

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

UNA HERRAMIENTA
PARA VIABILIZAR LA
FORMULACIÓN DE
POLÍTICAS

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Edición Especial No. 9

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

UNA HERRAMIENTA PARA
VIABILIZAR LA
FORMULACIÓN
DE POLÍTICAS

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Edición Especial No. 9

Washington, D.C.
Febrero 2006

Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS)
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP)
Oficina de la Subdirectora
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Organización Mundial de la Salud (OMS)



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos

Washington, D.C.: OPS, ©2005.

(Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial, N° 9)

ISBN 92 75 32509 X

I. Título II. Serie

1. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

2. POLÍTICA DE SALUD

3. ANÁLISIS SECTORIAL

4. ACCIÓN INTERSECTORIAL

5. TOMA DE DECISIONES

6. REFORMA DEL SECTOR SALUD

NLM WA546

ISBN 92 75 32509 X

Esta publicación fue encargada por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00 y por fondos regulares de la OPS/OMS. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de la OPS/OMS y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

Para más información acerca de este y otros documentos, visite el sitio electrónico de Fortalecimiento de Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: www.lachealthsys.org.

Para cualquier pregunta, sírvase contactar a info@lachealthsys.org.

PRESENTACIÓN

En la Región de las Américas, la realización de Análisis Sectoriales en Salud se ha venido impulsando desde el decenio de 1970. A comienzos de los años noventa, la necesidad de este tipo de análisis volvió a sentirse en la Región, sobre todo como un elemento de fortalecimiento de la capacidad rectora de las autoridades de salud para desempeñar las funciones esenciales de salud pública, fortalecer y evaluar los sistemas de salud, y orientar los cambios sectoriales, en particular las reformas sectoriales, en la dirección deseada.

Un análisis del sector de la salud proporciona un volumen manejable de información relevante y actualizada sobre: (a) la situación de salud y sus determinantes y, (b) las funciones del sistema de salud. Para cada una de esas partes resume problemas, estrategias y acciones. Y como resultado de lo anterior, también ofrece propuestas para la acción sectorial así como un marco ordenador para la formulación de políticas de mediano plazo, las cuales permiten orientar, o reorientar, si es necesario, un proceso de reforma. Derivada del Análisis Sectorial puede ser necesario acometer, en su caso, la elaboración de Planes de Salud, de Planes de Gestión de los Servicios o de Planes Maestros de Inversiones.

Hasta la aparición de la primera edición de los *Lineamientos Metodológicos para la realización del Análisis Sectorial en Salud* (OPS/OMS, 1996) apenas existían procedimientos establecidos para la realización de análisis sectoriales integrales del sector de la salud. Desde entonces, la OPS/OMS impulsó la realización de análisis del sector de la Salud en el estado mexicano de Chihuahua (1994), los países del Caribe de habla inglesa (1995), Cuba (1996), Paraguay (1999), Nicaragua (2000), Costa Rica (2002), Guyana (2003), Haití (2003) y Bolivia (2004).

En todos los casos, el proceso de preparación del Análisis fue realizado bajo dirección nacional por personal técnico de los propios países, con apoyo externo de la OPS/OMS y, cuando fue posible, de otros organismos y agencias internacionales. El proceso tomó en su totalidad entre cuatro y seis meses.

Para la preparación de la presente publicación se ha partido de la experiencia y de las lecciones aprendidas tras la aplicación de la primera edición de los *Lineamientos*. También se han tenido en cuenta los instrumentos desarrollados y las lecciones aprendidas de su aplicación en el marco de la Iniciativa de Fortalecimiento de Sistemas de Salud en LAC (<http://www.lachealthsys.org>) así como los nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos desarrollados por la OPS/OMS y los países de la Región de las Américas en temas como Rectoría, Funciones Esenciales de Salud Pública y Extensión de la Protección Social en Salud, entre 1997 y 2006.

El objetivo de esta guía metodológica es facilitar la realización de Análisis del Sector de la Salud a nivel nacional o subnacional (provincia, región o estado dentro de un país) e impulsar, cuando es el caso, procesos sostenibles de mejora del desempeño sectorial. El producto final («el documento») incluye las implicaciones del análisis para el desarrollo del sector salud, para la acción y la formulación de políticas, y para la acción sectorial. Por lo tanto, los Lineamientos de Análisis Sectorial constituyen un instrumento conducente al fortalecimiento de la capacidad de conducción sectorial de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Hasta donde se ha considerado conveniente se han respetado la filosofía, los contenidos y el formato de la primera edición de los *Lineamientos*. En ese sentido se mantienen los «conceptos-clave» y la estrategia de análisis con énfasis en la recolección selectiva de información usando fuentes secundarias, la identificación de los principales problemas, la discusión de estrategias y la formulación de recomendaciones a corto, mediano y largo plazo. Para facilitar esta investigación, al final de cada apartado se siguen incluyendo «posibles preguntas orientadoras» que el analista debería ser capaz de contestar antes de redactar la parte correspondiente a ese apartado.

Sin embargo, también se han introducido importantes cambios. Los más relevantes consisten en: (a) concebir el proceso de análisis como un ejercicio de producción colectiva de conocimiento organizado, mediante tres fases sucesivas, cada una de las cuales se beneficia de los hallazgos de la anterior, (b) la consecuente organización de la obra en tres secciones con identidad propia e interrelacionada, (c) una nueva ordenación y estructuración de los capítulos incluidos en las Secciones B («Análisis de situación y determinantes de salud») y C («Funciones del sistema de salud»), (d) la inclusión, al final de ambas secciones, de un resumen que contiene las implicaciones del análisis de los temas incluidos en los capítulos de la sección para la preparación de la siguiente; (e) la preparación de Sección D («Del análisis a la acción») completamente nueva y, (f) la inclusión de dos anexos que desarrollan la aplicación de la metodología del Análisis Sectorial a dos áreas programáticas especiales.

Esperamos que estos Lineamientos faciliten tanto la preparación de Análisis Sectoriales útiles para la toma de decisiones, como la adecuada aplicación de éstas a través de acciones, planes y programas enmarcados en agendas de cambio sostenibles, capaces de mejorar la situación de salud y el desempeño de los sistemas de servicios de salud de los países de la Región de las Américas.

TABLA DE CONTENIDOS

SECCIÓN A: ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS	1
SECCIÓN B: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DETERMINANTES DE SALUD; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD	21
SECCIÓN B: CAPÍTULO 1. SITUACIÓN DE SALUD	22
SECCIÓN B: CAPÍTULO 2. DETERMINANTES DE LA SALUD	39
SECCIÓN B: CAPÍTULO 3. ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS DEL SECTOR	55
RESUMEN DE LA SECCIÓN B: IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, DE SUS DETERMINANTES Y DE LA ESTRUCTURA/ORGANIZACIÓN DEL SECTOR	91
SECCIÓN C: FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	93
SECCIÓN C: CAPÍTULO 4. RECTORÍA	94
SECCIÓN C: CAPÍTULO 5. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO	123
SECCIÓN C: CAPÍTULO 6. PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD	154
RESUMEN DE LA SECCIÓN C: IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD PARA LA ACCIÓN Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS	222
SECCIÓN D: DEL ANÁLISIS A LA ACCIÓN	227
SECCIÓN D: CAPÍTULO 7. RESULTADOS DEL ANALISIS: IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN SECTORIAL	228
GLOSARIO DE TÉRMINOS	255
ANEXOS	267

ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

ANÁLISIS DEL
SECTOR SALUD

Sección A

SECCIÓN A

ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

ÍNDICE

I. Marco Conceptual	3
II. Utilización del Instrumento de Análisis del Sector Salud en la Planificación Sanitaria, la Formulación de Políticas y el Establecimiento de Objetivos	5
III. Metodología para el Ejercicio de Análisis del Sector Salud.....	8
IV. Carta de Navegación.....	18
Bibliografía y notas	19

¿Qué es un análisis sectorial?

Un análisis sectorial es el proceso de producción de un estudio o conjunto de estudios sobre la situación de un sector de producción, distribución o consumo de bienes o servicios de un país, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, social, económico y cultural. El análisis sectorial constituye algo más que un diagnóstico situacional pues conjuga el componente descriptivo con el analítico y el enfoque retrospectivo con el prospectivo, para configurar un análisis de la dinámica del sector que incluye la construcción de hipótesis y la formulación de recomendaciones y políticas.

¿Qué es el análisis del sector salud?

El análisis sectorial aplicado al sector salud es un proceso colectivo y participativo de producción de conocimiento mediante el cual se busca fortalecer la capacidad de los niveles técnicos y políticos del país para orientar la conducción.

El Análisis del Sector Salud sirve para conocer la situación de salud y sus determinantes, así como el desempeño del sistema de servicios de salud. También orienta la identificación y selección de intervenciones prioritarias para la formulación de políticas de salud y de desarrollo de los sistemas de servicios de salud. Los resultados del análisis sectorial incluyen la identificación de políticas y/o planes, programas, proyectos y/o intervenciones o acciones orientadas a maximizar el impacto del sector en el logro de los objetivos o prioridades nacionales de salud (1).

En las Américas, la realización de Análisis del sector salud se ha venido impulsando desde la década de 1970 (2, 3). No obstante, durante dicho período, las propuestas para el estudio del sector salud se concentraron en diagnósticos de la situación de salud (4, 5, 6, 7, 8) y/o diagnósticos institucionales (9). A menudo, los estudios efectuados solían ofrecer alcances, contenidos y caracterizaciones variables, derivados del enfoque utilizado por la agencia o institución promotora (10). Por ejemplo, se utilizaban para evaluar proyectos de inversión o para sistematizar la cooperación externa para el sector salud.

En el contexto de los procesos de Reforma del sector salud emprendidos o planteados por muchos países desde comienzos de la década de 1990 (11), los cuerpos directivos de la OPS/OMS destacaron la necesidad de fortalecer en los países miembros la capacidad de análisis del sector salud, de sus recursos y de su operación (12, 13, 14, 15).

Objetivos del análisis del sector salud

Los análisis sectoriales contribuyen a mejorar los procesos de toma de decisión, planificación y gerencia en salud. Los que toman decisiones a nivel político y los gerentes pueden utilizarlos para la planificación estratégica, incluyendo la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y proyectos en salud. Sus objetivos principales pueden ser resumidos en los siguientes:

- Identificar los cambios en las tendencias sociales, tecnológicas, económicas y/o políticas, tanto internas como externas, que inciden en la situación de salud y en la organización, estructura y funciones de las instituciones, organizaciones y actores del sector, relacionados con los problemas sectoriales y extra-sectoriales que afectan la salud a corto, mediano y largo plazo.
- Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, incluida la toma de decisiones para diseñar políticas, planes, programas, proyectos o intervenciones en salud, en el marco de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Desarrollar la capacidad de los países de organizar y administrar los sistemas de salud en procesos de cambio, especialmente en el marco de procesos de reforma sectorial, con vistas a reducir las desigualdades en la utilización y el acceso a los servicios de salud.
- Aumentar la protección social en salud mediante la extensión de la cobertura de los servicios de salud y/o la expansión de mecanismos de aseguramiento en salud, entre otras posibilidades.
- Extender la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud, incluyendo la propia infraestructura de salud pública y el fortalecimiento de la capacidad gerencial de recursos humanos.
- Evaluar la ejecución y el funcionamiento de las políticas de salud y el desempeño de los sistemas de servicios de salud.

Además de la consecución de los objetivos anteriores, el análisis del sector salud, en el contexto de los procesos de planificación y/o de reforma sectorial, puede ayudar a:

- Comparar situaciones entre regiones o grupos poblacionales de un mismo país.
- Orientar la toma de decisiones en los niveles nacional y subnacionales del sector y formular Objetivos Sanitarios Nacionales.
- Justificar prioridades, incluidas las de inversión.

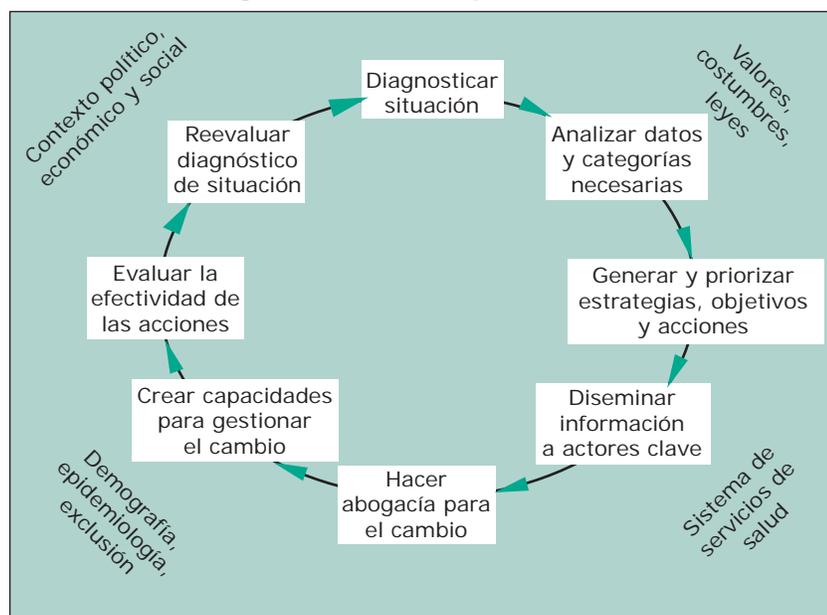
II. UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA, LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS SANITARIOS

Utilización del análisis del sector salud en la planificación sanitaria

La *planificación sanitaria* es un conjunto de procesos cuyo propósito es adecuar, de un modo consistente, los medios disponibles para lograr los objetivos de salud que se persiguen, tomando en cuenta para ello las circunstancias (sobre todo económicas, sociales, políticas y de lugar y tiempo) que concurren o que previsiblemente pueden concurrir. En general, el ciclo de la planificación sanitaria incluye:

- Identificar necesidades y problemas.
- Priorizar estrategias, objetivos y acciones.
- Difundir información y hacer abogacía por el cambio.
- Movilizar recursos y capacidades.
- Evaluar la efectividad de las acciones.
- Reevaluar necesidades.

Figura 1: El ciclo de planificación



La planificación sanitaria ha evolucionado desde una planificación centrada en los recursos, hacia una planificación cada vez más centrada en los objetivos y en los procesos que conducen a su logro. En ese sentido, en la actualidad la planificación sanitaria trata de ser: integral, teniendo en cuenta todos los aspectos relacionados con el desarrollo del sector; orientada a la solución de problemas; participativa, al incorporar en uno u otro momento a todos los implicados en el accionar del sector; capaz de identificar y, de ser posible, de contribuir a modificar los incentivos y la falta de estímulos existentes para el logro de los objetivos propuestos. En los últimos años han proliferado enfoques de planificación estratégica de gran dinamismo y que permiten a través de métodos y técnicas de planificación participativa, lidiar con el cambio, la complejidad, la turbulencia y la incertidumbre del ambiente externo (18, 19).

Dado que el ciclo de planificación incluye siempre al inicio una fase de diagnóstico de situación e identificación de problemas, el análisis del sector salud contribuye poderosamente en esta fase a proporcionar un diagnóstico de situación y un listado categorizado de los principales problemas, realizado en lo fundamental por personal técnico nacional.

La información recopilada para la realización del análisis del sector salud y los estudios surgidos de este proceso constituyen una excelente colección de documentos de referencia y una buena línea de partida para el desarrollo de otros instrumentos de planificación sectorial, tales como planes nacionales de salud, programas de garantía de aseguramiento, planes de gestión de redes y servicios de salud, planes maestros de inversión en salud, programas de extensión de cobertura y otros.

Utilización del análisis del sector salud en la formulación de políticas

Para la acertada formulación de políticas de salud, los que toman decisiones políticas a cualquier nivel necesitan información por campos temáticos o funciones, que sea fiable, manejable y oportuna, ordenada de forma lógica y fácilmente comprensible, relacionada con los problemas relevantes del sector. Pero, a menudo, esto no basta. Se requiere además, un análisis de factibilidad política y social de las políticas de salud y de las propuestas de cambio. Con frecuencia también se necesita conocer las distintas opciones y los pros y los contras de cada una de estas, lo que puede llevar a sucesivas aproximaciones y, eventualmente, a la construcción de escenarios.

El proceso de elaboración del análisis del sector salud está diseñado como un proceso de construcción de conocimiento en tres fases sucesivas: (i) la recopilación selectiva de información, (ii) la formulación de conclusiones por capítulos y secciones y, finalmente, (iii) las implicaciones para la acción y un marco ordenador para la formulación de políticas, incluidas, cuando es el caso, las bases para una agenda de cambio. El proceso de elaboración del análisis crea numerosas oportunidades de fortalecimiento de las capacidades institucionales de compartir información, de identificación de problemas y «puntos críticos», de discusión colectiva de posibles estrategias y formulación de políticas y de implementación de las estrategias seleccionadas.

Utilización del análisis del sector salud en la definición de objetivos sanitarios

Tanto la planificación como la gestión moderna no se conciben sin el establecimiento de objetivos. Un objetivo puede ser definido como un logro concreto que se pretende obtener. Cuando el objetivo se precisa con una fecha y un indicador cuantitativo o cualitativo, se dice que se formuló una meta.

Los objetivos y metas sanitarias pueden definirse para los niveles nacionales, regionales o locales del sector (estados, departamentos, provincias, cantones, municipios, etc.). Pueden definirse para un equipo o servicio, para una institución y/o para una red de organizaciones. En estos casos, los objetivos pueden ser intermedios, por ejemplo, incrementar la captación de mujeres en el programa de planificación familiar; o finales. Éstos últimos conviene diferenciarlos en objetivos de resultado (por ejemplo, incrementar el número de mujeres embarazadas que han cumplido totalmente el protocolo del programa de control prenatal) y objetivos de impacto (por ejemplo, reducir y, si se puede, eliminar la ocurrencia de toxemia en el embarazo).

Un aspecto importante al establecer objetivos es el análisis de su factibilidad (técnica, institucional, económica, financiera, social y política). La factibilidad no es una condición obvia y puede variar en función del punto de vista de los diferentes actores involucrados en el logro del objetivo. Otro aspecto importante es que el establecimiento de un objetivo implica definir, no solamente quiénes están involucrados en su logro, sino quién o quiénes son los responsables de alcanzarlo. Sin una asignación clara y asumida de esta responsabilidad, aumentan las probabilidades de que no sea alcanzado.

Un problema clásico de los sistemas de planificación al definir objetivos (sobre todo cuando su logro va ligado a premios y/o el no lograrlo a penalizaciones) es la tendencia a sobreestimar o subestimar los objetivos, en función de los intereses particulares de quien los establece (normalmente, funcionarios de las oficinas centrales de planificación). Una manera de evitar estos riesgos consiste en involucrar en la definición de los objetivos de salud y en los análisis de factibilidad de las propuestas, a los responsables por la toma de decisiones, a los responsables por la ejecución de las acciones y a los potenciales beneficiarios de las mismas. De este modo, los puntos de vista y los intereses de estos grupos son considerados en el análisis de factibilidad social y política. Una de las dificultades de un proceso de naturaleza participativa es que, si el número de objetivos (y metas) es muy grande, el proceso de lograr acuerdos puede ser muy complejo y muy lento. De ahí que, actualmente, se prefiera planes con unos pocos grandes objetivos o árboles de objetivos jerarquizados por niveles, que se desagregan a medida que se llega al nivel local.

El proceso de elaboración del Análisis del sector salud ofrece una oportunidad para discutir colectivamente la relación entre el establecimiento de prioridades y objetivos en salud, la planificación sanitaria y la formulación de políticas. Asimismo, crea espacios adecuados para ajustar objetivos y metas y para revisar hasta qué punto los sistemas de información y los procesos de planificación existentes, tanto al interior como al exterior del sector salud, contribuyen a la formulación de políticas basadas en el mejor conocimiento disponible.

III. METODOLOGÍA PARA EL EJERCICIO DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

Alcance de la metodología

La metodología que a continuación se presenta intenta ayudar a que el análisis del sector salud realizado por equipos nacionales con apoyo externo, aborde, como mínimo, los siguientes elementos:

- Análisis de los problemas de salud y de sus determinantes, incluyendo la situación y tendencias de la exclusión en salud.
- Organización institucional del sector.
- Funciones del sistema de salud.
- Evaluación de resultados y formulación de políticas.
- Temas de gran relevancia para el país. Por ejemplo: VIH/SIDA, salud mental y vulnerabilidad y preparativos para hacer frente a desastres.

Definición del sector salud

A efectos de la presente metodología, el sector salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a promover, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos, investigar y capacitar en salud. Para el propósito de esta metodología, la definición anterior se refiere al sector de atención a las personas, a los grupos sociales o a la salud pública y no incluye el sector de atención al ambiente (20).

Esa definición se inscribe en un marco conceptual formado por:

- El concepto de salud adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el reconocimiento de sus determinantes y factores condicionantes.
- El reconocimiento de que cada país cuenta con su propia definición del sector salud que debe ser tomada en cuenta y que, además, promueve su propio proceso de desarrollo nacional de la salud.
- Las relaciones del sector salud con otros sectores del desarrollo social y económico.

- Una visión dinámica del sector, que destaca los cambios en las instituciones y en los actores que conforman el sector salud, el entorno económico en el cual desarrollan sus actividades, así como el conjunto de valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos y tecnologías, actitudes e intereses de las instituciones y actores que conforman ese sector.
- El análisis funcional del sistema de servicios de salud y sus implicaciones para la acción.

Usuarios de la metodología

La metodología está diseñada para ser utilizada por personal directivo y técnico del sector salud de los países y por cualquier otra persona o grupo de personas con capacidades y responsabilidades adecuadas, interesadas en el desarrollo del sector salud (por ejemplo, el personal técnico de los organismos y agencias de cooperación técnica internacional).

Método de trabajo

El ejercicio del análisis del sector salud consta de ocho etapas agrupadas en las tres grandes fases, que se describen a continuación:

- **Fase 1: Preanálisis y recopilación inicial de información**
 - ◆ Elaboración de los términos de referencia
 - ◆ Composición del equipo de trabajo
 - ◆ Discusión de la metodología de análisis
- **Fase 2: Desarrollo del trabajo de campo**
 - ◆ Organización del trabajo
 - ◆ Preparación de los capítulos y Secciones B y C del análisis
 - ◆ Preparación de los resúmenes de las Secciones B y C
- **Fase 3: Resultados e implicaciones para las políticas**
 - ◆ Formulación de propuestas de acción
 - ◆ Promoción e impulso de una agenda sostenible de cambio

Fase 1: Preanálisis y recopilación inicial de información

◆ *Elaboración de los términos de referencia*

Los términos de referencia definen la composición del equipo de trabajo y las funciones de cada uno de los miembros, incluidas las del director del equipo. Se expresan en un documento en el cual todas las

partes involucradas acuerdan el marco de referencia del análisis. Los términos de referencia suelen ser negociados por las autoridades nacionales y el organismo de cooperación técnica encargado de impulsar y apoyar su realización. Deben responder con precisión a las preguntas contenidas en el siguiente cuadro. Además, deben establecer con claridad quienes actuarán como punto focales tanto a nivel nacional (por ejemplo, el Ministro o Viceministro de Salud, o cargo equivalente en la región, provincia o estado de que se trate) como a nivel internacional (por ejemplo, el Representante de la OPS/OMS, o el Gerente del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud) y cuáles son sus obligaciones. Considerando lo anterior, es muy conveniente que quien vaya a actuar como director del equipo de trabajo participe en la elaboración y discusión de los términos de referencia.

Cuadro 1: Términos de referencia del análisis del sector salud

<p>¿Quién?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encarga • Hace • Usa <p>¿Dónde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nacional • Subnacional • Red <p>¿Qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sector salud: contexto demográfico, político, económico y social; estructura y organización del sector; exclusión social en salud; rectoría; financiamiento; aseguramiento; provisión de servicios <p>¿Cuándo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio • Etapas • Duración <p>¿Para qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos generales: aumentar equidad, eficiencia, efectividad, calidad, etc. • Objetivos específicos: aumento de cobertura, incremento de financiamiento externo, contención de costos, cambio de modalidades de atención, etc. <p>¿Cómo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metodología <p>¿Cuánto?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto para el análisis
--

◆ **Composición del equipo de trabajo**

La composición del equipo de trabajo puede variar según las características del caso. Un equipo pequeño puede ser suficiente para un análisis rápido o de actualización de algún otro análisis realizado unos años antes; un equipo más grande (por ejemplo, un director y un experto para cada capítulo) puede ser necesario si se desea un análisis exhaustivo y no existen análisis previos de referencia. En todos los casos, el equipo deberá contar, como mínimo, con personas con suficiente experiencia en los siguientes temas:

- Demografía, epidemiología y salud pública.
- Análisis político, organizacional e institucional del sector salud.
- Planificación y gestión de sistemas y servicios de salud.
- Financiamiento y gasto sectorial.

Teóricamente, el análisis puede ser realizado por: (a) expertos internacionales con algún apoyo esporádico de expertos nacionales, (b) expertos nacionales con el apoyo de consultores externos, (c) expertos nacionales. La experiencia demuestra que el primer modelo presenta problemas de relevancia y pertinencia y en el momento de la apropiación nacional de las conclusiones y recomendaciones del análisis. El segundo modelo ha sido ensayado con éxito en las pruebas piloto de la primera edición de esta metodología. Este modelo puede ser aconsejable cuando no existen suficientes capacidades nacionales para conducir el análisis hasta su término, o cuando uno de los resultados que se busca es, precisamente, reforzar las capacidades nacionales para efectuar Análisis del sector salud. El tercer modelo es apropiado si hay un adecuado dominio de la metodología y de las fuentes.

♦ ***Discusión de la metodología de análisis***

Aprobados los términos de referencia y formado el equipo de trabajo, éste deberá reunirse antes de iniciar el trabajo de campo con dos propósitos fundamentales: (a) discutir los términos de referencia generales y particulares de cada participante (y, si es el caso, de cada consultor externo) para que todos conozcan el alcance del trabajo de los demás y, (b) tomando como base la presente metodología, acordar la metodología que finalmente se utilizará para la realización del análisis cuyos elementos principales se incluyen en el siguiente cuadro.

Cuadro 2: Elementos básicos de la metodología para el análisis del sector salud

<ul style="list-style-type: none"> • Definición operativa del sector • División en capítulos y áreas temáticas • Selección de los conceptos clave • Estrategia de análisis
--

Lo primero será comprobar si la definición operativa del sector, propuesta en la presente metodología, concuerda con la que ha sido dada por el país y, si fuera necesario, efectuar los ajustes correspondientes. De igual manera, el equipo deberá considerar si la división en capítulos y áreas temáticas se ajusta a los objetivos específicos del caso y proceder, eventualmente, a las adaptaciones necesarias. El listado de capítulos y, sobre todo, de áreas temáticas propuesto en la presente metodología debe considerarse tentativo. Cualquier tema no mencionado en alguna de las áreas y que se considere relevante para el análisis de un determinado país deberá ser incluido. Y a la inversa, si alguno de los temas incluidos se considerara irrelevante, se explicará por qué es así y no se analizará.

Los conceptos clave (o «principios rectores») son aquellos que se consideran relevantes para el desempeño del sector. Los conceptos clave son, a un tiempo, instrumentos de análisis y «grandes objetivos» de los procesos de transformación y desarrollo (genéricamente conocidos como «procesos de reforma») los cuales, en última instancia, se justifican porque tratan de mejorar el desempeño sectorial con relación a todos o a algunos de ellos. La discusión sobre los conceptos clave es esencial y deberá desarrollarse a profundidad para garantizar que los miembros del equipo estén de acuerdo con su enumeración, alcance y significado.

Para los efectos de esta metodología, los conceptos clave seleccionados son: equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Por supuesto, debe existir la posibilidad de añadir algún otro concepto clave relevante en el país (o en el ámbito subnacional) en el que se trabaja (por ejemplo, descentralización). Evaluar la evolución de dichos conceptos mediante variables asociadas e indicadores cuantitativos o cualitativos, también puede ayudar a analizar la dinámica de los sistemas de salud y los resultados de los procesos de reforma

Cuadro 3: Definición de conceptos clave para el análisis del sector salud

<p>Equidad</p> <ul style="list-style-type: none">i) En el estado de salud, implica favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible;ii) En los servicios de salud, implica recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera) (21). <p>Efectividad y calidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Implica que los ciudadanos reciben servicios de salud oportunos, resolutivos, seguros (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida). <p>Eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Resulta de la relación entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados: los recursos son empleados eficientemente cuando una unidad de producto es obtenida a mínimo costo; o cuando, con un costo dado, se obtienen más unidades de producto. <p>Sostenibilidad</p> <p>Se refiere a:</p> <ul style="list-style-type: none">i) La posibilidad de los financiadores para seguir sufragando, a medio y largo plazo, el gasto sanitario incurrido o previsible (sostenibilidad financiera) yii) El grado de aceptación de la población hacia los servicios de salud (legitimación social). <p>Participación social</p> <ul style="list-style-type: none">• Se refiere a los procedimientos disponibles 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 a los resultados de dicha influencia (22).

