



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



41º CONSELHO DIRETOR

San Juan, Porto Rico, 27 setembro a 1 outubro 1999

Tema 4.9 da Agenda Provisória

CD41/14 (Port.)

9 julho 1999

ORIGINAL: ESPANHOL

MONITORIA E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE REFORMA DO SETOR DA SAÚDE

Os países da América Latina e do Caribe estão introduzindo reformas que podem influenciar profundamente tanto a prestação de serviços de saúde básicos como aqueles que os recebem. A reforma dos sistemas de saúde está sendo implantada para reduzir desigualdades, melhorar a qualidade, corrigir deficiências e aumentar a sustentabilidade e a participação social nos atuais sistemas de saúde.

Tanto na Cúpula das Américas, em 1994, como na Reunião Especial sobre Reforma do Setor da Saúde, em 1995, na qual participaram um comitê interinstitucional das Nações Unidas e organismos multilaterais e bilaterais, os governos da Região identificaram a necessidade de elaborar um processo para a monitoria da reforma do setor da saúde nas Américas.

Em resposta a essa necessidade, elaborou-se a “*Metodologia para a monitoria e avaliação das reformas do setor da saúde na América Latina e no Caribe*” (daqui por diante “a *Metodologia*”), que já está sendo utilizada. Este documento explica a *Metodologia*, o seu conteúdo, seus usuários e utilidades, com exemplos da sua aplicação e as próximas etapas consideradas.

Este relatório, previamente examinado pelo Subcomitê de Planejamento e Programação e o Comitê Executivo, é apresentado ao Conselho Diretor com o objetivo de informar sobre o progresso registrado no cumprimento do mandato da Organização Pan-Americana da Saúde e receber as orientações de seus Membros quanto aos próximos passos. Em sua 124ª Sessão, o Comitê Executivo aprovou a Resolução CE124.R8, a ser considerada pelo Conselho Diretor (ver anexo).

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Antecedentes e justificação da ação da OPAS na monitoria dos processos de reforma setorial nos países das Américas.....	3
2. Elaboração da <i>Metodologia</i> de monitoria e avaliação das reformas do setor da saúde.....	4
2.1 Quadro conceptual	4
2.2 Elaboração da <i>Metodologia</i>	5
2.3 Descrição da <i>Metodologia</i>	6
2.4 Usuários da <i>Metodologia</i>	6
2.5 Informação utilizada pela <i>Metodologia</i>	6
3. Conteúdo do quadro metodológico para a monitoria e a avaliação dos processos de reforma setorial	7
3.1 Monitoria dos processos	7
3.2 Avaliação dos resultados.....	7
4. Aplicação da <i>Metodologia</i>	9
4.1 Argentina.....	9
4.2 Guatemala	10
4.3 Honduras	10
4.4 México	11
4.5 Panamá.....	12
4.6 Paraguai.....	13
4.7 República Dominicana.....	14
5. Próximas etapas.....	14

Anexo: Resolução CE124.R8

1. Antecedentes e justificação da ação da OPAS na monitoria dos processos de reforma setorial nos países das Américas

Com base em seus documentos básicos, o Código Sanitário Pan-Americano (1924) e a Constituição (1947), o mandato da OPAS consiste em atuar como autoridade promotora e coordenadora em assuntos de saúde internacional na Região. Entre as ações de cooperação técnica da OPAS ocupam um lugar destacado as dirigidas a fortalecer a capacidade dos Estados Membros na elaboração, implementação e uso eficaz de metodologias e sistemas de informação orientados a: detectar e avaliar mudanças nas condições de vida e de saúde das populações; desenvolver a capacidade de análise, planejamento e formulação de políticas; e fortalecer a liderança e a capacidade de gestão dos ministérios da saúde e outras instituições do setor, tanto nas condições habituais de operação como nos processos de reforma setorial.

A I Cúpula das Américas, realizada em Miami em 1994, incluiu a discussão sobre os processos nacionais de reforma setorial. Entre outras coisas, a Cúpula convocou uma reunião especial dos governos, doadores interessados e entidades de cooperação técnica internacional organizada pela OPAS, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial, para estabelecer o quadro conceptual desses processos, definir o papel da OPAS na monitoria e avaliação dos planos e programas de reforma setorial nos países da Região e fortalecer a rede de economia da saúde.

