevas prácticas laborales y de gestión. La búsqueda de más servicios a menor costo por unidad de producto y con mayor calidad de los mismos, obliga a cambios en los procesos de trabajo, las calificaciones del personal y condiciones laborales, así como las transformaciones de los regímenes salariales, de incentivos y en los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

Los esfuerzos por incrementar la productividad y la calidad del trabajo en los procesos de reforma impulsan nuevas modalidades de organización institucional (como cooperativas y hospitales de autogestión) y de relación laboral (como tercerización, privatización y subcontratación). Esto significa que la gestión de recursos humanos debe enfrentarse a nuevas condiciones del mercado laboral no sólo como mecanismo de asignación y de fijación de precio de la mano de obra en el sector, sino como expresión de nuevas modalidades de contrato y gerencia. Se observa la tendencia a que los flujos de mano de obra, que hasta hace poco se daban al interior del subsector público (ministerios y seguridad social), se mueven ahora entre unidades cada vez más autónomas en el conjunto del sistema. La descentralización política y administrativa y los cambios que vienen ocurriendo en las carreras profesionales, la estabilidad laboral y en los sistemas de incentivos, hacen que la idea del trabajo, como flujo y no como dotación, se abra paso en la lógica de la gestión del personal.

¿Existen estudios sobre tipos de empleo en salud, flexibilidad laboral y protección social de estos trabajadores?

Sí ☐

Especifique los estudios y comente los resultados: _____

No ☐

¿Cómo se distribuye el empleo entre sectores público/privado, Ministerio de Salud/Seguridad Social, empleo en organismos centrales/ empleo en entes descentralizados?

Sí ☐

Especifique la distribución: _____

No ☐

¿Cuál es la relación de ingresos y nivel de calificación en el sector público? ¿Cuál es su relación con el sistema de remuneración privado?

Sí ☐

Especifique la relación de ingresos y nivel de calificación: _____

No ☐

¿Están en marcha procesos de recolocación, reclasificación, compra de renunciaciones, despidos? ¿Que impacto tienen en el personal de salud?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Se está incorporando las modalidades de tercerización en el sector? ¿En que áreas?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

OFERTA Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La primera aproximación a la problemática sectorial de recursos humanos debe estar guiada por los datos macro de existencia y generación de recursos humanos en el país o territorio, y sus características principales. Algunos principales descriptores de cantidad, distribución por profesión, sexo, sectores público y privado y por regiones geográficas, son la aproximación inicial que permite tener una idea general de cuáles pueden ser los problemas prioritarios a profundizar.

¿Es posible realizar un cuadro estadístico del total de trabajadores del sector salud, detallando cada profesión, aspectos de género y distribución geográfica?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Existen procesos de emigración o inmigración profesional? ¿En qué carreras? ¿A qué lugares?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

Con el objetivo de definir tendencias en cuanto a disponibilidad de recursos humanos en salud favor completar la Tabla 18 y Tabla 19.

TABLA 18: RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO

| Período Temporal Institución | 1990-1994 | | | 1995-1999 | | | 2000-2005 | | |
|------------------------------------|-----------|------------|-----------------------|-----------|------------|-----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| | Médicos | Enfermeras | Enfermeras Auxiliares | Médicos | Enfermeras | Enfermeras auxiliares | Médicos | Enfermeras | Enfermeras auxiliares |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | |

FUENTE(S):

*Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.
* Favor de desagregar por sexo, si se cuenta con esta información.*

TABLA 19: RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

| Período Tipo de Recurso Humano | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Razón de médicos por 10,000 hab. | | | |
| Razón de enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab. | | | |
| No. de egresados postgrado en Salud Pública | | | |
| No. de graduados postgrado en Salud Pública | | | |
| No. de Escuelas de Salud Pública | | | |
| No. de Universidades con Maestría en Salud Pública | | | |
| Modalidades de contratación | | | |

FUENTE(S):

GOBERNABILIDAD Y CONFLICTIVIDAD DEL SECTOR SALUD

Consecuentes con el protagonismo de los recursos humanos en las transformaciones de las condiciones de trabajo y la reestructuración de los sistemas, los procesos de reforma no han sido indiferentes a los actores, individuales y colectivos, que representan al personal en salud. Es bien conocida la dificultad de implementar cambios en los servicios si los que deben implementarlos se oponen a los mismos.

Existe además una larga tradición de fuertes organizaciones de diferente tipo dentro del personal de salud, ya sean de naturaleza sindical o de asociaciones profesionales, que pueden tener ribetes científicos y éticos pero que generalmente toman posiciones de defensa de las condiciones de trabajo de sus asociados.

Las respuestas individuales y colectivas a las reformas son de tipo e intensidad muy variado, pero puede asegurarse con cierto grado de generalidad que existe una resistencia al cambio, lo cual se combina en general con una aversión al riesgo que generan las nuevas condiciones de contratación e incentivos. Estas respuestas se traducen en general en cierto grado de conflictividad que retarda, desvía o paraliza la marcha de las reformas.

Un ingrediente adicional es la reestructuración del poder en las organizaciones de salud proveniente de las múltiples instancias de descentralización. La conflictividad pasa en muchos casos a sectorializarse de acuerdo con las nuevas instancias de decisión, generando aplicaciones desiguales de los cambios y también condiciones de gobernabilidad y conflictividad desiguales. Por lo tanto, existe la necesidad de comprender, medir y adquirir nuevas herramientas para conducir esta conflictividad hacia caminos que posibiliten que el personal comprenda los objetivos y los medios de las reformas y pueda comprometer su esfuerzo en los mismos. Este proceso de involucramiento implica nuevas formas de participación, dando un contenido sustantivo a los procesos de empoderamiento ("empowerment") a las personas encargadas de realizar los procesos principales en los servicios de salud.

¿Existen instrumentos para incrementar la capacidad para la gestión de conflictos?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Se han definido estrategias de concertación de políticas y de gestión participativa?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

Los medicamentos y otros productos sanitarios como vacunas, prótesis e implantes, son un elemento importante en el funcionamiento ordinario y en los procesos de reforma de los sistemas de salud por su valor como instrumento terapéutico, su peso creciente dentro del gasto sanitario, tanto público como privado, así como por la relevancia económica de los sectores implicados en los procesos de investigación y desarrollo, producción, distribución y dispensación de medicamentos y productos sanitarios.

Al existir diversos conjuntos de indicadores para analizar y evaluar este sector el propósito de este acápite es facilitar alguna información básica de la que se pueda extraer información relevante para el análisis y evaluar los roles de los subsectores público y privado.

¿Cuenta el país con un observatorio de medicamentos esenciales?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Existe una política nacional de medicamentos esenciales?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Se actualiza con cierta periodicidad la encuesta de acceso y disponibilidad de medicamentos esenciales?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Existe una instancia que regula el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el país?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Existe una política de precios de los medicamentos?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Existe un listado nacional de medicamentos esenciales? ¿Con qué frecuencia se revisa?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Existen y se aplican protocolos de tratamiento para las patologías prevalentes en las instituciones prestadoras públicas del primer nivel de atención? ¿Y en los hospitales?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Se exige la presencia del farmacéutico en las farmacias privadas? ¿Y en los hospitales?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

TABLA 20: MEDICAMENTOS

| INDICADOR | 1990-1994 | 1995 -1999 | 2000-2005 |
|--|-----------|------------|-----------|
| Nº total de productos farmacéuticos registrados | | | |
| Porcentaje de medicamentos de marca | | | |
| Porcentaje de medicamentos genéricos | | | |
| Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos | | | |

FUENTE(S):

Se recomienda consultar observatorio de medicamentos (si el país cuenta con esta información).

EQUIPO Y TECNOLOGÍA

El propósito de este apartado es contribuir al análisis de la estructura y dinámica de los recursos tecnológicos de la red de servicios de salud, así como de los medicamentos y productos biológicos. Estos elementos constituyen la base material del sector y se articulan entre sí en programas y servicios de salud del modo que en cada caso determinan el marco normativo y los modelos organizativos de las instituciones y organizaciones que lo forman.

Favor completar la información requerida en la siguiente tabla (No.21) para los siguientes períodos temporales: 1993 – 1996; 1997 - 2000; 2001 – 2004.

TABLA 21: DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD

| TIPO DE RECURSO SUBSECTOR | Camas censables por 1000 habitantes | Equipos de radiodiagnóstico básico por 1.000 hab. | Laboratorios Clínicos por 100.000 hab. | Bancos de sangre por 100.000 hab. |
|---|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| Público | | | | |
| | | | | |
| Subtotal | | | | |
| Privado (con y sin fines de lucro) | | | | |
| | | | | |
| Subtotal | | | | |
| TOTAL | | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

¿Se conoce el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento?

Sí ☐

Comente: _____

No ☐

CALIDAD DE LOS SERVICIOS

¿Existe/n un/os documento/s en el que se estipulen las normas básicas de atención en salud?

Sí ☐

Especifique el/los documento/s y describa las normas básicas de atención que incluye/n: _____

No ☐

¿Se han desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud?

Sí ☐

Especifique mediante qué mecanismos-licenciamiento, certificación, acreditación: _____

No ☐

¿Existen criterios y procedimientos para acreditar instituciones públicas y privadas de salud?

Sí ☐

Especifique los criterios y procedimientos existentes: _____

No ☐

¿Existe una instancia para la acreditación? Determine el grado de autonomía con que actúa.

Sí ☐

Especifique la instancia y su grado de autonomía: _____

No ☐

¿Existen instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos?

Sí ☐

Especifique los instrumentos y comente los resultados obtenidos: _____

No ☐

¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector?

Sí ☐

Especifique los instrumentos y comente los resultados obtenidos: _____

No ☐

¿Se aplican estándares en la medición de desempeño de los servicios de salud?, en términos de:

- Recursos humanos capacitados
- Recursos humanos suficientes
- Recursos financieros suficientes
- Insumos y tecnología adecuada
- Periodicidad del monitoreo

Sí ☐

Especifique: _____

No ☐

2.4 MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Diversos enfoques son posibles para examinar el complejo de estructuras, reglas y normas que rigen y gobiernan el funcionamiento y la operación del sistema de salud. Para propósitos de la presente metodología, se ha escogido un enfoque sistémico combinado con el análisis de las funciones básicas para el funcionamiento y desarrollo del sistema en su conjunto y de sus interrelaciones. Lo anterior lo justifica el creciente consenso relativo al papel crucial del Estado en la mejora del desempeño global de los sistemas de salud.