Fase 2: Desarrollo del trabajo de campo

♦ Organización del trabajo

El trabajo de campo se desarrollará de acuerdo con el plan de trabajo que el director del equipo y los participantes acuerden. Normalmente, se comenzará con una reunión inicial con los responsables de las instituciones implicadas para:

- Discutir los objetivos, el alcance, la metodología y los resultados esperados.
- Identificar a las personas que actuarán como punto focal en cada institución.
- Constituir grupos de trabajo por áreas temáticas, si fuera el caso.
- Resolver los temas logísticos (apoyo de secretaria, transporte, etc.).

A partir de ese momento, cada grupo realizará el trabajo de acuerdo con los términos de referencia específicos. No obstante, se sugiere que el equipo responsable del trabajo de campo se reúna con una periodicidad establecida previamente, para comentar la marcha del ejercicio en los aspectos materiales (citas, logística, etc.) y, sobre todo, para compartir documentación, dificultades, impresiones, hallazgos y valoraciones. Una de las responsabilidades del director del equipo es facilitar las condiciones para que tales reuniones resulten fructíferas. Los apuntes sobre esas reuniones le serán de gran utilidad para redactar el informe que deberá elaborar al término de cada misión.

El desarrollo del trabajo de campo se realizará en tres fases sucesivas, tal como se describe en la sección final de este capítulo, titulada “*Carta de navegación*”. En la primera fase, se organizarán grupos para trabajar los temas incluidos en los capítulos de la Sección B “*Análisis de situación y determinantes de salud*”. Los resultados del trabajo de esos grupos serán compartidos para preparar el resumen de la Sección B, el cual será un insumo esencial para el trabajo de los grupos que se ocuparán de los temas incluidos en la Sección C, “*Funciones del sistema de salud*”. Del mismo modo, los resultados del trabajo de los grupos que se ocuparon de los temas incluidos en la Sección C serán difundidos para preparar el resumen de la Sección C, el cual será un insumo esencial para el trabajo del grupo encargado de preparar el Capítulo 7, *Resultados del análisis: implicaciones para la acción sectorial*.

Con frecuencia, el proceso de análisis del sector salud requiere más de una misión de los consultores internacionales en apoyo a los grupos nacionales. En este caso, se recomienda que al término de la primera misión se prepare un informe de avance que el director del equipo remitirá a quien(es) haya(n) encargado el análisis. El informe de avance no necesita ser un documento voluminoso: debe mostrar los hallazgos y conclusiones más relevantes producidas hasta la fecha y subrayar su carácter provisional. La preparación del mismo suele figurar como un requisito en el convenio de cooperación entre el país y la organización de cooperación técnica pues permite evaluar la marcha del análisis y formular sugerencias a las instituciones y autoridades nacionales o subnacionales implicadas.

◆ **Preparación de los capítulos y secciones del análisis**

Dado que los lineamientos deberán ser utilizados en condiciones muy diversas por personas con formación muy diferente, para la preparación de los capítulos se sugiere una sencilla estrategia de análisis mediante tres pasos:

Paso 1: Recolección selectiva de información usando fuentes secundarias e informantes claves. El equipo deberá, primero, identificar y revisar la información existente, (en particular, estudios previos realizados por instituciones nacionales u organismos y agencias de cooperación). Después deberá entrevistar a personas

claves de las instituciones nacionales involucradas, quienes pueden ayudar a evaluar la exactitud y fiabilidad de la mayor parte de las fuentes de datos y estudios previos, así como a determinar la repercusión que dichos estudios tuvieron sobre el sector. A diferencia de otros estudios, que se caracterizan a menudo por el acopio de un gran volumen de datos pero sin una orientación hacia el análisis, la información que se recoja irá dirigida a sustentar respuestas a preguntas específicas. Para facilitar esta tarea, al final de cada apartado de esta Metodología se presenta un listado orientador de preguntas que se deberían poder responder con la información recolectada; asimismo, son formuladas sugerencias sobre dónde obtener la información necesaria.

Paso 2: Identificación de los principales problemas existentes de acuerdo a los conceptos clave seleccionados (equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad financiera, participación social y otros) con la información disponible y, eventualmente, sugerencia de estudios específicos. Por ejemplo, si se necesita contestar a la pregunta de si la asignación de recursos por grupos poblacionales o por regiones es equitativa o no, se hace necesario buscar información. Si la información existe tal como se requiere, luego de su análisis, se podrá concluir qué tan equitativa es dicha asignación. Si la información no se encuentra (o no es fiable), la respuesta será que no existen datos o que es necesario validarlos; de donde, probablemente, se pueda concluir la existencia de una debilidad en el proceso de gestión por deficiencias en el sistema de información.

Tan importante como analizar cada uno de los acápite por separado, es describir las relaciones que cada uno guarda con los demás (sea dentro de su capítulo o en otros). Es decir, dotar el análisis de un carácter dinámico. Donde sea posible, dichas relaciones deberían ilustrarse mediante diagramas y figuras que abrevien el texto y faciliten su lectura. Igualmente, es esencial esforzarse por definir la evolución temporal de cada variable (cuantitativamente siempre que se pueda y, si no, cualitativamente), referente, como mínimo, al quinquenio precedente y a las previsiones de evolución a futuro (con plazos de tiempo que dependerán de la variable y del país).

Paso 3: Discusión de alternativas y formulación de recomendaciones de corto, mediano y largo plazo. Cada capítulo concluirá con una serie ordenada de conclusiones y recomendaciones. Estas deben guardar correspondencia con los temas analizados en el capítulo y pueden formularse por áreas temáticas, por conceptos clave o por medio de una combinación de ambos criterios (por ejemplo, por conceptos clave dentro de cada área temática). Donde existan varias opciones de actuación, deberán describirse todas (incluida la opción «cero» o de no actuación) y sus consecuencias previsibles, antes de formular las recomendaciones. Por otra parte, pueden formularse recomendaciones sobre las hipótesis más probables y más deseables. Otro esquema aceptable sería construir tres hipótesis: pesimista, optimista e intermedia. En algunos casos, incluso será posible construir escenarios de futuro con o sin cambios en el sector (*Véase también el Capítulo 7 «Resultados del análisis sectorial: Implicaciones para la acción»*).

Cuadro 4: Conceptos, variables e indicadores del análisis del sector salud

Conceptos	Variables	Indicadores (ejemplos)
Equidad	Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalidad infantil por regiones o nivel de ingreso. ▪ Porcentaje de población sin cobertura, o sin cobertura según prestaciones. ▪ Porcentaje de población a más de 1 h. de un centro de salud. ▪ Porcentaje de uso de determinados servicios por nivel de estudios o de ingreso. ▪ Porcentaje de población sin capacidad de pago para prestaciones básicas.
	Cobertura	
	Acceso	
	Uso	
	Financiera	
Efectividad y Calidad	Calidad técnica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando. ▪ Porcentaje de establecimientos con programas de desarrollo humano.
	Calidad percibida	
Eficiencia	Global	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalidad en menores de 1 año/gasto sanitario per cápita por regiones. ▪ Distribución del gasto sanitario per cápita (corriente y de inversión) por regiones. ▪ Porcentaje de hospitales con presupuesto prospectivo.
	Asignación de recursos	
	Gestión de servicios	
Sostenibilidad	Corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gasto sanitario público / gasto público total. ▪ Gasto público en salud / gasto total en salud. ▪ Relación entre gasto en salud per capita y PIB per capita.
	Mediano plazo	
	Largo plazo	
Participación Social	Planificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ p. ej. en la preparación de planes locales de salud. ▪ Porcentaje de establecimientos con comités o grupos locales de gestión. ▪ Porcentaje de establecimientos y servicios de propiedad comunitaria. ▪ p. ej. ámbitos de gestión con mecanismos periódicos de rendición de cuentas establecidos y funcionando.
	Gestión	
	Provisión	
	Evaluación	

♦ **Preparación de los resúmenes de las Secciones B y C**

La estrategia de fases sucesivas en la elaboración del análisis implica que primero se concluirá el análisis de la situación de salud por los grupos encargados de preparar los tres capítulos incluidos en la Sección B. Los miembros de esos grupos (o una parte de ellos, por ejemplo, el coordinador y un miembro de cada grupo) deberán, seguidamente, preparar el resumen de la Sección. Para ello debatirán y seleccionarán los elementos y las conclusiones incluidas en los capítulos de la Sección B que se consideren más relevantes para el diseño de planes, programas y acciones y, por consiguiente, que deberán ser utilizados como insumos por los grupos que trabajarán en el análisis de los temas incluidos en los capítulos de la Sección C. Una copia de este resumen deberá ser distribuida al comienzo del trabajo de los grupos que se encargarán de la preparación de los capítulos de la Sección C.

Del mismo modo se procederá al término del trabajo de los grupos encargados de la preparación de los capítulos de la Sección C. Un ejemplar del resumen deberá ser distribuido al comienzo del trabajo de los grupos que se encargarán de la preparación de los capítulos de la *Sección D, Del Análisis a la Acción*.

Fase 3: Resultados e implicaciones para las políticas

La Fase 3 comprende la elaboración de la Sección D, Capítulo 7 «Resultados del análisis: implicaciones para la acción sectorial» Un tema que se debe considerar en el momento de elaborar los términos de referencia, es la composición del grupo (o grupos) que deberán preparar la Sección D.

Sin perjuicio del especial apoyo que los consultores externos puedan brindar en esta fase, esta sección requiere personas con suficiente nivel de conocimiento y experiencia así como con suficiente cercanía, y al mismo tiempo, suficiente independencia de criterio en relación al nivel de decisión político-sectorial. Una opción que se ha ensayado es que a los responsables por el trabajo se les unan algunos participantes seleccionados así como personas del nivel de decisión política que estuvieron involucrados en la preparación de los términos de referencia pero que no participaron hasta ese momento en los trabajos. También pueden sumarse al grupo algunos técnicos de los organismos de cooperación técnica y financiera relevantes en el país.

Por último, pero no menos importante, es necesario recordar que el nivel de decisión político-sectorial (y, en ocasiones, nacional) debe tener la oportunidad de leer el documento de análisis y de formular propuestas antes de que éste se haga público.

♦ Otros usos parciales

Aunque este manual está diseñado para hacer un análisis global o completo del sector salud — en cuyo caso se aplica la metodología de acuerdo a la Carta de navegación (véase el siguiente apartado) — es también posible, en función de las necesidades y la situación del país, hacer análisis parciales del sector, como por ejemplo el análisis de las áreas más afectadas por las reformas, las de mayor debate político.

Lo ideal, si se dispone de tiempo y recursos, es hacerlo todo. No obstante, si se cuenta con información suficientemente actualizada sobre la situación de salud y existen restricciones de tiempo y/o recursos, puede realizarse cualquiera de las siguientes opciones, que brindan análisis parciales más breves.

- Un **macro** análisis: donde se hacen los análisis de todos los capítulos, excepto el de provisión (Capítulo 6). Es decir, los Capítulos del 1 al 5.
- Un **meso** análisis: o un análisis de nivel intermedio, donde se ven los aspectos de la exclusión social y la organización del sistema. Así, se realiza el análisis de los Capítulos 3 (Estructura y Organización), 4 (Rectoría), 5 (Financiamiento y Aseguramiento) y 6 (Provisión de Servicios de Salud).

- Un **micro** análisis: donde se evalúa únicamente el aspecto de la provisión, incluyendo la perspectiva de la organización y la exclusión. En este caso se analizan los Capítulos 3 (Estructura y Organización), 6 (Provisión) y el Anexo A. Este último puede ser realizado en su totalidad, o pueden identificarse aspectos relevantes y analizar solamente esos (Véase introducción del Capítulo 6).

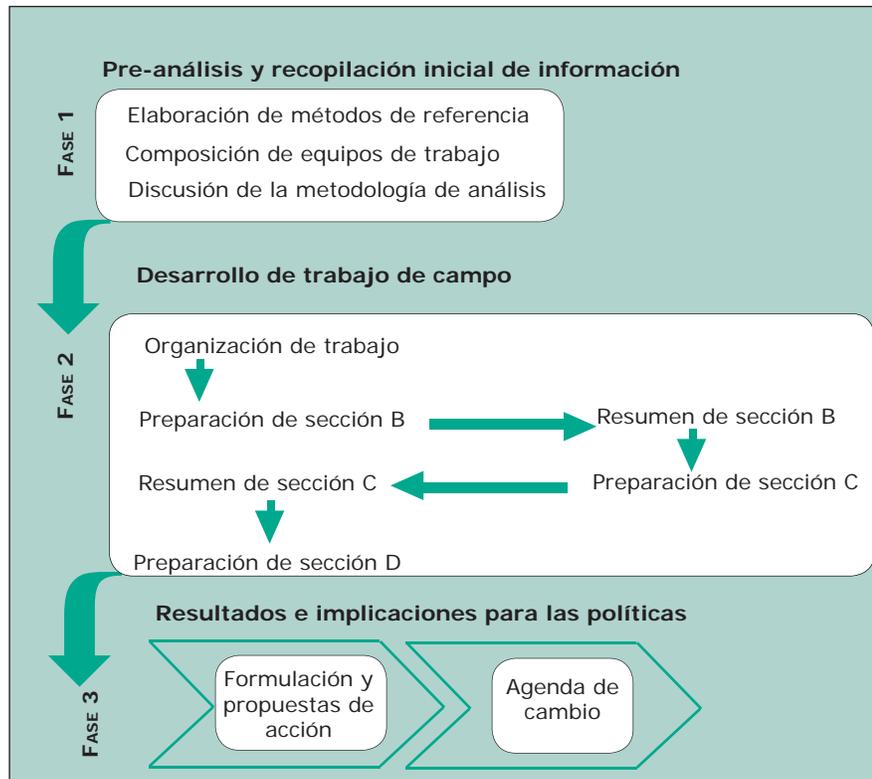
Por otro lado, esta metodología también brinda un instrumento que puede ser de gran utilidad para analizar áreas temáticas importantes dentro del sector. En el Anexo se presentan, a modo de ejemplo, dos casos: el de «VIH/SIDA» y el de «Vulnerabilidad y preparativos para desastres», donde la aplicación de la metodología de análisis del sector se realiza específicamente en esas áreas.

La idea no es predefinir qué áreas pudieran ser analizadas —puesto que eso dependerá de la situación particular de cada país—, sino ilustrar la flexibilidad del instrumento y proponer opciones prácticas para su utilización.

IV. CARTA DE NAVEGACIÓN

A continuación se presenta un resumen de las tres fases y de las ocho etapas del proceso de elaboración del Análisis sectorial, el cual enfatiza el carácter deseablemente sucesivo al interior de la Fase II «*Desarrollo del trabajo de campo*». También enfatiza el rol de los Resúmenes de las Secciones B y C como insumo para las secciones siguientes.

Figura 2: Carta de Navegación



Bibliografía y notas

- (1) López-Acuña, D. et al. «Hacia una Nueva Generación de Reformas para Mejorar la Salud de las Poblaciones», Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), 2000.
- (2) Puentes C, Hurtado M. Análisis Sectorial en Salud: una Propuesta para la Discusión. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Memo).
- (3) Puentes C, Hurtado M. Análisis Sectorial para la Formulación de Políticas de Salud. Educación Médica y Salud, Vol. 28, No. 2, 1994.
- (4) Organización Panamericana de la Salud/CENDES. Método OPS/CENDES. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1972 (Publicación Científica 111).
- (5) Matus C. Planificación de Situaciones. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- (6) Matus, C. Planificación de Situaciones de Poder Compartido. Santiago de Chile: CEPAL, 1981.
- (7) Matus, C. Planificación, Libertad y Conflicto: Fundamentos de la Reforma del Sistema de Planificación en Venezuela. Caracas: IVEPLAN, 1985.
- (8) Matus, C. Estrategia y Plan. México: Siglo XXI, 1972.
- (9) Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny A. SPT/2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1990.
- (10) Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales de agua potable y saneamiento. Washington, D.C.: OPS; 1994. (PIAS-Serie informes técnicos 1).
- (11) Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de los Estados Americanos, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA). Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para reforma del sector salud. Washington, D.C.: BID-BIRF-CEPAL-OEA-OPS-FNUAP-UNICEF-AID; 1995. (Memo).
- (12) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Implementación de las OEPP para el Cuadrienio 1991-1994. Washington, D.C.: 1991:21.
- (13) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998. Washington, D.C.: OPS; 1995.
- (14) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana 1999-2002. Washington, D.C.: OPS; 1998.
- (15) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Período 2003-2007. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.

- (16) Mintzberg, H (1994). The rise and fall of Strategic Planning. New Cork: The Free Press.
- (17) Conway, M; Slaughter, R; Voros, J (2002). Strategic Foresight: Learning from the future and Moving to Action. Swinburne University of Technology Victoria, Australia.
- (18) La Organización Panamericana de la Salud desarrolló Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector de Agua y Saneamiento en 1993. Ver, Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector de Agua y Saneamiento. Washington, D.C.: OPS; 1993.
- (19) Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: WHO/EURO. 1990.
- (20) Schneider H, Libercher MH. Participatory Development: from Advocacy to Action. Paris: OECD; 1995:9-14.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DETERMINANTES DE SALUD; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD

ANÁLISIS DEL
SECTOR SALUD

Sección B

SECCIÓN B

CAPÍTULO 1.

SITUACIÓN DE SALUD

ÍNDICE

1.1 Análisis Demográfico.....	23
1.1.1 Estructura y Dinámica de la Población.....	23
1.1.2 Dinámica Migratoria.....	25
Guía Instructiva para el análisis demográfico.....	26
1.2 El Análisis del Estado de Salud.....	27
Guía Instructiva para el análisis del estado de salud.....	32
1.3 Las Desigualdades en Salud.....	34
Guía Instructiva para la medición de las desigualdades en salud.....	36
Bibliografía y notas (Capítulo 1).....	38

CAPÍTULO 1. SITUACIÓN DE SALUD

El objetivo de este capítulo es aportar lineamientos generales para la formulación de una valoración de la situación de salud del país lo más objetiva posible, que sirva de referencia relevante para el análisis de las respuestas sectoriales y facilite la identificación de necesidades y prioridades en salud en el contexto del ejercicio de análisis del sector de la salud. Para ello el capítulo se ha organizado en tres apartados. El primero trata las variables demográficas más relevantes para la situación de salud. El segundo se refiere al análisis general de la situación de salud (ASIS) con especial mención a las Metas del Milenio referidas a salud. El tercero presta atención específica a las desigualdades en salud.

En ese sentido, el nivel de desarrollo de los sistemas nacionales de información en salud y más concretamente, la disponibilidad de datos desagregados y la calidad de los datos disponibles para el análisis, en especial su integridad y consistencia interna, afectan directamente la capacidad del ASIS para caracterizar el estado de salud y documentar las desigualdades en salud; es decir, determinan su calidad como herramienta para la identificación de necesidades y prioridades en salud.

1.1 Análisis Demográfico

Esta sección pretende analizar las variables demográficas que actúan como condicionantes de la situación de salud en el nivel nacional o, si fuera el caso, en el nivel subnacional en que se desarrolla el análisis (región, provincia o estado). Ello implica describir, brevemente, la ubicación, los límites geográficos, la extensión y la densidad poblacional.

1.1.1 Estructura y dinámica de la población

El conocimiento de la estructura y las tendencias del crecimiento poblacional y sus repercusiones en la programación de la red de servicios de salud para la población es importante porque los requerimientos de los servicios de salud se ven fuertemente afectados por el tamaño, la distribución geográfica, la estructura de edad y el crecimiento poblacional.

Los determinantes del crecimiento poblacional incluyen las tasas de natalidad y fecundidad, la tasa de mortalidad y la dinámica migratoria. Todas ellas contribuyen a configurar los perfiles de edad que suelen representarse mediante pirámides de población. Éstas, al presentar las proporciones de población masculina y femenina en cada grupo de edad, constituyen una elocuente forma de presentación gráfica. Así, las poblaciones en expansión (o «jóvenes») suelen tener una mayor proporción de personas jóvenes y cada grupo de edad es más numeroso que el que le antecede; las poblaciones en retracción (o «viejas») tienen una menor proporción de jóvenes y las poblaciones estacionarias tienen proporciones semejantes de población en todos los grupos, reduciéndose gradualmente en los de edad más avanzada.

Si la población está en expansión, el patrón de atención predominante será diferente al de una estructura poblacional en retracción. Por ejemplo, en el primer caso, habrá mayor demanda de servicios de salud dirigidos al binomio madre-niño, a los aspectos nutricionales, a la población trabajadora, a las enfermedades de transmisión sexual, en contraposición a una mayor demanda de servicios para patologías crónicas, en el segundo caso.

La identificación del peso relativo de los distintos grupos de edad y su evolución expresa el avance en la transición demográfica. En este sentido, suele ser conveniente comparar el tamaño, la estructura de edad y las tasas de crecimiento con los de otros países (o provincias, regiones o estados) con características similares al analizado. Pero, lo más relevante es analizar la evolución de los mismos: será de gran utilidad hacer proyecciones del tamaño de la población total, así como por grupos de edad y sexo.

Por otro lado, el análisis de la tasa de crecimiento poblacional y su comparación con la de otros países de la Región, permitirá indagar sobre aquellos factores que han ejercido influencia en la tasa de crecimiento y brindará elementos para poder planificar futuros escenarios acordes a este crecimiento y a las demandas que se generen. Además, si la población es urbana y concentrada, las necesidades y la forma de organizar los servicios serán distintas a las de una población rural y dispersa.

Las características del crecimiento natural del país, determinado por las tasas de natalidad y mortalidad, son parte de este componente, pero también es importante analizar cómo se relaciona el crecimiento con la tasa de fecundidad (o fertilidad). Por ejemplo, puede aumentar la tasa de natalidad (número de nacidos vivos en un año por cada mil habitantes), manteniéndose constante la de fecundidad (número de nacidos vivos por cada mil mujeres en edad reproductiva) si lo que aumenta es el número de mujeres en edad reproductiva sin que varíe el número de hijos por mujer. Por otro lado, un marcado descenso en las tasas de fecundidad nos indica una mayor tendencia al envejecimiento progresivo de la población.

Además, el conocimiento de las tasas de fecundidad específica por rangos de edad puede ayudar a dirigir los programas de prevención o los servicios de atención hacia determinados grupos de edad (por ejemplo, servicios de orientación familiar para adolescentes o para mujeres mayores de 40 años) y, dentro de ellos, hacia ciertos subgrupos poblacionales (1). Igualmente, analizar con qué factores se correlaciona el crecimiento natural del país (nueva legislación, leyes de población promulgadas, campañas de planificación familiar, etc.) ayudará a la revisión y análisis de las políticas adoptadas en años anteriores y sus resultados.

Otro elemento a analizar en la estructura por edades de la población es la tasa de dependencia. Su utilidad radica en que permite presentar, en una sola cifra, la relación entre el volumen de personas dependientes —que se encuentran al comienzo o al final de la vida (menores de 15 años y mayores de 65)— y el volumen de personas potencialmente productivas (grupo de 15 a 64 años). Cuanto mayor sea el valor, más dependencia habrá y, por lo tanto, mayor carga soportarán quienes crean los bienes y servicios para toda la población. En ese caso, el análisis de la tasa de dependencia por componentes podría sugerir la conveniencia de orientar programas y servicios hacia la geriatría y las enfermedades crónicas degenerativas o hacia la salud materno-infantil y las enfermedades infecciosas.

Por otra parte, el número de defunciones depende de la estructura de edad y del nivel de mortalidad por edad. En muchos casos, las tasas brutas de mortalidad o el número de defunciones no reflejan adecuadamente los cambios en la mortalidad específica por edad. El ajuste de tasas es un procedimiento diseñado para minimizar los efectos de las diferencias en la composición por edad cuando se comparan tasas de diversas poblaciones.

Es necesario considerar que la reducción de la mortalidad tiene su mejor expresión en la esperanza de vida al nacer (EVN) cuyo valor está afectado por la estructura de edades. La EVN tiene valores y comportamientos diferentes según subgrupos de población y según el sexo.

Los elementos descritos pueden indicar hacia donde deben orientarse los servicios de salud en función del crecimiento poblacional y su expresión de «enfermar y morir» acorde a su perfil.

1.1.2 Dinámica migratoria

La migración es el tercero de los procesos básicos que modifican el tamaño y la composición de la población. Consiste en un cambio de residencia de una a otra demarcación con la intención de establecerse. Si no existiera esta intención, esa población debería incluirse en otra categoría (por ejemplo, desplazados, visitantes o turistas). Un país (o región, provincia o estado) recibe inmigrantes y pierde emigrantes; la diferencia entre inmigración bruta y emigración bruta se denomina saldo migratorio o migración neta.

A menudo, los inmigrantes tienden a concentrarse en determinadas zonas geográficas (por ejemplo, barrios marginales de las ciudades) o sectores de actividad (trabajadores temporarios agrícolas, economía informal, construcción, industria maquiladora, etc.). En ocasiones, muestran características comunes de tipo cultural, étnico, religioso u otro. Por ello, la integración laboral y económica, principal origen de las migraciones, cuando se logra, no suele acompañarse de una integración social.

En general, las corrientes migratorias hacia las ciudades se componen principalmente de jóvenes, con un mayor número de hombres que de mujeres. Eso determina diferentes tasas de crecimiento para la misma edad y sexo, según que la población sea urbana o rural. En ciertos casos, la suma de inadecuadas condiciones laborales, de desarraigo y marginación, induce una mayor frecuencia de determinadas patologías (desnutrición, determinadas enfermedades infecciosas o trastornos del comportamiento) en las poblaciones de emigrantes, que generalmente son consideradas como poblaciones altamente vulnerables. Así pues, el estudio de las dinámicas migratorias puede ayudar a orientar el tipo y número de servicios a ofertar.

La incorporación de información sobre los grupos indígenas existentes en el país (población total; por grupos de edad y sexo; porcentaje de la población total; ubicación territorial) implica la descripción de su situación socioeconómica y las características que presentan en las diferentes regiones o zonas del país donde se encuentran. Además, es indispensable analizar sus patrones de morbilidad y mortalidad, en comparación con el resto del país, con el fin de identificar rezagos en salud y reorientar los servicios de salud de acuerdo a las necesidades detectadas. De igual manera reviste particular interés el conocimiento de la situación de los refugiados y desplazados por la violencia, en los lugares donde se presente esa situación.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Se observan cambios importantes en los perfiles demográficos en los últimos años?
- ¿Qué cambios significativos se observan en los distintos períodos ínter censales de población del país?
- ¿Cuál es la tasa de dependencia de la población?
- ¿Cómo se expresan los cambios en la estructura por edades, en especial al considerar el grupo de los menores de 5 años?
- ¿Ocurrió el descenso de la fecundidad en todos los grupos de edad? ¿Dónde ocurrieron los mayores descensos?
- ¿Cómo se comporta la tendencia de las tasas de fecundidad en las adolescentes?
- ¿Cuál es la estructura proporcional de la mortalidad por edades?
- ¿Cuál ha sido la tendencia de la mortalidad general?
- ¿Cuál ha sido la tendencia de la mortalidad por grupos de edad?
- ¿Es esta tendencia homogénea al interior del país y entre los grupos considerados vulnerables, tales como indígenas y migrantes? ¿Cómo puede explicarse? ¿Qué traduce?
- ¿Cuál es el comportamiento de la mortalidad al ser analizada por causa específica? ¿Y por grupos de edad y territorio?
- ¿Cuáles son los hallazgos al analizar la mortalidad de acuerdo a las condiciones de vida? Señale los indicadores considerados y disponibles para este análisis.
- ¿Existe algún estudio puntual sobre la situación de salud según las condiciones de vida? Si existiera, incorpore los hallazgos relevantes al presente análisis.
- ¿Cómo es la distribución de la red de servicios de salud? ¿Existe correlación entre la oferta de servicios y la identificación de necesidades de estos grupos de población mayormente vulnerable?

¿Dónde obtener la información?

Los ministerios de salud y las representaciones de la OPS en los países suelen contar con la información solicitada en este capítulo. También, puede encontrarse información complementaria en publicaciones regulares de la OPS/OMS (2, 3, 4).

Para los acápites referentes a población total, tasa bruta anual de natalidad, tasa bruta anual de mortalidad, tasa de crecimiento anual promedio de la población, tasa global de fecundidad, esperanza de vida al nacer, porcentaje de población urbana y razón de dependencia, es recomendable consultar también publicaciones

específicas de las Naciones Unidas (5, 6). En los países donde existe información sistematizada, pueden ser consultados anuarios estadísticos en salud y censos de población.

Para aquellos países donde la calidad de los registros no es adecuada, una fuente útil pueden ser las encuestas de Demografía y Salud (DHS-Demographic and Health Surveys) (7).

¿Cómo presentar la información?

