



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 41.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO

San Juan, Puerto Rico, 27 de septiembre al 1 de octubre de 1999

*Punto 4.9 del orden del día provisional*

CD41/14 (Esp.)

9 julio 1999

ORIGINAL: ESPAÑOL

### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

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

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

Dando respuesta a este requerimiento, se diseñó y se ha comenzado a utilizar la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe* (en adelante “la *Metodología*”). En este documento se explica lo que es la *Metodología*, los contenidos de ésta, sus usuarios y utilidades, ejemplos de su aplicación y las próximas etapas que han sido consideradas.

Se presenta este informe, previamente examinado por el Subcomité de Planificación y Programación y el Comité Ejecutivo, al Consejo Directivo, con el fin de informar de los avances con respecto al mandato de la Organización Panamericana de la Salud y de conocer las orientaciones de los Estados Miembros en cuanto a los pasos a seguir. El Comité Ejecutivo, en su 124.<sup>a</sup> sesión, aprobó la resolución CE124.R8 para la consideración del Consejo Directivo (ver anexo).

## ÍNDICE

*Página*

1. Antecedentes y justificación de la acción de la OPS en el seguimiento de los procesos de reforma sectorial en los países de las Américas .....	3
2. Diseño de la <i>Metodología</i> para el seguimiento y evaluación de la reforma del sector salud .....	4
2.1 Marco conceptual.....	4
2.2 Proceso de diseño de la <i>Metodología</i> .....	5
2.3 Qué es la <i>Metodología</i> .....	6
2.4 A quiénes va dirigida la <i>Metodología</i> .....	6
2.5 Qué información utiliza la <i>Metodología</i> .....	6
3. Contenido del marco metodológico para el seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma sectorial.....	7
3.1 Seguimiento de los procesos .....	7
3.2 Evaluación de los resultados.....	8
4. Aplicación de la <i>Metodología</i> .....	9
4.1 Argentina.....	10
4.2 Guatemala .....	10
4.3 Honduras .....	11
4.4 México.....	12
4.5 Panamá .....	12
4.6 Paraguay.....	13
4.7 República Dominicana .....	14
5. Próximas etapas.....	15

Anexo: Resolución CE124.R8

## **1. Antecedentes y justificación de la acción de la OPS en el seguimiento de los procesos de reforma sectorial en los países de las Américas**

Basado en sus documentos básicos, el Código Sanitario Panamericano (1924) y la Constitución (1947), el mandato de la OPS es actuar como autoridad promotora y coordinadora en asuntos de salud internacional en la Región. Entre las acciones de cooperación técnica de la OPS ocupan un lugar destacado aquellas dirigidas a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en el diseño, implementación y uso eficaz de metodologías y sistemas de información orientados a: detectar y evaluar cambios en las condiciones de vida y de salud de las poblaciones; desarrollar la capacidad de análisis, planificación y formulación de políticas; fortalecer el liderazgo y la capacidad de conducción y gestión de los ministerios de salud y otras instituciones del sector, tanto en las condiciones habituales de operación como en los procesos de reforma sectorial.

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

La reunión se celebró en la sede de OPS/OMS en septiembre de 1995, y en ella se constató un interés creciente, en los países, en las agencias y otras organizaciones de cooperación actuantes en la Región sobre las estrategias de reforma, las políticas, los instrumentos y los resultados. Desde entonces, las autoridades nacionales y los organismos internacionales, así como otros actores involucrados, solicitan con frecuencia información sobre los objetivos, los planes y programas, las dinámicas, los contenidos, los instrumentos y las experiencias institucionales e individuales en las diferentes áreas incluidas en las reformas. Hasta hace poco, gran parte de esta información era inédita o su diseminación se limitaba a ámbitos muy restringidos.

El Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD38.R14 (1995), en la que, entre otras cosas, solicita al Director “que según las indicaciones de la Cumbre de las Américas y tomando en consideración las discusiones de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, continúe trabajando con los Estados Miembros y otras agencias en el diseño de un proceso para el seguimiento de la reforma del sector salud en las Américas”.