A reunião foi realizada na sede da OPAS/OMS em setembro de 1995; nessa oportunidade, constatou-se um interesse crescente, nos países, nas entidades e outras organizações de cooperação que atuam na Região sobre as estratégias de reforma, as políticas, os instrumentos e os resultados. Desde então, as autoridades nacionais e os organismos internacionais, bem como outros agentes envolvidos, solicitam com frequência informação sobre os objetivos, planos e programas, dinâmica, conteúdo, instrumentos e experiências institucionais e individuais nas diferentes áreas incluídas nas reformas. Até há pouco tempo, grande parte desta informação era inédita ou sua disseminação se limitava a âmbitos muito restritos.

O Conselho Diretor da OPAS aprovou a resolução CD38.R14 (1995) na qual, entre outras coisas, solicita ao Diretor que, “segundo as indicações da Cúpula das Américas e levando em consideração as discussões da Reunião Especial sobre Reforma do Setor da saúde, continue trabalhando com os Estados Membros e outras entidades na preparação de um processo para a monitoria da reforma do setor da saúde nas Américas”.

No 39º Conselho Diretor (1996) informou-se sobre o progresso nas atividades de reforma do setor da saúde nas Américas. Confirmou-se a reforma setorial como uma estratégia para que os sistemas de saúde sejam más equitativos, eficientes e efetivos, e

exortou-se os Estados Membros a reafirmar seu compromisso político com a reforma do setor da saúde. Reconheceu-se a necessidade de coordenação, de contar com apoio externo, de respeitar as autonomias nacionais e de intercambiar experiências sobre os processos nacionais de reforma do setor da saúde.

Em 1997 foi lançada a Iniciativa de Reforma do Setor da Saúde nos Países da América Latina e do Caribe. Trata-se de um projeto de cinco anos (1997-2002) no qual participam a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Data for Decision-making (DDM), Family Planning Management Development (FPMD), a OPAS e Partnership for Health Sector Reform (PHR). Seu objetivo central é proporcionar apoio regional para promover o acesso equitativo a serviços básicos de qualidade na Região das Américas.

Através da Iniciativa de Reforma do Setor da Saúde, a USAID e a OPAS procuram identificar uma ampla gama de pessoas e instituições envolvidas com a reforma do setor da saúde, a fim de formar alianças para construir e compartilhar conhecimentos em toda a Região. No âmbito desta Iniciativa, elaborou-se a *Metodologia para a monitoria e avaliação das reformas do setor da saúde na América Latina e Caribe* e o *Sistema de informação e análise sobre reforma do setor da saúde* (SINAR), que pretendem coletar e disseminar informação relativa aos esforços de reforma do setor da saúde nas Américas.

2. Elaboração da *Metodologia* de monitoria e avaliação das reformas do setor da saúde

2.1 *Quadro conceptual*

Na Região das Américas, a reforma do setor da saúde se apresenta como um processo orientado a introduzir alterações substanciais em diferentes instâncias e funções do setor com o propósito de aumentar a equidade de suas prestações, a eficiência de sua gestão e a efetividade de suas atuações e com isso obter a satisfação das necessidades de saúde da população. Trata-se de uma fase intensificada de transformação dos sistemas de saúde, realizada durante um período determinado de tempo e a partir de conjunturas que a justificam e viabilizam.

De fato, a realidade neste campo é muito diversa na Região, observando-se importantes variações tanto nas dinâmicas como no conteúdo das reformas que a maioria dos países está introduzindo.

Os critérios que a OPAS aplica à reforma setorial são: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social. Todos são conceitos que permitem julgar a direcionalidade das reformas adotadas ou planejadas do ponto de vista do

propósito final proclamado. Assim, nenhuma reforma deveria contrapor-se a esses critérios e a “reforma ideal” seria aquela em que as cinco qualidades tivessem melhorado no final do processo. Por sua vez, cada uma pode ser subdividida numa série de variáveis às quais é possível associar indicadores quantitativos ou qualitativos adaptados às condições de cada país e que podem ajudar a avaliar o grau de consecução dos objetivos das reformas.