Los resultados se pueden presentar de la siguiente manera:

- En forma de cuadros que reúnan los indicadores sugeridos para cada país y para las regiones o localidades de las que se disponga.
- En forma de cuadro-resumen con los elementos más relevantes (limitantes y potenciales) para el perfil de morbilidad y mortalidad del país, y/o de las regiones o localidades identificadas como siendo de mayor riesgo en las cuales hay una necesidad de extensión de la red de servicios.
- Identificación de los puntos críticos a abordar, dentro de la lógica de la reforma del sector que se considera impulsar.
- Descripción de las áreas o estudios necesarios para complementar el análisis.
- Señalamiento de la información que no fue posible obtener y de la que presentó mayores dificultades para su recolección.

1.2 El Análisis del Estado de Salud

El análisis de la situación de salud (ASIS) debe caracterizar sintéticamente el estado de salud poblacional; es decir, presentar en forma resumida, un conjunto relevante de características descriptivas de la salud en una población determinada (8). Idealmente, se pretende construir y actualizar un perfil de salud, como resumen del estado de salud poblacional, que documente cuatro dimensiones básicas: riesgos, salud auto-percibida, contingencias (problemas de salud) y consecuencias (de los problemas de salud). Ello depende de la disponibilidad de datos, de la calidad de los datos disponibles y del nivel de detalle requerido en el análisis sectorial. Afortunadamente, en muchas jurisdicciones administrativas del sector salud de los países de las Américas existe una práctica establecida de producción periódica de reportes sobre el estado de salud. Por ello, como parte del ejercicio de análisis sectorial, se recomienda recopilar y sistematizar la información de los estudios existentes en el país sobre el estado de salud de la población y sus tendencias en los últimos años.

En la dimensión de riesgos poblacionales, el perfil de salud deberá documentar los riesgos ambientales, conductuales o de comportamiento y epidémicos, entre otros riesgos relevantes para la formulación de políticas sanitarias (9). La selección de indicadores dependerá de la información disponible en los estudios de impacto ambiental, los sistemas de vigilancia epidemiológica y los programas de prevención y control de riesgos y daños (enfermedades crónicas no transmisibles, violencia, infecciones de transmisión sexual,

etc.) Se dispone, por lo general, en mayor o menor grado, de datos sobre la prevalencia de los factores de riesgo (por ejemplo, prevalencia del uso de preservativos en clientes de trabajadoras sexuales, prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 15 a 24 años, prevalencia de hipertensión como riesgo cardiovascular en varones adultos de 40 y más años, etc.), pero es posible contar también con medidas de exceso de riesgo (riesgo relativo, riesgo atribuible poblacional, fracciones prevenibles, etc.) a partir de estudios epidemiológicos específicos. En ese aspecto, como en todos los aspectos asociados a la cuantificación y análisis epidemiológicos, la distinción entre los tipos de medidas usadas para generar evidencia es fundamental en el momento de identificar las implicaciones de las recomendaciones sobre las políticas sanitarias.

En la dimensión de salud auto-percibida, el perfil de salud podría aprovechar la cada vez mayor disponibilidad de datos sobre la auto-percepción de la salud a partir de las encuestas de hogares y documentar, incluso, aspectos e indicadores de salud positiva, como por ejemplo los asociados con el bienestar y la promoción de la salud. La proporción de población que se considera en buen estado físico y/o en buena salud son ejemplos, entre otros, de este tipo de indicadores (10). Dada su alta dependencia de circunstancias de orden coyuntural, presenta mayor relevancia el análisis de sus tendencias en el tiempo.

La dimensión de las contingencias o problemas de salud es la clásicamente documentada en los perfiles de salud, pues se refiere a la mortalidad y morbilidad consignadas en los sistemas de registro rutinario de información sanitaria en la estructura sectorial. La mortalidad es el evento de más alto costo social y por ende su documentación es de gran importancia en la valoración del estado de salud de una población (11). Las tasas de mortalidad son, del punto de vista epidemiológico, medidas de incidencia y, en un sentido amplio son, por lo tanto, medidas poblacionales del riesgo absoluto de morir, con lo cual se enriquece potencialmente la exploración analítica (por ejemplo, al comparar riesgos relativos a la causa de muerte, sexo, edad, ocupación u otra variable relevante).

No obstante, los datos de mortalidad suelen estar afectados por problemas derivados de la cobertura incompleta de los registros (subconteo o subregistro de mortalidad), de la falta de integridad de la información y de las deficiencias en los procedimientos de certificación y codificación de la causa básica de muerte, entre otros bien reconocidos. Estos problemas afectan la validez de los perfiles de mortalidad y, en ciertos casos, hacen recomendable obtener un estimado de la misma aplicando procedimientos estandarizados de corrección del subregistro y redistribución de defunciones con causas mal definidas, como los recomendados por OPS (12) y OMS (13). Por otro lado, dado el potencial efecto de confusión provocado por las diferencias en la estructura de edad de los perfiles de mortalidad entre las distintas poblaciones, es necesario estandarizar o ajustar dichas tasas a fin de hacer que tales comparaciones sean válidas. Finalmente, la clasificación de causas de muerte empleada ejerce un efecto determinante en la jerarquía del perfil de mortalidad; en otras palabras, dependiendo de la clasificación utilizada, es posible mostrar distintas causas de muerte como las más importantes en cada caso. Debido a ello, es recomendable emplear listas estandarizadas de causas de muerte, tales como la Lista 6/61 para la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) o la Lista 6/67 para la CIE-10, propuestas por OPS.

En conclusión, es recomendable que el perfil del estado de salud documente las causas de muerte más importantes en una población determinada, incluyendo la magnitud del riesgo absoluto (tasas), habiendo controlado los sesgos potenciales debidos al subregistro y a la mala definición de causas de muerte, así como la confusión potencial debida a diferencias en la estructura de edad, explicitando la lista clasificatoria de causas de muerte adoptada.

Una medida resumen de la experiencia poblacional de mortalidad es la esperanza de vida (al momento del nacimiento y a cualquier otra edad). Los cambios en la expectativa de vida se usan también para resumir los cambios en la mortalidad de la población. De hecho, la mortalidad y la expectativa de vida son elementos recíprocos y complementarios de la función de supervivencia de una población obtenida a partir de una tabla de mortalidad. La disponibilidad de tablas de mortalidad (o tablas de vida) actualizadas contribuiría en forma significativa a incrementar la capacidad propositiva del análisis sectorial, al permitir generar medidas resumen de mortalidad prematura útiles para la priorización y altamente intuitivas y atractivas para los tomadores de decisiones.

La más empleada de estas medidas es la de años potenciales de vida perdidos (APVP), que expresa la carga total de mortalidad resultante de la diferencia entre la edad actual de muerte y una edad esperada de muerte (por ejemplo, la expectativa de vida) la cual responde a un criterio normativo (por ejemplo, 70 años). Otra medida es la de los años esperados de vida perdidos (AVPs; esperados bien sea por periodo, cohorte o estandarizados), que se emplea en el cálculo de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY, de sus siglas en inglés), y que es una medida resumen de salud poblacional. Finalmente, con la información contenida en las tablas de mortalidad, es posible descomponer el cambio en la expectativa de vida (ya sea entre dos periodos o entre el valor actual y uno normativo, biológicamente plausible) según la contribución específica para ese cambio (por ejemplo en años de expectativa de vida ganados o perdidos, AEVG y AEVP) de cada una de las causas de muerte o riesgo de muerte. Es posible, por ejemplo, establecer que en una determinada población el riesgo de muerte violenta (por ejemplo, por causas externas) contribuye hoy a la pérdida de 5 años de esperanza de vida masculina.

Existen al menos tres indicadores de mortalidad de alta visibilidad política, dada su reiterada inclusión en cumbres, metas y mandatos internacionales, como indicadores proxy del estado de salud y/o marcadores de desarrollo: la mortalidad infantil, la mortalidad de menores de 5 años y la mortalidad materna, expresados los tres como razones de mortalidad por población de nacidos vivos. El perfil de salud debe, por la tanto, mostrar estos indicadores, prestando especial atención a la posible brecha entre la mortalidad registrada y estimada, a la necesaria consistencia entre datos generados por distintas fuentes y/o métodos de medición o estimativa, así como a la consistencia temporal de sus tendencias.

En lo referente a la morbilidad, el perfil de salud podría documentar al menos cuatro dominios de relevancia para el análisis sectorial: la morbilidad con potencial epidémico, la morbilidad auto-percibida, la morbilidad no-hospitalaria y la morbilidad hospitalaria.

En esta gran área del estado de salud poblacional es donde el nivel de desarrollo del sistema nacional de salud —tanto en la provisión de servicios como en los registros de información en salud— ejercerá un peso determinante en la validez de los perfiles de morbilidad que se propongan, pues la multiplicidad de fuentes

de datos y sistemas de clasificación y la inherente falta de integridad de los registros, debida a barreras diferenciales de acceso, entre otros muchos factores, introducen importantes sesgos en el análisis. Sobre todo, cuando el interés sectorial está en identificar un perfil único de morbilidad representativo del país.

Desde un punto de vista metodológico, sería recomendable, en general, asumir que existen al menos dos perfiles de morbilidad diferenciados en una determinada población: el de aquella con acceso a la atención de salud —perfil que puede quedar reflejado a partir del análisis de los datos registrados en el sistema— y el perfil de la población sin acceso a servicios de salud -perfil que eventualmente puede ser documentado a través de encuestas. Bajo tal perspectiva metodológica, el objetivo del ASIS será producir evidencia a favor o en contra de este argumento asumido, empleando las fuentes y los datos disponibles y preservando, en lo posible, su consistencia. Idealmente, el perfil de salud debería documentar no solamente la magnitud (prevalencia) sino la velocidad (incidencia) de los principales problemas de salud no fatales en la población, sean auto-percibidos o verificados en consulta externa o internamiento. El perfil de salud debiera también presentar un mapa epidemiológico del país, estratificando riesgos a partir de los datos de vigilancia de condiciones con potencial epidémico (14).

La dimensión de las consecuencias de los problemas de salud (exceptuando la mortalidad) forma parte integral del perfil del estado de salud de una población y reviste especial y creciente relevancia como criterio de priorización en política sanitaria, dado su vínculo directo con la noción de calidad de vida (o vida en estado distinto a la salud perfecta). Medidas de prevalencia de la discapacidad, del uso de servicios y de medicamentos son, entre otros, ejemplos de indicadores sencillos de esta dimensión de la salud poblacional y, en general, se pueden obtener a partir de registros o encuestas periódicas. Con un mayor grado de sofisticación, se han propuesto las llamadas medidas resumen de salud poblacional, las cuales combinan información sobre mortalidad y resultados de salud no fatales, para tratar de representar la salud de una población dada en un número único, que se considera útil para el análisis de costo-efectividad de las intervenciones en salud. Los años de vida ajustados por calidad (QALY), los años de vida ajustados por discapacidad (DALY), la expectativa de vida ajustada por salud (HALE) y la expectativa de vida ajustada por discapacidad (DALE) son ejemplos de este tipo de medidas. Todas ellas incorporan suposiciones éticas, juicios de valor y preferencias sociales, no siempre suficientemente explícitos, tanto en su construcción como en su aplicación.

Como fue mencionado al inicio de este capítulo, además de levantar un perfil descriptivo de salud, se considera relevante para los objetivos del análisis sectorial caracterizar el estado de salud poblacional por contraste con hitos o benchmarks establecidos por acuerdo político internacional.

Uno de los ejemplos más elocuentes de este hecho a nivel panamericano y mundial lo constituyó la imagen-objetivo establecida en la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 y en la Declaración de Alma Ata sobre la estrategia de Atención Primaria en Salud (1978), sobre la cual se evaluaron los avances en el estado de salud de países y comunidades. Otro ejemplo notable es la iniciativa Healthy People en los Estados Unidos, que ilustra la importancia del establecimiento de hitos para orientar el proceso de planificación en salud (15).

Para efectos del análisis del sector salud, se estima necesario documentar la posición actual del sector con respecto a las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Véase ODM; Cuadro 1.1).

Las metas ODM fueron establecidas luego de la Declaración y Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000) por las Naciones Unidas, y comprenden 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores. Las metas ODM dan más prominencia a las preocupaciones de salud que a las metas internacionales de desarrollo: ocho de las 18 metas se relacionan directamente con la salud; tres están relacionadas con la salud e incluyen indicadores a ser vigilados por la OMS. El ejercicio de análisis del sector salud brinda una buena oportunidad para establecer una línea de base consensuada para cada uno de los indicadores relacionados con la salud, así como para establecer la magnitud del cambio requerido para alcanzar las metas establecidas, tomando en consideración el cambio observado entre 1990 y 2000 en relación a cada indicador. Asimismo, es posible identificar las estrategias e intervenciones a fin de establecer la factibilidad del logro de cada meta, incluyendo propuestas de estratificación y/o focalización de poblaciones y actividades prioritarias.

Cuadro 1.1: Objetivos y metas de desarrollo del milenio

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
<i>Meta 1:</i> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el % de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día (PPA).
<i>Meta 2:</i> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el % de personas que padezcan hambre.
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
<i>Meta 3:</i> Velar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
<i>Meta 4:</i> Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferentemente para el año 2005 y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015.
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez
<i>Meta 5:</i> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna
<i>Meta 6:</i> Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
<i>Meta 7:</i> Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA.
<i>Meta 8:</i> Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
<i>Meta 9:</i> Incorporar los principios del desarrollo sostenible a las políticas y programas nacionales, y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.
<i>Meta 10:</i> Reducir a la mitad para el año 2015 el % de personas que carezcan de acceso a agua potable.
<i>Meta 11:</i> Haber mejorado considerablemente para el año 2020 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.
Objetivo 8: Promover una asociación mundial para el desarrollo
<i>Meta 12:</i> Desarrollar un sistema comercial y financiero abierto basado en normas previsibles y no <i>discriminatorio</i> .
<i>Meta 13:</i> Atender las necesidades de los países menos desarrollados.
<i>Meta 14:</i> Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y pequeños Estados insulares en desarrollo.
<i>Meta 15:</i> Encarar los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para hacer la deuda sostenible a largo plazo.
<i>Meta 16:</i> Elaborar y aplicar estrategias de empleo decente y productivo para los jóvenes.
<i>Meta 17:</i> En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en países en desarrollo.
<i>Meta 18:</i> En colaboración con el sector privado, velar para que se aprovechen los beneficios de nuevas tecnologías y en particular, las de información y comunicaciones.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Cuáles son los perfiles de riesgos ambientales, conductuales y epidémicos prevalentes?
- Esperanza de vida al nacer. Describir los cambios experimentados en este indicador para varios períodos de tiempo, total y de distribución por sexo. ¿Dónde ha sido mayor el cambio? ¿Es similar en las distintas zonas del país? ¿Es similar para los grupos indígenas?
- Mortalidad general. ¿Cómo ha sido la tendencia? ¿Cuál es la tasa nacional? (mencionarla para varios períodos). Si es posible, desglosar por zonas del país y describir.
 - * ¿Qué ha ocurrido con la mortalidad en las poblaciones indígenas? ¿Y en la población rural?
 - * ¿Los problemas encontrados para el registro de la información son similares en todo el país? ¿Cuáles son las zonas que presentan mayores problemas?
 - * Describir las principales causas de subregistro (urbano-rural).
 - * Mencionar las 10 primeras causas de mortalidad general a nivel nacional.
 - * ¿Cuáles son las principales causas de muerte y cómo están afectados los diferentes grupos poblacionales?
- Estructura de la mortalidad. Identificar las principales causas de muerte para toda la población y para grupos de especial interés. Identificar las causas de los cambios epidemiológicos en los riesgos de morir.
- Principales causas de mortalidad infantil. Comparar con el grupo de menos de 5 años.
 - * ¿Cuál ha sido la tendencia de la mortalidad infantil?
 - * ¿Cuál es el patrón de mortalidad según estratos sociales? Desglosar, de ser posible, la mortalidad de acuerdo a las zonas urbana, urbano marginal, rural.
 - * ¿A qué se atribuye la tendencia de la mortalidad infantil? ¿Es similar en todo el país?
 - * ¿Cuáles fueron los programas o acciones en salud que más han contribuido a su impacto?
 - * ¿Cuáles fueron las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años de edad? ¿A qué se atribuye el aumento o disminución encontrados en este grupo de edad?
- Mortalidad materna. ¿Cuál es el comportamiento de la mortalidad materna? Analizar diferentes períodos.
 - * ¿Cuáles han sido las principales causas de muerte materna?
 - * ¿Cuál es el perfil de la mortalidad materna (grupo de edad más afectado, ocupación, edad gestacional, control prenatal, nacimientos, causa de muerte, antecedentes gestacionales, estrato social, nivel de escolaridad)? Vincular la información con los servicios de salud ofertados por el sistema.

- ¿Cuáles son las principales causas de muerte en la población de 65 años y más? Análisis de su comportamiento. ¿Qué ha pasado en relación a la población menor de 5 años?
- ¿Cuántos son los años de vida potencial perdidos(APVP)? ¿En qué grupo de edad se concentra el mayor número de APVP? ¿Cuáles son los problemas que ocasionan mayor cantidad de APVP?
- Morbilidad general. ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?
 - * ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad por grupos de edad?
 - * ¿Existen programas específicos para problemas de salud por grupo de edad (recién nacidos, menores de cinco años, escolares, adolescentes)? Si así fuera, ¿cómo funcionan?; ¿con qué resultados?
 - * ¿Cuáles son los principales problemas de salud de la embarazada? ¿Existen programas de atención a la embarazada? Si así fuera, ¿cómo funcionan?; ¿con qué resultados?
 - * ¿Cuáles son los principales problemas de salud en la edad adulta en hombres y mujeres? ¿Existen programas para hacerles frente? Si así fuera, ¿cómo funcionan?; ¿con qué resultados?
 - * ¿Cuáles son los principales problemas de salud de los ancianos? ¿Existen programas para hacerles frente? Si así fuera, ¿cómo funcionan?; ¿con qué resultados?
 - * ¿Cuáles son los principales factores condicionantes o factores de riesgo de los principales problemas de salud de los grupos de edad antes mencionados? Señalar los tres o cuatro más importantes para cada grupo.
 - * Si fuera el caso ¿Cuáles son los problemas de salud específicos de los grupos indígenas?
- ¿Existen actividades o programas de promoción de la salud? Si así fuera, ¿cuáles son los mecanismos de actuación, los actores y los escenarios donde se desarrollan?; ¿con qué resultados?
- ¿Cuáles son las discapacidades de mayor prevalencia en la población?
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ¿Cuál es el nivel de avance del país en relación a cada meta de los ODM?
 - * ¿Cuál es la magnitud de la brecha entre el nivel alcanzado hoy y el asignado a cada meta ODM?
 - * Considerando el esfuerzo invertido entre 1990 y 2000 ¿Cuál es la magnitud de cambio requerida para alcanzar cada meta ODM entre 2000 y 2015?
 - * ¿Focalizaría usted los esfuerzos para alcanzar las metas ODM? Si así fuera, ¿dónde, en quiénes y cómo?

¿Dónde obtener la información?

En principio, la información requerida para documentar el estado de salud debe formar parte del sistema nacional de información en salud del ministerio de salud. En general, los ministerios de salud y las representaciones de la OPS en los países tienen información disponible sobre el tema, pudiendo también ser encontrada información complementaria en publicaciones regulares de la OPS/OMS.

Información adicional puede ser obtenida a través de las Oficinas Nacionales de Estadística, los registros civiles y en las encuestas de demografía y salud, así como las de medición de condiciones de vida. Las bases de datos de dominio público de las agencias de las Naciones Unidas y de otros organismos de cooperación internacional pueden servir para verificar la consistencia de los datos primarios, así como para la armonización de datos estandarizados para su comparación internacional.

¿Cómo presentar la información?

Lo primordial es sintetizar los elementos más relevantes para orientar la toma de decisiones en materia de asignación de recursos y reorientación de programas o servicios. También, destacar la información que no fue posible obtener y la que presentó problemas para su recolección. Deben enfatizarse los estudios complementarios a desarrollar.

Los resultados se pueden presentar de la siguiente manera:

- En forma de cuadros que reúnan los indicadores sugeridos para cada país y para las regiones o localidades de las que se dispongan.
- Cuadro-resumen con los elementos más relevantes (limitantes y potenciales) para el perfil de morbilidad y mortalidad del país y de regiones o localidades identificadas como de mayor riesgo, en donde se identifica la necesidad de la extensión de la red de servicios.
- Identificación de los puntos críticos a abordar dentro de lógica de la reforma del sector que se considera impulsar.
- Descripción de las áreas o estudios que es necesario realizar para complementar el análisis.
- Señalar la información que no fue posible obtener y la que presentó mayores dificultades para su recolección.

1.3 Las Desigualdades en Salud

El punto más importante del análisis de las desigualdades en salud es documentar la distribución de las variables del estado de salud y no únicamente sus valores promedio. Para un nivel básico de análisis de las desigualdades en salud, comparando la distribución de los indicadores de salud relevantes entre las distintas divisiones geopolíticas del país, un criterio práctico a seguir es asegurar la relativa homogeneidad interna en términos de su composición demográfica por sexo y/o edad, ingreso y/o nivel educativo. En términos más generales, se puede hacer la agregación de áreas geopolíticas del país que compartan similares características socioeconómicas y demográficas.

Para la caracterización del análisis de las desigualdades en la distribución del aspecto de salud medido por el indicador seleccionado, en un primer momento, se puede referir a la descripción de las frecuencias absolutas y/o relativas de dicho indicador entre las distintas poblaciones comparadas; en un segundo momento, esta distribución puede ser representada por medio de una medida-resumen relevante como, por ejemplo, la razón o la diferencia (de tasas, promedios o proporciones) entre los dos grupos extremos de la

distribución. Otras medidas-resumen pueden ser utilizadas para expresar la magnitud de las desigualdades, tales como el riesgo atribuible poblacional porcentual, los índices de Gini, de concentración y/o de desigualdad de la pendiente de la recta de regresión, entre otros (15).

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

Desde una perspectiva metodológica, el análisis de desigualdades en salud incluye comparaciones usando diversos indicadores y medidas, las cuales se estratifican en relación al estado socioeconómico de los países u otra variable indicadora de macrodeterminantes de salud. De esta forma, la salud es considerada como parte substantiva de las condiciones socioeconómicas de las poblaciones. Los resultados de las comparaciones realizadas entre la situación de salud de grupos socioeconómicos se expresan tanto en términos absolutos (por ejemplo, en unidades de magnitud de las desigualdades) como relativos (por ejemplo, con relación a un valor de referencia). El resultado de dichas comparaciones expresa el efecto que tienen las desigualdades socioeconómicas en la situación de salud de la población o el impacto total de dichas desigualdades en salud, considerando la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en las poblaciones de los países de las Américas. Esto último tiene implicaciones importantes en la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas de equidad en salud.

Es recomendable articular la pertinencia del análisis de desigualdades con posibilidades concretas de identificación e implementación de intervenciones en salud. En consecuencia, el referente geográfico y poblacional del análisis es tan importante como su referente temático (por ejemplo, el área concreta de intervención) y administrativo. Por su parte, el referente metodológico del análisis de desigualdades en salud (por ejemplo, el tipo de medida empleada para describirlas) debe servir para establecer la magnitud de cambio que espera obtener la intervención, así como para establecer indicadores de alcance de las metas en los planes y programas sectoriales.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Cuán saludable es la población?
- ¿Está mejorando la situación de salud o empeorando?
- ¿Existen áreas o subgrupos más saludables que otros?
- ¿Qué macrodeterminantes de la salud considera prioritarios para documentar la presencia de desigualdades en salud en el país?
- ¿Qué información necesita para documentar las desigualdades en salud según categorías relevantes de sus determinantes?
- ¿Está disponible información confiable a nivel poblacional sobre los macrodeterminantes de la salud?
- ¿Cómo estratificaría la población del país según las variables de dimensión socioeconómica?
- ¿Es posible consolidar información socioeconómica y sanitaria de poblaciones indígenas y minorías étnicas?
- ¿Cuál es la magnitud de las desigualdades en salud?
- ¿Dónde se concentran las desigualdades en mortalidad materna e infantil?
- ¿Dónde se concentran las desigualdades en el acceso a servicios de salud?
- ¿Dónde se concentran las desigualdades en los riesgos de morir por causas violentas?
- ¿Dónde se concentran las desigualdades en expectativa de vida?
- ¿Cuáles son los principales determinantes de estas desigualdades en la situación de salud?
- ¿Qué riesgos implican estas desigualdades en salud?
- ¿Qué explica estas desigualdades en salud?
- ¿Cuáles son las necesidades de salud no satisfechas de las poblaciones?
- ¿En dónde y con qué se puede intervenir?
- ¿Cómo se podría intervenir con más impacto?

¿Dónde obtener la información?

En principio, la información requerida para documentar la presencia y magnitud de las desigualdades en el estado de salud debe formar parte del sistema nacional de información en salud del ministerio de salud. En general, los ministerios de salud y las representaciones de la OPS en los países tienen información disponible sobre el tema, pudiendo también encontrarse información complementaria en publicaciones regulares de la OPS/OMS.

Información adicional puede ser obtenida a través de las Oficinas Nacionales de Estadística, en los registros civiles y en las encuestas de demografía y salud, así como en las de medición de las condiciones de vida. Las bases de datos de dominio público de las agencias de las Naciones Unidas y otros organismos de cooperación internacional pueden servir para verificar la consistencia de los datos primarios, así como para la armonización de datos estandarizados para comparación internacional. De especial relevancia son los estudios e investigaciones *ad-hoc* sobre desigualdades en salud desarrollados localmente.

¿Cómo presentar la información?

Lo primordial es sintetizar los elementos más relevantes para orientar la toma de decisiones en materia de asignación de recursos y reorientación de programas o servicios. También, señalar la información que no fue posible obtener y la que presentó problemas para su recolección. Deben enfatizarse los estudios complementarios a desarrollar.

Los resultados se pueden presentar de la siguiente manera:

- En forma de cuadros que reúnan los indicadores sugeridos para cada país y para las regiones o localidades de las que se disponga.
- En forma de cuadro-resumen con los elementos más relevantes (limitantes y potenciales) para trazar el perfil de inequidad del país y de regiones o localidades identificadas como de mayor riesgo, en donde se identifica la necesidad de actuar mediante acciones programáticas o mediante la extensión de la red de servicios.
- Identificando los puntos críticos a abordar dentro de lógica de la reforma del sector que se considera impulsar.
- Describiendo las áreas o estudios que es necesario realizar para complementar el análisis.
- Señalando la información que no fue posible obtener y la que presentó mayores dificultades para su recolección.

Bibliografía y notas (Capítulo 1)

- (1) Alan Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington, D.C.: OPS; 1991:258-61. (Edición en español).
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Ediciones de 1977-1980, 1981-84, 1990 y 1994. Washington, D.C.: OPS; 1982, 1986, 1990, 1994. (Publicaciones científicas 427, 500, 524, 549).
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas 1991. Washington, D.C.: OPS; 1991. (Publicación científica 537).
Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas 1992. Washington, D.C.: OPS; 1992. (Publicación científica 542).
Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas 1995. Washington, D.C.: OPS; 1995. (Publicación científica 556).
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos y atención primaria de la salud en la Región de las Américas: informe de vigilancia de las estrategias. Washington, D.C.: OPS; 1994.
- (5) United Nations. World population prospects: the 1994 revision. New York: UN; 1994.
- (6) United Nations Children's Fund. The state of the world's children 1995. New York: UNICEF; 1995.
- (7) Ministerio de Salud del Perú (1999). Guía metodológica para el análisis de la situación de salud y la identificación de los principales problemas de salud. Oficina General de Epidemiología. Lima.
- (8) Spasoff RA (1999). Epidemiologic methods for health policy. Oxford University Press.
- (9) Young TK (1998). Population health: concepts and methods. Oxford University Press.
- (10) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (2002) La Salud en las Américas, edición 2002. Washington, D.C.
- (11) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (1992) Estadísticas de Salud en las Américas, edición 1992. Washington, D.C.
- (12) Murray CJL, Lopez, AD (1996) The Global Burden of Disease. World Health Organization. Geneva.
- (13) Ministerio de Salud del Perú (2002) Guías para el ASIS. Oficina General de Epidemiología. Lima.
- (14) Fleming ST, Seutchfield FD, Tucker TC (2000) Managerial epidemiology. Health Administration Press.
- (15) Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J et al. (2002) Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Pública 81(6):398-414.

SECCIÓN B

CAPÍTULO 2.

DETERMINANTES DE LA SALUD

ÍNDICE

2.1 Determinantes políticos	41
Guía instructiva para el análisis de los determinantes políticos	45
2.2 Determinantes económicos	46
Guía instructiva para el análisis de los determinantes económicos	48
2.3 Determinantes sociales	49
Guía instructiva para el análisis de los determinantes sociales	52
Bibliografía y notas (Capítulo 2).....	53

CAPÍTULO 2. DETERMINANTES DE LA SALUD

El propósito de este capítulo es ayudar a resumir y analizar la información sobre los determinantes externos de la situación de salud o del desempeño del sistema de servicios de salud que tienen que ver con el contexto político, económico y social del país (o la provincia, región o estado). Se trata de determinantes predominantemente externos al sector pero que condicionan su actividad y sus resultados. Una representación gráfica de las complejas relaciones entre desarrollo humano y sector salud se ilustra más abajo (Figura 2.1).

