Diciembre de 1998

1

Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 1

2. MARCO CONCEPTUAL 3

3. ¿QUÉ ES Y CÓMO USAR LA METODOLOGÍA? 5

¿QUÉ ES LA METODOLOGÍA? 5
¿A QUIÉNES VA DIRIGIDA LA METODOLOGÍA? 5
¿QUÉ INFORMACIÓN UTILIZAR Y DÓNDE OBTENERLA? 6
¿CÓMO USAR LA SECCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES? 6
¿CÓMO PRESENTAR EL INFORME? 7

4. VARIABLES E INDICADORES 9

4.1 SEGUIMIENTO DEL PROCESO 9
4.1.1 Seguimiento de la Dinámica 9
4.1.2 Seguimiento de los Contenidos 10
Sobre el marco jurídico 10
Sobre el derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento 11
Sobre rectoría 11
Sobre separación de funciones 11
Sobre modalidades de descentralización 12
Sobre participación y control social 12
Sobre financiamiento y gasto 12
Sobre la oferta de servicios 13
Sobre el modelo de gestión 13
Sobre los recursos humanos 14
Sobre calidad y evaluación de tecnologías en salud 15
4.2 EVALUACIÓN DE RESULTADOS 15
4.2.1 Sobre Equidad 16
En Cobertura 16
En Distribución de Recursos 16
En Acceso 16
En el Uso de Recursos 17
4.2.2 Efectividad y Calidad 17
Calidad Técnica 18
Calidad percibida 18
4.2.3 Eficiecia 18
En la asignación de recursos 18
En la gestión de recursos 19
4.2.4 Sostenibilidad 20
4.2.5 Participación y Control Social 20

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS 21

ANEXO: LISTA DE PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN SOBRE METODOLOGÍA PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 23

1. INTRODUCCIÓN

En su calidad de Oficina Regional para las Américas de la OMS, el mandato básico de la OPS es "actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en la Región". Sus funciones son "prestar cooperación técnica…buscar consenso en relación a los problemas prioritarios determinados por los países…movilizar los recursos y la acción internacional para apoyar los esfuerzos encaminados a resolver estos problemas…apoyar a los países y cooperar con ellos en las áreas de la salud en el desarrollo, desarrollo de los sistemas de salud, promoción y protección de la salud, salud ambiental y desarrollo y control de enfermedades"[1].

La I Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, incluyó la discusión sobre los procesos nacionales de reforma sectorial (RS). Entre otras cosas, la Cumbre convocó una Reunión Especial con los gobiernos, donantes interesados y agencias de cooperación técnica internacional co-organizada por la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, para establecer el marco conceptual de dichos procesos, definir el rol de la OPS en el seguimiento y evaluación de los planes y programas de reforma sectorial en los países de la Región y fortalecer la red de economía de la salud[2].

La Reunión se celebró en la sede de OPS/OMS en septiembre de 1995[3], 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.

Al término de la Reunión Especial, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una Resolución en la que, entre otras cosas, se solicitó al Director "que según las indicaciones de la Cumbre de las Américas y tomando en consideración las discusiones de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, continúe trabajando con los Estados miembros y otras agencias en el diseño de un proceso para el monitoreo de la reforma del sector salud en las Américas"[4].

Como consecuencia del mandato de colaboración interagencial, y en respaldo a los esfuerzos de Reforma del Sector Salud en los países, la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID) y la OPS iniciaron discusiones tendientes a identificar áreas prioritarias de cooperación regional en Reforma del Sector. Para este fin, se tomaron en consideración otros actores que podían contribuir al logro de los objetivos comunes en este campo.

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 OPS, la USAID, Partnership for Health Sector Reform (PHR), Data for Decision Making (DDM) and Family Planning Management Development (FPMD) cuyo

objetivo central es proporcionar apoyo regional para promover el acceso equitativo a servicios básicos de calidad en la Región de las Américas[5].

La presente "Metodología para el Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe", es uno de los resultados de la iniciativa.

Su proceso de preparación comenzó en octubre de 1997 con la elaboración de la primera versión de la Metodología para la elaboración de la "Línea Basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial" en 13 países de la región. Una segunda versión de los Informes de país fue preparada entre marzo y mayo de 1998, y se añadieron 4 países más[6]. La Metodología empleada fue revisada por un grupo de trabajo de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, y una reunión internacional de consulta para discutir y revisar la nueva versión de la Metodología fue convocada con posterioridad (ANEXO). La presente versión que se presenta incorpora los aportes de dicha reunión.