En el 39.º Consejo Directivo (1996), se informó sobre el progreso en las actividades de reforma del sector salud en la Américas. Se confirmó la reforma sectorial como una estrategia para que los sistemas de salud sean más equitativos, eficientes y efectivos, y se exhortó a los Estados Miembros a reafirmar su compromiso político a la reforma del sector salud. Se reconoció la necesidad de coordinación, de contar con apoyo externo, de respetar las autonomías nacionales y de intercambiar experiencias sobre los procesos nacionales de reforma del sector salud.

En 1997 fue lanzada la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en los Países de América Latina y el Caribe. Se trata de un proyecto a cinco años (1997-2002) del que forman parte la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Data for Decision-making (DDM), Family Planning Management Development (FPMD), la OPS, y Partnership for Health Sector Reform (PHSR). Su objetivo central es proporcionar apoyo regional para promover el acceso equitativo a servicios básicos de calidad en la Región de las Américas.

A través de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud, USAID y OPS buscan identificar una amplia gama de personas e instituciones involucradas con la reforma del sector salud, con el fin de formar alianzas para construir y compartir conocimiento a lo largo de la Región. En el marco de esta Iniciativa, ha sido desarrollada la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe* y el *Sistema de información y análisis sobre reforma del sector salud* (SINAR), los cuales pretenden recolectar y disseminar información relativa a los esfuerzos de reforma sectorial en salud en las Américas.

## **2. Diseño de la *Metodología de seguimiento y evaluación de la reforma del sector salud***

### **2.1 *Marco conceptual***

En la Región de las Américas, la reforma sectorial en salud se ha planteado como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan.

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

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

## **2.2 *Proceso de diseño de la Metodología***

El proceso de preparación de la *Metodología* comienza en octubre de 1997 con la elaboración de la “Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial”. Esta es aplicada en 17 países<sup>1</sup> de la Región<sup>2</sup>.

Sobre la base de esta experiencia se desarrolló un proceso que contempló las siguientes etapas:

- elaboración de una primera versión de la *Metodología* por el personal de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, con la colaboración del personal de las divisiones de Salud y Desarrollo Humano, y de Promoción y Protección de la Salud de la OPS;
- prueba de factibilidad en cinco países (Chile, El Salvador, Jamaica, Perú y República Dominicana), así como los aportes de las Representaciones de la OPS en otros ocho países (Argentina, Colombia, Cuba, Guyana México, Panamá, Paraguay y Uruguay);
- reunión internacional de consulta, efectuada en mayo de 1998 en la sede de la OPS en Washington, D.C.;

---

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

<sup>2</sup> Los informes por país fueron publicados tanto en inglés como en español como una de las publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Se encuentran en la página Web de la misma [www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm).

- elaboración de la versión actualmente en uso;
- integración de dicha versión como parte de los “Lineamientos para la elaboración de los perfiles de sistemas de servicios de salud en los países de la Región”;
- revisión de la *Metodología* con base en la experiencia de aplicación en 17 países, realizada en abril de 1999 en la sede de OPS con la participación de expertos en esta área temática. Cabe destacar que el desarrollo de este instrumento siempre se ha considerado en el marco de un proceso de mejoramiento continuo en que, producto de su utilización y la experiencia adquirida, se va incorporando los cambios necesarios.

### **2.3 *Qué es la Metodología***

Es un instrumento que pretende ayudar a los tomadores de decisiones en los niveles nacional y subnacionales de los países, y a las agencias de cooperación técnica que los apoyan, a producir un informe lo más objetivo posible, de extensión manejable y sencillo de actualizar que, de forma sistemática, siga y evalúe las reformas del sector salud.

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

### **2.4 *A quiénes va dirigida la Metodología***

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

### **2.5 *Qué información utiliza la Metodología***

Utiliza fundamentalmente la información ya disponible, privilegiando la información institucional publicada en fuentes oficiales nacionales. En segundo término, la información publicada por los organismos internacionales de cooperación técnica y/o financiera (incluida la propia OPS). En tercer lugar, la información no publicada procedente de fuentes oficiales nacionales, siempre que exista autorización para su uso. En cuarto lugar, la información publicada en fuentes no oficiales (por ejemplo, artículos firmados) que se considere relevante.