En consecuencia, el capítulo **no pretende ser exhaustivo**. Tan sólo trata de facilitar el análisis de las relaciones más importantes entre los condicionantes predominantemente externos (o de contexto) y los internos (o sectoriales) que se analizan en el siguiente capítulo.

Figura 2.1: Relaciones entre salud y desarrollo



2.1 Determinantes Políticos

A nivel mundial, el inicio de la década de los años noventa marcó el inicio de una nueva etapa de la vida económica y social. La desaparición del llamado «socialismo real» y el fin de la guerra fría permitieron el inicio de una nueva era marcada por la unipolaridad, el predominio de los incentivos de mercado y las tendencias a la globalización de diversas esferas de la vida política, económica, y social.

En América Latina y el Caribe, esa década marcó el fin de la mayoría de los regímenes autoritarios y la generalización de la democracia. También se observó un aumento de los niveles de pobreza y desempleo. Fenómenos como la violencia política y social, las violaciones a los derechos democráticos, las denuncias de corrupción en los más altos cargos, los conflictos fronterizos o la presión del poder ilegítimo del narcotráfico

se incrementaron en varios países. Sin embargo, al mismo tiempo, se afianzaba la idea de que consolidar la democracia implicaba lograr un modelo de crecimiento económico con desarrollo, capaz de insertar a la región en el mundo globalizado, sin someterse a una posición subalterna y que, además, permitiera reducir los elevados grados de inequidad existentes. En ese sentido, desde finales de los años ochenta, se pusieron en marcha (o se reactivaron) dos tipos de procesos: 1) la integración subregional y coordinación regional y hemisférica; y 2) la modificación profunda de las relaciones entre sociedad y Estado.

Como ejemplos de esfuerzos de integración subregional cabe mencionar los siguientes:

- En 1991, el MERCOSUR (Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay) constituyó una zona de libre comercio y unión aduanera que se ratificó a finales de 1994. Dentro del MERCOSUR, se crearon varios grupos de trabajo, entre ellos el de Trabajo, Empleo y Seguridad Social el cual, a su vez, creó una comisión de salud y otra de seguridad social. Entre 1992 y 1993, ambas comisiones se dedicaron al análisis comparativo de las legislaciones para generar propuestas de armonización.
- En 1992, el Tratado de Libre Comercio (TLC) entre Canadá, Estados Unidos y México abre importantes puertas al comercio en materia de seguros, medicamentos, tecnología, y la libre circulación de profesionales sanitarios, excluyéndose los servicios públicos. La eventual ampliación del TLC ha seguido provocando discusiones en varios países.
- Desde 1993, los países firmantes del Convenio Hipólito Unánue (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Chile) y de los países del Mercado Común Centroamericano (MCCA) reactivaron convenios de coordinación en materia sanitaria.
- El mantenimiento y reforzamiento de las estructuras de cooperación de los países del Caribe de habla inglesa, tales como el Mercado Común de la Comunidad Caribeña (CARICOM) y el Banco de Desarrollo Caribeño (Caribbean Development Bank).
- Generalización de las Cumbres Iberoamericanas y el inicio de las Cumbres Hemisféricas de Jefes de Estado y de Gobierno que suelen incluir capítulos dedicados a apoyar la estrategia de desarrollo humano y ambiental sostenible y en las cuales la cooperación en materia de salud ocupa un papel relevante (1).

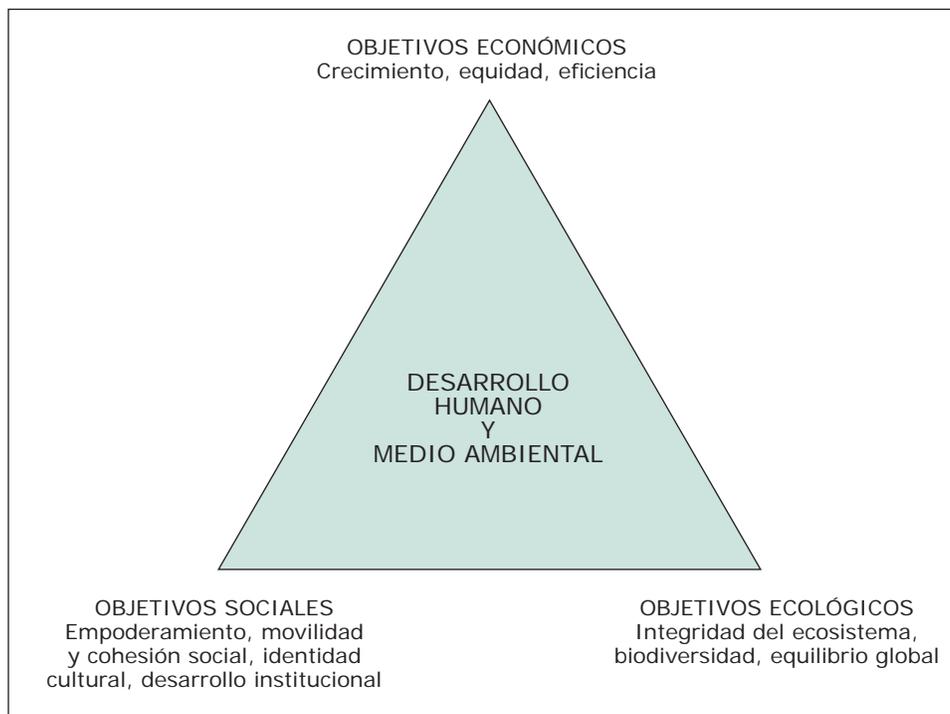
Las turbulencias ocurridas en diversos países de la Región (por ejemplo, Ecuador, Colombia, Argentina y Venezuela) a comienzos de la década del 2000 introdujeron incertidumbre en algunos de estos procesos, si bien algunas de ellas parecen estar en camino de ser superadas.

Por otro lado, los sucesos del 11 de septiembre del 2001 en los E.E.U.U., los temores derivados de una eventual amenaza terrorista global y del riesgo de conflictos armados, con sus consiguientes efectos sobre la salud, han condicionado en gran medida la agenda política de la Región de las Américas (y del mundo) desde entonces.

Con respecto a la modificación de las relaciones entre sociedad y Estado, en un primer momento las políticas de ajuste estructural se hicieron sobre la base de más mercado y menos Estado. Una vez asegurado el equilibrio macroeconómico básico, las reformas pretenden superar las contradicciones entre Estado y

mercado. La redefinición del papel del Estado ha implicado su reforzamiento en ciertas funciones clave (regulación, control, evaluación) y un peso mayor de la iniciativa privada en la provisión de servicios: se busca, al mismo tiempo, un Estado más eficiente y una sociedad más activa. Las reformas han afectado a los tres poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo, Judicial) y al conjunto de las políticas e instituciones públicas (importación, producción y distribución de bienes y servicios, comunicaciones, comercio exterior, sistema educativo, pensiones, sistema de salud, etc.), abarcando una multitud de aspectos (legales, administrativos, tributarios, económicos, culturales, sociales, etc.).

Figura 2.2: Objetivos de la estrategia de desarrollo humano y ambiental sostenible



Fuente: Serageldin I. (2).

Aunque los procesos han seguido caminos distintos en cada país, la mayoría de programas de reforma y modernización del Estado han pretendido dar respuesta a problemas de déficit público, deuda externa, excesiva centralización, ineficiencia administrativa, baja satisfacción de las demandas sociales y fragilidad del sistema político democrático. Adicionalmente y desde hace algún tiempo, la mayoría incorpora políticas en favor de grupos vulnerables y de lucha contra la pobreza, en particular, contra la pobreza extrema que es un azote incluso en los países de mayor desarrollo relativo. Por el momento, el efecto de esos programas ha sido desigual.

En muchos casos, esos programas se han financiado y gestionado mediante fondos de emergencia o de inversión social que canalizan buena parte de sus recursos hacia organizaciones no gubernamentales. Por último, en algunos países, los gobiernos han agrupado los departamentos más directamente vinculados a la esfera de «lo social» (entre otros, educación, salud, trabajo, justicia, vivienda) en forma de gabinetes

sociales, como una manera de coordinar políticas y actuaciones en ese campo. Muchos de los países reciben cooperación técnica y financiera de los organismos y agencias internacionales para el diseño y ejecución de programas de reforma y modernización del Estado y del sector público de la economía.

En la actualidad, existe un debate sobre el grado, y las estrategias, de descentralización, focalización y privatización aconsejables para las áreas sociales. Un intento de compatibilizar las estrategias (focalizadas y urgentes) de lucha contra la pobreza y la marginalidad extremas con la atención (horizontal y estable) de las capas medias y bajas de la sociedad fue formulada entre 1990 y 1992 por la CEPAL, bajo el lema «Transformación productiva con equidad» (3) y luego concretada para sectores como la educación y la salud.

El informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe (4) parte de la premisa de que el crecimiento económico con mejoras en la equidad es posible. Para ello, es necesaria la complementariedad de las políticas económica y social, pues ni la una ni la otra son neutrales desde el punto de vista distributivo, debiendo privilegiarse las políticas económicas que favorecen la equidad y las políticas sociales que favorecen la eficiencia productiva. En ese sentido, una población más sana y mejor atendida es más creativa y más productiva. Además, el sector salud contribuye también al desarrollo económico mediante la demanda de insumos de todo tipo, la producción de bienes y servicios complejos, el desarrollo científico y tecnológico y la generación de empleo de personal de calificación media y alta (en gran proporción mujeres). El informe enfatiza la pluralidad de actores y el papel del Estado como regulador, concertador y evaluador de las relaciones entre ellos.

Posteriormente y como respuesta de la comunidad internacional a la estrategia de combate a la pobreza, la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) publicó en 1996 el documento de política «Moldeando el Siglo 21», el cual hace un llamado a la colaboración global para la construcción de una nueva estrategia de desarrollo focalizada en seis metas, cada una de las cuales se refiere a un aspecto de la pobreza (5). Tanto la OECD como las Naciones Unidas y el Banco Mundial están actualmente trabajando en conjunto para el logro de dichas metas (6).

Por otro lado, hacia finales del año 2000, los estados miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas declararon los «Objetivos de Desarrollo de las Naciones Unidas para el Milenio». La Declaración argumenta que el mayor desafío es asegurar que la globalización se transforme en una fuerza positiva para la población mundial. En la Declaración, se articulan seis valores fundamentales que incluyen libertad, equidad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad compartida. Estos valores sirven de base para apoyar los siguientes objetivos de desarrollo: (i) Erradicar la pobreza extrema y el hambre; (ii) Lograr la enseñanza primaria universal; (iii) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; (iv) Reducir la mortalidad infantil; (v) Mejorar la salud materna; (vi) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; (vii) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y (viii) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo (7). (Véase el apartado correspondiente en el Capítulo 1). El éxito en el logro de dichos objetivos va a depender del ejercicio de la autoridad y de la transparencia en los sistemas financieros, monetarios y comerciales

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existen situaciones de inestabilidad o violencia política? Si así fuera, analizar cómo afectan al sector salud.
- ¿Forma parte el país de alguna agrupación subregional o zona de libre comercio? Si así fuera, ¿existen estudios sobre sus repercusiones en el conjunto de las políticas sociales? ¿Están esos estudios específicamente referidos al sector salud o a alguno de sus principales componentes?
- ¿Ha adoptado el país estrategias conducentes a traducir en acción los «Objetivos de Desarrollo de las Naciones Unidas para el Milenio»? Si así fuera, ¿cómo?, ¿desde cuándo?, ¿con qué acciones prácticas?
- ¿Existen formulaciones explícitas sobre la necesidad de reformar el Estado? Si así fuera, resumir sus principales componentes y analizar su desarrollo, incluidas las dificultades y resistencias.
- ¿Existe cooperación externa para la modernización del Estado y del sector público de la economía? Si fuera el caso, describir organismos, volúmenes y áreas de cooperación.
- ¿Son prioritarios los siguientes problemas políticos: el déficit público, la deuda externa, la excesiva centralización, la ineficiencia administrativa y de gestión o la insatisfacción del público? Si los problemas son otros, citarlos.
- ¿Es percibida la pobreza como un problema político?
- ¿Es una prioridad gubernamental la lucha contra la pobreza? Si así fuera, ¿cómo se organiza?; ¿con qué actores?; ¿con qué estrategias?; ¿con qué resultados?
- ¿Es percibida la violencia como un problema político? Si así fuera, ¿quiénes la padecen (mujeres, niños, trabajadores, emigrantes, etc.)? ¿Cómo afecta al sector salud?
- ¿Existe un gabinete social? Si fuera el caso, describir su composición y analizar su funcionamiento.
- En el área económica del gobierno, ¿es percibido el sector salud como un sector predominantemente «gastador»?
- ¿Cuál es el papel asignado por el Gobierno al Ministerio de Salud en el contexto político del país?
- ¿Son conocidas, en los niveles directivos del Ministerio de Salud, las recientes propuestas derivadas de las Metas del Milenio? Si así fuera, ¿han sido adoptadas iniciativas sectoriales al respecto?

¿Dónde obtener la información?

La mayor parte de la información mencionada podrá ser obtenida en los ministerios de salud (oficina de asuntos internacionales) y en los ministerios de planificación y política económica (oficina de cooperación externa para proyectos de modernización del Estado). Si fuera necesario, la oficina de relaciones externas del Ministerio de Salud puede obtener información adicional en el Ministerio de Relaciones Exteriores. Las secretarías permanentes de los distintos grupos de integración subregional pueden, asimismo, facilitar información relevante, si se logra tener acceso a las mismas.

¿Cómo presentar la información?

La información deberá ser presentada en forma resumida y destacando lo más relevante. Puede ser útil diferenciar dos componentes: el contexto internacional y el contexto nacional.

En relación al primero, convendrá destacar la dirección del proceso (hacia una mayor o menor integración o coordinación), las áreas principalmente afectadas (comercio, turismo, producción, servicios) y las repercusiones sobre el sector salud.

En relación al segundo, convendrá enfatizar los hallazgos y tendencias relevantes para el sector salud (por ejemplo, el sentido general de la reforma del Estado, las políticas de desarrollo social, el peso relativo de la política de salud, la experiencia práctica de los programas de lucha contra la pobreza).

2.2 Determinantes Económicos

En el año 2001, la OMS publicó el informe titulado «Macroeconomía y Salud: Invirtiendo en Salud para el Desarrollo Económico» (8). El Informe destaca la interrelación entre salud, desarrollo económico, y reducción de la pobreza. Uno de las conclusiones principales es que el grado de desarrollo depende del nivel de salud. Otra de las conclusiones es que el nivel de gasto en salud en los países de bajo ingreso es insuficiente para hacerle frente a sus desafíos en salud y que la persistente situación de pobreza y los bajos niveles de salud están relacionados con la disponibilidad de recursos. En tal sentido, recomiendan que los países pobres dediquen recursos domésticos adicionales de hasta 1% del PIB para el 2007 y de 2% del PIB para el 2015. Enfatizan que el financiamiento proveniente de donantes será necesario para cerrar la brecha fiscal. En tal sentido, la Comisión recomienda US\$27 mil millones adicionales al año en aportes por parte de los donantes para el 2007.

Para identificar las principales características de la situación económica del país (provincia, estado o región) en que se desarrollará el análisis sectorial, es necesario determinar y analizar la evolución de variables referidas a los conceptos de desempeño macroeconómico, gasto público y gasto público social (incluido el componente de gasto sanitario).

El análisis específico de la evolución y destino del gasto sanitario total, de sus componentes públicos y privados, y de los mecanismos para su financiamiento es discutido en el Capítulo 5 de la presente guía.

Para conocer el desempeño macroeconómico, lo más relevante es analizar la evolución en los últimos cinco o diez años, así como las tendencias a futuro de las siguientes variables:

- Producto Interno Bruto (PIB) y PIB per capita.
- Contribución al PIB por sectores productivos (por ejemplo, primario, industria, construcción y servicios).
- Saldo de la balanza de pagos (comercial y por cuenta corriente).
- Índice de precios al consumidor y, en su caso, de la canasta básica.
- Tipos de intereses (por ejemplo, a clientes normales de 1 a 3 años).
- Población económicamente activa (PEA) y desempleo.
- Presión fiscal, nominal y efectiva (al menos, en porcentaje sobre el PIB) y distribución por tipos de impuestos (directos e indirectos).
- Distribución de la renta (por ejemplo, porcentaje de renta recibido por el 20% de la población con mayores ingresos y el 20% con menores ingresos).

Para conocer la política de gasto público, es importante analizar la evolución de las siguientes variables:

- Gasto público como proporción del PIB.
- Saldo de las cuentas públicas (déficit o superávit).
- Destino del gasto realmente ejercido por funciones (o ministerios): finanzas, defensa, interior, justicia, educación, vivienda, pensiones, salud, asuntos exteriores, etc.
- Diferencia entre el presupuesto aprobado y el ejecutado.
- Distribución del gasto público entre gastos corrientes y gastos de inversión.

Para conocer la política de gasto social, conviene analizar la evolución de las siguientes variables:

- Gasto público social (definido del modo en que cada país lo define) como porcentaje del gasto público total.
- Gasto público social por destino final del gasto (por ejemplo, educación, sanidad, vivienda, medio ambiente, pensiones, programas de desarrollo social, etc.).
- Distribución del gasto social entre gastos corrientes y gastos de inversión

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Están identificados los desequilibrios macroeconómicos básicos o estructurales de la economía? Si así fuera, ¿cuáles son las políticas para corregirlos?; ¿cuáles han sido los resultados conseguidos?
- ¿Cuál es la situación general de la economía de acuerdo a los indicadores de desempeño económico? ¿Cuál es la tendencia previsible a corto y mediano plazo?
- ¿Cuál es la situación general del mercado de trabajo en términos de población económicamente activa, desempleo y empleo en actividades informales? ¿Cuál es su evolución previsible?
- ¿Cuál es la presión fiscal promedio sobre la renta personal? ¿Cuál el peso de los impuestos indirectos? ¿Cuál el volumen estimado de fraude fiscal? ¿Existen políticas para combatirlo? Si así fuera, ¿con qué resultados?
- ¿Es la inequidad en la distribución de la renta un asunto de debate político?
- ¿Cuál ha sido la evolución del gasto público en proporción al PIB? ¿Cuál es su tendencia previsible?
- ¿Qué proporción del gasto público es de gasto corriente y qué proporción es de gasto de inversión?
- ¿Cuál ha sido la evolución del saldo de caja (déficit o superávit) del sector público? ¿Cuál es su tendencia previsible?
- ¿Cuál ha sido la evolución de la proporción del gasto público destinada a gasto social? ¿Cuál es su evolución previsible?
- ¿Qué proporción del gasto social es gasto corriente y qué proporción es gasto de inversión?
- ¿Qué proporción del gasto social es gastada en salud?
- ¿Es el nivel de gasto en salud adecuado para hacerle frente a los desafíos en salud?
- ¿Es necesario el financiamiento proveniente de donantes para cerrar la brecha fiscal?

¿Dónde obtener la información?

Conviene que el grueso de la información proceda de fuentes oficiales y haya sido publicada. La mayor parte de ella puede obtenerse en los ministerios de finanzas o de planificación y política económica. Igualmente, puede ser obtenida en la publicación anual de la CEPAL titulada, «Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2000» (9). Buena parte de la información es publicada periódicamente por institutos u organismos públicos dedicados a la elaboración y difusión de las estadísticas económicas básicas en forma de boletines. La información no publicada sólo podrá ser utilizada bajo los términos que se acuerden. Si existiera, se puede recurrir a la Secretaría Técnica del Gabinete Social para obtener los datos que permitan conocer la política de gasto social.

En ambos casos, la mejor alternativa es seleccionar un documento oficial que resuma la información más actualizada disponible y, mediante entrevistas con personal técnico responsable, analizar más profundamente las variables de mayor impacto en el sector.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar tres cuadros, uno para cada concepto. Cada cuadro debería incluir una serie temporal de, al menos, un quinquenio. Si lo anterior no fuera posible, se pueden escoger años seleccionados del último decenio, a condición de que sean los mismos para los tres cuadros.

El comentario sobre lo que resulta más relevante, la inclusión de información adicional proveniente de fuentes no publicadas y el enunciado de las tendencias a mediano plazo, serán colocados después de cada cuadro.

2.3 Determinantes Sociales

Por ocasión de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) (10) los países prepararon informes nacionales sobre desarrollo social. Asimismo, como resultado de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas No. 24 (11) y de la Segunda Conferencia Regional de Seguimiento de la Cumbre Social (12), se elaboraron informes de avance en desarrollo social que son, probablemente, los documentos que mejor resumen las siguientes variables:

- Contexto demográfico y política de población.
- Comportamiento de la economía y situación del empleo.
- Políticas sociales en alimentación, educación, salud, vivienda, medio ambiente, derechos humanos y administración de justicia.
- Papel de las organizaciones no gubernamentales (ONGs).
- Situación de la familia, la mujer, los menores y los discapacitados.
- Características de los grupos vulnerables y distribución de la pobreza.
- Principales problemas, lineamientos básicos y propuestas de acción en cada uno de esos campos a corto y mediano plazo (13).

Sin perjuicio de lo anterior, los países habitualmente disponen de indicadores más o menos actualizados sobre una serie de variables básicas, muchas de las cuales son comunicadas a los organismos internacionales, y cuya evolución permite valorar la situación social (14, 15, 16). (Véase Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1:
Algunas variables básicas del contexto social

- * *Distribución espacial de la población (por ejemplo, rural, urbana marginal y urbana).*
- * *Distribución funcional de la población (por ejemplo, entre los distintos sectores productivos o entre los sectores formal e informal de la economía).*
- * *Analfabetismo (distribución por sexo).*
- * *Nivel de escolaridad primaria y secundaria (distribución por sexo).*
- * *Población pobre o extremadamente pobre (rural y urbana).*
- * *Población con suministro inadecuado de agua potable (rural y urbana).*
- * *Población con saneamiento básico inadecuado (rural y urbana).*
- * *Población con ingesta inadecuada de calorías (rural y urbana).*
- * *Acceso a servicio telefónico (por ejemplo, teléfonos por 1.000 habitantes en medio rural y urbano).*

Desde 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publica el Informe sobre Desarrollo Humano donde se jerarquizan los países de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH), elaborado con una matriz de variables que incluye esperanza de vida al nacer, alfabetización, escolarización y PIB per capita. Entre 1995 y 2000, el Informe incluye el Perfil de Desarrollo Humano por países el cual, además de las variables anteriores, presenta otras, tales como población con acceso a servicios de salud, agua potable y saneamiento básico, oferta calórica per capita, distribución de prensa diaria, acceso a televisión, etc.(17). Además, el Informe ofrece listas de indicadores por países para evaluar las variables incluidas en el siguiente cuadro, entre otras.

El Informe dedica también un amplio espacio a evaluar las diferencias de género mediante el Índice de Desarrollo relativo a Género (IDG), que incluye información sobre los siguientes indicadores: esperanza de vida al nacer femenina y masculina, tasas de alfabetización masculina y femenina, tasas de matrículas combinadas femenina y masculina, ingresos per capita femenino y masculino, basados en la participación del ingreso proveniente del trabajo. Además, el Índice de Potenciación de Género (IPG) que está conformado por indicadores que miden los escaños ocupados por mujeres en los parlamentos, la cantidad de mujeres en puestos ejecutivos y administrativos, las mujeres en puestos profesionales y técnicos y el PIB per cápita de las mujeres (18).

Existen numerosos estudios de conjunto sobre pobreza y pobreza extrema en América Latina, entre los que vale la pena destacar algunos recientemente publicados por la CEPAL. (19, 20). Asimismo, el Banco Mundial mantiene una base de datos para el monitoreo de la pobreza en América Latina, utilizando como fuente los estudios de pobreza («poverty assessments») efectuados desde 1993 hasta el presente. Un aspecto importante a considerar es la distribución geopoblacional de los problemas, vistos bajo la óptica de las condiciones de vida (21, 22). En algunos países, una primera aproximación puede obtenerse de los llamados mapas de pobreza, elaborados a partir de datos censales (23). De hecho, muchos países tienen catalogadas sus demarcaciones subnacionales (provincias, regiones estados o municipios) en distintos niveles según el grado de satisfacción de una serie de necesidades básicas (por ejemplo, alimentación, vivienda, educación y salud) y elaboran verdaderos mapas de pobreza y de pobreza extrema, incluso a nivel de los municipios.

Cuadro 2.2:
Algunas variables de desarrollo humano (PNUD)

- * *Privaciones humanas.*
- * *Tendencias del desarrollo humano.*
- * *Empleo.*
- * *Disparidad rural urbana.*
- * *Supervivencia y desarrollo infantil.*
- * *Perfil de salud.*
- * *Seguridad alimentaria.*
- * *Desequilibrios en la enseñanza.*
- * *Riqueza, pobreza e inversión social.*
- * *Desequilibrios en los flujos de mercancías y capital.*
- * *Desequilibrios en gasto militar y usos de recursos.*
- * *Uso de recursos naturales y energía.*
- * *Violencia y delito.*

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Qué puesto ocupa el país según el Índice de Desarrollo Humano (IDH)? ¿Según el Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG)?
- ¿Cuáles son los principales problemas, los lineamientos básicos y las propuestas de actuación a corto y mediano plazo en política social?
- ¿Es la pobreza un problema social grave? Si fuera el caso, caracterizar la pobreza por distribución geográfica (rural, urbana marginal, urbana no marginal, etc.) y por grupos afectados (mujeres, trabajadores eventuales, grupos étnicos, etc.).
- ¿Están identificados los grupos vulnerables en razón de etnia, género, distribución espacial o funcional o nivel de renta? Si así fuera, describir cuáles son y cómo se definen.
- ¿Existen políticas sociales dirigidas a los grupos vulnerables? Si fuera el caso, ¿cuál es su contenido, su organización, sus estrategias, sus actores y sus resultados?
- ¿Participa el sector salud en dichas estrategias? ¿De qué modo? ¿Con qué resultado?
- ¿Existen políticas activas en favor de la mujer? ¿En qué consisten? ¿Con qué resultados?
- ¿Está incluida la protección del medio ambiente dentro de las políticas sociales?

¿Dónde obtener la información?

Además de lo expuesto en los apartados anteriores, la representación de OPS/OMS en los países probablemente disponga de valiosa información sobre estos temas, recolectada para preparar el informe de país que se remite a la Sede Central para preparar la correspondiente versión del informe sobre condiciones de salud en las Américas.

¿Cómo presentar la información?

Se deberá construir un cuadro con los principales indicadores sociales y, de ser posible, su evolución temporal. A continuación, se procederá a destacar lo más relevante en materia de problemas, lineamientos, actuaciones y resultados que se puedan documentar. En ocasiones, puede ser muy ilustrativo incluir algún ejemplo de experiencias en curso, sobre todo si implican concertación entre la administración pública y la comunidad, y, si hay experiencias negativas, mencionar las causas comúnmente admitidas para explicar el fracaso.

Bibliografía y notas (Capítulo 2)

- (1) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Vol. I: Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994. Washington, D.C.: OPS; 1994:323-27. (Publicación científica 594).
- (2) Serageldin I. Nurturing development. Washington, D.C.: The World Bank; 1995. (Modificado).
- (3) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Equidad y transformación productiva. Santiago de Chile: CEPAL; 1992. (Publicación de Naciones Unidas S.92. II.G.5).
- (4) Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud. XLVI Reunión del Comité Regional, Washington, DC, Septiembre 1994. Washington, D.C.: OPS; 1994.
- (5) Organization for Economic Cooperation and Development. Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Cooperation, Paris, May 1996.
- (6) Organization for Economic Cooperation and Development/Development Assistance Committee. Development Indicators, Paris: OECD: 2000. (www.oecd.org/dac/indicators).
- (7) Véase: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals>.
- (8) Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in Health and Economic Development, Geneva: WHO, 2001.
- (9) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2000. Santiago de Chile: CEPAL, 2000. (www.eclac.org).
- (10) United Nations. Report of the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995.
- (11) United Nations. Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-Fourth Special Session of the General Assembly: Further Initiatives for Social Development. New York: United Nations, 2000.
- (12) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Segunda Conferencia Regional de Seguimiento de la Cumbre Social, Santiago de Chile, 15 mayo, 2000.
- (13) República de Panamá. Informe nacional para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Panamá: MIPPE; 1995. (Memo).
- (14) Pan American Health Organization/World Health organization. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 1995-1998. Washington, D.C.: OPS; 1995-1998. (www.paho.org/English/SHA/bsindcvr.htm).
- (15) World Bank. Poverty Net. Washington, D.C.: 2001. (www.worldbank.org/poverty/data/index.htm).