2. MARCO CONCEPTUAL

En la Región de las Américas, la reforma sectorial en salud (RS) 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[7].

Aplicando rigurosamente la definición de RS, no todos los cambios introducidos en el sector podrían ser denominados RS. 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. En unos casos, proyectos de RS definidos como tales están en discusión y no se han implementado todavía. En otros, se han ido introduciendo cambios en áreas como el financiamiento, el manejo de los pacientes u otros sin que se afecten las responsabilidades fundamentales de los principales actores públicos y privados. Hay casos en que los cambios son importantes pero no se han explicitado suficientemente. Otros, en los cuales afectan a la globalidad de las funciones de una de las instituciones públicas importantes pero no a las restantes. En algún país es posible caracterizar, a lo largo de la última década, dos o tres etapas de RS. En casi ninguno existen mecanismos explícitos de evaluación del proceso o de sus consecuencias.

El marco conceptual y los criterios de actuación en los procesos de reforma se han ido construyendo a lo largo de los últimos años, entre otras, gracias a las siguientes iniciativas: i) el Plan de Acción de la cumbre de Miami, ii) las aportaciones de los países a la Reunión Especial sobre Reforma y la Resolución del Consejo Ejecutivo posterior, (Washington DC, sep. 1995), iii) el Informe de Seguimiento las actividades de reforma del sector salud presentado ante el Consejo Directivo de la Organización (Sep. 1996)[8], iv) el documento “La Cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud”, v) el Informe sobre “La Rectoría de los Ministerios de Salud en la Reforma del Sector” presentado ante el Consejo Directivo de la Organización (Sep. 1997)[9], vii) las discusiones sobre RS en las reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, Area Andina, Mercosur, y países del Caribe Anglófono y, viii) el seguimiento y apoyo a las Comisiones Nacionales y Grupos de apoyo a la Reforma en varios países de la Región.

Los criterios rectores de la OPS ante las RS, derivados de lo anterior y sustentados por la experiencia de la mayoría de las RS en curso son los siguientes: **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 cuando se adaptan a las condiciones de cada país y pueden ayudar a evaluar el grado de logro de los objetivos generales de las reformas.

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

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

La **eficiencia** implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene 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 y son empleados eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto a mínimo costo o cuando se obtienen más unidades de producto con un costo dado.

La **sostenibilidad** tiene una dimensión social y otra financiera, y se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros. Consecuentemente, implica la aceptación y apoyo sociales y la disponibilidad de los recursos necesarios.

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.

Incluso en aquellos países donde no se están implementando RS puede ser útil aplicar la Metodología. Por ejemplo, analizar los temas incluidos en el epígrafe “Seguimiento de las dinámicas” aunque sea para descartar la mayoría e indicar si en alguna propuesta de RS fue discutida y, en su caso, las razones por las que se decidió no implementar. También puede ser útil analizar la mayoría de los incluidos en el epígrafe “Seguimiento de los Contenidos” y en el apartado “Evaluación de Resultados”. En esos casos, el “seguimiento” se referirá a los contenidos de la acción ordinaria del sistema de servicios de salud, y la “evaluación de resultados” no se imputará a las acciones de RS sino a la actuación normal de las autoridades sanitarias y de los otros actores relevantes.

Lo anterior también rige para aquellos países donde los cambios, siendo sustantivos, se conocen bajo denominaciones distintas a “Reforma”.

3. ¿QUÉ ES Y CÓMO USAR LA METODOLOGÍA?

¿QUÉ ES LA METODOLOGÍA?

La Metodología para el Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe (en adelante "la Metodología") es un documento 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 les 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.

El propósito del seguimiento de los procesos de reforma es describirlos y analizarlos, señalando qué actores están actuando, en qué momento o fase se halla la RS y cuáles son los contenidos de la misma. El propósito de la evaluación, es conocer hasta qué punto la RS está efectivamente contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación comunitaria de, y en, los sistemas de servicios de salud.

La Metodología no propone un análisis de todos los temas posibles ni exhaustivo de todos los temas que trata. Se refiere sólo a los aspectos relevantes de una selección de temas considerados indispensables. Análisis pormenorizados de los temas incluidos (o de otros no incluidos) son posibles y, en muchos casos, necesarios. Y podrán ser abordados desde los países y/o la OPS con posterioridad. Su carácter sintético y su actualización periódica pueden, sin embargo, transformar los Informes producidos con esta Metodología en un valioso instrumento para los tomadores de decisiones y otras personas interesadas en los niveles nacionales, subnacionales e internacionales.