### **3. Contenido del marco metodológico para el seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma sectorial**

La *Metodología* contiene variables e indicadores para los cuales se utiliza información cualitativa y cuantitativa. En el caso de la información cuantitativa, se usa fundamentalmente aquella de la que existe evidencia que está disponible en la mayoría de los países. Para la información cualitativa el cuestionario utilizado trata de ser explicativo y sugerir la extensión aproximada que el tema podría ocupar en el Perfil.

La *Metodología* contiene dos capítulos principales, uno relativo al seguimiento del proceso de reforma y el otro relativo a la evaluación de los resultados.

#### **3.1 *Seguimiento de los procesos***

##### *3.1.1 En cuanto a su dinámica*

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

##### *3.1.2 En cuanto a sus contenidos*

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

### **3.2 *Evaluación de los resultados***

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

#### **3.2.1 *Equidad***

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

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

#### **3.2.2 *Efectividad y calidad***

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

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

#### **3.2.3 *Eficiencia***

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

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

#### **3.2.4 *Sostenibilidad***



La sostenibilidad tiene una dimensión social y otra financiera y se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como su capacidad de enfrentar los desafíos de mantenimiento y desarrollo a largo plazo.

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

### 3.2.5 Participación

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

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

## 4. Aplicación de la *Metodología*

La *Metodología* se ha empleado en los países de América Latina y el Caribe. A la fecha los Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud (que incluyen la parte sobre seguimiento y evaluación de las reformas sectoriales) se encuentran terminados en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago.<sup>3</sup>

A modo de ejemplo, a continuación se presentan resúmenes de algunos de los países. Estos permiten formarse una visión de la información que se obtiene a través de la aplicación de la *Metodología*.

### 4.1 Argentina

---

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

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

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

Puede decirse que la reforma sectorial ha reestructurado organizativamente el escenario de salud; ha rescatado el protagonismo del hospital público como prestador de servicios; ha incorporado nuevos procedimientos y organismos responsables del control, regulación y fiscalización de la calidad de la atención; ha conformado un régimen de cobertura obligatorio; ha instalado la libre elección del tercer pagador entre las OS; y ha cambiado las relaciones entre los distintos actores del sector.

El análisis de la contribución de las mismas al mejoramiento de los niveles de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación en los servicios de salud requieren de un mayor grado de avance en su desarrollo que permita una evaluación de su impacto en la atención de salud.

## **4.2 Guatemala**

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

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

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

### **4.3 Honduras**

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

La acumulación creciente de estos y otros problemas, y sus efectos adversos en la salud de las poblaciones, propició iniciativas de reforma del sector. Así, en mayo de 1993, se impulsó el programa “Modernización del Sistema de Servicios de Salud”, a fin de modificar la interacción entre los niveles de atención y otras instancias públicas y privadas. En el período 1994-1998, con el “Proceso Nacional de Acceso”, se democratizó la administración de las redes de servicios impulsando la descentralización y la participación social, y se incrementó el acceso a los servicios de salud. Ante la necesidad de fortalecer la capacidad rectora, a partir de 1998 se inició la transformación substancial del modelo de atención y la reingeniería de sistemas y procesos, lo cual se plasmó en un documento de política de salud donde se explicitó que la reforma sectorial es la “Nueva Agenda en Salud” (NAS).

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

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

#### **4.4 *México***

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

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

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

#### **4.5 *Panamá***

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

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

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

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

#### **4.6 *Paraguay***

En diciembre de 1996, como parte de la estrategia de reforma del sector, se promulgó la ley que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas con equidad, oportunidad, eficiencia y sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. También pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones intra e intersectoriales.