- (16) Banco Interamericano de Desarrollo, Unidad de Estadística y Análisis Cuantitativo. Datos Básicos Socioeconómicos. Washington, D.C.: 2001. www.iadb.org/int/sta/SPANISH/staweb/).
- (17) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 1995-1999. Nueva York: PNUD; 1995-1999. (www.undp.org/hdro/statistics.html).
- (18) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2000. Nueva York: PNUD; 2000.
- (19) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 1999-2000. Santiago: ECLAC; 2000. (www.eclac.org/publicaciones).
- (20) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2000. Santiago: ECLAC; 2000. (www.eclac.org/publicaciones).
- (21) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. Boletín Epidemiológico. 1991; 12 (3):7-10.
- (22) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: experiencia en Venezuela. Boletín Epidemiológico. 1993; 14 (3):11-14.
- (23) World Bank. Poverty Maps. Washington, D.C.: World Bank, 2000. (www.worldbank.org/poverty/inequal/povmap/index.htm).

SECCIÓN B

CAPÍTULO 3.

ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS DEL SECTOR

ÍNDICE

3.1 Descripción global y marcos institucionales	57
3.1.1 Descripción global del sector de la salud	57
3.1.2 Caracterización del sistema y de las políticas de salud	60
3.1.3 Los procesos de reforma del Estado y de reforma del sector salud	64
3.1.4 Identificación de las principales organizaciones del sistema de salud	65
3.2 Análisis institucional	66
3.2.1 Estructura de los sistemas de salud	67
3.2.2 Funciones de los sistemas de salud	70
3.2.3 Análisis de las funciones según las organizaciones del sector	74
3.3 Análisis organizacional	75
3.3.1 Historia y cultura	76
3.3.2 Marco normativo	76
3.3.3 Modelo organizativo	76
3.3.4 Políticas y programas	77
3.3.5 Recursos presupuestarios	77
3.3.6 Recursos físicos y humanos	77
3.4 El rol de la cooperación externa	78
3.4.1 Contexto general de la cooperación externa	78
3.4.2 Actores relevantes en la cooperación externa	79
3.4.3 Modelo de gestión y tipos de financiamiento de la cooperación externa	81
Guía instructiva para el análisis de la estructura, organización y políticas del sector y de la cooperación externa en salud	82
Bibliografía y notas (Capítulo 3).....	90

CAPÍTULO 3.

ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS DEL SECTOR

Los propósitos del presente capítulo son presentar una descripción global del sector salud y sus relaciones con otros sectores en el ámbito de un país (o de una región, provincia o estado), enfatizando los principales aspectos que determinan su organización; analizar en detalle los marcos institucionales vigentes; e identificar las principales organizaciones públicas y privadas que lo integran. También se analiza el rol de la cooperación internacional en el sector salud.

3.1 Descripción Global y Marcos Institucionales

3.1.1 Descripción global del sector salud

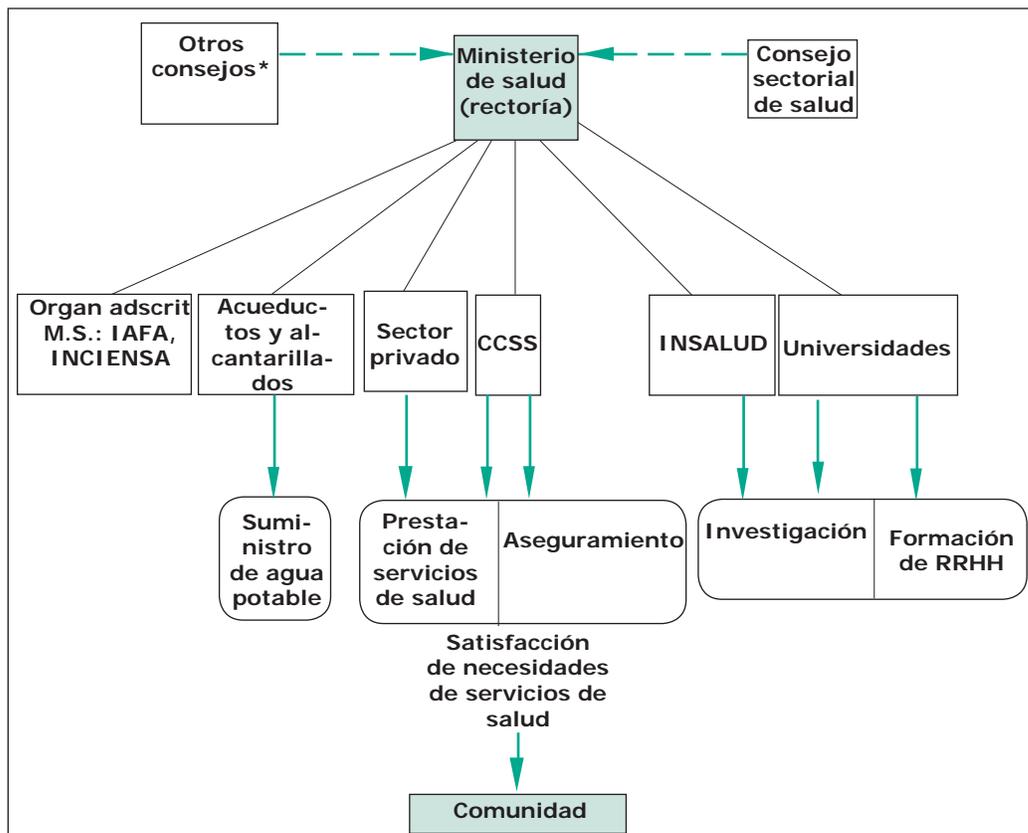
En primera instancia deberán definirse los **límites del sector salud** en el país. La literatura especializada presenta varios conceptos posibles de sector salud, e inclusive se utilizan indistintamente los términos «sector» y «sistema sanitario». De las definiciones que existen en la literatura, la más restringida es la que delimita el sector salud a las acciones que se encuentran bajo el control directo del Ministerio de Salud. En algunos países, puede incluir principalmente las acciones tradicionales de salud pública y una parte de la oferta de servicios médicos personales. Muchas de las actividades encaminadas a mejorar la salud están excluidas de esa definición, pudiendo estar excluidos también los servicios médicos personales brindados por otros órganos del gobierno, ONGs y sector privado. El segundo grupo de definiciones es algo más amplio. En esas, el sector abarca todos los servicios de salud personales y no personales, así como las intervenciones en salud pública, pero se excluyen las acciones intersectoriales diseñadas para el mejoramiento de la salud. El tercer grupo es el más amplio y el concepto de sector abarca cualquier acción donde el enfoque principal sea el mejoramiento de la salud, incluso las intervenciones de carácter intersectorial (1).

Para esta metodología se sugiere utilizar esta última definición del sector como base para el análisis, es decir: **el sector salud abarca todas las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud, incluyendo las actividades económicas y productivas relacionadas con la salud.**

Se propone el uso de esta definición de sector porque es la que mejor aportará las evidencias y conocimientos indispensables para el análisis de los procesos de formulación e implementación de las políticas, estrategias y programas de salud, permitiendo así identificar las respuestas más apropiadas para enfrentar los principales problemas sectoriales y lograr el desarrollo integral del sector. Para implementar esa opción, se propone acompañar la descripción con una imagen visual, un diagrama que presente al lector los actores del sector y sus interrelaciones. Se sugiere la utilización de esquemas gráficos y/o cuadros que presenten un retrato sintético de la conformación actual del sector, destacando las principales entidades

públicas y privadas que lo integran y representando los flujos de relación entre ellas, como en el ejemplo de la Figura 3.1.

Figura 3.1: Diagrama de organización del sector salud de Costa Rica



*Nota: * Secretaría de Políticas para Alimentación y Nutrición (SEPAN); Consejo Nacional de Rehabilitación; Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA.
Fuente: Análisis del Sector Salud de Costa Rica 2002.*

A partir de eso, es interesante añadir un breve resumen de los hechos históricos que llevaron a la presente conformación del sector, entre otros:

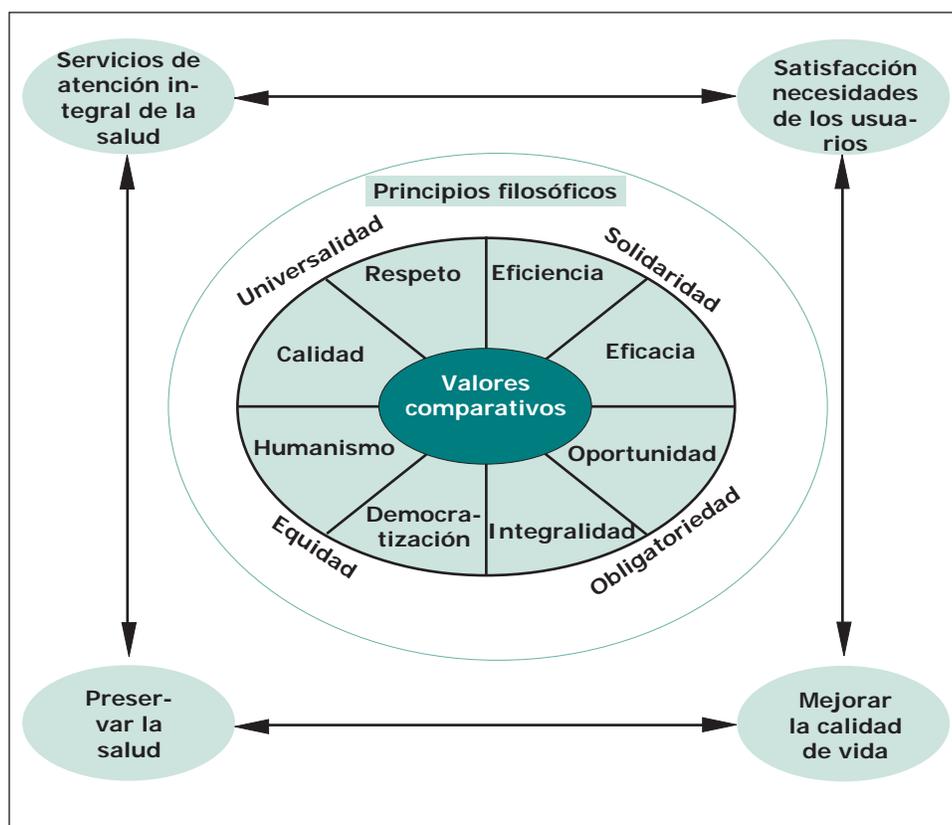
- Implantación del Ministerio de Salud y de la(s) agencia(s) del seguro social,
- Proclamación de Constitución(es) Política(s) y edición de Ley(es) y Norma(s) básicas,
- Cambios en las relaciones federativas al interior del Estado,
- Principales cambios introducidos en la estructura, organización y composición del sistema de salud en los últimos veinte o treinta años,
- Movimientos sociales y políticos de gran significación,
- Crisis económicas de gran magnitud.

Por considerar que las sociedades crean las formas de organizar los sistemas de salud de acuerdo a las **grandes aspiraciones y valores fundamentales** que comparten sus ciudadanos, es esencial conocer esos valores y cómo ellos se manifiestan en principios orientadores que se vuelcan en reglas institucionales y en organizaciones que le dan concreción al sector. Para esto se pueden dedicar algunos párrafos a la

caracterización cultural de la sociedad, en articulación con la conformación histórica de los valores sociales y la consolidación de los mismos.

Las aspiraciones y valores sociales son categorías éticas o políticas que acaban transformándose en **derechos ciudadanos que se explicitan como propósitos y principios sectoriales**, y operan como criterios clave, sea para la formación de las políticas públicas, para la evaluación del funcionamiento ordinario del sistema o para la orientación de los procesos de reforma. Un buen comienzo para caracterizar los valores éticos y los principios políticos es buscar la definición conceptual de salud presente en la Constitución Política del país o en otras leyes fundamentales y señalar cuándo fueron introducidos y cuáles han sido los principales cambios realizados en los últimos diez, veinte o treinta años. Los mismos documentos legales pueden establecer si la protección de la salud es o no un derecho de los ciudadanos, y señalar las obligaciones fundamentales de los poderes públicos. La Figura 3.2 ejemplifica los valores y principios definidos para el sistema de salud de Costa Rica.

Figura 3.2: Diagrama de propósitos, principios y valores del sector salud de Costa Rica



Fuente: *Análisis del Sector Salud de Costa Rica, 2002.*

Además de los valores y principios, un abordaje analítico comprensivo del sector exige la consideración de los **intereses económicos de los principales grupos de empresarios, trabajadores y usuarios**, ya que la salud es uno de los más dinámicos sectores de actividad para el desarrollo económico nacional. Este sector representa un importante espacio de innovación y acumulación de capital, de oportunidades de inversión y, especialmente, de generación de empleos e ingreso. Así, la delimitación del denominado

«complejo medico-industrial» (2), como un conjunto articulado de producción/consumo de bienes y servicios de salud, y su descripción según la especificidad del país, constituyen un eje analítico esencial en la presente metodología. Por lo menos cinco grandes grupos de actividades deben ser considerados (3):

- Las industrias de base química y biotecnológica, como las de fármacos, vacunas, derivados de sangre e insumos para diagnóstico, y las empresas importadoras de esos productos.
- Las industrias de base física, mecánica y electrónica, como las de equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, prótesis y materiales de consumo en general, y las empresas importadoras de esos materiales.
- Las industrias de producción de servicios hospitalarios, ambulatorios, de diagnóstico y de tratamiento complementario, considerando incluso su papel como propulsoras de los demás grupos.
- El sector bancario y financiero, especialmente en su componente de seguros.
- El sistema de educación y de investigación, en lo relativo a la formación de personal de salud y al desarrollo científico y tecnológico.

3.1.2 Caracterización del sistema y de las políticas de salud

Se entenderá como **sistema de salud — o sistema de protección de la salud — el conjunto de instituciones públicas y privadas con/sin fines de lucro, nacionales y subnacionales, destinadas a proteger la salud de las personas**. Esta definición comprende las diversas instituciones destinadas a proveer bienes y servicios en la forma de prestaciones de servicios de salud y en la forma de beneficios o planes de seguro, así como aquellas orientadas a la rectoría (dirección, conducción y regulación) del sistema y aquellas dedicadas a su financiamiento.

La definición de sistema de salud, de los distintos subsistemas, de las organizaciones que lo constituyen y de las relaciones entre ellos es mencionada en la Constitución, en las leyes generales de salud o en los códigos sanitarios. Estos marcos normativos suelen establecer las relaciones entre el subsistema público y los otros subsistemas, incluyendo la Seguridad Social y los de educación y formación de los recursos humanos. Aunque casi todas las Constituciones y Leyes de los países de la Región **establecen la salud como un derecho básico de la población**, la evidencia muestra que los gobiernos y las sociedades han tenido mejores resultados al establecer la legislación sobre esa materia, que al efectuar los cambios necesarios en sus sistemas de salud y de protección social para asegurar ese derecho.

Además de considerar las definiciones constitucionales y legales, es esencial dedicar esfuerzos al análisis de las condiciones políticas y socioeconómicas concretas del país, así como al grado de influencia que ejercen los grupos de interés en la concretización del pleno ejercicio del derecho a la salud, ya sea en forma de apoyos e incentivos, o a través de la oposición y creación de obstáculos.

Para fines del análisis sectorial, es útil analizar las condiciones socioeconómicas y el juego de fuerzas políticas que condicionan/determinan la conformación del sector salud y la organización concreta del sistema,

según el abordaje adoptado por algunos autores (4) **con relación a la evolución y consolidación de los sistemas de protección social («Estados Benefactores»)**. Este considera que la estructura de los mismos varía de forma muy significativa en sus arreglos entre Estado, mercado y familia. En este contexto, se identifican tres marcos político-ideológicos de organización de la protección social, de los cuales se origina la tipología más clásica de los sistemas de salud (5).

El Cuadro 3.1 presenta una síntesis de esa tipología y de los correspondientes marcos ideológicos, dentro de los cuales es útil ubicar el sistema de salud del país, reconociendo siempre que toda clasificación tiene limitaciones y es un artificio que intenta facilitar la comprensión de la realidad y orientar la intervención sobre ella. A eso hay que añadir el hecho de que los procesos de reforma del sector salud en los últimos 20 años han introducido un conjunto complejo de cambios que, en muchos países, han transformado las características de los sistemas sanitarios, en forma incremental o radical, y en la actualidad no existe una tipología de sistemas de salud ampliamente aceptada y generalmente aplicada a todos los casos.

Cuadro 3.1: Tipología clásica de los sistemas de salud y sus marcos de referencia en los Estados Benefactores

- **Régimen Comercial o de Mercado:** *Está basado en el marco «liberal» del Estado Benefactor, en el cual predominan los mecanismos de elegibilidad por ingreso y situación social, reflejando las diferencias de clase y de posición socioeconómica. Este tipo de sistema minimiza la protección social como un derecho social no ligado al trabajo y promueve la existencia de una situación de dualidad entre los «pobres», dependientes de la asistencia pública, y los afiliados a esquemas privados de protección. Estos últimos se caracterizan por afiliación voluntaria, coberturas y beneficios diferenciados según contrato y prima, y existencia de múltiples gestores, financiadores, aseguradores y proveedores. Para los primeros, los beneficios dependen de la comprobación de bajos ingresos («means-tested assistance») y se asocian a estigma social. En ese caso, las transferencias financieras son de bajo monto (no concebidas para reemplazar el ingreso, sino para apoyar al individuo en la transición de incorporarse al mercado de trabajo) y los planes de beneficios y prestaciones modestos y limitados.*
- **Seguro de Salud de Carácter Social:** *Se caracteriza por una cobertura limitada a los contribuyentes (puede incluir también a sus dependientes); afiliación obligatoria para trabajadores formales; financiamiento mediante cotizaciones basadas en el empleo formal; función de aseguramiento explícita con gestión basada en mecanismos tripartitos de decisión (Estado, empleadores y empleados); diversos grados de integración/separación entre financiamiento y provisión, esta última operativizada mediante varias combinaciones de servicios propios; y compra a los prestadores de servicios públicos y privados. Está basado en el marco «corporativista-estatista» del Estado Benefactor, en base al principio de subsidiariedad, donde el Estado interviene cuando la capacidad de la familia para atender a las necesidades de sus miembros se agota. La administración por el Estado desplaza al mercado como proveedor de protección social y la garantía de protección está fuertemente ligada a los derechos sociales asociados a clase y posición en el mercado de trabajo, por lo que sus efectos redistributivos*

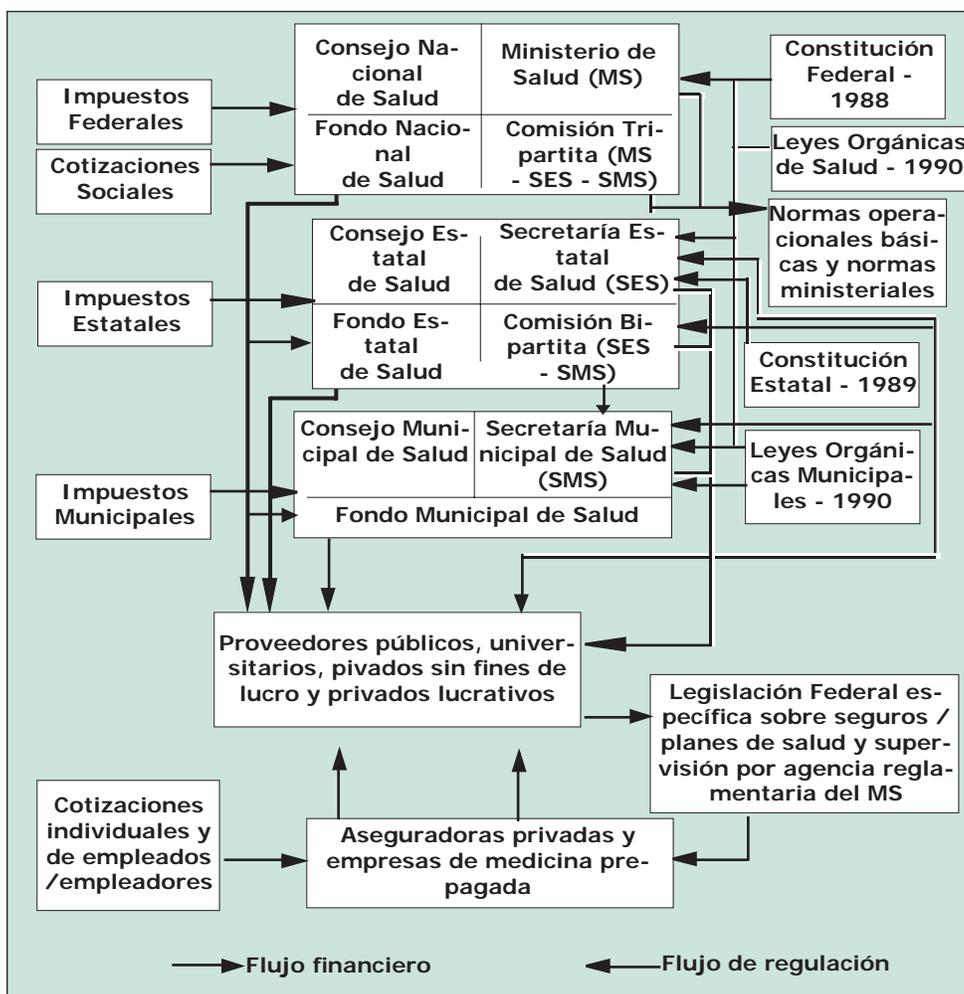
continúa

son mínimos. Esos regímenes están históricamente muy influenciados por la Iglesia y fuertemente orientados a la preservación de la estructura familiar tradicional.

- **Servicio Nacional de Salud:** *caracterizado por cobertura universal; financiamiento mediante impuestos; rectoría y gestión altamente centralizadas; integración vertical entre financiamiento, aseguramiento y provisión (con poca o ninguna explicitación de la función aseguradora); provisión predominantemente pública con escasa compra complementaria de servicios a prestadores privados. Está basado en el marco «social-demócrata» del Estado Benefactor, con separación explícita entre los derechos sociales y la inserción en el mundo del trabajo. Todos pagan, todos están afiliados, todos están ligados al sistema por lazos de solidaridad y, por lo tanto, todos estarán dispuestos a aportar. Los programas de beneficios pueden estar ajustados a las diferentes expectativas de los diversos grupos de la sociedad, razón por la cual todos los miembros disfrutan de iguales derechos, pero los beneficios que perciben pueden estar diferenciados. Asimismo, el sistema se hace directamente cargo de los niños, los ancianos y los indigentes. El principio orientador es apoyar a la familia antes de que sus recursos se agoten y socializar los costos de la manutención del núcleo familiar.*

Otra característica fundamental del sistema de salud que está generalmente definida en la Constitución es la **distribución territorial de competencias o grado de descentralización** entre el ámbito nacional o federal y los otros niveles de gobierno y administración pública (provincia, departamento o estado y municipio). Todos los países de la región han implementado algún proceso de descentralización de las responsabilidades operativas, técnicas, administrativas, y con frecuencia también financieras, en salud. Junto con los beneficios que estos procesos conllevan en términos de acercar las decisiones y la administración de salud a las necesidades de las personas, también representan un riesgo de pérdida de integridad del sistema, acentuado por la tendencia de los establecimientos de salud a la operación aislada. La ausencia de trabajo conjunto, sobre la base de redes de derivación y comando, crea condiciones de fragmentación del sistema sanitario que es muy importante registrar y analizar. Por otro lado, en países unitarios, puede existir una desconcentración de la gestión de los servicios que no esté fijada por Ley, sino por normas, políticas expresas o documentos técnicos que también conviene registrar y contrastar con la práctica cotidiana. Por lo tanto, resulta indispensable conocer el conjunto de dichas leyes, cuya lectura es esencial para construir el marco de referencia y las taxonomías del sistema y sus componentes en cada país. También aquí se sugiere la utilización de esquemas gráficos para presentar un retrato sintético del sistema de salud, destacando los niveles de gobierno y representando los flujos de relación entre ellos, como en el ejemplo de la Figura 3.3.

Figura 3.3: Diagrama del Sistema Único de Salud de Brasil (6)



Por último, en todos los países existen procesos legales o administrativos generales de planificación, que exigen la elaboración de planes de desarrollo por parte de los gobiernos. Con frecuencia suelen contener un diagnóstico de situación, los principales problemas y las estrategias relevantes para el gobierno central en este campo. En los países de administración federal es frecuente que este esquema se replique a nivel de cada entidad federativa. Por lo tanto, es importante conocerlo y describirlo. En el ámbito estricto del sistema de salud, suelen existir iniciativas relevantes de **formulación de políticas, definición de objetivos sanitarios nacionales (de procesos y de resultados), elaboración de planes estratégicos u operativos de salud**; es importante describir brevemente sus propósitos, contenidos, componentes, valores, modo, estructura operativa y grado de logro de los resultados esperados.

3.1.3 Los procesos de reforma del Estado y de reforma del sector salud

Aunque en los años recientes la expresión «reforma» del sector o del sistema de salud se ha asociado con un conjunto específico y circunscrito de cambios, esas transformaciones expresan un largo desarrollo histórico y, al menos para los componentes de atención a las personas, ocuparon una gran parte del Siglo XX (Cuadro 3.2).

Cuadro 3.2: Breve historia de las reformas sectoriales en salud en el Siglo XX

Hasta los años 20: Campañas Sanitarias.

- *Años 20 - 40: Seguro Social (Bismarck).*
- *Años 50 - 70: «Welfare State» (Beveridge/Keynes).*
- *Años 70 - 80: Extensión Cobertura / Atención Primaria (Alma Ata).*
- *Años 80 - 90: Eficiencia económica en la gestión y reducción del gasto público en salud (Organismos Financieros Multilaterales).*
- *Transición al SIGLO XXI: «Nueva Generación de Reformas» (Autoridades Sanitarias Nacionales).*

La mayor parte de los países de la Región ha desarrollado, a partir de los años setenta, **procesos de Reforma del Estado o de la administración pública** que han tenido un impacto profundo sobre todas las políticas gubernamentales, en especial las de protección social, como resultado de las tendencias mundiales de liberalización de la economía y construcción de nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad. La «Reforma del Estado», como tópico recurrente en el debate sobre las políticas públicas, plantea análisis y propuestas, referidas tanto a los aspectos funcionales: ¿qué debe hacer el Estado?, como a aspectos operativos o de eficiencia: ¿cómo debe el Estado cumplir las funciones que le competen? (7).

Las agendas de reforma, basadas inicialmente en un impulso hacia la disminución del gasto público, privatización, descentralización y reducción del tamaño del Estado, han cambiado su contenido en años recientes, migrando hacia **estrategias de reconstrucción («capacity building») y revalorización del Estado**. Sin embargo, esta revalorización de las funciones del Estado se realiza en un marco totalmente distinto que atribuye prioridad a las funciones de regulación de mercados, redistribución de la riqueza y garantía de los derechos ciudadanos (8), en lugar de las tradicionales actividades de producción de bienes materiales y provisión directa de servicios sociales. La magnitud de estas transformaciones ha sido tan significativa en la Región que es muy importante describir y caracterizar las iniciativas y el momento presente de Reforma del Estado en el país y señalar los principales cambios que afectan al sector salud.

Se observa que durante los últimos quince o veinte años, la mayoría de los procesos de reforma del sector salud se ha centrado predominantemente en cambios financieros e institucionales y en reajustes organizativos de la administración del sistema público, sin producir transformaciones estructurales en el acceso y en la equidad en la protección social de las poblaciones, o en las condiciones de efectividad y calidad de los servicios (9).

Para situar adecuadamente el Análisis Sectorial, es aconsejable que se haga una descripción y un análisis completos de las reformas sectoriales, tanto en sus aspectos históricos, como en el ámbito de las propuestas futuras. Eso es especialmente relevante porque existe un lapso de tiempo, frecuentemente demasiado largo, entre un conjunto de intervenciones o cambios, para que los efectos sean observados en los cortos plazos utilizados para el monitoreo de las reformas, lo que podría inducir evaluaciones incompletas de las políticas. Así, la completa descripción de los procesos de reforma es un componente esencial del análisis del sector.

De ser posible, es útil también intentar caracterizar fases o etapas de esos procesos de reforma y/o transformación intensificada en la organización del sistema de salud en su conjunto, asociándolas a los movimientos que se dieron en la formulación de la agenda política, en la construcción de la coalición socio-política sustentadora de los cambios, en la implementación de nuevos marcos legales, en las transformaciones concretas en las funciones del sistema y en el análisis y evaluación de la propia reforma. Esos hechos se pueden presentar en forma sintética como la presentada en el Cuadro 3.3

Cuadro 3.3: Fases de las reformas o de los cambios del sector salud (10)

Fases		1°	2°	3°	N°
Años de inicio y finalización					
Marcos / Eventos más simbólicos					
Subsistema afectado	Público				
	Seguro social				
	Privado				
Movimientos/ Momentos del proceso	Formulación de la agenda				
	Construcción de la coalición socio-política sustentadora				
	Nuevos marcos legales				
	Cambios en rectoría				
	Cambios en financiamiento				
	Cambios en aseguramiento				
	Cambios en provisión				

Hay que resaltar que la caracterización de estos movimientos/momentos es un artificio metodológico que tiene la finalidad de facilitar la comprensión del proceso de reforma, pero siempre hay que considerar su articulación y superposición con los procesos políticos reales, donde las fases/etapas suelen ser concurrentes.