Esta Metodología se ha desarrollado en paralelo con la preparación de los "Lineamientos para la elaboración de los Perfiles del Sistema de Servicios de Salud de un país". Aunque pueden usarse por separado, el seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma se 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. Y, 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 as reformas planeadas o en curso.

¿A QUIÉNES VA DIRIGIDA LA METODOLOGÍA?

Los potenciales usuarios de la Metodología son numerosos.

En primer lugar, 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. En segundo lugar, los profesionales de campo o de la sede de los

organismos de cooperación técnica y financiera, y de las ONG's. En tercer lugar, el personal directivo y profesional de otras instituciones públicas y privadas del sector, o relacionadas con él. Y en cuarto lugar, las instituciones docentes e investigadoras relacionadas con el sector.

¿QUÉ INFORMACIÓN UTILIZAR Y DÓNDE OBTENERLA?

Se usará la información ya disponible, privilegiando la información institucional publicada en fuentes oficiales nacionales. En segundo término, se utilizará 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. Y, en cuarto lugar, la información publicada en fuentes no oficiales (por ejemplo, artículos firmados) que se considere relevante.

Donde la información disponible presente deficiencias o sesgos documentados o comúnmente admitidos, éstos se harán constar. Donde exista información pero no haya estado accesible a los efectos del análisis, se hará constar indicando la(s) causa(s). Donde no exista información ello se mencionará expresamente.

Cuando se considere necesario, la información podrá ser validada mediante entrevistas con expertos y, excepcionalmente, a través de la técnica de grupo focal.

¿CÓMO USAR LA SECCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES?

Los temas incluidos en la sección de Variables e Indicadores, deberán tratarse todos y en el orden que se proponen. Información referente a temas no mencionados podrá incluirse, con carácter excepcional, solo si arroja luz sobre aspectos cruciales y no se sobrepasa la extensión total recomendada.

En cuanto a la información cuantitativa, se ha tratado de incluir aquella de la que existe evidencia que está disponible en --y ha sido previamente informada por-- la mayoría de los países. Allí donde es pertinente se ha incluido el número del indicador en la publicación “Indicadores Básicos, 1997” (IB 97).

Para la información cualitativa, el Cuestionario trata de ser explicativo (por ejemplo, aclarando el alcance de lo que se pretende conocer y/o clarificando algún término) y sugerir 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 diferenciar entre "información cualitativa", "opinión cualificada" 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, esa es una información cualitativa relevante que debe ser consignada. Si la oposición provino de diversos actores (externos o internos al propio gobierno), la valoración acerca del peso de cada uno en el rechazo es materia opinable y solo se consignará si hay suficiente consenso sobre ella. La valoración

sobre las motivaciones de cada actor caería ya dentro los "juicios de valor" y deberá omitirse.

La mayor parte de estos indicadores se formulan como preguntas. Aunque las preguntas se han tratado de expresar con la mayor precisión posible en función del tema que se trata, lo fundamental es comprender su sentido (y el contexto en que se formulan) más que su literalidad, y responderlas de acuerdo a aquél y no a ésta.

Debe insistirse en el carácter no normativo ni prescriptivo de la Sección. Así, por ejemplo, para el apartado de "Dinámica de los procesos" se ha escogido una lógica secuencial con el propósito de enfatizar el carácter analítico y la importancia de algunos momentos críticos (por ejemplo, la negociación y la evaluación). Pero no se desconoce que, en algunos casos, las fases pueden entrecruzarse y que los resultados de alguna de ellas pueden variar la dinámica y contenidos de las siguientes. Además, se recuerda que si algún tema no incluido es relevante en algún país, nada impide analizarlo.

También es importante insistir en la necesaria consistencia entre la información recogida y analizada para el seguimiento de los procesos y la empleada para evaluación de resultados.

¿CÓMO PRESENTAR EL INFORME?

Se insiste en el carácter sintético y objetivo del documento por lo que se evitarán las descripciones largas y prolijas. Los temas deberán ser tratados de acuerdo a la información disponible, evitándose opiniones personales los juicios de valor y las conclusiones no fundamentadas. Se recomienda un estilo de redacción con frases cortas, separadas por puntos, evitando las intercalaciones y el empleo excesivo de oraciones subordinadas.