En la siguiente tabla favor identificar las instituciones involucradas en cada una de las funciones del sistema de salud.

TABLA 22. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

| ORGANIZACIONES \ FUNCIONES | Rectoría | | Financiamiento | Aseguramiento | Provisión |
|---|------------|----------------------------|----------------|---------------|-----------|
| | Conducción | Regulación y Fiscalización | | | |
| Gobierno Central - Min. Salud - Min. Justicia - Fuerzas Armadas - Otros | | | | | |
| Instituciones de Seguro Social | | | | | |
| Gobierno regional (provincial, departamental) | | | | | |
| Gobierno local (Distrito, Municipio, etc.) | | | | | |
| Aseguradoras privadas - Sin lucro - Con lucro | | | | | |
| Proveedores privados - Sin lucro - Con lucro | | | | | |

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

3. MONITOREO DE LOS PROCESO DE CAMBIO / REFORMA

El objetivo de esta sección es caracterizar las fases o las etapas de los procesos de reforma y/o la transformación intensificada del sistema de salud en su conjunto, asociándolas a los momentos de los procesos de cambio que incidieron sobre:

- Las transformaciones concretas en las funciones del sistema de salud;
- Los principios rectores/clave de las reformas de salud;
- El alcance y efecto de los cambios en el sistema de salud;
- La construcción de la coalición socio-política-económica sustentadora de los cambios.

Hay que resaltar que la caracterización de estos movimientos/momentos es una sutileza metodológica que tiene la finalidad de facilitar la comprensión del proceso de reforma. No obstante, hay que considerar su articulación y superposición con los procesos políticos existentes, donde las fases/etapas suelen convergir.

3.1 EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”

Utilizando como guía la Tabla 23, favor referirse a la información recopilada en la sección 2 *Funciones del Sistema de Salud*, para analizar cómo los momentos de los procesos de cambio han incidido sobre las Funciones del Sistema de Salud en los períodos señalados de la década de los años noventa y del primer quinquenio del siglo XXI.

TABLA 23: MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

| Períodos Funciones Sistema de Salud | 1990-1994 | | | 1995 - 1999 | | | 2000-2005 | | |
|---|-----------|---------|-------------|-------------|---------|-------------|-----------|---------|-------------|
| Subsectores | Público | Privado | Seg. Social | Público | Privado | Seg. Social | Público | Privado | Seg. Social |
| Rectoría | | | | | | | | | |
| Financiamiento | | | | | | | | | |
| Aseguramiento | | | | | | | | | |
| Provisión de Servicios | | | | | | | | | |

FUENTE(S):

3.2 EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS”

El propósito de este apartado es analizar hasta qué punto los procesos de Reforma han incidido sobre sus principios rectores y están contribuyendo a mejorar niveles de Equidad, Efectividad y Calidad, Eficiencia, Sostenibilidad y Participación y Control Social, de y en los sistemas de salud.

Los principios rectores de las reformas son grandes categorías que permiten valorar la direccionalidad de las Reformas en curso o planeadas, desde el punto de vista de los objetivos finales proclamados. Así, ninguna RS debería contraponerse a dichos criterios y la “reforma ideal” sería aquella en la que las cinco categorías hubiesen mejorado al final del proceso. A su vez, constituyen el marco de referencia conceptual de una serie de variables e indicadores para tratar de medir el impacto de las mismas.

Los autores del presente documento son conscientes de la imposibilidad de establecer relaciones causales directas y unívocas entre las acciones de Reformas de Salud y las modificaciones de muchos de los indicadores propuestos. En muchos casos, los efectos de las Reformas de Salud se producirán en el medio y largo plazo y vendrán mediados por multitud de factores no directamente imputables a las mismas. Ello es claro en el caso del efecto de las Reformas de Salud sobre ciertos indicadores de situación de salud.

Finalmente, la evaluación de los efectos de las Reformas de Salud vendrá afectada, al menos en los países, por los distintos puntos de vista de los distintos actores participando o no en el proceso. Por tanto, una valoración adecuada del impacto de las Reformas de Salud deberá ser global; ha de combinar indicadores cuantitativos y cualitativos, trazadores sistemáticos; y tomar en cuenta diferentes puntos de vista.

Favor utilizar las siguientes preguntas orientadoras y la Tabla 24 para describir cómo los procesos de cambio de los sistemas de salud o Reformas han incidido sobre los principios rectores de las Reformas de Salud en los períodos señalados de la década de los años noventa y del primer quinquenio del siglo XXI.

• **EQUIDAD**

¿Existe evidencia de que la Reforma en Salud ha influido sobre la reducción de brechas en alguno o todos los siguientes indicadores por unidad territorial? [Si es posible, muéstrense datos según: género, edad, raza, nivel socioeconómico y esquema de cobertura].

COBERTURA

¿Se han reducido las brechas en los porcentajes de población cubierta por un conjunto garantizado de prestaciones?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 15: Cobertura del Sistema de Salud]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos sobre la reducción de brecha de cobertura: _____

No ☐

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

¿Se han reducido las brechas en Gasto Total en Salud per cápita; y en Gasto Público en Salud per cápita?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 13: Gasto en Salud Ejecutado en los Últimos 5 Años]

Sí ☐

Especifique la evidencia y el dato sobre la reducción de brechas en el gasto: _____

No ☐

¿Se han reducido las brechas en el Número de Médicos por 10,000 habitantes; y en el Número de Enfermeras Profesionales por 10,000 habitantes?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 19: Recursos Humanos en el Sector Salud]

Sí ☐

Especifique la evidencia y el dato sobre la reducción de brechas en el número de médicos y de enfermeras por 10,000 habitantes: _____

No ☐

¿Se han reducido las brechas en el Número de Camas Hospitalarias Censables por 1,000 habitantes?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 19: Recursos Humanos en el Sector Salud]

Sí ☐

Especifique la evidencia y el dato sobre la reducción de brechas en el número de camas hospitalarias censables: _____

No ☐

ACCESO

¿Se han reducido las brechas en cuanto a la posibilidad de que el/la paciente pueda obtener atención el mismo día que solicita servicios de atención primaria?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 10: Acceso a los Servicios de Salud]

Sí ☐

Especifique la evidencia y el dato sobre la reducción de brechas en el acceso: _____

No ☐

¿Se han reducido las brechas en cuanto al porcentaje de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (por ejemplo de idioma, de horario, de género)?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 10: Acceso a los Servicios de Salud]

Sí ☐

Especifique la evidencia y el dato sobre la reducción de brechas en el acceso: _____

No ☐

- **EFFECTIVIDAD**

¿Existe evidencia de que la Reforma en Salud ha influido sobre la reducción de brechas en alguno o todos los siguientes indicadores por unidad territorial? [Si es posible, muéstrense datos según: género, edad, raza, nivel socioeconómico y esquema de cobertura].

MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

¿Se ha reducido la tasa de mortalidad infantil; mortalidad materna; porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 3: Tasa de Mortalidad; y Tabla 4: Mortalidad y Morbilidad Infantil]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos sobre mortalidad infantil y materna: _____

No ☐

MORTALIDAD POR NEOPLASIAS MALIGNAS

¿Cuál ha sido el comportamiento de las muertes por neoplasias de mama y de cuello de útero en la mujer?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 2: Morbilidad y Factores de Riesgo]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos sobre mortalidad por neoplasias malignas: _____

No ☐

INCIDENCIA DE MALARIA, TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA

¿Se ha reducido la incidencia de malaria, tuberculosis, y VIH/SIDA?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla #2: Morbilidad y Factores de Riesgo]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos sobre incidencia de malaria, tuberculosis y VIH/SIDA: _____

No ☐

• **EFICIENCIA**

¿Existe evidencia de que la Reforma en Salud ha influido globalmente o por unidad territorial sobre alguno o todos los siguientes indicadores? [Si es posible, muéstrense datos según: género, edad, raza, nivel socioeconómico y esquema de cobertura].

ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS

¿Se ha aumentado el suministro de agua potable en el área rural y urbana?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 9: Tendencia de algunos Indicadores Sociales]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos disponibles: _____

No ☐

¿Se han aumentado los servicios de alcantarillado y de disposición de excretas en el área rural y urbana?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 9: Tendencia de algunos Indicadores Sociales]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos disponibles: _____

No ☐

¿Se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la salud pública?

[Para contestar, favor referirse a la Tabla 14: Gasto en Salud por Sub-sector y Función]

Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos disponibles: _____

No ☐

• **SOSTENIBILIDAD**

¿Existe evidencia de que la Reforma en Salud haya aumentado lo siguiente?

Legitimidad de las instituciones del sistema de salud

Sí ☐

Especifique la evidencia: _____

No ☐

La capacidad de modular los recursos financieros de diversas fuentesSí ☐

Especifique la evidencia y datos disponibles: _____

No ☐**La capacidad de gestionar y negociar financiamiento externo e interno**Sí ☐

Especifique la evidencia y los datos disponibles: _____

No ☐

- PARTICIPACIÓN SOCIAL**

¿Existe evidencia de que la Reforma en Salud haya aumentado lo siguiente?

Participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implantación de acciones en salud

Sí ☐

Especifique si para la población general y/o para ciertos grupos específicos:

No ☐

TABLA 24: MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA EN LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD

| <div>Períodos</div> <div>Principios Clave de las Reformas</div> | 1990-1994 | | | 1995 - 1999 | | | 2000-2005 | | |
|---|-----------|---------|-------------|-------------|---------|-------------|-----------|---------|-------------|
| | Público | Privado | Seg. Social | Público | Privado | Seg. Social | Público | Privado | Seg. Social |
| Subsectores | | | | | | | | | |
| Equidad | | | | | | | | | |
| Efectividad | | | | | | | | | |
| Eficiencia | | | | | | | | | |
| Sostenibilidad | | | | | | | | | |
| Participación Social | | | | | | | | | |

FUENTE(S):

3.3 EFECTOS SOBRE EL “SISTEMA DE SALUD”

Utilizando la Tabla 25 como guía, favor referirse a la información recopilada en la sección 1 *Contexto del Sistema de Salud* y 2 *Funciones del Sistema de Salud*, para analizar cómo los momentos de los procesos de cambio han incidido sobre el Sistema de Salud en los períodos señalados de la década de los años noventa y del primer quinquenio del siglo XXI.