3.1.4 Identificación de las principales organizaciones del sistema de salud

Tan importante como conocer el marco institucional, es identificar los entes concretos que en él operan y sus políticas. Es esencial identificar, al menos, las organizaciones públicas y privadas nacionales que se ocupan de la rectoría del sistema, de su financiamiento, de la atención en salud de las personas, de la

provisión de planes o esquemas de seguros y de la provisión de bienes de salud pública. Las organizaciones públicas pueden ser dependientes del Ministerio de Salud, de otros niveles de la administración pública (de nivel central, intermedio y local) o del Seguro Social; las entidades privadas a su vez pueden tener o no fines de lucro. La historia de cada una de las organizaciones, puede ser presentada individualmente, en forma breve, por medio de cuadros cronológicos o tablas. Es conveniente destacar los hechos fundamentales de las últimas dos o tres décadas

Cuadro 3.4: Principales organizaciones del sistema de salud

<p>Subsistema público:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobierno Central: <ul style="list-style-type: none"> * Ministerio de Salud * Fuerzas Armadas (si tienen rol relevante) * Otros • Agencia(s) del Seguro Social • Gobiernos regionales, provinciales o estatales • Municipios • Universidades/Escuelas de Medicina, Enfermería y otras profesiones de salud • Institutos/Centros de investigación científica y tecnológica • Laboratorios de producción de medicamentos, derivados de sangre e insumos de salud • Agencias reguladoras (de seguros-de proveedores-de derechos en salud-de flujos financieros) <p>Subsistema privado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseguradoras: <ul style="list-style-type: none"> * De reparto/solidarias/sin fines de lucro (esquema abierto/planes cerrados para grupos específicos) * Planes individuales con fines de lucro (esquema abierto/planes cerrados para grupos específicos) • Prestadores de Servicios: <ul style="list-style-type: none"> * No lucrativos (ONGs; instituciones de beneficencia, otros) * Lucrativos (individuales/médicos; establecimientos) • Universidades/Escuelas de Medicina, Enfermería y otras profesiones de salud • Industrias/Empresas importadoras de equipamientos, instrumentos, medicamentos, materiales e insumos de salud

3.2 Análisis Institucional

Para efectuar el análisis institucional de un subsistema específico, son posibles diversos enfoques, todos dedicados al conocimiento y entendimiento **del complejo de estructuras, reglas y normas que rigen y gobiernan el funcionamiento y la operación de ese subsistema**. Para los propósitos de la presente metodología, se ha escogido un **enfoque sistémico combinado con un análisis de las funciones básicas de funcionamiento y desarrollo del sistema en su conjunto y de sus interrelaciones**. Ello, debido al creciente consenso de considerar que el papel del Estado es crucial en la mejoría del desempeño global de los sistemas de salud y en el impacto de sus políticas sectoriales y, al mismo tiempo, de asumir que su rol debe ser diferente al que tradicionalmente desempeñaba (11).

3.2.1 Estructura de los sistemas de salud

Aunque los modelos típicos de sistemas de salud hayan ejercido gran influencia en el desarrollo del sector en la región, ninguno de los modelos ideales ha sido puesto en ejecución en forma pura por los países y se pueden identificar cuatro distintas modalidades organizacionales, según se trate de un sistema único o compuesto de subsistemas, conforme a lo presentado en el Cuadro 3.5 (12).

Los **sistemas únicos** operan a través del Ministerio de Salud como único actor institucional o acompañado de otras expresiones del poder público, como entes descentralizados o desconcentrados. Bajo esta modalidad, el Estado es el principal proveedor de servicios de salud tanto preventivos como curativos y también realiza las funciones de financiamiento y aseguramiento al interior del sistema. Por lo general, no hay separación de funciones y el sistema no opera sobre un conjunto explícito de bienes y servicios a garantizar, sino más bien sobre la lógica de la cobertura universal. En las últimas décadas se observa, en varios países de la Región, una tendencia a la compra de servicios por parte del Estado a proveedores privados o a entidades para-estatales autónomas, en un procedimiento conocido como «externalización o tercerización».

En los **sistemas mixtos**, el subsistema público opera, en la mayoría de los casos, de esa misma forma, pero su cobertura se concentra preferentemente en los indigentes y en los no «derecho-habientes» de los otros subsistemas. Con frecuencia el Ministerio de Salud también opera como reasegurador implícito de último recurso para aquellos usuarios que no pueden seguir financiando el costo de sus atenciones de salud en los otros subsistemas.

En algunos países como Canadá, Costa Rica y Chile, el sistema público ha adoptado otra modalidad de operación, basada en un conjunto definido de bienes, servicios y prestaciones a garantizar. En estos casos, el sistema público opera como un **Seguro Público** que puede ser universal (Canadá) o dominante en un mercado donde coexiste con aseguradores privados (Chile). La condición de acceso o de «derecho-habiente» está dada por la calidad de ciudadano (Canadá) o por la inscripción en el Seguro (Chile). Bajo esta modalidad, el sistema en su conjunto funciona como un modelo de prepago financiado con aportes del Estado, de los trabajadores y empleadores en forma de impuestos por planilla, y de los usuarios en forma de impuestos generales y copagos. La cobertura de los aseguradores públicos oscila entre un 100% y un 65% de la población.

El **Seguro Social** está destinado a otorgar cobertura de salud en caso de enfermedad y embarazo a los trabajadores formales activos y pasivos con derechos establecidos ante la ley y en algunos casos a sus dependientes. En general, funciona como un modelo de prepago, financiado con aportes de los trabajadores, de los empleadores y ocasionalmente del Estado y a veces con exigencia de copagos para el otorgamiento de algunas prestaciones específicas. Su cobertura es muy variable en los diversos países de la Región pero, en general, cubre una proporción pequeña de población, entre un 15% y un 30% de la población total del país, excepto en los casos de Argentina y Uruguay donde constituye la base del sistema. Cuando el Seguro Social sólo cubre un segmento minoritario de la población, este subsistema generalmente cuenta con mayores recursos que el subsistema público y la calidad percibida por los usuarios es usualmente mayor que en el subsistema público.

El **subsistema privado** por su parte, se divide en dos conjuntos distintos:

- a) Con fines de lucro, formado por empresas de diversos tamaños orientadas a la provisión (clínicas, hospitales, centros de atención ambulatoria) y al aseguramiento (seguros, empresas de medicina prepagada). Este conjunto de actores privados está dirigido predominantemente hacia la población de mayores ingresos y centrado en servicios de carácter curativo. Por lo general, ofrece condiciones de atención más eficientes y en instalaciones más cómodas y, aún cuando la calidad técnica de la atención no sea superior a la de los otros subsistemas, es percibida como superior por los usuarios. En términos de financiamiento, utiliza diferentes mecanismos que van desde el pago directo por cada atención por parte del usuario, hasta planes de seguro sobre la base del prepago de primas ajustadas por riesgo y copagos. Las farmacias y otros sistemas de venta de medicamentos e insumos clínicos también se pueden clasificar dentro de este conjunto, aunque en este caso los clientes corresponden a personas de todos los estratos socioeconómicos. Las farmacias o droguerías constituyen a menudo, un sustituto de la atención médica entre los más pobres y el lugar donde gastan la mayor cantidad de los recursos que destinan a la salud.
- b) El otro conjunto de actores privados es aquel sin fines de lucro, formado entre otros por: ONG's, organizaciones de servicio a la comunidad (Cruz Roja, Rotarios, etc.), proveedores de medicina tradicional y sistemas comunitarios (microseguros). Están dirigidos, principalmente, a atender las demandas de salud de la población en extrema pobreza y se financian con donaciones de miembros honorarios, actividades de recolección de fondos y pequeños aportes —a menudo ocasionales— de los usuarios de los servicios. Su base de financiamiento es por naturaleza inestable y generalmente pequeña, lo que limita su capacidad de oferta de servicios.

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes dentro de un sistema único de salud, o entre los distintos subsistemas, van a determinar la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto a las demandas de salud de sus beneficiarios. En general, a mayor grado de integración entre los subsistemas, mayor capacidad de respuesta del sistema como un todo. Algunos elementos críticos que van a determinar una menor capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de salud de la población son:

- La **fragmentación**: coexistencia de muchos subsistemas pequeños no integrados que dificulta la garantía de acceso y la prestación de servicios en condiciones similares entre los afiliados a cada uno de esos subsistemas.
- La **segmentación**: existencia de subsistemas centrados en el aseguramiento de segmentos bien definidos y acotados de población, que generalmente supone la existencia de un subsistema público, con insuficientes recursos, encargado de dar cobertura a los grupos de menor nivel de renta y a los indigentes y un subsistema privado, con una mayor disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, concentrado en los segmentos más ricos de la población.
- El **predominio del pago directo**: como mecanismo de financiación del sistema, condiciona la prestación en salud a la capacidad de pago del paciente, generando una mayor inequidad en el sistema (suelen pagar más, proporcionalmente a sus ingresos, los más pobres).

- Mecanismos débiles o poco desarrollados de **regulación**: dificultan la definición de las reglas del juego entre los agentes (usuario - prestador de servicios) del sistema.

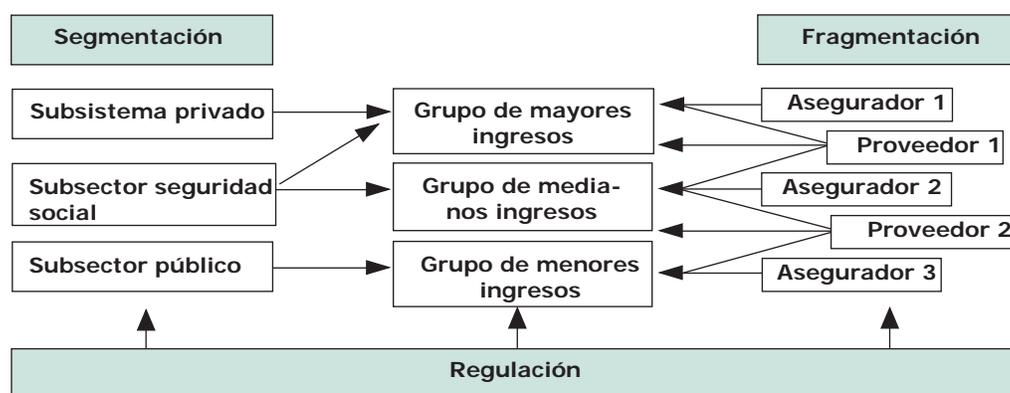
Las fallas de los sistemas públicos frecuentemente dan como resultado que los pobres o grupos de menores ingresos utilizan también el sector privado, particularmente las farmacias, para resolver sus problemas.

Cuadro 3.5: Estructura y características de los sistemas de salud en ALC

Sistema	Características
Público integrado	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema único o subsistema público altamente integrado con el seguro social. • Administración centralizada en el ámbito nacional. • Cobertura universal financiada sobre la base de impuestos, con grados variados de complementación por aportes de empleados y de empleadores sobre la nómina. • Asignación de recursos por presupuestos globales. • Provisión a través de prestadores públicos. • El rol del sector privado es escaso. • Integración vertical sin separación de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión.
Mixto regulado	<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia de diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios, con regulación pública explícita y grados variables de integración. • La Seguridad Social juega un rol importante y puede ser administrada por entidades privadas, sindicales o estatales. • Subsistema privado bien desarrollado tanto en la provisión como en el aseguramiento, que funciona principalmente a través de planes de prepago. • Subsistema público orientado a la población de ingresos bajos y medios • Aseguradores privados orientados a la población de ingresos medios y altos. • Clara separación de las funciones de aseguramiento y provisión y desarrollo de la función rectora en un organismo especialmente dedicado a esas funciones. • La existencia de un conjunto explícito de prestaciones garantizadas es uno de los ejes sobre los cuales opera el sistema. • Sistema de administración estatal con la función rectora compartida entre varios organismos, bajo la coordinación del Ministerio de Salud. • Alto grado de descentralización con participación de los niveles subnacionales de gobierno en la rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión.
Unificado descentralizado	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento público y provisión mixta. • Subsistema público orientado a todos los grupos poblacionales, con meta de cobertura universal e integración en redes territoriales. • La compra de servicios a proveedores públicos, para-estatales autónomos y privados (con y sin fines de lucro) es un eje importante en la operación del sistema. • Gran desarrollo del sector privado en la provisión. • Aseguradores privados existentes pero marginales con relación a la operación global del sistema. • Sin separación explícita de las funciones de aseguramiento y provisión.
Segmentado	<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia de subsistemas heterogéneos de provisión y financiamiento, con bajos o muy bajos grados de integración. • Subsistema público orientado a la población de bajos ingresos, no «derecho-habiente» de los otros subsistemas. • Sector privado orientado a la población de altos ingresos. • Seguro Social muestra en general coberturas más bajas que el universo de afiliados correspondiente. • Escaso desarrollo de la función de aseguramiento, aún en el sector privado. • Función rectora débil y poco desarrollada en el sector público. • No existe separación explícita de funciones.

Fuente: Rosenberg, H. y Acuña, C., *Guía metodológica para el análisis de la exclusión social en salud*, Washington, DC: OPS-OMS/ División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2001.

Figura 3.4: Sistemas de protección de salud y exclusión en salud



3.2.2 Funciones de los sistemas de salud

Una de las más importantes expresiones del debate, todavía no concluido, sobre el rol del Estado en el sistema de salud se concentra en la separación de funciones del sistema sanitario así como en su adjudicación, según el país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas. Existe un consenso general de que esa es una área de estudios que requiere profundización, debido a que los formuladores de políticas y los planificadores sanitarios requieren métodos de análisis y monitoreo del desempeño de las funciones, para informarse si las mismas se están cumpliendo apropiadamente y si un cambio en la forma en que se desarrollan una o más de las funciones mejoraría la equidad y la eficiencia general del sector (13). En ese contexto, los analistas del tema han utilizado históricamente varios modelos de descripción y clasificación de las funciones de esos sistemas, así que pueden adoptarse diversas taxonomías sobre el particular, que siempre estarán sujetas a interpretaciones o agrupamientos. La OPS, basándose en el análisis de los procesos de reforma y reorganización de los sistemas de salud en curso en los países de la Región, utiliza una clasificación que considera cuatro funciones básicas, que siempre deben ser tomadas en cuenta de forma integrada, coherente y armónica.

3.2.2.1 Rectoría

Históricamente, los Ministerios de Salud fueron diseñados para cumplir funciones en el marco de los subsistemas públicos de salud pero, en los últimos años, las responsabilidades fundamentales del Estado en materia de salud vienen experimentando transformaciones importantes a la luz de los cambios generados en el equilibrio entre Estado, mercado y sociedad civil. En el sector salud esas transformaciones han generado una diversidad de entidades con carácter multifuncional. En ese contexto, los Ministerios de Salud vienen enfrentando nuevas demandas de organización, agudizadas por los desafíos planteados por los procesos de reforma del sector y/o por los cambios intensificados en la organización del sistema, que incrementan la necesidad de definir mejores formas de fortalecer e institucionalizar sus capacidades, para ejercer el nuevo papel rector sectorial que les corresponde desempeñar. En este escenario, se desarrolla **el concepto y la práctica de la rectoría en salud**, como un aspecto prioritario de la modernización del Estado, entendida como el fortalecimiento de su función y el incremento de la eficiencia de su aparato.

Cuadro 3.6: Definición de la rectoría de la salud

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

Cuadro 3.7: El poder y deber de la autoridad sanitaria y la sociedad civil

La rectoría en salud, como responsabilidad de la autoridad sanitaria, no puede ser transferida a otras instancias de la sociedad; aunque puede ser compartida entre distintos actores del Estado, bajo ciertas condiciones y normas pre-establecidas.

Cuando se trata de la orientación general de todo el sector y toda la política pública de salud, es indispensable la actuación del Estado en su rol de receptor activo del consenso social en materia sanitaria, como resultado de los «valores compartidos» y el ejercicio del «poder de captación o consenso de la sociedad civil» y, respaldado en el derecho de decidir para toda la sociedad y en el uso legal del poder de autoridad que la democracia le confía, para que las decisiones sean acatadas.

En el Cuadro 3.8 se presenta una definición de las dimensiones de rectoría sectorial (14).

Cuadro 3.8: Dimensiones de la función rectora

- **La conducción de la política** general de salud y las acciones del sistema sanitario en cada país, para preservar y mejorar los niveles de salud de la población, la cual debe enmarcarse en los planes de desarrollo nacional y articularse con los de otros sectores.
- **La regulación y fiscalización** del funcionamiento del sistema de atención a la salud y factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad.
- La organización y ejecución de las **funciones esenciales de salud pública** que son competencia de la autoridad sanitaria.
- **La orientación y modulación del financiamiento** para dar cumplimiento a los planes garantizados de atención a los problemas individuales de salud y a los de salud pública y la asignación eficiente y equitativa de recursos.
- **La garantía de aseguramiento**, con acceso pleno y dignidad en la atención en salud, mediante un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a pro-

mover la «protección social», que garantice planes de salud con financiamiento sostenible para la población y promuevan la equidad y la eliminación de la exclusión en salud.

- **La armonización y control de la provisión** y de las instituciones proveedoras de servicios de salud y demás aspectos relacionados con su funcionamiento descentralizado.

3.2.2.2 Financiamiento

La función de financiamiento comprende la determinación de los recursos financieros disponibles en el sistema de salud o, si fuera el caso, en cada uno de los subsistemas existentes, la recaudación de dichos recursos, sean éstos impuestos, cotizaciones sociales, copagos u otros recursos financieros, y la distribución y asignación de los flujos financieros dentro del sistema. Para fines de la metodología, se adopta un conjunto de definiciones operativas que llevan a denominar financiamiento a la captación de fondos desde la sociedad (empresas y hogares), el Estado y los donantes/prestarios nacionales e internacionales, por parte de agencias legal o contractualmente responsables (gubernamentales, del seguro social, asociativas/mutuales/cooperativas o comerciales) por esta finalidad y la identificación de los principales mecanismos de recaudación (tributos, cotizaciones sociales, primas, pagos directos a proveedores, donaciones, préstamos).

Así, el financiamiento tiene que ver con el origen de los fondos que manejan las organizaciones del sector. A los efectos de éste capítulo, basta señalar que el financiamiento se suele diferenciar en financiamiento público (que proviene de impuestos, cotizaciones, cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios y, eventualmente, enajenación de activos, y es recolectado por el Gobierno o las entidades del seguro social) y financiamiento privado (que proviene de los ciudadanos, es entregado a entidades aseguradoras, a proveedores privados o a proveedores públicos por el pago de ciertos servicios).

Varios países están realizando esfuerzos para mejorar sus sistemas de información sobre financiamiento y gastos en materia de salud y superar dificultades históricas en la obtención de datos sobre volumen y flujos que lleven a decisiones de política de asignación. Con esto, se ha fortalecido la iniciativa de implantar metodologías de Cuentas Nacionales de Salud para suplir esta carencia de informaciones. Si el país ya realizó este tipo de estudio, o si planea hacerlo, es importante mencionarlo e incorporar sus principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

3.2.2.3 Aseguramiento

Según el concepto adoptado por la OPS en esta metodología, la función de aseguramiento consiste en **la garantía de cobertura de los servicios de salud y de acceso a los mismos en caso de necesidad.** Esto conlleva implícitamente la organización y gestión de la prestación de servicios, operativizada por varias modalidades de manejo del riesgo («pooling»), es decir, la asignación y administración de los recursos para garantizar que el riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud sea asumido por todos los miembros del «pool» y no por cada miembro individualmente. Un elemento central de esta función consiste en determinar un conjunto de beneficios, servicios y prestaciones al que una determinada población tiene derecho garantizado, en función de determinadas circunstancias (económicas, personales, familiares) a

cambio de una determinada contribución económica: impuestos generales, aportes al seguro social, primas de seguros privados, o distintas formas mixtas.

La definición de aseguramiento a menudo se presta a confusiones dado que, en la práctica, se utilizan los términos «aseguramiento» y «asegurador» en distintos contextos: (a) como uno de los mecanismos para extender la protección social en salud; (b) como mecanismo de redistribución («pooling») de los riesgos financieros, asociados a las intervenciones de salud; y (c) como actividad propia del asegurador en la forma de un plan explícito o implícito de beneficios, prestaciones y servicios que la entidad aseguradora garantiza a sus afiliados-beneficiarios, de acuerdo a lo contratado o establecido previamente en normas y leyes.

En la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, la responsabilidad del aseguramiento sanitario está **segmentada** entre una o más organizaciones públicas y múltiples organizaciones privadas. En el subsector público puede ser compartida entre distintas organizaciones gubernamentales, definidas según el nivel de gobierno (federal, regional o local), o según la población cubierta (seguro social, Ministerio de Salud, FFAA). Por lo tanto, es fundamental describir y analizar las responsabilidades legales de cada una de ellas, asociadas con sus fuentes específicas de financiamiento, la proporción de la población cubierta, las prestaciones aseguradas y la capacidad operacional de poner en funcionamiento su mandato. En algunos países, la ley fija los servicios y beneficios (conjunto de prestaciones) considerados esenciales para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Hay situaciones en que las prestaciones son distintas según afiliación formal al seguro social o según grupos específicos de riesgo (como por ejemplo el materno-infantil). En estos casos es también esencial señalar estas diferencias.

3.2.2.4 Provisión de servicios

La función de provisión consiste en la atención directa a las personas por parte de personal profesional calificado. Puede ser de distintas naturalezas —promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación— y se desarrolla en, y desde, establecimientos sanitarios de muy diverso tipo: en lugares de vivienda y trabajo; en el domicilio de los médicos, enfermeras o personal de nivel elemental o intermedio; en unidades básicas de salud; en clínicas o ambulatorios especializados; en hospitales complejos, donde se utilizan tecnologías sofisticadas y costosas. Así mismo, las modalidades de atención pueden ser: ordinarias, de urgencia, domiciliarias, consulta ambulatoria, con internamiento. Para efectos metodológicos, es útil distinguir, entre las funciones de salud pública, las actividades de atención de nivel primario (que se realizan en el domicilio o en establecimientos que ofrecen solamente los servicios básicos), de las de nivel secundario (que conducen a internamiento o acceso a unidades ambulatorias de especialidades médicas) y de nivel terciario, formado por hospitales o servicios de alta especialidad.

Los proveedores pueden ser de muchos tipos. Habitualmente se clasifican en públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro. En el caso de los medicamentos y otros productos sometidos a registro sanitario, la provisión suele hacerse en establecimientos especiales denominados farmacias, situadas o no en el interior de otros establecimientos sanitarios o no sanitarios. No siempre las farmacias cuentan con profesional farmacéutico; a veces, una parte de los medicamentos pueden dispensarse sin receta y distribuirse fuera de las farmacias.

3.2.3 Análisis de las funciones según las organizaciones del sector

El cruce de esas cuatro funciones con el listado de las organizaciones de los subsistemas público y privado que se ocupan de forma exclusiva o importante de la atención sanitaria a las personas, en el caso específico de un país, produce una matriz que puede ayudar a sintetizar el análisis institucional en el ámbito nacional o subnacional (Cuadro 3.9). Además, el mismo cuadro puede ayudar a seleccionar las organizaciones que, por su relevancia, merecerán un análisis más detallado (véase Guía Instructiva al final del capítulo).

La matriz permite tener en mente varios elementos, como los siguientes:

- en algunos países, existen fondos gubernamentales para financiar actividades de salud distintos a los de los ministerios (por ejemplo, fondos de emergencia/solidaridad social);
- algunos gobiernos regionales y ciertos municipios tienen fondos de pensiones que ofrecen aseguramiento sanitario a los empleados en actividad y a los jubilados;
- las FF.AA. y algunas grandes empresas públicas, así como algunas privadas, aseguran y, a veces, proveen cuidados de salud a todo su personal o parte del mismo;
- en países con administración federal o sistemas descentralizados, los gobiernos regionales (o de provincia o estado) pueden cumplir todas las funciones en el ámbito de sus competencias;
- pueden existir aseguradoras privadas con y sin fines de lucro; las aseguradoras pueden proveer servicios con recursos propios o contratados (por ejemplo, usando médicos y establecimientos públicos o privados);
- muchas de las normas originadas en el poder público afectan a aseguradoras y proveedores privados, lo que puede hacer necesario estudiar algunas pólizas de las aseguradoras privadas.

Cuadro 3.9: Síntesis de las funciones de los sistemas de salud

Función	Componentes	Organizaciones que la realizan
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> • Conducción • Regulación • Ejercicio de la FESP • Coordinación y armonización de las otras funciones 	Ministerio de Salud, Superintendencia, Organismos Subnacionales de Gobierno, otras Instituciones Gubernamentales
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de fuentes • Colección de recursos • Asignación de recursos al sistema de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Finanzas • Ministerio de Salud • Hogares, trabajadores • Empleadores
Aseguramiento ("pooling")	<ul style="list-style-type: none"> • Administración y asignación de los recursos financieros al interior del sistema de salud para garantizar que el riesgo sea compartido • Gestión de un conjunto garantizado de prestaciones • Afiliación de usuarios • Compra de prestaciones, pago a proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurador (Seguridad Social, seguro público, asegurador privado, seguro comunitario, otro) • Hogares • Instituciones de nivel nacional y subnacional
Provisión	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud • Insumos necesarios 	Proveedor de servicios de salud (público, privado con o sin fines de lucro, comunitario, de medicina tradicional)

3.3 Análisis Organizacional

Una vez caracterizadas las funciones institucionales e identificadas las principales organizaciones que operan en el sistema, el propósito del análisis organizacional es conocer a fondo **la estructura, las capacidades y los recursos financieros, físicos y humanos** de cada una de ellas, teniendo en cuenta que la relevancia de unas u otras organizaciones puede estar determinada por factores estructurales (por ejemplo el peso en la oferta total de servicios de salud a la población, el papel de las universidades en la formación de los recursos humanos) o coyunturales (una huelga de médicos del sector público, una polémica sobre la situación financiera del fondo de seguro social). En este último caso, convendrá validar su inclusión en el análisis. Un criterio útil puede ser determinar si la situación coyuntural es manifestación de algún problema estructural como, por ejemplo, la tendencia a bajos salarios en el sector público.

Como mínimo, deberán ser analizadas las instituciones del subsistema público que atienden a la población general, las del seguro social (así, en este apartado pueden omitirse las FF.AA o el dispositivo sanitario del Ministerio de Justicia), todas las del sector privado que reciban financiamiento público y aquellas otras que atiendan a colectivos importantes de población. Para cada una de ellas convendrá determinar, como mínimo, su historia, marco normativo específico, modelo organizativo, políticas y programas y presupuesto anual. Además, si proveen servicios, convendrá determinar su capacidad instalada y los modelos de atención.

3.3.1 Historia y cultura

En la mayoría de los casos, suele ser suficiente una cronología seleccionada que permita valorar las etapas fundamentales y en qué momento del entorno referencial se encuentra la organización, en forma complementaria y con mayor detalle que en la cronología general de cambios en el sector. Por ejemplo, puede ser muy ilustrativo averiguar cuándo se produjo la última reforma en profundidad, en qué consistió, qué dificultades enfrentó y cuáles fueron los resultados. Para las principales organizaciones (ministerio de salud, seguro social, universidades públicas), será útil añadir una breve caracterización de la cultura dominante en términos de compromisos sociales, disposición de aceptar cambios, respetabilidad por parte de la población, imagen en la prensa, entre otros.

3.3.2 Marco normativo

El modelo organizativo específico puede construirse con los títulos y contenidos de las disposiciones básicas más recientes que afectan a la organización, destacando los puntos más controvertidos de la normativa de aplicación en el momento presente. Conviene ponerle especial atención a la relación entre los valores proclamados, los fines constitutivos y el modelo organizativo de cada una.

3.3.3 Modelo organizativo

Lo relevante es determinar:

- Niveles organizativos de decisión o gobierno, de ejecución o administración y de coordinación o asesoría.
- Grado de centralización/descentralización en la toma de decisiones y en el manejo del presupuesto.
- Grado de concentración/desconcentración en la administración de los recursos.
- Estilo gerencial (pasivo/activo, autoritario/democrático, paternalista/participativo, orientado a procesos o a resultados).
- Grado de desarrollo informático de los procedimientos.
- Accesibilidad a las respectivas burocracias por parte de sus potenciales usuarios.
- Mecanismos de participación social en el control de la gestión.
- Procedimientos de control financiero y de legalidad.

En cada caso, analizar las concordancias y discordancias entre lo establecido y lo cotidianamente vivido como problema por quienes usan y trabajan en la organización, incluido el personal directivo.