2.2 *Elaboração da Metodologia*

O processo de preparação da *Metodologia* começou em outubro de 1997 com a elaboração da “Linha básica para a monitoria e avaliação da reforma setorial”, aplicada em 17 países¹ da Região.²

Com base nesta experiência desenvolveu-se um processo com as seguintes etapas:

- elaboração de uma primeira versão da *Metodologia* pelo pessoal da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS, com a colaboração do pessoal das divisões de Saúde e Desenvolvimento Humano, e de Promoção e Proteção da Saúde da OPAS;
- prova de viabilidade em cinco países (Chile, El Salvador, Jamaica, Peru e República Dominicana), bem como contribuições das Representações da OPAS em outros oito países (Argentina, Colômbia, Cuba, Guiana, México, Panamá, Paraguai e Uruguai);
- reunião internacional de consulta, efetuada em maio de 1998 na sede da OPAS em Washington, D.C.;
- elaboração da versão atualmente em uso;
- integração dessa versão como parte das “Diretrizes para a elaboração dos perfis de sistemas de serviços de saúde nos países da Região”;

¹ Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname.

² Os relatórios por país foram publicados tanto em inglês como em espanhol como uma das publicações da Iniciativa Regional de Reforma do Setor da Saúde na América Latina e no Caribe. Encontram-se na página Web: www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm.

- revisão da *Metodologia* com base na experiência de aplicação em 17 países, realizada em abril de 1999 na sede da OPAS com a participação de especialistas nesta área temática. Cabe destacar que o desenvolvimento deste instrumento sempre foi considerado no âmbito de um processo de melhoramento contínuo em que, como resultado de sua utilização e da experiência adquirida, se vão incorporando as alterações necessárias.

2.3 *Descrição da Metodologia*

É um instrumento que pretende ajudar as autoridades nacionais e subnacionais dos países, e as entidades de cooperação técnica que os apóiam, a produzir um relatório o mais objetivo possível, não muito extenso e simples de atualizar que, de forma sistemática, acompanhe e avalie as reformas do setor da saúde.

A *Metodologia* foi elaborada paralelamente à preparação das “Diretrizes para a elaboração dos perfis do sistema de serviços de saúde nos países da Região”. Embora possam ser utilizados por separado, a monitoria e avaliação dos processos de reforma se beneficia grandemente dos resultados da análise prévia, tanto do contexto em que os sistemas de serviços de saúde atuam como da organização geral, recursos e funções dos mesmos. Na maioria dos países, seria impossível analisar o desempenho do sistema e dos serviços de saúde sem incorporar os efeitos, potenciais ou reais, das reformas planejadas ou em andamento.

2.4 *Usuários da Metodologia*

Os possíveis usuários da *Metodologia* são numerosos: os profissionais nacionais que trabalham nas áreas de planejamento e administração de sistemas e serviços de saúde, tanto no âmbito nacional como nos níveis subnacionais; os profissionais dos organismos de cooperação técnica e financeira e das ONGs; o pessoal dirigente e profissional de outras instituições públicas e privadas do setor, ou relacionadas com ele; e as instituições docentes e de pesquisa relacionadas com o setor.

2.5 *Informação utilizada pela Metodologia*

A *Metodologia* utiliza fundamentalmente a informação já disponível, privilegiando a informação institucional publicada em fontes oficiais nacionais. Em segundo lugar, a informação publicada pelos organismos internacionais de cooperação técnica e/ou financeira (inclusive a própria OPAS). Em terceiro, a informação não publicada procedente de fontes oficiais nacionais, desde que seu uso seja autorizado. Em quarto lugar, a informação publicada em fontes não oficiais (por exemplo, artigos assinados) que se considerem relevante.