TABLA 25: MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

| PERÍODOS IMPLICANCIAS DE LOS CAMBIOS | 1990-1994 | 1995 - 1999 | 2000-2005 |
|---|-----------|-------------|-----------|
| DERECHO DE LOS CIUDADANOS A LA SALUD | | | |
| INCIDENCIA EN LA RECTORÍA | | | |
| SEPARACIÓN DE FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD | | | |
| DESCONCENTRACIÓN Y/O DESCENTRALIZACIÓN | | | |
| PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL | | | |
| INCIDENCIA EN LA GOBERNABILIDAD | | | |
| CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN | | | |
| CAMBIOS EN EL MODELO DE GESTIÓN | | | |
| BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y SALUD COLECTIVA | | | |
| CAMBIOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN | | | |
| CAMBIOS EN EL MERCADO LABORAL Y EN LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD | | | |

FUENTE(S):

3.4 ANÁLISIS DE ACTORES

Este apartado tiene como objetivo identificar los actores involucrados en la reforma o procesos de cambio (quiénes y cuántos), su posición en relación a cada uno de los objetivos y estrategias de la reforma y su poder o capacidad de acción.²⁶

Los procesos de cambio que experimentan los sistemas de salud -en diferentes momentos históricos- se centran en una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado, a partir de coyunturas que los justifican y viabilizan. Por tanto, es de crucial importancia identificar y analizar los múltiples “actores” sociales y políticos que participan en forma pasiva o activa en estos procesos. La identificación de los mismos no es un proceso lineal, sino más bien de carácter dinámico lo cual dificulta su realización. Sin embargo, en este acápite se esquematizan los pasos o etapas de este proceso tomando en consideración que estas etapas pueden desarrollarse en forma simultánea y/o paralela.

Se denominan “actores” para insistir en que ellos no son objetos o cosas que pueden ser manipulados para llegar a un cierto fin, sino participantes activos que interactúan y negocian con otros actores, los cuales pueden ser individuos, instituciones, u otras entidades de carácter colectivo y que pueden representar grupos de interés y/o grupos de presión.²⁷ Los actores relevantes para el análisis en cada país, así como su poder y posición dependen de la propuesta de reforma (contenido y objetivos específicos de la política), del contexto (factores institucionales, económicos, políticos) y los valores dominantes en la sociedad.²⁸

UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE ACTORES²⁹

El resultado final del análisis de los actores políticos es el mapa de actores en donde se identifica el potencial apoyo u obstáculo, y las oportunidades y amenazas que cada actor representa para la estrategia en diferentes momentos del proceso, según cuando se realice el análisis. Se deben realizar tantos mapas de actores como estrategias se hayan identificado en diferentes momentos del proceso. Esta comparación entre el mapeo de actores para distintas estrategias y en distintos momentos, permite una aproximación a la viabilidad de cada estrategia en determinadas condiciones económicas y sociales.

26. Para la realización de éste análisis, existen diversas metodologías, e instrumentos para realizar la identificación, análisis y mapeo de los actores, incluso softwar (Policy Maker); pero para fines de este documento, se proponen técnicas, métodos e instrumentos cualitativos en los que se obtiene información directa de las experiencias del proceso, así como también permite comprender e identificar el rol, la posición que estos actores tienen o han tenido en los procesos de cambio, y que permite analizar o predecir el desplazamiento de los actores en el contexto histórico, político, social, económico en los que se dan los cambios dentro del sector salud. La implementación, avance y sostenibilidad de estos cambios, no sólo dependen de la sustentabilidad técnica y financiera si no de su factibilidad política.

27. Grupos de Interés: En el lenguaje de proyectos, muchas veces se refieren a los diferentes actores como “interesados” o “grupos de interés”, porque cada uno tiene sus intereses, propósitos, ambiciones, necesidades, requerimientos, deseos y percepciones distintas.

28. Ham C, Hawkins L. Innovations in Health Care Delivery: Reform within the Public Sector; 1999.

29. Jaén, MH, Rivas, JC, Salvato, S. Propuesta de Análisis de Actores para las Estrategias de Reducción de la Exclusión en Salud. (Documento interno de OPS).

De este análisis surgen las primeras decisiones en cuanto a cuáles estrategias de gestión de cambio³⁰ promover –por su mayor viabilidad de implementación, y para mantener o movilizar a los actores influyentes en las estrategias para el desarrollo del sistema de salud seleccionadas. La viabilidad de estas estrategias será mayor en la medida que los actores con alta y mediana capacidad de acción tengan un balance a favor de las mismas; por el contrario, la viabilidad de las estrategias será menor si esos mismos actores tienen un balance en contra. En este último caso, la viabilidad puede incrementarse dependiendo del costo de colocar el balance a favor.

RESEÑA METODOLÓGICA

Existen diversas metodologías, e instrumentos para realizar la identificación, análisis y mapeo de los actores.³¹ Para fines del Perfil de los Sistemas de Salud, se propone el método cualitativo mediante el cual se obtiene información directa de las experiencias del proceso, así como también permite comprender e identificar el rol, la posición que estos actores tienen o han tenido en los procesos de cambio, y que permite analizar o predecir el desplazamiento de los actores en el contexto histórico, político, social, económico en los que se dan los cambios dentro del sector salud. La implementación, avance y sostenibilidad de estos cambios, no sólo dependen de la sustentabilidad técnica y financiera sino de su factibilidad política.

ETAPAS DEL PROCESO

- i. RESUMEN DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE CAMBIO DEL SISTEMA DE SALUD
 - Resumen de las Políticas
 - Objetivos de los procesos de cambio
 - Conformación del equipo de trabajo que condujo el proceso.
- ii. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE CAMBIO
- iii. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS EN
 - El Contexto Político
 - El Contexto Social
 - El Contexto Económico
 - El Contexto Ambiental
- iv. MAPEO POLÍTICO DE LOS ACTORES: MUESTRA EL NÚMERO DE ACTORES INVOLUCRADOS, LA POSICIÓN, Y SU NIVEL DE PARTICIPACIÓN.

30. Cuando hablamos de estrategia de gestión del cambio, se está haciendo referencia a un proceso político que tiene asociada una acción específica para alcanzarlo. Las estrategias de gestión del cambio están orientadas a cambiar las relaciones de poder y el posicionamiento de los actores frente a la estrategia.

31. "Stakeholder analysis guidelines/SAG" (toolkit) elaborado como parte del proyecto "Partnership for Health Reform project-PHR", 2000, Abt. Associates Inc., en "Strengthening Health Policy Reform in Latin America: An introduction to the toolkit and the policy process" Capítulo 1: Stakeholder analysis guidelines/SAG (Toolkit) Bethesda, MD. Mimeo, y en www.phrproject.com; Jaen, María Helena y Paravisini, Daniel (Enero, 2000) "Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud" en Serie Política del Sector Salud N.4, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS.

LISTA SUGERIDA DE ACTORES³²

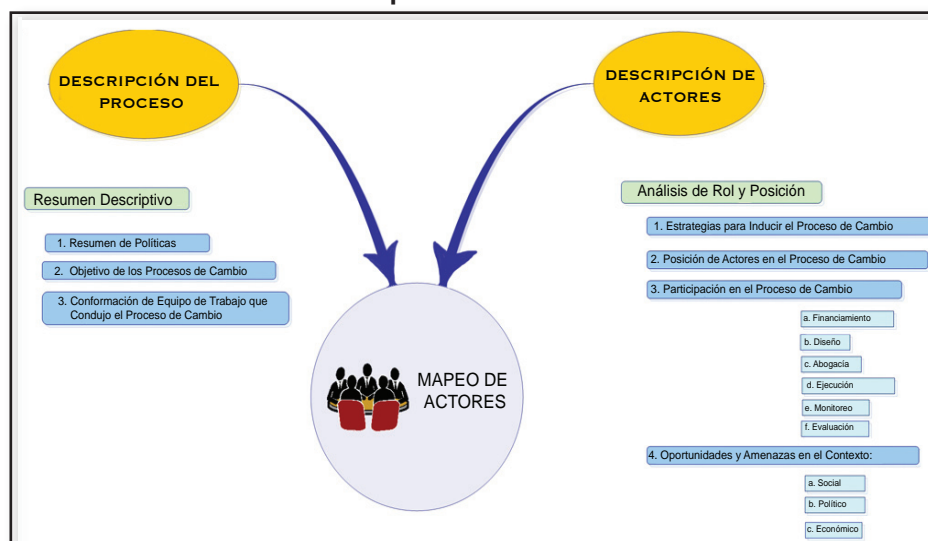
La lista que se presenta a continuación constituye una tipología simple de apoyo al equipo de trabajo para que considere posibles actores y, por ende, no pretende ser exhaustiva.

Mientras más precisión y especificidad se logre en la denominación de los actores, más robusto será el análisis. En este sentido se debe considerar el tipo de sistema de salud al momento de seleccionar los actores, ya que la inserción o salida de los actores, así como su importancia, variará según el tipo de sistema. El término actores, en este contexto se refiere tanto a actores individuales como a grupos.

- Sector Público: Gobierno central: Presidencia de la República, Ministerio de Salud, Seguridad Social, Gabinete social, Consejos Nacionales de Salud; Gobiernos locales: Unidades coordinadoras de los préstamos multilaterales; Universidades e Institutos de Educación Superior Públicos; otras Instituciones del sistema de servicios de salud.
- Sector Privado: Aseguradoras nacionales e internacionales con fines o sin fines de lucro, prestadores de servicios con fines o sin fines de lucro, empresas de tecnología en salud.
- Sociedad Civil organizada alrededor de la salud: Gremios, asociaciones de trabajadores, sindicatos, asociaciones profesionales, ONG's en salud, comités o consejos de salud, asociaciones de usuarios de los servicios de salud.
- Gabinete Social
- Elites (empresarios, académico)
- Sociedad civil organizada en general: partidos políticos, empresa privada, iglesia, medios de comunicación, Defensorías, asociaciones comunitarias.
- Agencias y Organismos de Cooperación Internacional

32. Este cuadro es una adaptación de la tabla 4.1, del documento "Principal actors in the health system". Washington, DC: PAHO-WHO; 1998 (p.34).