3.3.4 Políticas y programas

Cabe distinguir entre las políticas generales y las políticas específicas y programas. Las primeras incluyen los lineamientos y estrategias de la organización para un período considerado (por ejemplo, las grandes prioridades del gobierno en materia de salud suelen traducirse en lineamientos políticos del equipo del ministerio de salud para la legislatura que, en ocasiones, se concretan en planes anuales o bianuales); debe tomarse en cuenta que esas políticas muchas veces son publicadas y otras veces no. Las políticas específicas se refieren a apartados concretos (financiamiento, ampliación/reducción del conjunto de prestaciones aseguradas, expansión de la cobertura de servicios, definición de grupos prioritarios de riesgo, introducción de incentivos o nuevas modalidades de pago a proveedores, desarrollo de recursos humanos, control de calidad, humanización de los servicios, informatización) que, por razones estructurales o coyunturales, adquieren gran relevancia, de modo que tienen un tratamiento específico además de aparecer citados en los documentos estratégicos.

En el caso de las organizaciones públicas y privadas que administran redes de establecimientos sanitarios puede ser conveniente analizar, también, en este punto, los programas que producirán o pretenden producir cambios en el modelo de atención, una vez que se observa una creciente prioridad atribuida a actividades antes poco valoradas, como por ejemplo la salud mental, la atención a los adultos mayores, los cuidados prolongados de pacientes crónicos, la atención domiciliaria («home care») y la redistribución de intervenciones quirúrgicas hospitalarias del internamiento hacia el ambulatorio («outpatient»).

Un elemento básico es la valoración de hasta qué punto el marco normativo y el modelo organizativo —cuya vida media suele ser mayor que la de los equipos de gobierno de las organizaciones—, así como el volumen y la composición del presupuesto, son coherentes o no con las políticas y programas declarados.

3.3.5 Recursos presupuestarios

Con respecto a este tema, es suficiente registrar el volumen total de los presupuestos de ingresos y gastos (lo que da una idea de la complejidad de la organización), los grandes apartados de su clasificación funcional (lo que da una idea de la finalidad efectiva de la misma) y el volumen de gastos por población cubierta (lo que da una idea del grado de presencia real). Todo ello, de ser posible, en un esquema histórico de la última década (pues de esta manera es más fácil determinar la evolución reciente de la organización). (Véase la Guía Instructiva para ejemplo de cuadro).

3.3.6 Recursos físicos y humanos

En relación a la capacidad instalada, puede ser suficiente construir dos cuadros, uno de recursos físicos y otro de recursos humanos, para cada organización seleccionada, organizados también como una serie histórica de la última década. (Véase la Guía Instructiva para ejemplos de cuadros).

3.4 El Rol de la Cooperación Externa

Este apartado tiene como propósito analizar la relevancia de la cooperación externa para el país, de manera general y, con mayor énfasis, la cooperación dirigida al sector salud, tanto en términos económicos como desde el punto de vista de la representatividad de los actores involucrados, la orientación, la gestión y la ejecución. De igual manera, busca describir las sinergias existentes entre las tendencias internacionales actuales en relación a la disponibilidad de cooperación técnica y financiera, y la capacidad del país de acceder a la misma.

3.4.1 Contexto general de la cooperación externa

Todos los países del continente tienen históricamente relaciones con otros países, pero a medida que aumenta la globalización, o la formación de bloques de integración y comercio regional y subregional, estas relaciones se extienden más allá de la diplomacia al manejo de fármacos, reconocimiento de títulos, de seguros, capacitación de recursos humanos, referencia de pacientes para tratamientos complejos, etc.

Además de estos intercambios comunes, la mayor parte de los países de la región también participan de la Cooperación Internacional en Salud, en la que distintos países u organizaciones proporcionan recursos para complementar los esfuerzos nacionales de desarrollo. En algunos casos los volúmenes de dicha cooperación pueden constituir proporciones importantes del total de recursos. En otros casos, aunque la cantidad no sea tan grande, la cooperación externa ejerce una gran influencia en la toma de decisiones sectoriales. Por lo anterior, es importante, si se desea intervenir efectivamente en el sector, tener claro en qué medida la cooperación externa influye como actor en la toma de decisiones. La extensión y grado de detalle de la sección debe reflejar dicha influencia, mereciendo mayor extensión en los países en los que la cooperación externa juega un rol más expresivo, ya sea política y/o financieramente. En esos casos es esencial conocer, por lo menos, los actores relevantes (internacionales y de contraparte nacional) y los modelos de gestión y tipos de financiamiento de la cooperación externa.

En todos los casos (si existieran), se debe establecer y describir los marcos generales y políticos orientadores de la cooperación en salud existente en el país, las leyes, normas y acuerdos internacionales que rigen los procesos de canalización de recursos y los procedimientos para la gestión de las líneas de cooperación. Es necesario, asimismo, tener en cuenta los elementos que en ella se incluyen, por ejemplo, si abarca nutrición, servicios básicos (agua, recolección de basura, sistemas de eliminación de excretas), medio ambiente, formación de recursos humanos en salud u otros.

Además de eso, siempre es útil conocer la distribución de las cooperaciones internacionales por sectores, en función de cómo estén organizadas en el país. Una sugerencia puede ser distribuir las por sector agropecuario y forestal, construcciones, servicios básicos (agua, servicios sanitarios, electricidad), desarrollo industrial (comercio y finanzas), transporte y comunicaciones, sector social, medio ambiente, modernización del Estado, cultura y otros. Se sugiere identificar la relación porcentual de las cooperaciones por sectores. Conviene mencionar también el monto y la proporción de la cooperación dirigida al sector social en relación al total.

En el mismo marco, describir las fuentes de financiamiento y la proporción de fondos reembolsables y no reembolsables asignados y establecer la distribución de la cooperación por sectores (por ejemplo salud, educación, vivienda, empleo, servicios básicos, previsión social y otros). En este caso un gráfico circular (de pastel) es una forma simple y expresiva de presentar la información. Definir, además, la tendencia de la cooperación para el sector social en los últimos 10 años (1993-2003). Se debe agregar un cuadro adicional, estableciendo el total de la ejecución anual realizada de estas cooperaciones, por cuanto se debería presentar información sobre el comportamiento y la tendencia de los montos de las ejecuciones de programas y proyectos activos en los últimos 10 años. (Véase Guía Instructiva para ejemplos de los cuadros).

Otra información que es esencial consignar es la utilización de los recursos originados por la cooperación internacional, según el tipo de actividad y la población beneficiaria. Se puede presentar un cuadro adicional exponiendo los montos de los recursos por organismos cooperantes según el objeto o categoría de gastos, que podría incluir obras de infraestructura, equipos, fármacos, desarrollo de recursos humanos y/o sistemas (recursos destinados a acciones para la gerencia). Por otra parte, se pueden describir las poblaciones objeto de los programas, es decir, si va dirigido a la madre, al niño, a la niñez, a la adolescencia, a los indígenas, a la tercera edad o a la población en general, así como también los programas de salud activos, tales como VIH/SIDA, diabetes, dengue y tos. (Véase ejemplo en Guía Instructiva).

3.4.2 Actores relevantes en la cooperación externa

Para el análisis detallado de la cooperación internacional, es esencial conocer el conjunto de actores involucrados, considerando por lo menos dos grandes grupos: los cooperantes internacionales y los organismos nacionales públicos y privados que hacen de contraparte.

3.4.2.1 Cooperantes internacionales

a. Organismos multilaterales:

- **El sistema global de Naciones Unidas.** Se especializa en cooperación técnica y no financiera. Tiene organismos especializados en salud, específicamente (OPS/OMS) o indirectamente (Organización Internacional del Trabajo-OIT, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, los Fondos de Naciones Unidas para la Infancia y la Niñez-UNICEF y Población-FNUAP, etc.). El sistema de las Naciones Unidas se coordina con los gobiernos a través de una oficina de cooperación internacional, generalmente inscrita en el Ministerio de Planificación. La programación se hace de acuerdo a algún plan o prioridad nacional. Hay que recordar que muchas veces no es evidente para las oficinas de planificación el componente de salud de los programas de cooperación en discusión.
- **El sistema regional interamericano.** Su labor está centrada en apoyo de tipo político (Organización de Estados Americanos, OEA); en un programa importante de recursos humanos, principalmente de apoyo a investigaciones y estudios técnicos por medio de becas (Comisión Económica para América Latina, CEPAL) y en cooperación técnica en ciertas áreas, principalmente salud, a través de la Organización Panamericana de la Salud, OPS (15).

- **Las instituciones financieras internacionales (IFI).** Actúan, generalmente, bajo la modalidad de préstamo. Aunque se especializan en aportes de capital, la tendencia reciente apunta también al uso de esta modalidad para financiar ajustes estructurales, donde se financian grandes reformas del aparato estatal, las que afectan directamente al sector salud. También suelen tener un componente de cooperación técnica que en algunos casos puede no ser reembolsable. Existen dos tipos de IFI, las globales y las regionales. Las globales están formadas por el grupo del Banco Mundial (BM) y sus subsidiarias. Entre las regionales, las principales IFI son el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Caribeño de Desarrollo (BCD), el Banco Norteamericano de Desarrollo (BND) el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y la Corporación Andina de Fomento (CAF).

b. Organismos Públicos Bilaterales: generalmente estas instituciones representan la cooperación técnica y financiera de los países industrializados. Muchas de las instituciones bilaterales también tienen representación nacional. Recientemente, varios países del continente (Ej. Brasil, Chile) han establecido agencias de cooperación, las que generalmente son efectivas en la provisión de recursos no financieros, especialmente cuando existe la posibilidad de lograr una efectiva cooperación técnica entre los países. Las bilaterales responden a los intereses de sus países, que van de lo comercial a lo político y muchas veces tienen definidas áreas y países de interés. Sus prioridades son establecidas en la sede y la búsqueda de ámbitos de colaboración es un proceso de negociación entre prioridades nacionales y la de los colaboradores. Usualmente apoyan a instituciones públicas, financian o respaldan a ONGs, donan medicamentos y equipo, conceden becas, etc.

c. Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro: Existen dos grandes grupos de ONG's, las financieras y las de abogacía. Entre las primeras se incluyen una serie de fundaciones que se interesan en el sector social, como la Gates, la Ford y la Rockefeller. Las instituciones de abogacía persiguen causas específicas, como la diabetes o el cáncer. Las ONG's internacionales tienen una flexibilidad muy variable. La mayoría tiene agendas y temas de interés específicos que es importante conocer a fin de establecer los vínculos necesarios cuando sean directos, o abrirlos cuando no lo sean.

d. Organizaciones privadas: Una gran cantidad de fundaciones, creadas bajo la protección y financiamiento de empresas privadas de carácter internacional, puede asumir diversas responsabilidades. Es el caso del financiamiento dirigido hacia agentes gubernamentales y no gubernamentales o, a veces, a la provisión de productos que les son propios, como los productos farmacéuticos.

3.4.2.2 Instituciones nacionales de contraparte

Para ese grupo de actores, se deben citar las instituciones locales, de acuerdo a la siguiente clasificación:

- entidades que participan en la intermediación de los recursos, o
- instituciones de contraparte para la ejecución de los programas y los proyectos, sean gobierno (central y entes descentralizados como gobernaciones y municipios), ONGS, universidades.

Es necesario describir si existen oficinas o unidades encargadas de la cooperación externa en el área de la salud, y la función que cumplen. De igual manera es importante señalar si existe algún plan de desarrollo nacional en el cual se circunscriben las actividades de cooperación externa.

3.4.3 Modelo de gestión y tipos de financiamiento de la cooperación externa

En el pasado, la cooperación internacional se centraba en proyectos específicos que podían resultar en dispersión y uso ineficiente de los recursos. Debido a esto, la comunidad internacional ha elaborado una serie de instrumentos tendientes a sincronizar los aspectos, tanto internos como externos, de la cooperación. Entre ellos cabe destacar el sistema AMPES de la OPS, la Estrategia de Colaboración de País (CCS) de la OMS, el UNDAF de las Naciones Unidas, así como los programas de las IFI. Entre los mecanismos más recientes se encuentran los SWAP (Programa sectorial de apoyo) que coordinan la cooperación externa con la programación nacional. En los países más pobres o endeudados existe también el HPIC (estrategia contra la pobreza), la que generalmente incluye importantes elementos sociales y de salud. La mayor parte de estos mecanismos requiere un análisis sectorial previo para conocer las necesidades de cooperación técnica, el que generalmente termina produciendo un Plan Maestro de Inversiones en Salud y otras recomendaciones paralelas de mejoría de sistemas.

Esos mecanismos todavía no logran superar completamente el riesgo de fragmentación del esfuerzo de cooperación ya que, por lo general, cada cooperante internacional tiene un ciclo propio de programación y una forma de canalización y monitoreo del uso de los recursos, así como su propia modalidad de evaluación de los resultados. En ese contexto, el rol rector de las autoridades nacionales sobre la cooperación externa asume un papel indispensable para coordinar e integrar esos esfuerzos de dirección con miras a buscar la máxima eficiencia posible en el uso de los recursos.

El análisis profundo del financiamiento de origen internacional permitirá identificar el grado de dependencia que tiene el sector salud de la cooperación externa, así como su tendencia y su impacto en la resolución de los principales problemas del sector. Al efecto se puede utilizar la siguiente forma de clasificación de los tipos de aportes de recursos:

- a. **Préstamos:** consisten en dineros entregados al país (prestatario) para efectos específicos, y que deben ser devueltos al prestador bajo las condiciones negociadas. Su volumen rara vez es de menos de un millón de dólares y puede ser mucho mayor (hasta miles de millones). Sus condiciones incluyen: períodos de gracia (período durante el cual no es necesario comenzar a devolver el préstamo), plazo (período en el cual se devuelve el préstamo y sus intereses), e intereses (el pago por el costo del dinero y de los factores de riesgo asociados al prestatario). Algunos países de menor desarrollo relativo tienen acceso a condiciones privilegiadas, como son plazos más largos de pago, períodos de gracia extendidos y menores tasas de interés.
- b. **Préstamos no reembolsables:** Generalmente concedidos por las IFI. Están relacionados con la preparación de los préstamos, rara vez exceden el millón de dólares, sus duraciones son limitadas y pueden ser bastante importantes cuando las inversiones de capital no son muy grandes. Algunas IFI los llaman cooperación técnica.

- c. **Créditos de exportación:** Son préstamos para operaciones comerciales de inversión de capital. Generalmente sólo son aplicables a productos o servicios del país que otorga el crédito. El volumen puede ser ilimitado y su duración depende del proyecto mismo.
- d. **Donaciones:** Aparte de las donaciones de recursos no financieros (que cubren la mayoría de estos casos), este instrumento no suele ser muy importante en volumen (aunque sí en impacto). Generalmente lo manejan los entes no gubernamentales.
- e. **Cooperación Técnica:** Esta se asocia a los programas regulares de las agencias de cooperación técnica de los sistemas mencionados, incluyendo las bilaterales. Generalmente, acompaña programas negociados con el país a nivel nacional, aunque se está abriendo la posibilidad de actuar con los niveles descentralizados.

Guía instructiva para el análisis de la estructura, organización y políticas del sector y de la cooperación externa en salud

Caracterización del sector

- ¿Cuáles son los valores básicos referidos al sector salud, proclamados por la Constitución? ¿Concuerdan con los tratados internacionales suscritos por el país? ¿Cuál es el concepto de salud establecido en la Constitución o en la legislación básica? ¿Está incluido el derecho a la protección de la salud? Si así fuera, ¿en qué términos? ¿Cuándo fue introducido en la Constitución o legislación? ¿Hubo cambios en la última década?
- ¿Define la ley qué se entiende por «sistema de salud» y qué subsistemas lo forman? ¿Define la ley las responsabilidades exclusivas y las compartidas de los subsistemas público y privado y las relaciones entre ellos? ¿Establece la ley posibilidades y reglas de contratación de proveedores/ aseguradores privados por el poder público? ¿Fija la ley las relaciones entre el subsector sanitario público gubernamental y la(s) agencia(s) del seguro social? Si así fuera, describirlas; si no, ¿cómo se establecen dichas relaciones?
- Si el país funciona bajo una administración descentralizada ¿Está definido el reparto de atribuciones sanitarias entre los niveles central, intermedio y local de la administración en materia de salud? Si no hay descentralización, ¿existen normativas o políticas sobre desconcentración de la gestión de los servicios de salud?
- En el gobierno central ¿qué otros departamentos u organizaciones son relevantes además del Ministerio de Salud? ¿Por qué? En los Gobiernos regionales y locales ¿qué otros departamentos u organizaciones son importantes? ¿Por qué?
- ¿Existen conflictos frecuentes de atribuciones entre los niveles central, intermedio y local de la administración en esa materia? Si así fuera, ¿por qué?, ¿sobre qué materias?, ¿cómo se resuelven? Mencionar ejemplos.

- Si existen planes de desarrollo, ¿forma el sector salud parte de ellos? ¿en qué términos? ¿Existen políticas explícitas, programas de acción o planes de salud? Si así fuera, resumir su proceso de elaboración, objetivos, indicadores de logro y plazos.
- ¿Existen procesos formales y/o legislación específica sobre Reforma del Estado y de su aparato administrativo? ¿Están los organismos públicos de salud directamente mencionados en las políticas de Reforma del Estado?
- ¿Existen marcos formales definidos para la acción intersectorial en salud? ¿Existen acuerdos entre diversas entidades de la Administración del Estado, entre el Estado y el sector privado o entre el Estado y la sociedad civil u organizaciones de la comunidad?

Análisis institucional

- ¿Cuál es el grado de liderazgo del Ministerio de Salud y de su titular en la formulación de problemas de salud, el diseño de las estrategias de solución y la orientación de los programas y servicios?
- ¿Cómo es el proceso de establecimiento de las Leyes y Normas del Sector Salud? ¿Están dadas las definiciones principales en la Constitución, en Leyes o en Decretos y Reglamentos? ¿Cuáles son las etapas fundamentales de producción de las leyes básicas del sector? ¿Cómo funcionan las relaciones entre los Poderes Legislativo y Ejecutivo?
- ¿Cuáles son las etapas y procedimientos para la producción de las normas de desarrollo de las leyes (decretos, órdenes, instrucciones, etc.)? ¿El rango de las normas suele ser acorde con la importancia de la materia que tratan? Si no fuera así, ¿por qué? Mencionar ejemplos.
- ¿Existe un organismo tipo «Consejo Nacional de Salud»? Si así fuera, ¿quiénes lo forman?, ¿cómo funciona?, ¿con qué resultados? ¿Existen Comisiones Interministeriales o interniveles en el gobierno para concertación e integración de acciones? Si así fuera, ¿quiénes las forman?, ¿cómo funcionan?, ¿con qué resultados? ¿Existen eventos nacionales de definición de políticas y prioridades, tipo Conferencias o Simposios Nacionales de Salud?
- ¿Se están adoptando medidas para fortalecer el rol rector de las autoridades sanitarias? ¿Cuáles?
- ¿Existen estudios actualizados sobre financiamiento del sector? ¿Existen estudios sobre financiamiento por subsectores? ¿Quién los realiza? ¿Cuál es su grado de confiabilidad? ¿Se publican? ¿Se usan para la toma de decisiones? ¿Existen estudios actualizados sobre gasto en salud, total y por subsectores? ¿Quién los realiza? ¿Cuál es su grado de confiabilidad? ¿Se publican? ¿Se usan para la toma de decisiones? ¿Realizó el país algún estudio de Cuentas Nacionales de Salud? ¿Cuándo? ¿Con cuáles resultados?
- ¿Quiénes son los principales agentes financiadores y gestores? ¿Es el gasto en salud y su financiamiento una preocupación del gobierno o de la opinión pública? Si así fuera, ¿por qué? ¿Se introdujeron cambios recientes en las fuentes y mecanismos de recaudación de fondos? ¿Facilitan o dificultan esos cambios la disminución de la exclusión en acceso a servicios?

- ¿Cuál es el porcentaje de cobertura y contenido de los principales regímenes o modalidades del aseguramiento sanitario público? ¿Cuál el del aseguramiento sanitario privado?
- ¿Existen políticas explícitas de ampliación de protección social en salud o de garantía de cobertura universal? Si así fuera, ¿cuáles son sus resultados hasta el momento? ¿Quién y cómo se atiende a la población no asegurada?
- ¿Cuáles son las principales redes de provisión de servicios de salud? ¿Cuáles tienen un papel dominante? ¿Cómo se relacionan entre sí?

Cuadro 3.10: Matriz de análisis institucional

Organizaciones	Funciones				
	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y fiscalización			
Gobierno central • Minist. de salud • Minist. de justicia • FF.AA • Otros					
Instituciones del seguro social					
Gobierno regional (provincia, estado, departamento)					
Gobierno local (distrito, municipio, etc.)					
Aseguradoras privadas • sin lucro • con lucro					
Proveedores privados • sin lucro • con lucro					

Análisis organizacional

En relación al Ministerio de Salud, la(s) agencia(s) del seguro social o las principales entidades aseguradoras privadas que reciben financiamiento público:

- ¿Cuál fue su fecha de creación y la fecha de su última modificación profunda? ¿Hubo algún intento previo de reforma? Si fuera el caso, ¿en qué consistió?, ¿cómo se desarrolló?, ¿cuáles fueron los resultados?
- ¿Cuáles son los valores explicitados y los fines constitutivos de la organización? ¿Cuál(es) es/son las normas de referencia? ¿Cuáles son los tres o cuatro elementos fundamentales de cada norma?

- ¿Cuál es el modelo organizativo, el organigrama vigente y los problemas señalados? ¿Cuál es el estilo gerencial dominante? Citar ejemplos. ¿Cuál es el grado de descentralización en la toma de decisiones y en el manejo del presupuesto? Citar algún ejemplo. ¿Cuál es el grado de desconcentración en la administración de recursos? Citar ejemplos.
- ¿Cuál es el grado de informatización de los procedimientos? Citar ejemplos.
- ¿Cuál es el grado de accesibilidad horaria, de trato y de información de la administración respectiva en relación a los usuarios? ¿Hay orientación de servicio al cliente? ¿Cuáles son los mecanismos de participación social en cada nivel institucional? ¿Son formales o reales? ¿Cuáles son los mecanismos de control financiero y de legalidad? ¿Cómo funcionan?
- ¿Cuáles son las políticas generales y específicas y los principales programas proclamados por el equipo de gobierno de la organización? ¿Cómo fueron diseñados? ¿Son conocidos al interior de la misma? ¿Se han difundido hacia afuera? ¿Cuál es el grado de concordancia/discordancia entre el marco normativo, el modelo organizativo y las políticas y programas proclamados?
- ¿Cuál es volumen total de recursos financieros, personal empleado y población atendida?
- Para las organizaciones que brindan atención a las personas, completar los cuadros correspondientes a recursos físicos y recursos humanos.

Cuadro 3.11: Recursos presupuestarios de la organización

Año	Recursos					
	Total de ingresos	Gastos			Superávit/ Déficit	Gastos per capita
		Personal	Otros recurrentes	Inversiones		
Más reciente disponible						
Hace 5 años						
Hace 10 años						

Cuadro 3.12: Recursos físicos de la organización

Año	Recursos			
	Consultorios rurales	Consultorios urbanos	Camas hospitalarias	Hospitales/ Servicios de tercer nivel
Más reciente disponible				
Hace 5 años				
Hace 10 años				

Cuadro 3.13: Recursos humanos de la organización

Año	Recursos		
	No. de médicos	No. de enfermeros	No. de otro personal sanitario
Más reciente disponible			
Hace 5 años			
Hace 10 años			

Cooperación internacional en salud

- ¿Cuáles son los marcos legales e institucionales y los procedimientos para la obtención de recursos a través de la cooperación externa para el sector salud? ¿Cuál ha sido el comportamiento y la tendencia de la cooperación con el país? ¿Cuáles son las tendencias esperadas, en términos de cooperación, para los próximos años? ¿Existen cooperaciones que se encuentran en proceso de negociación para el sector? ¿Cuáles son los montos en negociación y a qué sectores están dirigidos?
- ¿Cuál es el monto global de las cooperaciones en el país? ¿Cuál es el monto y la distribución por sectores? ¿Cuál es la relación entre la cooperación total, el sector social y el sector salud? ¿Cuál es la distribución de la cooperación social y cuáles son los principales actores?
- ¿Cuál es la relación de la distribución de la cooperación por destino y según las categorías de gastos? (si van dirigidos a obras de infraestructura, equipos médicos, provisión de fármacos, asistencia técnica, desarrollo de recursos humanos, promoción, fortalecimiento institucional, sistemas de información, administración de programas).
- ¿Cuáles son las principales entidades financiadoras y cuál es la relación entre las cooperaciones reembolsables y no reembolsables? ¿Cuál es la proporción de cooperación de acuerdo a los actores?
- ¿Cuáles son los modelos emergentes de gestión de las cooperaciones y cuál ha sido la tendencia en los últimos tiempos? ¿Existe diferencia entre la modalidad de gestión de la cooperación social y de la global? (se puede agregar una pequeña descripción de las capacidades de gestión y los principales inconvenientes para la ejecución oportuna de los recursos).
- ¿Permiten las modalidades de ejecución la tercerización, sea de la administración o de la entrega de la prestación de servicios? Si así fuera, cuantificar los organismos que poseen la mencionada estrategia y agregar bajo qué marcos normativos (se pueden resaltar algunas experiencias innovadoras de gestión que se estén desarrollando con éxito con algunas entidades, señalando si los modelos provienen de los organismos financiadores o si forman parte de los nuevos marcos vigentes de los países para el mejoramiento de la gestión).
- ¿Cuál es grado de ejecución de los proyectos en curso? ¿Cuál es el promedio de tiempo de ejecución de los proyectos? Para cada cooperación existente, describa los resultados esperados y el porcentaje de cumplimiento de acuerdo al avance del programa.

- ¿Existen evaluaciones de impacto de los proyectos? ¿Cuáles son los resultados de las mismas y las experiencias que se tienen al respecto? ¿Cuáles son las principales dificultades para medirlo?

Los siguientes cuadros son útiles para presentar la información de los recursos financieros presupuestados y ejecutados en la última década. También se pueden utilizar gráficos lineales o de barras para presentar sintéticamente los datos.

Gráficos circulares (de pastel) pueden ser utilizados para presentar la siguiente información:

Cuadro 3.14: Recursos financieros de la cooperación externa, 1993-2003 (en US\$)

Recursos	Año											Total	%
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003			
Reembolsables													
No reembolsables													
Total													

Fuente:

Cuadro 3.15: Montos de la ejecución presupuestaria de la cooperación externa por año de aprobación, según devolución, 1993-2003 (en US\$)

Recursos	Año											Total	%
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003			
Reembolsables													
No reembolsables													
Total													

Fuente:

Cuadro 3.16: Distribución porcentual de los financiamientos por destino

Fuente de financiamiento	Destino						
	Salud pública		Atención de las personas			Administración	Regulación
	Promoción	Prevención	Atención primaria	Atención secundaria	Atención terciaria		
BIRF							
BID							
Bilaterales							
OPS							
UNICEF							
PNUD							
Otros							
Total							

Fuente:

¿Dónde obtener la información?

Los Perfiles de Sistemas de Salud, elaborados por los países y difundidos por la OPS a través de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, contienen información que puede ser de utilidad en la elaboración de este capítulo. Estos pueden ser encontrados, en el idioma oficial de cada país y en inglés, en la página electrónica de la Iniciativa (www.lachealthsys.org) en donde se encuentra también un listado de publicaciones y una base de datos de texto completo de 650 documentos de literatura gris.

Los temas institucionales relacionados con las organizaciones del sector son objeto frecuente de investigación académica y operativa en muchos países y, además, objeto de estudios específicos, publicados como libros o artículos, en revistas nacionales o internacionales (La Revista Panamericana de Salud Pública de la OPS es un ejemplo y la misma puede ser consultada en la Biblioteca Virtual de Salud Pública —<http://www.brsalud.org>—), siendo muchos de ellos, además, temas de investigación presentados como tesis de maestría o doctorado o informes de investigación de las Escuelas de Salud Pública, de los Centros de Investigación y de las Universidades. La CEPAL publica un conjunto de estudios sobre cada país y la región en sus series de Políticas Sociales, Políticas Fiscales y Gestión Pública que son muy útiles. Algunos están disponibles en forma electrónica (www.cepal.cl) y otros deben ser solicitados a su oficina de publicaciones.

La lectura de la Constitución, la Ley Básica de Salud y la Ley de Seguridad Social puntualizan buena parte de los temas mencionados. Son textos fáciles de encontrar en los ministerios de salud, en las agencias del seguro social y en las Bibliotecas de los Congresos Nacionales. Las páginas electrónicas de Internet de esas mismas organizaciones también son fuentes pertinentes para encontrar ese tipo de información. Normalmente, existen documentos oficiales sobre los procesos de Reforma del Estado y Reforma del Sector Salud que pueden ser muy útiles. Además, la información relevante sobre los debates parlamentarios y las políticas generales de los actores sectoriales aparece en las páginas especializadas de los diarios y revistas de circulación general. Algunos Poderes Legislativos publican boletines y periódicos o disponen de páginas electrónica, con síntesis de los principales temas debatidos y aprobados en el Congreso Nacional.