3. Conteúdo do quadro metodológico para a monitoria e a avaliação dos processos de reforma setorial

A *Metodologia* contém variáveis e indicadores para os quais se utiliza informação qualitativa e quantitativa. No caso da informação quantitativa, utiliza-se fundamentalmente a que está disponível na maioria dos países. No caso da informação qualitativa, o questionário utilizado trata de ser explicativo e sugerir a extensão aproximada que o tema poderia ocupar no Perfil.

A *Metodologia* contém dois capítulos principais, um relativo a monitoria do processo de reforma e o outro relativo à avaliação dos resultados.

3.1 *Monitoria dos processos*

3.1.1 *Dinâmica*

As reformas são processos nos quais, ao longo do tempo, é possível distinguir diversos momentos e grande número de agentes. Quanto aos momentos, a *Metodologia* tenciona distinguir a gênese ou “origem remota”, a forma ou “origem imediata”, a negociação, a implementação e a avaliação de resultados do processo de reforma. Quanto aos agentes, tenciona distinguir tanto os que predominantemente atuam no âmbito da sociedade em geral, como aqueles cuja atuação tem lugar predominantemente no âmbito do setor, sejam nacionais ou internacionais.

3.1.2 *Conteúdo*

Nesta esfera a *Metodologia* busca informação a respeito das estratégias elaboradas e das ações efetivamente levadas a cabo. Contempla perguntas sobre o quadro jurídico, o direito aos serviços de saúde e seguro, a gestão do setor da saúde, a separação de funções, as modalidades de descentralização, a participação e controle social, o financiamento e a despesa, a oferta de serviços, o modelo de gestão, os recursos humanos e a qualidade e avaliação de tecnologias de saúde.

3.2 *Avaliação dos resultados*

O propósito da avaliação é tratar de analisar até que ponto a reforma setorial pode estar contribuindo para a melhoria dos níveis de equidade, efetividade e qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social, nos sistemas e serviços de saúde.

3.2.1 *Eqüidade*

A eqüidade em condições de saúde implica diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível; a eqüidade em serviços de saúde implica receber atenção em função da necessidade (eqüidade de uso, cobertura e acesso) e contribuir financeiramente em função da capacidade de pagamento (eqüidade financeira).

A *Metodologia* verifica se a reforma setorial melhorou as variáveis e indicadores relativos a acesso, cobertura, distribuição e uso de recursos.

3.2.2 *Efetividade e qualidade*

A efetividade e a qualidade técnica implicam que os usuários dos serviços recebem assistência pertinente, eficaz, segura e oportuna; a qualidade percebida implica que a recebem em condições materiais, afetivas e éticas adequadas às expectativas razoáveis dos usuários.

A *Metodologia* verifica se a reforma setorial melhorou as variáveis e indicadores relativos a morbidade, mortalidade, qualidade técnica e qualidade percebida.

3.2.3 *Eficiência*

A eficiência implica a relação favorável entre resultados obtidos e custos dos recursos empregados. É analisada em duas dimensões: a relativa à distribuição de recursos e a referente à produtividade dos serviços. Os recursos são distribuídos eficientemente se geram o máximo rendimento possível em termos de saúde por unidade de custo. São empregados eficientemente quando se obtém a maior quantidade possível de produto com um determinado custo.

A *Metodologia* verifica se a reforma setorial melhorou as variáveis e indicadores relativos a distribuição e gestão de recursos.

3.2.4 *Sustentabilidade*

A sustentabilidade tem uma dimensão social e outra financeira e se define como a capacidade do sistema de resolver seus problemas atuais de legitimidade e financiamento, bem como sua capacidade de enfrentar os desafios de manutenção e desenvolvimento a longo prazo.

A *Metodologia* verifica se a reforma setorial melhorou a legitimação ou a aceitação das principais instituições prestadoras de serviços de saúde pela sociedade; a

sustentabilidade financeira a médio prazo dos esforços para aumento da cobertura; a capacidade de ajustar a receita e gastos em saúde das principais instituições do subsetor público; a porcentagem de centros de saúde e hospitais com capacidade de cobrar a terceiros pagadores; e a capacidade de gestão dos empréstimos externos e, quando for o caso, sua substituição por recursos nacionais em seu vencimento.