La experiencia derivada de los 17 países que cumplimentaron la "Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de la Reforma Sectorial" indica que, aplicando esta Metodología, es posible producir, en un plazo de pocas semanas, un Informe de extensión comprendida entre 6 ½ y 7 páginas a 1.5 espacios, en letra Times New Roman (o Universal) tamaño 11, sin contar la parte de Bibliografía y Notas, ni incluir Anexos. La bibliografía consultada se incluirá al final, citándola según las normas editoriales al uso.[10]

Mantenerse, Informes más extensos (por ejemplo, de hasta 10 páginas) son posibles manteniendo la misma estructura, incluyendo algún asunto no tratado en la sección de Variables e Indicadores y extendiendo algo más los comentarios. En ese caso, deberá el balance entre los capítulos, apartados y epígrafes.

Si se desea profundizar en algún apartado, epígrafe o tema específico, los asuntos relacionados con él incluidos en la Sección de Variables e Indicadores de la presente Metodología pueden servir de puerta de entrada y nexo con los otros temas relevantes de la RS.

4. VARIABLES E INDICADORES

4.1 SEGUIMIENTO DEL PROCESO

El propósito de este capítulo es describir y analizar:

a) la dinámica, es decir los distintos momentos del proceso de reforma sectorial (génesis, diseño, negociación, implementación y evaluación), así como las características, propuestas y relaciones de los principales actores (sociales o institucionales, públicos y privados, nacionales, subnacionales o internacionales) involucrados en ellas y,

b) los contenidos del proceso, es decir las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas.

4.1.1 Seguimiento de la 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 interesan distinguir diversos momentos la génesis u origen "origen remoto", el diseño u "origen inmediato", la negociación la implementación y la evaluación de resultados. Respecto a los actores interesa distinguir tanto los que predominantemente actúan en el ámbito de la sociedad (por ejemplo, asociaciones de empresarios, sindicatos de trabajadores, empresas aseguradoras, movimientos sociales, grupos de autocuidado, medios de comunicación, universidades privadas y otros) como aquellos cuya actuación tiene lugar predominantemente en el ámbito del sector público (por ejemplo, organismos e instituciones de los diversos niveles de gobierno, los poderes legislativo y judicial, las instituciones de seguro social, las universidades públicas y otros).

- ¿Cuál fue la **génesis** del proceso de reforma? Si es posible, indicar cuándo comenzó, las razones aducidas y los protagonistas principales.

- ¿Se consideró la opinión y/o demandas de la población a la hora de plantear la reforma? Si fue así, ¿cómo se hizo?

- ¿Se ha explicitado una agenda de RS en el país? Si es así, ¿Cuáles son sus objetivos?

- ¿Se inscribe la RS en los planes y programas de desarrollo y/o de modernización del Estado?

- ¿Quién(es) fue(ron) (o es, son) el (los) encargado(s) del **diseño?** ¿Cómo lo hizo (hicieron) (o está(n) haciendo)? ¿Cuál fue el papel de las autoridades sanitarias y, en particular, del Ministerio de Salud en ese momento?

- ¿Asumen (o asumieron) las autoridades sanitarias el liderazgo del proceso de **negociación** de los objetivos y/o contenidos de la RS?

- ¿Qué entidades, asociaciones, grupos, etc. participan (o han participado) en el proceso de negociación? ¿En qué momento participaron y con qué propuestas?

- ¿Existe un Plan de Acción con metas, fechas y responsabilidades para la **implementación** de la RS?

- ¿Quién(es) y cómo financian los estudios, las experiencias de campo y la implementación de RS?

- ¿En qué momento se encuentra la reforma? Si existe, ¿se está siguiendo el calendario establecido? Si no es así, ¿cuáles son los cambios y por qué?

- Si es el caso, ¿se ha(n) cambiado alguno(s) de los objetivos y estrategias del proceso de reforma? Si es así, ¿cuándo y por qué?

- ¿Se definieron criterios de **evaluación** desde el inicio de las RS? Si es así ¿en qué consisten? Si no los hay, especificar las razones.

- ¿Se ha efectuado ya alguna evaluación del desarrollo y/o impacto de la RS? Si es el caso, ¿cuándo?, ¿quién la realizó?, ¿con qué resultados?