Mapecto de Actores³³



PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:³⁴

1. Los procesos de cambios propuestos en salud fueron iniciados por el:

- Sector económico ☐
- Público ☐
- Privado ☐
- Otro (especifique) _____
- Cooperación Internacional ☐ (especifique la agencia) _____
- Sector político ☐
- Sector Salud ☐
- Otro (especifique) _____

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o nacionales: _____

2. ¿Están definidos los cambios por una acción de acuerdo entre varios actores involucrados o por una autoridad central?

Si ☐ No ☐

33. Suárez, C., Rivas-Loria, P.; OPS/OMS, 2005.

34. Adaptación de Suárez, C. 2005, utilizando dos documentos como base: (1) M.H. y Paravisini, D. (1999). "Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud". Serie Política del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud. Enero de 2000. (2) Jaén, M.H. (2001) "Análisis Estratégico de Actores" con observaciones y comentarios de Barbara O'Hanlon de Abt Associates Inc.; OPS.

3. Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado ☐

Integrado ☐

4. ¿Se adapta la propuesta de cambio al tipo de sistema de salud del país?

Si ☐ No ☐

5. ¿Quién o quiénes financian los Procesos de Cambio (reforma)?

Fondos estatales ☐

Cooperación Internacional ☐

Sector Privado ☐

Fondos reembolsables con partida nacional ☐

6. De los siguientes actores, señale quienes participaron en los procesos de cambio de los sistemas de salud:

Gubernamental (Poder Ejecutivo) ☐

Poder Legislativo ☐

Sociedad Civil organizada en temas de salud ☐

Sociedad Civil organizada general ☐

Sector Privado ☐

Sector académico ☐

Otro (Especifique) ☐

7. ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones?

Legislativo ☐ Ejecutivo ☐ Ambo ☐ Ninguno ☐

8. ¿Los cambios evidenciados en el sector salud aportan al proceso nacional de democracia?

Si la respuesta es afirmativa, señale en el siguiente cuadro los elementos del proceso democrático que se han fortalecido.

Si ☐ No ☐

| ELEMENTOS DEL PROCESO DEMOCRÁTICO | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Mayor Control Social | | |
| Libre Elección | | |
| Participación Social | | |
| Gestión Participativa | | |
| Toma de Decisiones | | |
| Otros | | |

FUENTE(S):

9. Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición ☐ Construcción ☐ Consolidación ☐ No Existe ☐

10. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

| LEY | ACTOR | FUNCIÓN O RESPONSABILIDAD |
|-----|-------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FUENTE(S):

POSICIÓN DE LOS ACTORES (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

- Muy a Favor ☐
- Algo a Favor ☐
- Neutro ☐
- Algo en contra ☐
- En contra ☐

12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

- Positivo ☐
- Negativo ☐
- Ninguno ☐

ROL DE LOS ACTORES (RA)

13. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?

- Alta ☐ Media ☐ Baja ☐

14. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?

- Si ☐ No ☐

15. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de la información acerca de los procesos de cambio?

- Si ☐

Especifique cuáles: _____

- No ☐

BIBLIOGRAFÍA

Alleyne GAO. A Vision for Health System Reform in the Americas. *Pan American Journal of Public Health* 2000; 8(1/2).

Alleyne GAO. Equity and Health. *Pan American Journal of Public Health* 2000; 7(1).

Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Norberto J, Dachs W. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health* 93 (12) 2003, pp. 2037-2043.

Buvinic M, Giuffrida A, Glassman A. *Gender Inequality in Health and Work: The Case of Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Social Development Division; 2002.

Chackiel J. *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Santiago, Chile: CEPAL; 2000.

Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

EURO/WHO. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Production Template and Questionnaire*. Copenhagen: EURO/WHO; 1999.

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Feachem RGA. "Globalisation Is Good For Your Health, Mostly". *British Medical Journal* 2001;323:504-506.

Fleury, S. et.al. (eds) *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico* (Ottawa: International Development Research Center, 2000).

French Davis F. *Reformas para América Latina después del Fundamentalismo Neoliberal* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005).

Gupta N, Zurn P, Diallo K, Deal Poz MR. Uses of Population Census Data for Monitoring Geographical Imbalance in the Health Workforce: Snapshots from Three Developing Countries. *International Journal for Equity in Health* 2003; 2(11).

Gwatkin DR. Health Inequalities and The Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do? *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(1).

Gwatkin DR. Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2000:217-246.

Gwatkin DR. The Need for Equity-Oriented Health Sector Reforms. *International Journal of Epidemiology* 2001.

Gwatkin DR, Rustein S, Johnson K, Pande RP, Wagstaff A. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Bolivia*. Washington, DC: The World Bank; 2000.

Infante A, de la Mata I, López-Acuña, D. "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y Tendencias". *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 81(1/2).

Jaén MH. *Análisis Estratégico de Actores*. Washington, DC: OPS; 2001.

Jaén MH, Paravisini D. *Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud*. Washington, DC: OPS; 1999.

Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative (LACHSR). Baseline for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: LACHSR; 1998. (Technical Series No. 2 - Available at: www.lachsr.org)

Levcovitz E. Health Systems Profiles: Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform. Proceedings of the Symposium "Alliances for Public Health PAHO-USAID"; 2004 Sep 13-14; Washington, DC.

McPake B, Kutzin J. *Methods for Evaluating Effects of Health Reforms*. Geneva: WHO, Division of Analysis, Research and Assessment; 1997. (Current Concerns Series, ARA Paper number 13. WHO/ARA/CC/97.3).

Mintz P, Savedoff WD, Pancorvo J. *Prosalud and the Insurance Program for Mothers and Children (SNMN)*. Washington, DC: The World Bank and the Inter-American Development Bank; 2000.

National Health Policy Forum. *Filling the Geriatric Gap: Is the Health System Prepared for an Aging Population – A Discussion Featuring Christine K. Cassel, Marthy Mezey, and Richard D. Della Penna*. Washington, DC: National Health Policy Forum; 1999 (No. 729).

OECD. *OECD Health Data 1997: A Software for the Comparative Analysis of 29 Health Systems*. Paris: OECD; 1997.

Östlin P, George A, Sen G. Gender, Health and Equity: The Intersections. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A and Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento Activo y Saludable: Marco Político*. Washington, DC: OPS/OMS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud / Organización Mundial de la Salud. *Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPS/OMS; 2001.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Contribuciones de Foros Subregionales en Envejecimiento y Salud en las Américas - 1998-2000*. Washington, DC: OPS/OMS; 2000.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 41st Consejo Directivo - Resolución CD41.R12. 30 Septiembre 1999.

Organización Pan Americana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Informe sobre "Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud." Washington, DC: OPS/OMS; 1996.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS Cooperación Técnica focalizada en los Países y el Desarrollo Nacional de la Salud SPP39/10. Memoria de la "39th Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo"; 2005 16-18 Marzo; Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Verificación de la Cobertura Universal de los Servicios de Salud. La experiencia de la Organización Panamericana de la Salud en México*. México: OPS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud del Adulto Mayor / Organización Mundial de la Salud. *La Salud y el Bienestar de las Personas Adultas Mayores en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS/OMS; 2003.

Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género, Etnia y Salud / Organización Mundial de la Salud. *Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud*. Washington, DC: OPS/OMS; 2004.

Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Tecnología y Prestación de Servicios. *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005-2015*. Washington, DC: OPS; 2004.

Pan American Health Organization / World Health Organization. *Gender, Health and Development in the Americas 2003 – Basic Indicators*. Washington, DC: PAHO/WHO; 2003.

Pan American Health Organization / World Health Organization. *Health in the Americas: Volume 1*. 1998 Edition. Washington, DC: PAHO/WHO; 1998. (Scientific and Technical Publication No. 587)

Pan American Health Organization / Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). *Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean - Series No. 1 – Extension of Social Protection in Health*. Washington, DC: PAHO/SIDA; 2004.

Planes Magriñá A. et. al. *Los sistemas de salud y las necesidades y demandas de los ciudadanos* (Documento No.1). I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sevilla, España: 14-17 mayo 2002.

Potter C, Brough R. Systemic Capacity Building: A Hierarchy of Needs. *Health Policy and Planning* 2004; 19(5):336-345.

Primera Cumbre de las Américas. Plan de Acción. Memoria de la "Primera Cumbre de las Américas"; 1994 3-5 Diciembre; Miami. (Disponible en <http://www.summit-americas.org/miamiplan-spanish.htm>)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 2005. La Cooperación Internacional ante una Encrucijada: Ayuda al Desarrollo, Comercio y Seguridad en un Mundo Desigual*. Nueva York: PNUD; 2005.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un Pacto entre las Naciones para Eliminar la Pobreza*. Nueva York: PNUD; 2003.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1999. La Globalización con Rostro Humano*. Nueva York: PNUD; 1999.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1997. Desarrollo Humano para Erradicar la Pobreza*. Nueva York: PNUD; 1997.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1996. Crecimiento Económico y Desarrollo Humano*. Nueva York: PNUD; 1996.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1995. Género y Desarrollo Humano*. Nueva York: PNUD; 1995.

Quigley R, Cavanaugh S, Harrison D, Taylor L. *Clarifying Health Impact Assessment, Integrated Impact Assessment and Health Needs Assessment*. Yorkshire, UK: NHS Health Development Agency; 2004.

Rivas-Loría P. *Health Sector Analysis in Latin America and the Caribbean*. Proceedings of the Symposium "Alliances for Public Health PAHO-USAID"; 2004 Sep 13-14; Washington, DC.

Rivas-Loría P, Shelton C. Health Sector Reform Trends in LAC: Are Health Reform and Health Systems Development Moving Forward? *LACHSR Bulletin - Strengthening Health Systems and Reforms 2005*.

Rivas-Loría P, Entwistle M, La Foucade A. *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Sub-Región del Caribe Inglés*. LACHSR: Edición Especial No. 12. Washington, DC: LACHSR; 2002. (<http://www.lachsr.org>).

Rivas-Loría P, Infante A, Murillo R, Pedroza J, Schweiger A, et al. *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina*. LACHSR: Edición Especial No. 11. Washington DC: LACHSR; 2002. (<http://www.lachsr.org>).