3.2.5 *Participação*

A participação social tem a ver com os procedimentos para que a população geral e os diversos agentes influam no planejamento, gestão, provisão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde e se beneficiem dos resultados dessa influência.

A *Metodologia* verifica se a reforma setorial contribuiu para aumentar o grau de participação e controle social nos diversos níveis e funções do sistema de serviços de saúde.

4. **Aplicação da *Metodologia***

A *Metodologia* vem sendo empregada nos países da América Latina e do Caribe. Até agora, foram concluídos os Perfis dos Sistemas de Serviços de Saúde (que incluem a parte sobre monitoria e avaliação das reformas setoriais) na Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Trinidad e Tobago.³

A título de exemplo, adiante se apresentam resumos de alguns dos países. Estes resumos permitem formar uma visão da informação que se obtém através da aplicação da *Metodologia*.

4.1 ***Argentina***

A reforma do setor, iniciada em 1992, é coerente com as reformas econômicas e do Estado, e se enquadra nas Políticas Nacionais de Saúde. De maneira expressa, o Governo escolheu uma estratégia de reforma gradual e paulatina, cujo sentido geral é o de reforçar o papel regulador das autoridades sanitárias centrais e provinciais. O Ministério da Saúde e Assistência Social (MSAS) exerceu um papel dirigente na reforma setorial, graças à liderança técnica estabelecida nas Políticas Nacionais de Saúde.

As linhas principais da reforma setorial têm sido a criação do Hospital Público de Autogestão (HPA); o início da reconversão das Obras Sociais (OS) com apoio financeiro externo; a formulação de um quadro regulador para o subsetor privado; a obrigatoriedade

³ Encontram-se na página Web: www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm.

de proporcionar um conjunto de prestações básicas (o Programa Médico Obrigatório) aos beneficiários das OS e das Empresas de Medicina Pré-pagas (EMP) que se unam à reforma setorial; o estabelecimento do Programa Nacional de Garantia da atenção Médico; e o início de ações sanitárias sustentadas de promoção e proteção da saúde, especialmente dirigidas a populações em situação de risco.

Pode-se dizer que a reforma setorial reestruturou organizacionalmente o cenário de saúde; resgatou a importância do hospital público como prestador de serviços; incorporou novos procedimentos e organismos responsáveis pelo controle, regulamentação e fiscalização da qualidade da atenção; formou um regime de cobertura obrigatório; instalou a livre escolha do terceiro pagador entre as OS; e mudou as relações entre os diversos agentes do setor.

A análise da contribuição das mesmas ao melhoramento dos níveis de equidade, efetividade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação nos serviços de saúde requer um maior grau de avanço em seu desenvolvimento que permita a avaliação de seu impacto na atenção.

4.2 *Guatemala*

Como medida para incrementar a cobertura dos serviços, o Governo implantou o Sistema Integral de Atenção em Saúde (SIAS). Mediante este sistema, procura-se proporcionar um pacote de serviços básicos à população que atualmente não conta com eles. O SIAS apóia-se numa rede de trabalhadores comunitários e na subcontratação de ONG para a provisão de serviços.

O SIAS constitui a iniciativa de maior relevância dentro do Programa de Modernização dos Serviços de Saúde implantado na Guatemala, com o apoio financeiro de um empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Seria prematuro avaliar o impacto da reforma do setor da saúde na Guatemala, dado que esse processo foi iniciado recentemente. As ações empreendidas até agora, porém, parecem ter melhorado o acesso através da aproximação entre os provedores e as comunidades, e o encaminhamento de casos aos centros assistenciais quando necessário. Estas modificações podem corrigir as desigualdades em saúde que sempre afetaram a população rural e indígena.

4.3 *Honduras*

Os três grandes problemas que afetam a eficiência e eficácia da rede de estabelecimentos públicos de saúde são a considerável proporção de população rural e

urbana em extrema pobreza; a falta de acesso aos serviços devido à grande dispersão geográfica da população; e a insuficiência de recursos financeiros para garantir maior e melhor cobertura.