4.1.2 Seguimiento de los Contenidos

Sobre el marco jurídico

- ¿Se introdujeron o se están introduciendo cambios, o se piensa modificar la Constitución y/o la regulación básica de salud (por ejemplo, en las Leyes de Salud, los Códigos Sanitarios y sus Reglamentos)? Si es así, ¿cómo se hizo o se propone hacer (por ejemplo, mediante una modificación constitucional que se desarrollo mediante normas de rango inferior, o a través de modificaciones legislativas paulatinas que finalmente hacen imperioso un cambio constitucional)?

- Los posibles cambios, ¿se han planteado como una forma de alcanzar los objetivos de la reforma sanitaria? Si es así, citar.

- Si es el caso, enumerar en las principales normas jurídicas que tienen relación con la reforma sanitaria (incluida la incorporación de convenios internacionales).

- ¿Se define la equidad en la normativa jurídica sanitaria? Si es así, ¿cómo?.

- Los cambios jurídicos ¿favorecen la intersectorialidad, relacionando las garantías de derecho a la salud con otros derechos (por ejemplo, a la educación, a la vivienda digna, o aun medio ambiente saludable?

Sobre el derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento

- ¿Cómo se garantiza el derecho a los cuidados de salud?
- Ese derecho: ¿es explícito?, ¿se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para difundirlo y hacer su conocimiento accesible a la población?
- ¿Se han introducido o se están diseñando programas específicos de aumento de cobertura? Si es así ¿por quién?, ¿en qué consisten?
- ¿Se han introducido o se están diseñando un Plan Garantizado o Conjunto Básico de Prestaciones? ¿A quiénes va dirigido? ¿Qué incluye? ¿Quién decide, y cómo, las prestaciones que se incluyen?

Sobre rectoría

- ¿Se está revisando el ejercicio de la función rectora en materia de salud y las funciones del (los) organismo(s) responsable(s) de ejercerla?
- ¿Se han introducido cambios en la(s) estructura(s) de la(s) autoridad(es) de salud para adecuarla (s) a su rol rector? Si es así, ¿en qué consisten? Citar ejemplos de los cambios estructurales efectuados para mejorar la capacidad institucional.
- ¿Se han creado nuevas instituciones de regulación que afecten al sector (por ejemplo, fondos nacionales de salud superintendencias u otros)? Si es así, ¿cuál son las relaciones del Ministerio de Salud con ellas?
- ¿Se han tomado acciones orientadas a garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos a los diferentes niveles de decisión?

Sobre separación de funciones

- ¿Cómo se están organizando las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
- ¿Se crearon o se están creando instituciones responsables de la formulación de políticas, financiamiento, aseguramiento y provisión de los servicios públicos de atención a las personas? Si es el caso, identifíquelos y describa cómo funcionan.
- ¿Cuáles son los mecanismos para asegurar la rendición de cuentas (accountability) del (los) organismo (s) público(s) encargado(s) de las distintas funciones arriba mencionadas?

Sobre modalidades de descentralización[11]

- ¿Se están revisando y/o modificando los niveles administrativos del sistema de servicios de salud, las funciones de cada uno y las relaciones entre ellos? Si es así, ¿guardan relación dichos planteamientos y/o cambios con propuestas más generales de descentralización de la administración pública y/o de otros sectores sociales?

- ¿Se están transfiriendo responsabilidades, competencias y recursos (equipamiento, recursos humanos, etc.) hacia los niveles subnacionales? Si es el caso, ¿cómo se está efectuando esta transferencia?

- ¿Cuál es el grado de desconcentración al interior de cada una de las principales instituciones públicas de servicios de salud?

Sobre participación y control social

- ¿Se plantea la participación social como un objetivo de la RS?

- ¿Cuáles son las instancias y mecanismos que se han introducido, o se están introduciendo, para facilitar la participación y el control social del sistema de servicios de salud?

- ¿A qué nivel –nacional, subnacional y/o local-- se han desarrollado o se están desarrollando estas instancias y mecanismos y con qué atribuciones (por ejemplo, movilizar recursos, conocer las necesidades de la población, apoyar la planificación o la gestión, encargarse de la provisión de determinados servicios?).

- Para desarrollarlos, ¿se han tenido en cuenta a grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones, por ejemplo, mujeres y ciertos grupos étnicos?

- ¿Se están introduciendo grados de formalización legal de dichas instancias y mecanismos? Si es el caso, ¿cuentan esas instancias y mecanismos con recursos y capacidad para desarrollar las responsabilidades asignadas?