Rivas-Loría P, Infante A, Pedroza J, Reinhartz D. *Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana*. LACHSR: Edición Especial No. 10. Washington, DC: LACHSR; 2002. (<http://www.lachsr.org>).

Rosés M. Discurso de Apertura, Consulta Regional Sobre el Trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud, OPS/OMS; 2005 5 Julio; Washington, DC.

Savedoff WD. *Policy Implications of Health Equity Focus for Latin America*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999.

Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Una sociedad para todas las edades. Memoria de la "Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento." 2002 8-12 Abril; Madrid, España.

Standing H. *El Género y la Reforma del Sector Salud*. Washington, DC: PAHO / Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.

The Economist. *Inequality in Latin America: A Stubborn Curse [editorial]*. 2003.

The World Bank Group. *Inequality in Latin America and the Caribbean: Breaking with History?* Washington, DC: The World Bank; 2003.

The World Bank Group. *World Development Report 1993 - Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.

Third Summit of the Americas. Declaration of Quebec City: Plan of Action. Proceedings of "Third Summit of the Americas"; 2004 April 20-22; Quebec, Canada. (Available at <http://www.summit-americas.org>)

Travis, P et al. Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004;364:900-906.

Wagstaff A. *Research on Equity, Poverty, and Health Outcomes: Lessons for the Developing World*. Washington, DC: The World Bank; 2000.

Walt G. World Health: Globalization of International Health. *Lancet* 1998;351:434.

Watson SD. Equity Measures and Systems Reform as Tools for Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *The Commonwealth Fund* 2005. (Available at: http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=289303)

GLOSARIO DE TÉRMINOS*

Acceso (accesibilidad): Probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere, sin embargo el término va más allá de la disponibilidad de los mismos. El acceso supone que la provisión de servicios es receptiva a las necesidades de los usuarios del sistema de atención de salud, y está abierta a la participación en la planificación de dichos servicios por los grupos vulnerables de población. El acceso puede ser afectado por la presencia de **barreras físicas** (relacionadas con la oferta general, disponibilidad y distancia a los servicios de salud); **barreras económicas o financieras** (relacionadas con el costo de inquirir y obtener atención de salud); y las **barreras culturales** (relacionadas con las percepciones sociales de los servicios de salud, por ejemplo "la discriminación" percibida o real por parte de los prestadores de asistencia sanitaria y las barreras del idioma).

Acreditación: Proceso por el cual un organismo u organización autorizada evalúa y avala una institución o un individuo aplicando un conjunto de "normas" que describen las estructuras y procesos que contribuyen a un buen resultado de salud. (WHO 1998)

Actores: Participantes activos que interactúan y negocian con otros actores, los cuales pueden ser individuos, instituciones u otras entidades de carácter colectivo, que pueden representar grupos de interés y/ o grupos de presión. Tipos de Actores:

- Actores activos: aquellos que afectan o determinan una decisión o acción en el sistema.
- Actores pasivos: aquellos que son afectados por esa decisión o acción.
- Actores primarios: los que se pretende beneficiar con los cambios.
- Actores secundarios: los que se desempeñan como intermediarios.
- Actores clave: aquellos que tienen una influencia significativa en el éxito en la implementación del cambio.

Afiliado: Designa a la persona moral o física que se inscribe o es inscrita en un seguro de salud, público o privado, voluntario o obligatorio. A veces se les denomina como "adherente", "derechohabiente", "titular" o "miembro". En algunos sistemas de seguro se distingue entre "afiliados" o "titulares", quienes ostentan primariamente los derechos de cobertura, y "beneficiarios", quienes suelen ser familiares en primer grado de los anteriores y son cubiertos en tanto el "afiliado" o "titular" mantiene su condición de tal. Los "beneficiarios" no siempre reciben el mismo conjunto de prestaciones que el titular.

Análisis de actores: Proceso que involucra varios métodos y técnicas dirigidas a identificar, analizar y comprender el papel de los responsables de la selección, implementación y resultados de una política, proyecto o programa. El análisis de actores deberá ser utilizado en conjunción con el mapeo político de los mismos en actividades dirigidas a determinar la viabilidad política de las opciones propuestas.

Análisis sectorial: Proceso conducente a la elaboración de un estudio o conjunto de estudios sobre la situación de un sector de la producción, la distribución o el consumo de bienes o servicios de un país; de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, social, económico y cultural. Es, por tanto, un análisis de la dinámica del sector que incluye la construcción de hipótesis y la formulación de recomendaciones y políticas.

Aseguramiento: Consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y el acceso a los mismos. Incorpora la organización y gestión de la prestación de servicios, implantada mediante varias modalidades de manejo del riesgo. Estos se centran en la asignación y administración de los recursos para garantizar que el riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud es asumido por todos los miembros mediante un fondo común o "pool" y no por cada miembro individualmente.

Atención primaria: El nivel de un sistema de salud "que provee la entrada al sistema para todas las nuevas necesidades y problemas, centrado en la atención a la persona y no en la enfermedad y a través del tiempo. Provee atención para todas las condiciones, excepto aquellas menos comunes e inusuales,

* Fuente: OPS/OMS; excepto en los casos donde se indica la fuente alterna.

y coordina o integra la provisión de cuidados en otros lugares o por otros. Se cree que el uso del término Atención Primaria se remonta hacia 1920, cuando el Informe Dawson fue divulgado en el Reino Unido. Este informe mencionaba los “centros de atención primaria” propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país”. El término “Atención Primaria Orientada a la Comunidad -APOC” tuvo su origen en 1940 en Sudáfrica. El enfoque de la APOC continúa siendo considerado hoy como uno de los precursores importantes de la concepción de APS de Alma Ata.

Atención Primaria de Salud (APS): En 1978 la Declaración de Alma Ata definió la APS como “atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla... La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad... acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud”.

Autoridad Sanitaria: La Autoridad Sanitaria Nacional es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. Se observan diferencias estructurales en la composición de la Autoridad Sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud. Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la *Autoridad Sanitaria* y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría para el sector salud.

Brechas de oferta respecto a demanda: Comparación entre la oferta y la demanda de servicios de salud lo cual permite estimar las brechas existentes entre la oferta disponible, y la oferta necesaria para responder a la demanda de la población de un modo efectivo y suficiente.

Calidad: Término que implica que los usuarios de los servicios de salud reciben asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

Cama de hospital: Una cama la cual se provee de manera regular y a la cual se le asigna personal para acomodar y atender a tiempo completo una serie de enfermos hospitalizados; están situadas en pabellones o áreas del hospital donde se proporciona atención médica continua. Constituye una medida de la capacidad del hospital (OMS 2000a).

Cobertura: Proporción de la población elegible para recibir atención en salud por medio de programas públicos. La cobertura se puede clasificar en:

- *Cobertura universal:* Proveer acceso a la atención en salud a toda la población a un precio asequible.
- *Cobertura nominal:* Porcentaje de personas con derecho a recibir la atención ofertada por el sistema de aseguramiento público con respecto a la población total.
- *Cobertura efectiva:* se expresa como el porcentaje de personas que teniendo derecho a recibir la atención ofertada, normalmente la reciben si la requieren.

Conducción Sectorial: Consiste en la capacidad de la “Autoridad Sanitaria Nacional” de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos que, a partir de valores compartidos a nivel nacional y la determinación social de los bienes públicos en salud, definen objetivos sanitarios viables y ponen en marcha planes estratégicos con metas factibles. A tal efecto, se deberán articular los esfuerzos de instituciones públicas y privadas del sector y otros actores sociales, para lograr a través de mecanismos participativos y la construcción de consensos, la movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones propuestas.

Co pago: Monto pagado por el paciente que cubre parcialmente el costo de la atención de salud recibida, denominado a veces como tarifas a los usuarios. (Diccionario de Economía de la Salud. Programa Flagship, 2001).

Cuentas Nacionales de Salud: Información, generalmente en la forma de indicadores, que un país puede recopilar sobre su gasto en salud (WHO 2000b). Los indicadores pueden incluir gasto total en salud, gasto público, gasto financiado mediante impuestos, y gasto público privado, gasto de bolsillo, gasto de la Seguridad Social, gasto público en salud.

Demanda de servicios de salud: Deseo expreso de recibir servicios destinados al público sin cargo directo al consumidor. Como aproximación, se considera que la *utilización o uso* de servicios expresa la demanda a la cual se responde mediante la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un período determinado.

Democracia: Régimen político en el que la soberanía reside en el pueblo y es ejercida por éste de manera directa o indirecta. La palabra democracia deriva del término griego *demokratia*, compuesto por *demos* que significa "pueblo", *kratos* que quiere decir "gobernar" y el sufijo *ia*; el término por tanto significa literalmente, "gobierno del pueblo". Más concretamente, la democracia es una forma de gobierno en la cual, en teoría, el poder para cambiar las leyes y las estructuras de gobierno, así como el poder de tomar todas las decisiones de gobierno reside en la ciudadanía. En un sistema así, las decisiones tanto legislativas como ejecutivas son tomadas por los propios ciudadanos (democracia directa) o por representantes electos mediante elecciones libres, que actúan en representación de los intereses de los ciudadanos (democracia representativa).

Descentralización: La descentralización es un proceso de naturaleza política y administrativa que implica transferir responsabilidades y recursos a unidades subnacionales de gobierno (estado, departamento, provincia o municipio) caracterizadas por tener personalidad jurídica y patrimonio propio, y capacidad autónoma para actuar en los términos establecidos por las Leyes. En los regímenes democráticos estas unidades son gobernadas por autoridades elegidas y no designadas por el Gobierno central. La descentralización se diferencia de la *desconcentración* en que en ésta hay una transferencia administrativa, y no política, de responsabilidades hacia niveles inferiores de una misma entidad.

Desempeño del sistema de salud: Evaluación del grado en que se logran las metas del sistema de salud, tales como mejorar la salud, la capacidad de respuesta y disponer de financiamiento justo, dados los recursos disponibles del sistema.

Descreme: Proceso mediante el cual un asegurador trata de seleccionar los individuos más favorables con miras a obtener las pérdidas financieras anticipadas por debajo de la prima del seguro (o del pago por capitación) con el objetivo de maximizar sus ganancias (Banco Mundial 2000).