A acumulação crescente desses e outros problemas, e seus efeitos adversos na saúde das populações deram ensejo a iniciativas de reforma do setor. Assim, em maio de 1993, lançou-se o programa “Modernização do Sistema de Serviços de Saúde”, a fim de modificar a interação entre os níveis de atenção e outras instâncias públicas e privadas. No período 1994-1998, com o “Processo Nacional de Acesso”, democratizou-se a administração das redes de serviços, promovendo a descentralização e a participação social, e aumentou-se o acesso aos serviços de saúde. Em face da necessidade de fortalecer a capacidade administrativa, iniciou-se a partir de 1998 a transformação substancial do modelo de atenção e a reformulação de sistemas e processos, plasmadas num documento de política de saúde que indica que a reforma setorial é a “Nova Agenda de Saúde” (NAS).

A NAS tem dois eixos fundamentais (Promoção e educação para a saúde, e Garantia e melhoramento da qualidade); sete componentes essenciais (Gestão e regulamentação; Departamentalização e reorganização do modelo de atenção; Avaliação de problemas de saúde e consolidação de planos e programas; Resgate dos recursos humanos (RR.HH); Política de medicamentos; Ambiente de saúde; e Sistemas de informação) e seis estratégias dinamizadoras (Supervisão, monitoramento e avaliação; Descentralização e co-gestão em saúde; Infra-estrutura, manutenção e tecnologia; Intersetorialidade; Sustentabilidade financeira; e Modernização administrativa).

Até o momento existe pouca informação que permita avaliar os resultados das distintas etapas da reforma setorial em Honduras. Os dados disponíveis não permitem afirmar que, até agora, a reforma setorial tenha melhorado a equidade na situação de saúde ou no acesso aos serviços, ou a eficiência na gestão de recursos por parte dos estabelecimentos públicos. Existe alguma evidência no sentido de que a reforma setorial pode ter contribuído para melhorar a qualidade técnica dos hospitais públicos de alguma região, a capacidade de escolha dos usuários em serviços primários, a legitimação dos estabelecimentos e a participação e o controle social.

4.4 México

Em 1996, foi lançado o Programa de Reforma do Setor da Saúde 1995-2000, cujos objetivos são: estabelecer instrumentos para promover a qualidade e a eficiência na prestação dos serviços; ampliar a cobertura da atenção das instituições de seguridade social, facilitando a afiliação da população não assalariada e da economia informal;

concluir o processo de descentralização dos serviços de saúde que atendem a população aberta; e ampliar a cobertura dos serviços à população marginalizada em áreas rurais e urbanas que atualmente têm acesso limitado ou nulo.

No final de 1997 concluiu-se a transferência de recursos humanos (103.000 trabalhadores), infra-estrutura (7.400 imóveis) e recursos financeiros (6.132 milhões de pesos) a todos os estados da República. Com isso, pretende-se obter uma definição mais clara de metas, responsabilidades e sistemas de avaliação nos estados para contar com melhores políticas de saúde, enquanto que a Secretaria de Saúde priorizará suas funções normativas e de coordenação. Também está sendo desenvolvido o Programa de Ampliação de Cobertura (PAC) baseado num pacote básico de serviços de saúde nas áreas de maior carência.

O Programa de Reforma do Setor da Saúde contempla ações específicas através de duas vias: a) fomentar e facilitar a afiliação voluntária aos serviços de seguridade social e implementar o seguro de saúde para a família; b) proporcionar a grupos de população marginalizada serviços essenciais de saúde por meio do pacote básico. Em meados de 1998, o titular da SSA assegurou publicamente que, graças ao PAC, se havia proporcionada atenção a sete milhões de mexicanos que antes de 1995 não tinham acesso a nenhum tipo de serviço de saúde. Segundo a mesma fonte, restava proporcionar serviços a três milhões de habitantes localizados principalmente nos estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo e Oaxaca.