Sobre financiamiento y gasto

- ¿Se están fortaleciendo los sistemas de información sobre financiamiento y gasto para hacerlos confiables y homologables por unidad territorial y/o por establecimiento? Si es así, ¿cómo?

- ¿Se están introduciendo medidas para modificar sustancialmente:

  - La composición del financiamiento

  - La evolución esperable del gasto total y del gasto público en salud

- La distribución del gasto público en salud por agentes gastadores

- La distribución del gasto público en salud por niveles de atención

- La distribución del gasto público por componentes (por ejemplo, recursos humanos, compra de bienes y servicios, compra de medicamentos y otros insumos, inversiones y otros)

Si es así, documentar en unas cuantas líneas.

Sobre la oferta de servicios

- ¿Se están redefiniendo los modelos de atención? Si es así, ¿en qué sentido y cuáles son las características principales del(los) modelo(s)? ¿Se ha caracterizado la demanda para hacerlo?

- ¿Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, ingreso a domicilio, etc.?

- ¿Se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así, ¿cómo?

- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública? Si es así, ¿en qué instituciones de los subsectores público y privado y en qué unidades territoriales?

- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel? Si es así, ¿en qué instituciones de los subsectores público y privado y en qué unidades territoriales?

- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel? Si es así, ¿en qué instituciones del subsector público y privado y en qué unidades territoriales?

- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel? Si es así, ¿en qué instituciones de los subsectores público y privado y en qué unidades territoriales?

- ¿Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos vulnerables definidos por criterios de ingreso, riesgo específico, género, etnia o marginación? ¿Si es así, cuáles?

Sobre el modelo de gestión

- ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión en las relaciones entre los actores? ¿Cuáles y cómo?

- ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores, tanto al exterior y al interior de los establecimientos sanitarios públicos? ¿Cuáles y cómo?

- ¿Y en los establecimientos sanitarios privados?

- ¿Se están introduciendo contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de atención de salud? Si es así, ¿cuáles y cómo?

- ¿Se están desarrollando la posibilidad legal y la capacidad institucional, y se está implementando por parte de establecimientos públicos, la compra y venta de servicios a terceros? Si es así, ¿cómo?

- ¿Se están organizando los establecimientos sanitarios públicos con criterios empresariales, de autogestión u otros?

- ¿Se han entregado, o se pretenden entregar, a la gestión privada establecimientos o servicios sanitarios de propiedad pública?

Sobre los recursos humanos

- ¿Se han diseñado o se han introducido modificaciones en el proceso de formación de los recursos humanos para responder a las necesidades planteadas por la RS?

- ¿Cuál ha sido la participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de RS respecto al tema de RRHH?

- ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros)?

- ¿Se han propuesto incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud? ¿Cuáles han sido introducidos? ¿Se han introducido en el subsector privado?

- ¿Se han formulado o se han introducido modificaciones en las formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria (por ejemplo, medicina familiar, enfermería general, técnicos de atención primaria y otros?)

- ¿Qué modalidades se están introduciendo para la capacitación del personal de salud? ¿Qué volumen de recursos consumieron en el último año en cada una de las principales instituciones públicas prestadoras de servicios?

- ¿Se están creando o reformulando los mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud? ¿Son esas modificaciones acordes a los objetivos de la RS?

Sobre calidad y evaluación de tecnologías en salud

- ¿Se están creando o reformulando los procedimientos y/o las instituciones encargadas de la acreditación de establecimientos y programas? ¿Son estas modificaciones acordes a los objetivos de la RS?

- ¿Incluye la RS iniciativas en los ámbitos de la calidad técnica y la calidad percibida para los diferentes niveles de atención? Si es así, ¿cuáles se están implementando?

- ¿Incluye la RS iniciativas para desarrollar mecanismos de evaluación de las tecnologías en salud antes de ser introducidas y/o durante su uso?[12] Si es así, ¿cuáles?

4.2 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El propósito de este capitulo es tratar de analizar hasta qué punto las RS pueden 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.