Determinantes sociales de salud: Factores del contexto social que influyen en la salud de los individuos y las comunidades. Estos factores incluyen, pero no se limitan a:

- Situación socioeconómica
- Transporte
- Vivienda
- Acceso a los servicios
- Discriminación por grupo social (por ejemplo, raza, sexo, o clase)
- Estresantes sociales o ambientales

Efectividad: Implica que como resultado de un procedimiento clínico, programa o servicio se obtienen los resultados propuestos o se producen los efectos esperados.

Eficiencia: Implica minimizar el costo oportunidad de obtener un determinado producto o resultado o maximizar el producto o resultado en una oportunidad dada.

Equidad: Ausencia de diferencias evitables o remediables entre poblaciones o grupos definidos socialmente, económicamente, demográficamente, o geográficamente.

Esperanza de vida al nacer: Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Financiamiento: Función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud (WHO, 2000b).

Fragmentación: Coexistencia de varios subsistemas de salud pequeños y no-integrados. Como resultado aumenta los costos de transacción y obstaculiza la capacidad de garantizar el acceso equitativo y la provisión de servicios de salud.

Gasto Nacional en Salud: Estimado del monto gastado en bienes, servicios e investigación en salud durante un año calendario. Incluye el gasto público y privado en salud.

Gasto privado en salud: Comprende la parte del gasto total en salud que no es público; está compuesto principalmente por gasto de bolsillo y primas para el seguro de salud voluntario (en algunos casos por el empleador a nombre del individuo). (Observatorio Europeo en Sistemas de Salud, 2001)

Gasto público en salud por año como porcentaje del PIB: Corresponde al porcentaje del gasto público en salud del Gobierno General en relación al PIB durante un año calendario, expresado como un porcentaje del producto interno bruto correspondiente.

Gasto público en salud por año per cápita (US \$ corrientes): El valor promedio por persona del gasto público total en los bienes y servicios de salud para una economía nacional dada, en un período dado, generalmente un año, expresado en dólares norteamericanos actuales.

Género: Concepto dinámico, que está enfocado a la correlación que existe entre los hombres y las mujeres en el contexto social y los roles que cumplen en la misma. Los papeles del género se definen como los rasgos sociales y culturales que diversas sociedades asignan a los hombres y a las mujeres. Tales papeles del género son los patrones del comportamiento, los derechos y las obligaciones definidos por una sociedad como apropiados para cada sexo. Una perspectiva del género es una manera de analizar las situaciones y temas considerando los papeles respectivos y contribuciones de hombres y mujeres en la sociedad.

Sexo: Se refiere a las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres.

Gestión de Recursos Humanos: Se refiere a la toma de decisiones que afectan la naturaleza de las relaciones entre la organización de salud y sus empleados. Consiste en transformar los recursos disponibles en servicios que atiendan efectivamente y eficientemente a las necesidades de los individuos y de las poblaciones dentro de un contexto en evolución permanente. (Gilles Dussault y Luis Eugenio de Souza, Universidad de Montreal)

Gobernabilidad: Conjunto de tradiciones e instituciones que determinan cómo se ejerce la autoridad en un país. Ésta comprende: 1) el proceso de selección, supervisión y sustitución de los gobiernos, y sus mecanismos de rendición de cuentas al público en general; 2) la capacidad del gobierno para administrar los recursos públicos de forma eficaz y elaborar, poner en marcha y ejecutar políticas y leyes adecuadas para el desarrollo del país y el bien común, y 3) el respeto, por parte de los ciudadanos y el Estado, de las instituciones que rigen sus relaciones económicas y sociales. (Kaufmann, Kraay and Zoido-Lobaton, Banco Mundial)

Grupo étnico: Un grupo étnico es aquel que se diferencia del conjunto nacional de la sociedad por sus prácticas socioculturales, las cuales pueden ser visibles a través de sus costumbres y tradiciones. Los grupos étnicos pueden estar conformados por los pueblos indígenas, los afro descendientes, los mestizos, etc.

Hogares con jefatura femenina (%): Cociente entre el número de hogares con jefatura femenina y el total de hogares, en un período y territorio determinado, expresado por 100.

Hospital: Establecimiento de atención de salud que cuenta con camas (hospitalarias) personal y recursos tecnológicos clínicos donde los pacientes pueden, si lo necesitan, permanecer internados y recibir atención de salud durante las 24 horas del día. Sus prestaciones pueden ser de carácter ambulatorio (en consultorios adosados, de especialidad o unidades de emergencia) e intrahospitalario (hospitalización).

Incidencia anual de infecciones por influenza: Número de casos incidentes de influenza registrados en un año específico, expresado por 100,000 habitantes, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Incidencia anual de neoplasias malignas del cuello del útero: Razón entre el número de casos incidentes de tumores malignos del cuello del útero registrados durante un año específico en la población femenina, y el número de residentes en esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Incidencia anual de neoplasias malignas del pulmón: Razón entre el número de casos incidentes de tumores malignos del pulmón (incluyendo tráquea y bronquios) registrados durante un año específico en la población de un sexo dado, y el número de residentes en esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Incidencia anual de neoplasias malignas de mama de la mujer: Razón entre el número de casos incidentes de tumores malignos de la mama de la mujer registrados durante un año específico en la población femenina, y el número de residentes en esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Incidencia anual de VIH/SIDA: Número de casos incidentes de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) registrados en un año específico, expresado por 1,000,000 habitantes, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Incidencia anual de tuberculosis: Número de casos incidentes de tuberculosis registrados en un año específico, expresado por 100,000 habitantes, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Incidencia anual de tuberculosis baciloscopia positiva (BK+): Número de casos incidentes de tuberculosis confirmados baciloscópicamente, registrados en un año específico, expresado por 100,000 habitantes, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Indicador: Variables identificadas y medibles que ayudan a identificar los cambios directa e indirectamente pertinentes a los fines, objetivos y metas.

Indicadores de inequidad: Se sugieren los siguientes *requisitos para un indicador de inequidad*. Primero, que el indicador refleje la dimensión socioeconómica en las inequidades en salud; es decir, que las inequidades en salud estén sistemáticamente relacionadas con la situación socioeconómica. Segundo, que refleje la experiencia de la población en su conjunto, es decir, que el indicador use toda la información disponible de los diversos grupos de la población. Tercero, que sea sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población; es decir, que sea sensible al tamaño de los grupos socioeconómicos. Finalmente, que el indicador sea sensible al estado de salud promedio de la población.

Índice de Desarrollo de Género (GDI): Indicador que incluye los mismos datos básicos que el índice humano del desarrollo (HDI), pero se ajusta a las desigualdades del género en las tres dimensiones del desarrollo humano (longevidad, conocimientos y estándar de vida).

Índice de Empoderamiento del Género (GEI): Mide el empoderamiento político y económico de las mujeres en relación con de los hombres mirando el número/porcentaje de mujeres en posiciones del parlamento, posiciones gerenciales, así como mujeres con trabajos profesionales y técnicos.

Índice de Desarrollo Humano (IDH): Indicador que pretende medir el desarrollo humano en forma integral al contemplar las dimensiones longevidad, conocimiento e ingreso, y se considera “como una medida de la capacidad de la población para lograr vidas sanas, comunicarse, participar en las actividades de la comunidad y contar con recursos suficientes para lograr un nivel de vida razonable” (PNUD).

Mecanismos de Pago: Forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de los servicios de salud.

Medicamento genérico: Cualquier tipo de sustancia terapéuticamente activa no protegida por ningún tipo de patente (ni de producto ni de proceso), lo que significa que cualquier fabricante está habilitado para fabricarlo.

Migración: Consiste en un cambio de residencia de una a otra demarcación con intención de permanecer. Si no existiera esta intención, esa población debería incluirse en otra categoría (por ejemplo, desplazados, visitantes o turistas). Un país (o región, provincia o estado) recibe inmigrantes y pierde emigrantes; la diferencia entre inmigración bruta y emigración bruta se denomina saldo migratorio o migración neta.

Modelo de atención de salud: Descripción esquemática del tipo y de la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema, tal como el paquete de servicios básicos de un país dado.

Modelo de gestión de los servicios de salud: Corresponde a la forma en que los gerentes del sistema de servicios de salud administran todos los recursos del sistema con el objeto de lograr las metas propuestas. Macro gestión de los servicios de salud.

Modelo de organización de los servicios de salud: Corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva. Macro diseño de los servicios de salud.

Número anual de casos registrados de dengue: Número de casos incidentes de dengue registrados durante un año específico, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Número anual de casos registrados de malaria: Número de casos incidentes de malaria registrados durante un año específico, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Número de camas hospitalarias: Número promedio de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Ocho Objetivos que constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015 (UN). Fueron establecidos por las Naciones Unidas luego de la Declaración y Cumbre del Milenio que se efectuó en Nueva York en el año 2000.

Oferta de servicios de salud: Cantidad de un bien o servicio en condiciones de ser usado o consumido por una población objetivo, en un período determinado. También se considera como (aproximación de la) oferta a los recursos dispuestos para proveer esos bienes o servicios. Se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente.

Pago directo: Es un método de pago por servicios médicos donde el proveedor de servicios médicos recibe un pago fijo por persona a cambio de la provisión de servicios médicos sin importar la cantidad de estos servicios.

Paquete de beneficios: En los sistemas de seguros de salud y seguridad social, los paquetes de beneficios proporcionan los derechos de un conjunto completo de servicios de asistencia médica a los individuos asegurados o cubiertos, que son definidos según el conjunto de criterios especificados en el esquema (WHO, 1998a).

Participación y control social: Es el establecimiento de formas de relaciones sociales, basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, habilitados para tomar parte e impulsar procesos que buscan el bienestar colectivo a través de la resolución de conflictos. Implica la incorporación de la población, como actor social, en el análisis de las situaciones/problema que le afectan, en la consideración de opciones para enfrentarlas y en la ejecución de las acciones resultantes; es la participación entendida como cogestión. (Haddad,J/Roschke, M.A./Davini, M.C: Educación permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 100)

Partos atendidos por personal capacitado(%): Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Personal capacitado incluye médicos, enfermeras y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenado o no entrenado.