La ley otorga la coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud al Consejo Nacional de Salud (CNS), presidido por el Ministro de Salud, y del que forman parte todas las instituciones del sector y otras relacionadas. La ley crea una serie de entidades dependientes del CNS, como la Superintendencia Nacional de Salud (SUPNS), la Dirección Médica Nacional y el Fondo Nacional de Salud (FNS) (aún no reglamentado). A continuación, un decreto estableció las nuevas funciones y el modelo organizacional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Las funciones de financiamiento del sector serán asumidas por el FNS y medidas

para modificar la composición del financiamiento sectorial serán estudiadas por el nuevo gobierno que asumió en agosto de 1998 cuando se discuta la implementación del FNS. Las funciones de aseguramiento estarán bajo la supervisión y control de la SUPNS y la provisión de servicios será responsabilidad de instituciones públicas y privadas.

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

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

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

#### **4.7 República Dominicana**

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

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

Los principales objetivos de la reforma sectorial están dirigidos a: i) reformar el sistema de seguridad social; ii) promover la desconcentración y descentralización del subsector público; iii) definir un conjunto de prestaciones básicas de acceso universal; iv) fortalecer los mecanismos de financiamiento mixto público–privado, basados en un contexto solidario; v) introducir mecanismos de aseguramiento y provisión público–privados; vi) estimular la autogestión hospitalaria; y vii) fortalecer del papel regulador del Estado.

Para la conducción del proceso de reforma sectorial se creó la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.

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

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

## **5. Próximas etapas**

Durante el presente año se tiene programado aplicar la *Metodología* en todos los países de la Región. En cuanto a la periodicidad de su uso, se tiene considerado ir actualizando la información relativa al menos cada dos años o cuando las circunstancias de cambio lo recomienden.

Las tareas principales que están siendo consideradas para el desarrollo de la *Metodología* y del sistema de información y análisis sobre reforma del sector salud tienen relación con:

- Establecimiento de un sistema de información y análisis sobre reforma del sector salud que efectivamente apoye a las autoridades de salud de los países de la Región en la toma de decisiones relativa a los procesos de reforma.
- Desarrollo de proceso de análisis comparativo de la información derivada de la aplicación de la *Metodología* para que efectivamente genere un conocimiento útil en el ámbito de lo planteado en el párrafo anterior.
- Avance en la integración de las bases de datos y los análisis demográficos y epidemiológicos relacionados con los precedentes del área de desarrollo de los sistemas y servicios.
- Fortalecimiento de la evaluación del impacto de las reformas sectoriales en términos de disminución de brechas de cobertura, articulación de redes, acceso equitativo y efectividad de las actuaciones.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# 124.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 21 al 25 de junio de 1999

CD41/14 (Esp.)  
Anexo

## RESOLUCIÓN

*CE124.R8*

### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

#### *LA 124.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Visto el documento sobre seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud presentado por el Director (documento CE124/17),

#### ***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo que apruebe una resolución en los siguientes términos:

#### ***EL 41.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO,***

Visto el documento sobre seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud (documento CD41/14) y

Teniendo en cuenta que, tanto en la Cumbre de las Américas en 1994, como en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud en 1995, en la cual participaron un comité interagencial de las Naciones Unidas y agencias multilaterales y bilaterales, los gobiernos de la Región identificaron la necesidad de diseñar un proceso para el seguimiento de la reforma del sector de la salud en las Américas,



**RESUELVE:**

1. Reconocer los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y por la OPS en el diseño y aplicación de la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) acojan y utilicen la *Metodología* y continúen colaborando en el proceso de mejoramiento de este instrumento;
  - b) institucionalicen el proceso de seguimiento y evaluación de sus procesos de reforma sectorial en salud y apliquen políticas que tengan en cuenta los resultados de esos procesos.
3. Solicitar al Director que:
  - a) continúe con el proceso de perfeccionamiento de la *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*;
  - b) prosiga con acciones de cooperación en apoyo a la aplicación de la *Metodología* y a los procesos de reforma sectorial en salud;
  - c) elabore informes periódicos relativos a los progresos y problemas encontrados en los procesos de reforma sectorial en la Región;
  - d) fomente el establecimiento de redes de comunicación e intercambio de experiencias sobre reforma sectorial entre los gobiernos, el sector privado, instituciones y otros actores interesados.

*(Aprobada en la séptima reunión, el 24 de junio de 1999)*