Como ya se mencionó, todos ellos son conceptos que permiten juzgar la direccionalidad de las RS 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 cualidades 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 de esta Metodología son conscientes de la imposibilidad de establecer relaciones directas y unívocas entre las acciones de RS y las modificaciones de muchos de los indicadores propuestos. Lo cual es particularmente evidente en el epígrafe dedicado a la eficiencia pero no sólo en él. En muchos casos, los efectos de las RS 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 RS sobre ciertos indicadores de situación de salud. Parece, sin embargo, posible aproximarse algo mejor a los efectos de las RS en temas tales como la equidad, la calidad, la gestión de los recursos, la sostenibilidad y la participación comunitaria. Con todo, incluso en estos casos, la evaluación de los efectos de las RS vendrá afectada, al menos en los países por los distintos puntos de vista de los distintos actores en juego. Sin duda, una valoración adecuada del impacto de las RS tiene que ser global; combinar indicadores cuantitativos y cualitativos, trazadores y sistemáticos; y tener en cuenta diferentes enfoques.

4.2.1 Sobre Equidad[13]

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

En Cobertura

- Sobre los porcentajes de población cubierta de forma regular por un conjunto básico de prestaciones.
- Sobre las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones en menores de 1 año (IB97, 52, 53, 54, 55).
- Sobre las coberturas del control prenatal realizado por personal entrenado (IB97, 50).
- Sobre el porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo (IB97, 56). Si se puede, desglosar al menos entre métodos quirúrgicos y no quirúrgicos.

En Distribución de Recursos

- Sobre todos o algunos de los siguientes indicadores:
  - Gasto total en salud per cápita (IB97, 48)
  - Gasto público en salud per cápita
  - Médicos por 10,000 hab. (IB97, 47)
  - Camas hospitalarias censables por 1.000 hab. (IB97, 47)
  - (Si es posible, para estos tres últimos indicadores, diferenciar entre subsectores público y privado).

En Acceso

- Sobre el porcentaje de defunciones sin ningún tipo de atención médica.
- Sobre el porcentaje de población rural a más de 1 hora y población urbana más de 30 minutos de un sitio de atención.
- Sobre la posibilidad de obtener asistencia el mismo día de su solicitud en los servicios de atención primaria de salud.

- Sobre el porcentaje de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (por ejemplo, de horario, de idioma, u otras).

- Sobre el volumen de las listas de espera quirúrgicas (o los tiempos medios para ser atendidos) para tres procesos seleccionados.

En el Uso de Recursos

- Sobre los siguientes indicadores:

  - Consultas ambulatorias por 1.000 hab.

  - Egresos por 1.000 hab.

  - Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado (IB97, 51)

Nota: Si ninguno de los apartados anteriores se adecúa a los contenidos de la definición de equidad contemplada por el país o a los cambios que el país ha decidido introducir, especificarlo e indicar las variaciones producidas en los objetivos establecidos.

4.2.2 Efectividad y Calidad

- ¿Existe alguna evidencia que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en alguno o todos de los siguientes indicadores por unidad territorial (y, si se dispone, por población objetivo de las acciones de RS)?:

  - Mortalidad infantil (IB97, 19)

  - Mortalidad materna (IB97, 23)

  - Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2500 g) (IB97, 43)

  - Mortalidad por cáncer cérvico uterino

  - Incidencia de:

    - HIV/AID (ib97, 41)

    - Enfermedades inmunoprevenibles

  - Mortalidad por complicaciones agudas de:

    - Diabetes mellitus II (<25 años)

    - Hipertensión arterial esencial (<25 años)

- ¿Existe alguna evidencia que la RS haya influido en alguno o todos de los siguientes indicadores, globalmente o para alguna(s) red(es) de prestador(es), por unidad territorial (y si se dispone, por los grupos poblacionales a quienes va dirigida):

Calidad Técnica

- Porcentaje de establecimientos del nivel primario con comités de calidad establecidos y funcionando.
- Porcentaje de hospitales con comités de calidad establecidos y funcionando.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales en los distintos niveles de atención.
- En la incidencia de infecciones hospitalarias.
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega un informe de alta o asistencia.

Calidad percibida

- Posibilidad de selección del prestador de servicios de atención primaria por parte del usuario, sin importar su capacidad de pago.
- Porcentaje de establecimientos con programas de mejora de la calidez y del trato al usuario (por ejemplo, Hospital Amigo u otros) establecidos y funcionando.
- Porcentaje de establecimientos con procedimientos específicos de orientación al usuario.
- Porcentaje de centros de salud y hospitales que realizan encuestas de percepción u opinión a usuarios.
- ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) establecidas y funcionando.
- Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud?

4.2.3 Eficiecia

En la asignación de recursos

- Se están introduciendo mecanismos de asignación más eficiente de recursos? Si es así, ¿cuáles y con qué resultados?