Planificación sanitaria: Se refiere a la planificación enfocada a los objetivos de mejorar la salud, la accesibilidad a los servicios de salud, y la promoción de la eficiencia en la prestación de los servicios y los recursos sobre una base integral para una comunidad entera. (De los Hechos en el Diccionario del Archivo de la Gestión de Atención de Salud, 1988,)

Población: Todos los habitantes de un país, territorio o área geográfica, para un sexo y/o grupo étnico dados, en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número de habitantes de un determinado sexo y/o grupo étnico que viven efectivamente dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. La población a mitad de año se refiere a la población de facto al 1o. de Julio.

Población analfabeta (%): Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que no es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Para propósitos estadísticos, una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.

Población bajo línea nacional de pobreza (%): Porcentaje de la población viviendo bajo la línea nacional de pobreza, para un determinado país, territorio o área geográfica, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año. La definición operacional de línea nacional de pobreza suele variar de país a país y representa el monto del ingreso que permite a cada hogar satisfacer las necesidades básicas de todos sus miembros.

Población con acceso a servicios de agua potable (%): Tamaño de la población con acceso a servicios de agua potable en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Población con acceso a servicios de eliminación de excretas (%): Tamaño de la población con acceso a servicios de eliminación de excretas en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Población del Área de Influencia: El área de influencia corresponde a la población atendida por los establecimientos de salud y no representa necesariamente un territorio como tal. La población proporciona el denominador para las diversas razones en indicadores de oferta o de uso. Según necesidad, se pueden construir indicadores específicos para subgrupos de población (como por ejemplo niños menores de un año). Las variables más relevantes para la descripción de los niveles más complejos son:

- El listado de los establecimientos con su nivel de complejidad y tipología, siguiendo lo recomendado en la sección caracterización general de la oferta de servicios.
- La oferta de servicios, donde para este nivel se recomienda distinguir entre prestaciones intermedias y finales.

Población de 60 y más años de edad (%): Porcentaje de la población total de un país, territorio o área geográfica de 60 y más años de edad, para un sexo dado y en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año.

Población económicamente activa (PEA): Comprende a todas las personas de cualquiera de los sexos, de una edad específica, que proveen la oferta del trabajo para la producción de los bienes y servicios económicos, durante un período específico. Puede calcularse según el cociente entre el número de personas económicamente activas y el número total de personas en edad de trabajar, en una fecha dada y en un territorio dado, expresado por 100.

Población indígena (pueblos indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, tribus, etnias, grupos étnicos, naciones, nacionalidades, primeras naciones, sociedades, amerindios): Aunque hay una diversidad de definiciones sobre el término indígena, según el Convenio 169 (1989) de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), los pueblos indígenas son "...pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitan el país, o una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización, y conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas." El concepto de pueblos se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales, históricos, culturales, y étnicos que le dan un sentido de identidad.

Población menor de 15 años de edad (%): Porcentaje de la población total de un país, territorio o área geográfica menor de 15 años de edad, para un sexo dado y en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año.

Población urbana (%): Porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es generalmente definida por los países como parte de sus procedimientos censales y se basa usualmente en el tamaño de las localidades y/o la clasificación de áreas como centros administrativos o en función a criterios especiales como densidad poblacional o tipo de actividad económica de sus residentes. No existe una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país.

Pobreza extrema o absoluta: Se refiere a la falta de ingreso necesario para satisfacer las necesidades de alimentación básicas. Estas últimas se suelen expresar en términos de requerimientos calóricos mínimos.

Pobreza general o relativa: Se refiere a la falta de ingreso necesario para satisfacer tanto las necesidades alimentarias básicas como las necesidades no alimentarias básicas, tales como vestido, energía y vivienda (UNDP 2000).

Políticas distributivas: Este tipo de políticas incorpora los programas o las subvenciones que proporcionan algunos sectores o áreas con recursos de interés para la sociedad y benefician a la mayor parte de gente. Como resultado, aunque este tipo de políticas incluye con frecuencia los subsidios al sector privado no generan un alto nivel de controversia ya que se supone que sus productos benefician la

mayor parte de miembros de la sociedad y que no se ejecutan a expensas de la sociedad o de los grupos privados. Ejemplos incluyen construcción de estradas, las subvenciones para investigación universitaria, los subsidios agrícolas, la policía, la construcción de los aeropuertos y calles, etc.

Políticas públicas: Se definen como decisiones tomadas por los legislativos, los ejecutivos y los cuerpos judiciales. Están asociados con metas de políticas y medios formalmente aprobados (recursos, mecanismos), y comunican los objetivos, los principios, las estrategias y las reglas de las decisiones tomadas en la administración y legislación del gobierno. Como tal, las políticas públicas satisfacen una necesidad o valores públicos, cuyos resultados están enmarcados en un conjunto de normativas adoptadas por una entidad pública, a la que se puede exigir mediante la acción coordinada de los agentes sociales. Se traducen en reglamentos, leyes, normas, tributación y otros incentivos económicos o elementos disuasivos.

Políticas redistributivas: Estas políticas les proporcionan beneficios a grupos sociales u organizaciones específicas para satisfacer las metas sociales al “tomar” los recursos (propiedades financieras, físicas, etc.) y redistribuyéndoselos mediante diversos medios, como los ingresos, los impuestos y/o la prestación de los servicios.

Políticas regulatorias: Están diseñadas con el objetivo de influir las acciones, los comportamientos y las decisiones del sector privado y son acompañadas por sanciones. Están justificadas porque se dirigen a proteger el bienestar público y, como las políticas redistributivas tienden a generar enfrentamiento entre diferentes grupos.

Política sanitaria: Las políticas sanitarias incorporan las decisiones gubernamentales que fijan objetivos relacionados con el sector de la salud con objeto de mejorar la salud, reducir riesgo y lesión y permitir a individuos buscar un mejor estado de salud.

“Pooling”: Consiste en la administración del riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud, a través de la asignación de los recursos disponibles en el «pool» o grupo de afiliados de modo tal que dicho riesgo sea asumido por todos los miembros del pool y no por cada miembro individualmente.

Prestación final: Resultante última del proceso productivo al interior del establecimiento sanitario que se realiza sobre las personas (egreso hospitalario, consulta de especialidad y de urgencia, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto). Estas prestaciones dan cuenta en forma global de la producción de los establecimientos de la red asistencial.

Prestaciones (beneficios): Las prestaciones (beneficios) que una entidad aseguradora pública ofrece a sus asegurados dependen de numerosos factores entre los que se cuentan: la propia historia de la entidad, los recursos financieros y humanos, el patrón de morbi-mortalidad de la población, la infraestructura disponible, las prioridades de la política sanitaria, y las relaciones de poder entre los distintos grupos. Las aseguradoras privadas y gran parte de las instituciones de Seguro Social explicitan sus «Planes de prestaciones (de salud o de beneficios)». Es decir, definen con mayor o menor precisión, revisan periódicamente, y publicitan lo que ofrecen a sus asegurados a cambio de la «prima» que éstos pagan. Y, además, suelen tratar de introducir mecanismos para garantizar la eficiencia y la efectividad de sus planes de salud. Por su parte, cada vez más para las redes que dependen de ellos, los Ministerios de Salud tratan de organizar sus «Planes de prestaciones» identificando mejor la población cubierta, explicitando la oferta de servicios y dando a conocer el gasto por persona cubierta.¹

Prestaciones intermedias: Corresponden a procedimientos que forman parte del proceso productivo, y que actúan como insumo para la producción de la prestación final (exámenes de imagenología y laboratorio, anatomía patológica, acciones del banco de sangre, también se incluyen acciones de apoyo como lavandería, esterilización, central de comidas y otras).

1. Lobo, F., Velásquez, G. «Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas». OMS/Universidad Carlos III/Editorial Civitas. Madrid. 1997.

Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños: Número de casos prevalentes de deficiencia nutricional moderada y grave en niños menores de 5 años de un sexo dado detectados durante un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un determinado país, territorio o área geográfica. Se define deficiencia nutricional moderada y grave en menores de 5 años a toda razón peso para la edad (P/E) inferior a menos dos desviaciones estándar ($-2DE$) de la mediana de referencia.

Prevalencia de bajo peso al nacer: Número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad: Número de niños que, desde el nacimiento hasta el final del cuarto mes de vida, son alimentados exclusivamente con leche materna, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Privatización: Incluye la transferencia de la propiedad y las funciones del gobierno a las entidades privadas, que pueden constar de las organizaciones voluntarias y las organizaciones privadas con fines y sin fines de lucro (Observatorio Europeo en Sistemas de Atención de Salud, 2001).

Producto interno bruto (PIB): El valor total de todos los bienes y servicios finales producidos en una economía durante un periodo (generalmente un año) más ingresos netos de propiedad invertidos al exterior (WHO, 1998a).

Producto interno bruto (PIB) per cápita \$ internacionales (ajuste PPA): Valor de mercado promedio por persona de la suma de los valores agregados brutos de todas las unidades institucionales residentes dedicadas a la producción, para una determinada economía nacional, en un periodo dado de tiempo, usualmente un año, expresado en dólares internacionales usando tasas de paridad del poder adquisitivo monetario.

Promoción la Salud: Es el proceso planeado y manejado de promover y asistir a la mejora en la salud de una población, que se diferencia de la provisión de los servicios del cuidado médico (OMS 1998a).

Provisión de Servicios: Consiste en la atención directa a las personas por parte de personal profesional calificado. Puede ser de distintas naturalezas —promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación— se desarrolla en y desde establecimientos sanitarios de muy diverso tipo: en lugares de vivienda y trabajo; en el domicilio de los médicos, enfermeras o personal de nivel elemental o intermedio; en unidades básicas de salud; en clínicas o ambulatorios especializados; en hospitales complejos, donde se utilizan tecnologías sofisticadas y costosas.

Razón de casos de SIDA hombre/mujer: Cociente entre el número de casos incidentes de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en hombres con respecto al número de casos en mujeres, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Razón de enfermeras profesionales: Número promedio de enfermeras diplomados disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.

Razón de médicos: Número promedio de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Razón de ingreso 20% superior/ 20% inferior: Cociente entre el ingreso promedio del quintil más rico dividido entre el ingreso promedio del quintil más pobre en una determinada población, para un determinado país, territorio o área geográfica, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año.