4.5 Panamá

A reforma setorial, embora tenha alcance nacional, foi iniciada nas Regiões de Saúde de San Miguelito, Metropolitana e Coclé. A base legal da reforma setorial é constituída por três leis que facilitaram a separação de funções, o fortalecimento do trabalho intra-setorial e a participação social. Igualmente, estão sendo introduzidas alterações na estrutura nacional e subnacional do subsetor público. Iniciou-se o desenvolvimento de um novo modelo de atenção familiar, comunitária e ambiental, que inclui a estratificação dos níveis de atenção e a implantação de um sistema de encaminhamento entre o nível comunitário e o primeiro e segundo níveis de atenção.

Na região de San Miguelito, o Hospital San Miguel Arcángel introduziu os compromissos de gestão e os contratos para os serviços de saúde. Este hospital foi concebido com critérios empresariais e de autogestão.

Estão sendo elaborados os procedimentos para credenciamento de estabelecimentos de saúde, bem como para desenvolver os processos de garantia de

qualidade. Incluem-se também mecanismos para a avaliação de tecnologias e a regulamentação de dispositivos e equipamento médico.

O processo de reforma setorial ainda está incipiente, motivo pelo qual até o momento não se efetuou uma avaliação do mesmo. O plano contempla a realização de uma avaliação no ano 2000; para isso, solicitou-se cooperação técnica à OPAS na formulação de uma metodologia de avaliação.

4.6 *Paraguai*

Em dezembro de 1996, como parte da estratégia de reforma do setor, foi promulgada a lei que cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cuja finalidade é prestar serviços de saúde a todas as pessoas com equidade, oportunidade, eficiência e sem discriminação, mediante ações de promoção, recuperação e reabilitação. Também pretende racionalizar o uso dos recursos disponíveis e estabelecer relações intra e intersetoriais.

A lei outorga a coordenação e o controle dos planos, programas e atividades das instituições públicas e privadas de saúde ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), presidido pelo Ministro da Saúde, do qual fazem parte todas as instituições do setor e outras relacionadas. A lei cria uma série de entidades subordinadas ao CNS, como a Superintendência Nacional de Saúde (SUPNS), a Direção Médica Nacional e o Fundo Nacional de Saúde (FNS) (ainda não regulamentado). Em seguida, um decreto estabeleceu as novas funções e o modelo organizacional do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSP e BS). As funções de financiamento do setor serão assumidas pelo FNS; medidas para modificar a composição do financiamento setorial serão estudadas pelo novo governo que assumiu em agosto de 1998 quando se discute a implementação do FNS. As funções de seguro estarão sob a supervisão e controle da SUPNS e a provisão de serviços será responsabilidade de instituições públicas e privadas.

O MSP e BS está transferindo aos municípios recursos físicos e financeiros para serem administrados pelos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Essa transferência, que exclui a dos recursos humanos, se realiza mediante “Acordos de Compromisso”. A participação social é objetivo e estratégia da reforma setorial e se concretiza através dos Conselhos Regionais de Saúde (CRS) e dos CLS.

Até o momento não houve mudanças na formação, planejamento e gestão de RRHH para responder às necessidades da reforma setorial. Está em andamento um processo de reengenharia do Instituto Nacional de Saúde (INS) para convertê-lo no organismo dirigente do desenvolvimento dos RRHH.

No Paraguai, a reforma setorial se encontra em sua etapa inicial e é prematuro avaliar resultados. Não obstante, alguns estudos realizados recentemente (por exemplo, “Análise do setor da saúde do Paraguai” e “Estudo setorial de água e saneamento”) poderão servir de base como avaliação *ex-ante*.

4.7 República Dominicana

No início da década de 90 foram dados os primeiros passos na formulação de um processo de reforma do setor da saúde, orientado a solucionar os problemas de centralização da gestão com limitada capacidade para desenvolvê-la e com quadros normativos e de supervisão insuficientes, entre outros.

A partir de 1996 iniciou-se um processo de reforma setorial que contou com a participação de diferentes agentes da sociedade civil e que se traduziu em dois projetos que estão sendo financiados pelo Banco Mundial e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e outras entidades bilaterais, num valor de aproximadamente US \$120 milhões.