- ¿Existe alguna evidencia que la RS haya influido sobre alguno o todos de los siguientes indicadores, globalmente por unidad territorial (y si se dispone, por grupos los poblacionales a quienes va dirigida):

  - Suministro de agua potable, rural y urbano (IB97, 13)

  - Servicios de alcantarillado y disposición de excretas, rural y urbano (IB97, 14)

  - Porcentaje del presupuesto de salud que se gasta en servicios de salud pública.

  - Gasto en atención primaria como porcentaje del gasto en salud?

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS hay influido en la resignación de recursos para el desarrollo de:

  - acciones intersectoriales (por ejemplo, el autocuidado de la salud, la prevención de los accidentes, etc).

  - programas de prevención de patologías de alta prevalencia (por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes, cáncer de cuello uterino u otros)? Si es así, citar y comentar en pocas líneas.

En la gestión de recursos

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya contibuido a aumentar:

  - El porcentaje de centros de salud y hospitales con medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando.

  - El número de hospitales que han mejorado al menos los siguientes indicadores de rendimiento (si es posible, desagregar por subsectores público y privado):

    - Indice de ocupación

    - Promedio de días de estadía

    - Número de egresos por cama

    - Porcentaje de cesárea respecto del total de partos

    - Grado de uso de quirófanos

    - Costo por día hospitalizado

    - Costo por consulta ambulatoria

  - El porcentaje de centros de salud y hospitales que han negociado compromisos de gestión.

- El porcentaje de establecimientos sanitarios públicos que pueden expandir el marco de gasto utilizando para ello los nuevos ingresos.

- El porcentaje de centros de salud y hospitales con presupuestos basados en criterios de actividad?

4.2.4 Sostenibilidad

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya aumentado:

  - la legitimación y/o la aceptabilidad de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud.

  - la disponibilidad de la información desagregada del gasto público y privado en salud por unidades territoriales y construir tendencias? Comentar en pocas líneas.

  - la sostenibilidad a medio plazo de los esfuerzos de incremento de coberturas, sea de los programas (por ejemplo, atención al parto por personal entrenado, consulta de medicina a demanda, fomento de la calidad u otros).

  - La capacidad de ajustar los ingresos y gastos en salud de las principales instituciones del subsector público. Comentar en pocas líneas.

  - El porcentaje de centros de salud y hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores.

  - La capacidad de gestión de los préstamos externos y, si es el caso, su sustitución por recursos nacionales llegado su vencimiento?

4.2.5 Participación y Control Social

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya contribuido a aumentar el grado de participación y control social en los distintos niveles y funciones del Sistema de servicios de salud? Si fue así, ¿en general y/o de ciertos grupos? Comentar en pocas líneas.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1 OPS/OMS: “Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998”, Washington DC, 1995, p. 43

2 Summit of the Americas: “Plan of Action”, Miami, 3-5 Dec. 1994.

3 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.

4 BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, FNUAP,UNICEF, USAID: Op. Cit., p.129

5 Una descripción detallada de la naturaleza y alcance, los socios y las actividades y productos de la iniciativa está accesible a través de su propia página electrónica en español e inglés: http://www.americas.health-sector.reform.org/

6 La Metodología empleada y los 17 informes de país están accesibles en la página electrónica mencionada en la nota 6. Ejemplares impresos pueden solicitarse a: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS, 525, 23 rd. St. Washington DC, 20037, USA.

7 OPS/OMS: “La Cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud”, Washington DC, (esp. e eng.), Marzo 1997, p.13

8 PAHO/WHO. XXXIX Meeting of the Directing Council: “Progress of activities in health sector reform”, Washington DC, CD39/13, Rev. 1 (eng.) 9 Sep. 1996

9 PAHO/WHO, XL Meeting of the Directing Council: “Steering Role of the Ministries of Health in the process of health Sector reform”, CD40/13 (eng.), 23 Jul. 1997

10 OPS/OMS: “Lineamientos Metodológicos…”, op. cit. Anexo.

11 OPS/OMS: “La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. Informe Final. Valdivia, Chile, 17-20 Marzo, 1997”, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud – OPS/OMS Washington DC, Oct. 1997

12 OPS/OMS: “El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe”, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud – OPS/OMS, Washington DC, 1998. Edición bilingüe.

13 WHO: “Final Report of Meeting on Policy-oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care”, Geneva, 29 sep. – 3 oct., 1997.