Rectoría del Sector Salud: Se entiende como la gestión de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales. Comprende las dimensiones de: formular y conducir, regular y fiscalizar, garantizar el aseguramiento, orientar el financiamiento, armonizar la provisión de la atención y desarrollar y promover las funciones esenciales de salud pública en el país.

Reforma del Sector Salud: Proceso que busca cambiar las políticas sanitarias, programas y prácticas nacionales a través de cambios en las prioridades del sector, leyes, regulaciones, estructura de organización y arreglos del financiamiento, tales como honorarios de usuario. Las metas centrales son mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficacia y/o el sostenibilidad.

Resultados de salud: Cambios en el estado de salud (mortalidad y morbilidad) que son resultado de la provisión de servicios de salud (u otros tipos de servicios) (OECD 1992).

Riesgo moral: Es el fenómeno según el cual los beneficiarios de un seguro tienen una tendencia a consumir de manera abusiva, o más que de costumbre, los servicios propuestos, de modo de "rentabilizar" al máximo las cotizaciones pagadas. Para algunos autores, el riesgo moral, se refiere también a los abusos en la prescripción por parte de los proveedores de asistencia médica.

Salud: Es el estado del bienestar físico, social y mental completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objeto de vivir, y es un concepto positivo que acentúa recursos sociales y personales así como capacidades físicas. La salud es un derecho humano fundamental, reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (OMS 1948).

Sector de la salud: Definido como el conjunto de valores, normas, instituciones, recursos y actores organizados en conformidad con las políticas establecidas, que llevan a cabo las actividades relacionadas con la producción, la distribución y el consumo de los bienes y los servicios, cuya finalidad primaria es promover, recuperar y mantener la salud de los individuos o los grupos de población. Incluye ministerios y departamentos de gobierno, los hospitales y otros servicios de salud, los esquemas de seguro de salud, las organizaciones voluntarias y privadas en la salud, así como la industria farmacéutica y las empresas de préstamos a intermediarios del medicamento.

Segmentación: Sistemas de la salud caracterizados por la coexistencia de lo siguiente: (i) un sistema de la Seguridad Social, que cubre a trabajadores empleados en el sector formal; (ii) un ministerio de salud que realiza algunas intervenciones de salud pública y proporciona cuidado médico para las clases más bajas y medias; (iii) un sector privado muy grande y diverso que cubre la clase más rica, la más pobre, y, cada vez más, la clase media.

Seguro: Sistema de cobertura de riesgos o eventos inciertos mediante la distribución previa entre un cierto número de personas de los costos resultantes de estos riesgos. La participación es voluntaria y la parte interesada debe satisfacer ciertos requisitos para asociarse y pagar una cantidad de dinero (la "prima") para tener derecho a los beneficios ofrecidos.

Seguro Social: Un plan de seguro establecido y controlado por el gobierno o por organismos públicos para proteger contra el desempleo, la vejez, la enfermedad etc. El Seguro Social es generalmente obligatorio para la población entera o para ciertos grupos y es a menudo financiado por un impuesto sobre nóminas. También llamado seguridad social.

Selección Adversa: Situación donde los individuos compran algún seguro a tarifas por debajo de las tarifas actuariales justas debido a la información asimétrica (los individuos tienen acceso a la información que no está disponible para los aseguradores). (Witter 1997)

Servicios Básicos de atención primaria de salud: Servicios que se pueden ofrecer en el nivel primario: destacan ocho elementos: educación en problemas frecuentes de salud y métodos para identificarlos, prevenirlos y controlarlos; promoción de aporte alimentario y nutrición adecuada; aporte adecuado de agua potable y saneamiento básico; atención de salud materna e infantil, incluyendo planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de enfermedades endémicas locales; tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes; y promoción de salud mental y provisión de medicamentos esenciales (Alma Ata, 1978).

Servicios de salud: Cualquier servicio que pueda contribuir al mejoramiento de la salud, o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas, y no necesariamente limitado a aquellos servicios de tipo médico o personales (OMS, 1998).

Sistema de salud: Grupo de instituciones nacionales y subnacionales públicas, privadas o organizaciones no gubernamentales que se esfuerzan para proteger la salud de la gente. Esencialmente, el sistema de salud es el sector de la salud categorizado según las principales funciones (financiamiento, provisión de servicio y cobertura), los actores principales y los resultados (salud, financiamiento justo y capacidad de respuesta). La OMS define las metas de los sistemas de la salud como: (i) Mejorar la salud de la población que sirven; (ii) Capacidad de respuesta, es decir, responder a las expectativas legítimas de la gente; y (iii) financiamiento justo, es decir, proporcionar la protección financiera contra los costes de la enfermedad.

Sistema de Salud Basado en la Atención Primaria en Salud: Es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud Basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

Servicios ambulatorios: Los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes que no se admiten formalmente en el centro médico y no permanecen durante la noche (la OCDE 2000b).

Sostenibilidad: La capacidad de satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de satisfacer las necesidades futuras (WHO 1998a). Implicando tanto la dimensión social como la financiera 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. Consecuentemente, incluye la aceptación y apoyo social y la disponibilidad de los recursos necesarios. Otra definición similar pero más breve: "La capacidad de un sistema de salud de funcionar de forma efectiva a lo largo del tiempo con el mínimo de ayuda externa."²

2. Lanford, A. «Sustaining primary health care». Save The Children Fund, Earthscan Pub. Ltd. London. 1995.

Subregistro de mortalidad (%): Diferencia entre el número de defunciones estimadas, de acuerdo a las correspondientes tablas de vida de periodo, y el número de defunciones actualmente registradas, expresada como porcentaje del total de defunciones estimadas, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se define como subregistro o la ausencia de registro de un evento vital, aunque fuere en forma tardía. Se considera que una defunción está subregistrada si ésta no ha sido registrada en el registro civil hasta un año después de la fecha real de defunción.

Tasa bruta de escolaridad primaria: Número total de pupilos de determinado sexo matriculados en enseñanza primaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje de la población del mismo sexo del grupo etáreo que corresponde oficialmente al nivel de enseñanza primaria, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año, para un determinado país, territorio o área geográfica. De acuerdo con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación de 1997 (CINE-97), adoptada por la UNESCO, enseñanza primaria se define como el nivel de enseñanza cuya función principal consiste en proporcionar los primeros elementos de la instrucción, como la que se da en escuelas elementales y escuelas primarias.

Tasa bruta de mortalidad: Tasa de cambio medio anual en el número de defunciones en una población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

Tasa bruta de natalidad: Tasa de cambio medio anual en el número de nacidos vivos en una población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el número de nacidos vivos en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

Tasa de crecimiento anual de la población: Tasa de cambio medio anual en el tamaño de la población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el incremento anual del tamaño poblacional y la población total para dicho año, usualmente multiplicada por 100. El incremento anual del tamaño poblacional se define como la suma de diferencias: la diferencia entre nacimientos menos defunciones y la diferencia entre inmigrantes menos emigrantes, en un determinado país, territorio o área geográfica para un año dado.

Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad: Tasa de cambio medio anual en la fecundidad de una población adolescente, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un año dado y la población femenina de 15 a 19 años de edad a mitad de año, usualmente multiplicada por 1.000.

Tasa de inflación (crecimiento medio anual del índice de precios al consumidor): Tasa de cambio medio anual en el costo, para el consumidor promedio, de la adquisición de una canasta básica de bienes y servicios, que puede ser fija o puede cambiar a intervalos específicos, para una determinada economía nacional, durante un periodo de tiempo específico.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años, estimada: Cociente entre el número de muertes en niños menores de 5 años de edad y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (enfermedades diarreicas agudas - EDA): Numero total de niños menores de cinco años, expresado por 1.000 nacidos, cuyos certificados de defunción registran una enfermedad infecciosa intestinal como causa básica de muerte, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas (IRA):

Numero total de niños menores de cinco años, expresado por 1.000 nacidos, cuyos certificados de defunción registran una infección respiratoria aguda como causa básica de muerte, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tasa de mortalidad general, estimada: El número total de defunciones estimadas en una población de determinado sexo y/o edad, dividido por el número correspondiente de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir, por toda causa, de cada elemento de la correspondiente población de referencia.

Tasa de mortalidad infantil: Cociente entre el número de muertes en niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la Autoridad Sanitaria Nacional competente. La tasa de mortalidad neonatal (reportada) se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la Autoridad Sanitaria Nacional competente. La tasa de mortalidad postneonatal (reportada) se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la Autoridad Sanitaria Nacional competente. La tasa de mortalidad infantil estimada representa los valores estimados a mitad de año, obtenidos por interpolación lineal de las correspondientes proyecciones quinquenales de población de las Naciones Unidas que usan la variante media de fecundidad.

Tasa de mortalidad por causas externas, estimada: El número de defunciones estimadas por causas externas en una población de determinado sexo, dividido por el número total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución de edad, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, estimada: El número total de defunciones estimadas por enfermedades del aparato circulatorios en una población de determinado sexo y/o edad, dividido por el número de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir por tal causa de cada elemento de la correspondiente población de referencia.

Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, estimada: El número total de defunciones estimadas por enfermedades transmisibles en una población de determinado sexo y/o edad, dividido por el número de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir por tal causa de cada elemento de la correspondiente población de referencia.

Tasa de mortalidad por neoplasias malignas, estimada: El número total de defunciones estimadas por tumores malignos en una población de determinado sexo y/o edad, dividido por el número de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir por tal causa de cada elemento de la correspondiente población de referencia.

Tasa de mortalidad por tuberculosis, estimada: Número de muertes de un sexo dado cuyos certificados de defunción registran tuberculosis como causa básica de muerte, expresado por 100,000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tasa de mortalidad por SIDA, estimada: Número de muertes de un sexo dado cuyos certificados de defunción registran Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida (SIDA) como causa básica de muerte, expresado por 100,000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tasa global de fecundidad: Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Variables sistémicas determinantes de los servicios de salud: Corresponde a variables de tipo sistémico, las cuales están más allá del ámbito de la provisión propiamente tal, pero que son determinantes importantes de los servicios de salud. Dentro de este grupo se incluyen variables tales como nivel de financiamiento, mecanismos de pago a proveedores, y cantidad y distribución de los recursos humanos.