Os principais objetivos da reforma setorial são: i) reformar o sistema de seguridade social; ii) promover a desconcentração e descentralização do subsetor público; iii) definir um conjunto de prestações básicas de acesso universal; iv) fortalecer os mecanismos de financiamento misto público–privado, baseados num contexto solidário; v) introduzir mecanismos de seguro e provisão público–privados; vi) estimular a autogestão hospitalar; e vii) fortalecer o papel regulador do Estado.

Para a implantação do processo de reforma setorial foi criada a Comissão Executiva para a Reforma do Setor da Saúde.

Até o momento foram estabelecidas duas Direções de Saúde Provinciais (DSP), como instâncias descentralizadas de gestão da SESPAS, e formulou-se um novo modelo de atenção.

Recentemente, foi criado um grupo técnico interinstitucional que elaborará as metodologias mais adequadas para a monitoria e avaliação do processo de reforma setorial no país.

5. Próximas etapas

Durante o ano em curso, a *Metodologia* deverá ser aplicada em todos os países da Região. Quanto à periodicidade de seu uso, considerou-se ir atualizando a informação relativa pelo menos a cada dois anos ou quando as circunstâncias o recomendarem.

As tarefas principais que estão sendo consideradas para o desenvolvimento da *Metodologia* e do sistema de informação e análise sobre reforma do setor da saúde têm relação com:

- Estabelecimento de um sistema de informação e análise sobre reforma do setor da saúde que efetivamente apóie as autoridades de saúde dos países da Região no processo decisório relativo aos processos de reforma.
- Desenvolvimento de um processo de análise comparativa da informação resultante da aplicação da *Metodologia*, para gerar efetivamente conhecimentos úteis no contexto assinalado no parágrafo anterior.
- Avanço na integração das bases de dados e das análises demográficas e epidemiológicas relacionadas com as procedentes da área de desenvolvimento dos sistemas e serviços.
- Fortalecimento da avaliação do impacto das reformas setoriais em termos de diminuição de falhas de cobertura, articulação de redes, acesso equitativo e efetividade das atuações.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



124ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 21-25 junho 1999

CD41/14 (Port.)
Anexo

RESOLUÇÃO

CE124.R8

MONITORIA E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE REFORMA DO SETOR DA SAÚDE

A 124ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Visto o documento sobre monitoria e avaliação dos processos de reforma do setor da saúde apresentado pelo Diretor (documento CE124/17),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que aprove uma resolução nos seguintes termos:

O 41º CONSELHO DIRETOR,

Visto o documento sobre monitoria e avaliação dos processos de reforma do setor da saúde (documento CD41/14); e

Levando em consideração que, tanto na Cúpula das Américas, em 1994, como na Reunião Especial sobre Reforma do Setor da Saúde, em 1995, na qual participaram um comitê interinstitucional das Nações Unidas e organismos multilaterais e bilaterais, os governos da Região identificaram a necessidade de formular um processo para a monitoria da reforma do setor da saúde nas Américas,

RESOLVE:

1. Reconhecer os esforços envidados pelos Estados Membros e pela OPAS na formulação e aplicação da *Metodologia para a monitoria e avaliação das reformas do setor da saúde na América Latina e no Caribe*.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) acolher e utilizar a *Metodologia* e continuar colaborando no processo de aperfeiçoamento desse instrumento;
 - b) institucionalizar o processo de monitoria e avaliação de seus processos de reforma setorial em saúde e a aplicar políticas que levem em conta os resultados desses processos.
3. Solicitar ao Diretor que:
 - a) dê prosseguimento ao processo de aperfeiçoamento da *Metodologia para a monitoria e avaliação das reformas do setor da saúde na América Latina e no Caribe*;
 - b) dê continuidade às ações de cooperação em apoio à aplicação da *Metodologia* e aos processos de reforma setorial em saúde;
 - c) prepare relatórios periódicos sobre os progressos e problemas encontrados nos processos de reforma setorial na Região;
 - d) fomente o estabelecimento de redes de comunicação e troca de experiências sobre reforma setorial entre os governos, o setor privado, instituições e outros atores interessados.

(Aprovada na sétima reunião, 24 de junho de 1999)