En los ministerios de planificación, se pueden encontrar leyes de planeación y planes de desarrollo y, eventualmente, las normas básicas sobre el reparto de competencias entre los distintos niveles del gobierno y la administración. En algunos países, existen asociaciones de municipios y consejos de gobernadores o secretarios de los estados (de finanzas, planificación, salud) que suelen divulgar estudios, recomendaciones o demandas al gobierno central. La consulta de estos documentos añade información privilegiada sobre las relaciones federativas e intergubernamentales. La información financiera y sobre gastos puede recabarse en los ministerios de finanzas; la referente a los procedimientos administrativos en los ministerios de planificación, Presidencia, administración pública o equivalente y, también, en los ministerios de salud y entidades del seguro social; la referente a la función de provisión, en estos dos últimos.

La información sobre financiamiento, gasto y aseguramiento sanitario requerirá, probablemente, consulta complementaria de documentación no publicada y entrevistas específicas con los respectivos responsables en lo(s) departamento(s) del seguro social, en los ministerios de salud y de planificación o finanzas y

en las Superintendencias de regulación y control de las aseguradoras. Información adicional sobre las aseguradoras privadas puede obtenerse en las propias entidades aseguradoras, que usualmente publican memorias financieras e informes anuales. A veces, puede ser necesario cotejar la información financiera de dichas memorias con la existente en los organismos oficiales. La mayor parte de las asociaciones representativas de ámbito nacional publican boletines periódicos y memorias de actividad y están anuentes a ser entrevistadas, si fuera necesario.

Muchos proyectos financiados por la cooperación externa promueven estudios, investigaciones operativas y consultorías, cuyos informes parciales y finales aportan información relevante. Resulta también de gran valor encontrar referencias escritas o actores de procesos de reforma institucional previos al análisis que se efectúa, porque puede permitir orientar el análisis en torno a los puntos problemáticos o puntuales de la organización, desde el principio. En ocasiones, existen memorias anuales de actividad de cada organización que incorporan elementos de políticas y presentación de resultados que pueden ser de gran utilidad.

La información sobre cooperación externa puede obtenerse en las oficinas de cooperación del ministerio de salud de los países, en las unidades de proyecto de los organismos internacionales, tales como OPS, UNICEF y otros que se encuentran en proceso de ejecución de los proyectos. Con respecto a la gestión, se pueden entregar preguntas a los directivos de los organismos de las propias entidades cooperantes cuando esto sea posible. Para información relacionada con el sector salud y que no es canalizada por los órganos estatales, puede recurrirse directamente a esas entidades o a los ejecutores potenciales. Por ejemplo, las ONG's Internacionales que benefician directamente a otras ONG's locales.

Para obtener información sobre proyectos específicos de agencias bilaterales o multilaterales, puede ser necesario acudir, si fuera el caso, al propio organismo donante o de préstamo o a la Unidad Técnica Coordinadora del Proyecto a nivel nacional. El Banco Mundial (www.worldbank.org) y el Banco Interamericano de Desarrollo (www.iadb.org) también tienen páginas electrónicas que presentan información actualizada sobre los proyectos en ejecución y los ya concluidos y publican series de estudios y documentos sobre los procesos de reforma y las estrategias específicas para cada país, que pueden ser consultados en línea, adquiridos en librerías especializadas o solicitados a sus oficinas de publicaciones.

Bibliografía y notas (Capítulo 3)

- (1) Adaptado de OPS/OMS, Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas, Washington: OPS-OMS/ División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2001.
- (2) Cordeiro, H, A Indústria da Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Graal. 1980.
- (3) Adaptado de Gadelha, C., O complexo industrial da saúde e a necessidade de un enfoque dinâmico na economia da saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- (4) Adaptado de Esping-Andersen, G., The three political economies of the welfare state, Princeton University Press. 1998.
- (5) Adaptado de Roemer M.I., National Health Systems of the World, Oxford University Press, 1990.
- (6) Adaptado de Levcovitz, E., Provider Payment Mechanisms in Brazil, First EUROLAC Forum, The World Bank / CFME-ACTIM, Paris, France, 1999.
- (7) Phyllida Travis et al, Towards better stewardship: concepts and critical issues, Geneve: WHO, 2002.
- (8) Marin, J.M., Fortalecimiento de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias en las Reformas de la Salud, Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 8 No. 1/2, Julio – Agosto, 2000.
- (9) Lopez-Acuña, D., La Naturaleza de las Reformas del Sector de la Salud en las Américas y su Importancia para la Cooperación Técnica de OPS, Washington: OPS-OMS / División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2000.
- (10) Adaptado de Levcovitz, «Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS», Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.
- (11) Kimmo Leppo, Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health systems, Geneve: WHO, 2001.
- (12) Adaptado de Rosenberg, H. y Acuña, C., Guía metodológica para el análisis de la exclusión social en salud, Washington, DC: OPS-OMS/ División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2001.
- (13) Adaptado de OPS/OMS, Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas, Washington, DC: OPS-OMS / División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2001.
- (14) OPS/OMS, La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial. XL Reunión del Consejo Directivo de OPS. Documento CD40/13. Washington, D.C., 1997.
- (15) La OPS/OMS es la agencia especializada del Sistema Interamericano y del Sistema de Naciones Unidas para la cooperación técnica en salud. Cuenta con oficinas de representación en cada país, asesora y apoya a los Gobiernos en los temas relacionados con las condiciones de salud y la operación de los servicios.

RESUMEN DE LA SECCIÓN B:

IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, DE SUS DETERMINANTES Y DE LA ESTRUCTURA/ORGANIZACIÓN DEL SECTOR

Implicaciones del Análisis de la Situación de Salud y de sus Determinantes

El análisis de la evolución de los patrones demográficos es un elemento esencial para estimar la demanda actual y previsible futura a la que habrán de hacerle frente los sistemas de servicios de salud. El análisis de la estructura y dinámica de la población, junto con el análisis de las migraciones deberá ser correlacionado con el análisis de la situación de salud con el objetivo de caracterizar las prioridades en salud de los distintos grupos poblacionales. Ello permite determinar la vulnerabilidad frente a determinados riesgos y daños, así como estimar la cantidad y tipo de servicios requeridos para un determinado país, región o localidad. Igualmente permite determinar la capacidad de las distintas poblaciones de financiar sus propios servicios de salud.

Por su parte, el análisis de la situación de salud deberá aportar evidencia sobre las condiciones de vida y salud de las poblaciones, con énfasis en aquellas susceptibles de intervención mediante acciones promovidas y ejecutadas sectorialmente. Se espera que el análisis de la situación de salud caracterice el estado de salud en sus diversas dimensiones —mortalidad, morbilidad, discapacidad, riesgo— sea mediante la descripción de un perfil de salud basado en indicadores universalmente estandarizados o mediante su comparación con hitos o benchmarks establecidos internacionalmente como, por ejemplo, las metas de los objetivos de desarrollo del milenio.

Adicionalmente, deberá documentar la presencia y extensión de las desigualdades en salud en sus diversas dimensiones: socioeconómica, de género, étnica y cultural, aplicando un enfoque analítico que haga explícita la asociación entre estado de salud y macrodeterminantes de la salud. En ambas aproximaciones analíticas, el análisis de la situación de salud debe considerar simultáneamente dos ejes temporales: la coyuntura y las tendencias, a fin de documentar el nivel de salud alcanzado, así como la dirección e intensidad de sus cambios en el tiempo.

Además de los determinantes demográficos y epidemiológicos existen otros determinantes externos a la situación de salud o al accionar de los sistemas y servicios de salud que tienen que ver con el contexto político, económico y social del país (o provincia, estado o región). Muchos de ellos, afectan a la base poblacional del sector (por ejemplo, la política económica y social del gobierno, el papel atribuido a los sectores público y privado de la economía, el nivel educativo medio o la distribución de la pobreza) o condicionan la historia y/o la organización interna del mismo (por ejemplo, la tradición normativa o el nivel y las modalidades del gasto público social).

Por otro lado, el sector salud no es un mero receptor pasivo de influencias externas: su actividad puede contribuir a modificar algunos elementos del contexto general en el que opera como, por ejemplo, reorientando una fracción sustancial del gasto público, incrementando la productividad social o reduciendo la exclusión social y contribuyendo al desarrollo humano. Su adecuada comprensión, sin pretensión de ser exhaustiva, facilita el análisis de la situación de salud y de las funciones del sistema de servicios de salud y es, también, relevante para la formulación de planes, programas y objetivos de salud como se plantea en la Sección D de esta metodología.

Implicaciones del Análisis de la Estructura y la Organización del Sector

El conocimiento de la evolución histórica del sector salud así como de la estructura y organización del sistema de salud, resulta fundamental a la hora de formular estrategias y acciones, incluidos los procesos de cambio sectorial. También es relevante para orientar a los políticos encargados de la toma de decisiones y a otros actores interesados.

Para ello, es indispensable comprender los valores, la historia, la cultura, el marco normativo y el modelo organizativo de referencia. Ellos condicionan, a veces indirectamente, el comportamiento de los actores sectoriales y pueden, al menos parcialmente, ser los responsables de que soluciones que han funcionado en otros contextos no sean aplicables o produzcan efectos inesperados. Familiarizarse con ellos es el primer e indispensable paso del análisis y un buen ejercicio de reflexión política a la hora de seleccionar estrategias y de diseñar modalidades de implementación. En ese sentido, si el país ya ha emprendido un proceso de cambio o de reforma sectorial en el pasado, será muy conveniente documentarlos y analizar qué se logró y qué nuevos problemas surgieron.

Un ejercicio muy revelador consiste en identificar los problemas o «puntos críticos» detectados en distintas publicaciones sobre el tema de la reforma sectorial y ordenarlos con referencia a los principales actores institucionales del sector (incluidos los agentes de la cooperación externa en salud). Luego, los mismos pueden ser contrastados con: (i) las prioridades institucionales públicamente expresadas por esos actores en sus publicaciones oficiales (o en las declaraciones de sus máximos responsables), y (ii) las prioridades efectivas expresadas en sus respectivos presupuestos de ingresos y gastos.

El documento conteniendo las implicaciones del análisis de la situación de salud y sus determinantes, y de la estructura y organización del sector salud, en el desarrollo del sector debe ser considerado un insumo esencial para el trabajo de los grupos que abordarán los temas incluidos en la Sección C: Funciones del Sistema de Salud. Se sugiere que sea un documento breve (entre 3 y 5 páginas), organizado de forma esquemática de acuerdo al índice de temas de este resumen.

FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

ANÁLISIS DEL
SECTOR SALUD

Sección C

SECCIÓN C

CAPÍTULO 4.

RECTORÍA

ÍNDICE

4.1 Los conceptos de rectoría del sector salud y de autoridad sanitaria	95
4.1.1 ¿Por qué la rectoría es un tema prioritario para el desarrollo nacional de la salud?.....	95
4.1.2 Mapeo de la Autoridad Sanitaria.....	100
4.2 La Práctica de la Función Rectora	102
4.2.1 Dimensiones de la Rectoría en Salud.....	102
4.2.2 Dimensión de Conducción	103
4.2.3 Dimensión de Regulación	105
4.2.4 Dimensión de Modulación del Financiamiento	107
4.2.5 Dimensión de Vigilancia del Aseguramiento.....	108
4.2.6 La Armonización de la Provisión.....	109
4.2.7 Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.....	111
4.3 El Fortalecimiento Institucional de la Autoridad Sanitaria para Ejercer la Función Rectora	112
4.3.1 Perspectivas para el Fortalecimiento de la Función Rectora.....	112
Bibliografía y notas (Capítulo 4).....	119

CAPÍTULO 4. RECTORÍA

El objetivo de la discusión del Concepto y Práctica de la Función Rectora en Salud que se desarrolla a continuación es ofrecer lineamientos generales para la evaluación del desempeño, análisis y fortalecimiento de la Función Rectora que le corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN). Se busca, de ese modo, orientar la transición de la fase de medición y evaluación del desempeño de la Función Rectora a la fase de análisis, con el objetivo central de facilitar la identificación de estrategias puntuales conducentes al fortalecimiento de la función rectora de la ASN. Para ello, el capítulo se ha organizado en tres secciones. El primer acápite aborda los conceptos de Rectoría en Salud y de Autoridad Sanitaria Nacional. El segundo presenta la práctica de la función rectora, centrándose en el examen de las dimensiones de la rectoría, las cuales captan las funciones, responsabilidades y competencias sustantivas que le son propias e indelegables al quehacer de la Autoridad Sanitaria Nacional. El acápite final presenta dos casos de aplicación práctica de los conceptos de Rectoría en salud en países hipotéticos, como base para la elaboración de posibles mecanismos de fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional para ejercer la Función Rectora.

4.1 Los conceptos de rectoría del sector salud y de autoridad sanitaria

4.1.1 ¿Por qué la rectoría es un tema prioritario para el desarrollo nacional de la salud?

Durante la década de 1980 y 1990 los procesos de Reforma del Estado que se implantaron en los países de la Región promovieron la reducción sistemática del tamaño del Estado, y la transferencia de funciones que tradicionalmente ejercía el sector estatal al sector privado y a la sociedad civil. Simultáneamente, el proceso de globalización ha erosionado la autonomía de los estados soberanos mediante el aumento en el flujo de información, de capital, y en menor grado de la fuerza de trabajo contribuyendo a una débil capacidad de gobernancia.¹

Consecuentemente, uno de los temas críticos al cual se enfrentan los países de la Región es el débil desarrollo institucional, factor que repercute en la posibilidad real de desarrollo económico. En el contexto actual se ha vuelto un tema prioritario para los países de la Región la redefinición de los roles institucionales, y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, tales como son la seguridad ciudadana, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables y excluidos.

1. En este contexto, "débil capacidad de gobernancia" se refiere a la falta de capacidad institucional para implementar y dar cumplimiento a las políticas, lo cual es usualmente ocasionado por la falta de legitimidad del sistema político. Ver Fukuyama, F. *State-Building: Governance and World Order in the 21st Century*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.

Cuadro 4.1

RECTORÍA ¿POR QUÉ ES UN TEMA PRIORITARIO?
1 Procesos de Reforma del Estado: Reducción del tamaño del Estado
2 Transferencia de funciones que tradicionalmente ejercía el sector estatal al sector privado y a la sociedad civil
3 Globalización: (a) aumento en el flujo de información, (b) de capital, y (c) de la fuerza de trabajo
4 Erosión progresiva de la autonomía de la Nación-Estado y una débil capacidad de gobernanza

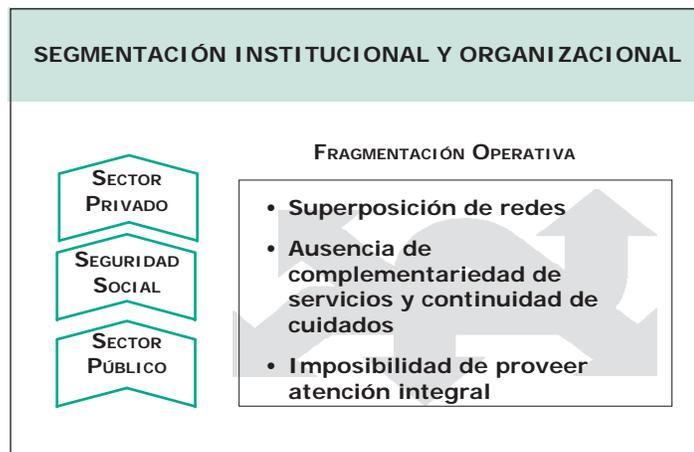
Históricamente en el marco de los subsistemas públicos y de los Sistemas Nacionales de Salud, los ministerios de salud han centrado su quehacer en la función normativa, en el financiamiento y en la función de provisión de servicios de salud. No obstante, los procesos de reforma del sector salud impulsaron fuertemente la descentralización, tanto del Estado como del sector salud, lo cual aunado al surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la tradicional responsabilidad de proveer servicios de salud y a aumentar su ámbito de acción hacia funciones rectoras.(40)

Como consecuencia, se ha hecho evidente una débil capacidad en la Región para ejercer la función rectora y para efectivamente ejercer liderazgo intersectorial. Ante este desafío, los países de la Región buscan fortalecer el papel rector de los ministerios de salud al interior del sector y consolidar el liderazgo del sector salud en su conjunto para efectivamente contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores que inciden sobre el sector salud.(43)

Los procesos de seguimiento de las *reformas del sector salud* evidenciaron tendencias regionales que han repercutido directamente en la capacidad de los países para ejercer la rectoría del sector salud. (20, 21, 22) La mayor parte de los países se caracterizan por tener sistemas de salud mixtos; el ministerio de salud, el sector privado, y las organizaciones de seguridad social prestan servicios a segmentos diferenciados de población. Este escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión genera la *segmentación*.² De igual manera, la existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación e integración dentro del sistema de salud induce a la *fragmentación*; así como a la separación de las funciones del sistema de salud. Esto aumenta el costo de atención de salud y obstaculiza la asignación eficiente de recursos dentro del sistema.

2. Los sistemas segmentados generalmente suponen la existencia de un subsistema público con insuficientes recursos encargado de dar cobertura a los grupos de menor nivel de renta e indigentes y un subsistema privado, con una mayor disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, concentrado en los segmentos más ricos de población.

Cuadro 4.2



Ambos fenómenos, repercuten en el incremento de gastos de administración, la reducción del tamaño de beneficiarios y en el logro de la equidad y de la eficiencia.(2) Asimismo, han impactado en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización; por el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, progresivo aumento en la participación de los seguros privados; y un marcado deterioro de la salud pública.

Cuadro 4.3



Es en este contexto que en 1997 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, mediante la Resolución CD40.R12, (36) solicitaron cooperación técnica de la OPS/OMS tendiente a desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la función rectora como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo institucional del sector salud. De igual manera, solicitaron el intercambio de experiencias nacionales entre los países de la Región relativas al ejercicio de la capacidad rectora de los ministerios de salud y fortalecimiento institucional para ese propósito. Por último, instaron a que se estableciera un proceso permanente de discusión, de producción conceptual y de reflexión sobre la práctica de la función rectora de los ministerios de salud.

Como resultado, la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del **concepto y praxis de la rectoría en salud** como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. En tal sentido, desde 1996, la Organización ha promovido a nivel regional y subregional un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción y mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud, utilizando como insumo fundamental los múltiples esfuerzos y la rica experiencia acumulada por los países de la Región de las Américas, particularmente durante el auge de los procesos de Reforma en la década de los 90. (14, 30, 31, 32)

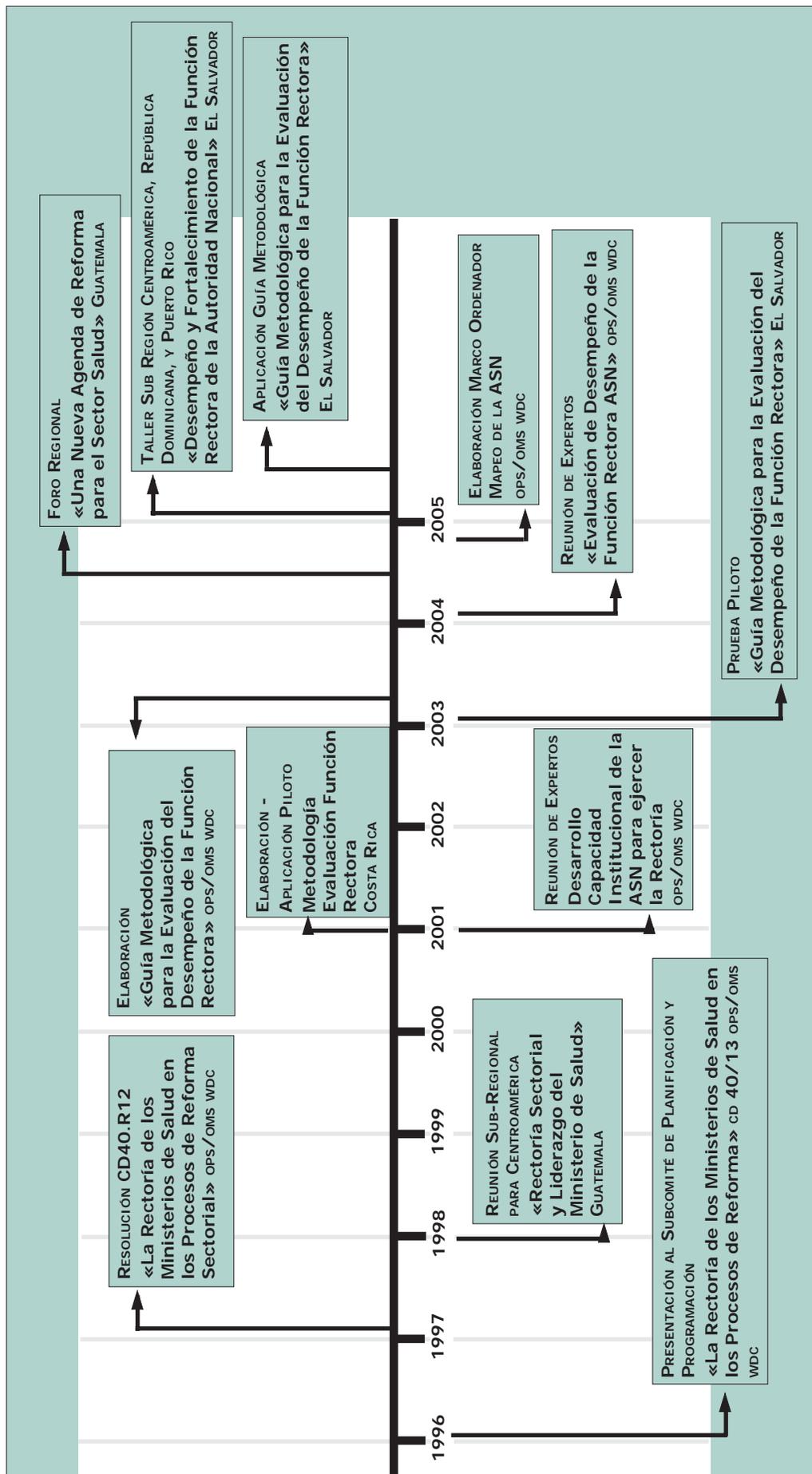
El Gráfico 4.1 muestra un cronograma de los hitos en la evolución conceptual y metodológica de la Función Rectora en Salud en la Región de las Américas, facilitado por la OPS/OMS. Se destacan entre estos la aprobación por los Estados Miembros de la Resolución CD40.R12 «La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial», 1997; la Consulta Regional Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, 2001; el desarrollo del instrumento y aplicación, en 41 países y territorios de la Región, de las Funciones Esenciales en Salud Pública, 2001-2002; y el desarrollo del instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora, 2003-2004.

Como parte de este proceso de desarrollo conceptual, la OPS define la rectoría en salud como **el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales.**

El proceso de fortalecimiento de la capacidad rectora del sector salud lo deberá guiar, en última instancia, el propósito de reducir las inequidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible y de abatir las desigualdades injustas, tanto en lo concerniente al acceso a los servicios personales y no personales de salud, como en la carga financiera que supone el poder acceder a ellos. (38)

Por consiguiente, para consolidar su función rectora sectorial la Autoridad Sanitaria deberá redimensionar y adecuar sus responsabilidades y funcionamiento a las nuevas realidades. Para ello, deberá transitar de una acción fundamentalmente ejecutora hacia una dimensión de acción sustancialmente ordenadora y articuladora de múltiples actores. (5)

Gráfico 4.1: Evolución Conceptual y Metodológica de la Función Rectora en Salud



El Concepto de Autoridad Sanitaria

La Autoridad Sanitaria Nacional es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. Se observan diferencias estructurales en la composición de la Autoridad Sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud.

Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la «Autoridad Sanitaria» y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. No obstante, existe una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado lleven a cabo atribuciones diferenciadas.

Según el peso que tenga la responsabilidad pública, de acuerdo al grado de descentralización de las acciones sectoriales y en razón de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, le corresponderá al ministerio nacional de salud un mayor o menor espectro de competencias. Algunas veces se trata de atribuciones previamente existentes en la práctica o definidas en códigos, leyes o reglamentos. Otras veces se trata de nuevas competencias, para las cuales las instituciones necesitan fortalecer y muchas veces adecuar su funcionamiento, su estructura organizacional y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo. (38)

Por lo tanto se entiende el concepto de «**Autoridad Sanitaria**» como el conjunto de actores/instituciones del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud. Dicha concepción ha llevado a la creación de mecanismos institucionales diversos y complementarios que reconocen múltiples actores en el ejercicio de la autoridad sanitaria y viabilizan el ejercicio de la función rectora por organizaciones más estratégicas, especializadas, ágiles y de alto nivel técnico y científico, con mayor poder de conducción y autonomía y capacidad de delegar funciones operativas.

Cuadro 4.4: Ámbito de Acción de la Autoridad Sanitaria

La rectoría en salud, como responsabilidad de la Autoridad Sanitaria, no puede ser transferida a otras instancias de la sociedad; aunque puede ser compartida entre distintos actores del Estado, bajo ciertas condiciones y normas pre-establecidas. Cuando se trata de la orientación general de todo el sector y de la política pública de salud, es indispensable la actuación del Estado en su rol de receptor activo del consenso social en materia sanitaria, y en el uso legal del poder de la autoridad que la democracia le confía, para que las decisiones sean acatadas.

4.1.2 Mapeo de la autoridad sanitaria

La rectoría no es una función monolítica sino un proceso de gobierno que abarca múltiples determinantes de salud y áreas de intervención que inciden sobre la salud. Ante la diversidad de actores y entidades involucrados en acciones relativas a la función rectora y la amplitud del objeto que se manifiesta en las

dimensiones de la rectoría en salud, resulta necesario e indispensable explicitar el sujeto y ámbito de acción de la Autoridad Sanitaria de acuerdo a las particularidades de cada país.

Cuadro 4.5



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

Cuadro 4.6



El Mapeo se efectúa en tres etapas sucesivas. La primera etapa comprende la identificación del marco legal que ampara los ámbitos de acción de la función rectora para cada una de sus dimensiones. En la segunda etapa se busca determinar la o las instituciones responsables de los ámbitos de acción de la función rectora según dictamina la ley. Finalmente, la tercera etapa refiere la/las instituciones que en efecto están ejecutando las actividades que competen a la función rectora, con o sin amparo legal para hacerlo. Se recomienda completar las tres etapas en el ámbito nacional, a nivel de la región, provincia o departamento, y a nivel local o de área.³

4.2 La Práctica de la Función Rectora

4.2.1 Dimensiones de la rectoría en salud

Durante el XL Consejo Directivo de la OPS/OMS (1997) fueron presentadas a consideración de los Estados Miembros las Dimensiones del Rol Rector en Salud, las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales cuya incumbencia corresponden a la Autoridad Sanitaria. En esa ocasión, los Estados Miembros discutieron y ratificaron las siguientes seis Dimensiones del Rol Rector en Salud.

Gráfico 4.2



1. **Conducción Sectorial**, que comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de Salud.
2. **Regulación**, dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud, al igual que la garantía de su cumplimiento.

3. Sírvase referirse a la Matriz Organizadora para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria para completar este ejercicio. Disponible en: www.lachealthsys.org y en el Anexo B: Marco Ordenador para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional.

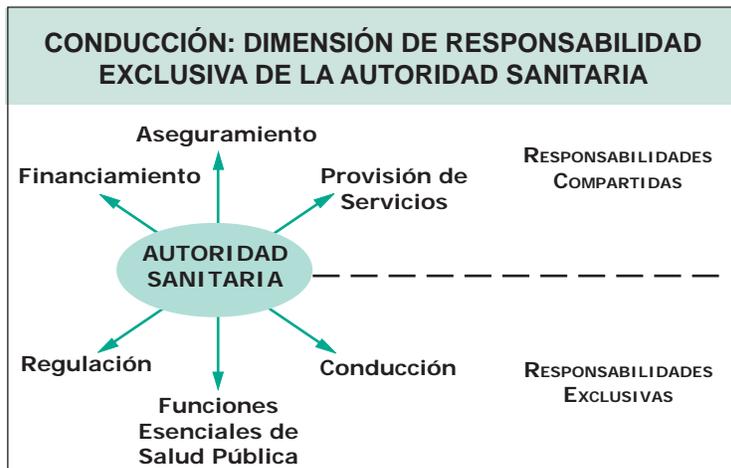
3. **Modulación del Financiamiento**, que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
4. **Garantía del Aseguramiento**, la cual focaliza su quehacer en asegurar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o a planes específicos para grupos especiales de la población.
5. **La Armonización de la Provisión**, constituida por la capacidad de promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender, equitativa y eficientemente, la cobertura de atenciones de salud.
6. **El desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública** que se refiere al conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública que es mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población.

Dependiendo del grado de descentralización del sector, así como de las características de la separación de funciones que asume la estructura institucional en cada país, las Dimensiones se ubicarán en uno u otro nivel de la Autoridad Sanitaria, a nivel nacional, intermedio o local. Puede haber casos en que las funciones de las dimensiones se compartirán entre más de uno de dichos niveles. A continuación, se presenta una descripción ampliada de cada una de las tareas que conforman el ejercicio de la rectoría sectorial por parte de las autoridades sanitarias, detallando los componentes de acción requeridos para su efectiva realización, así como las características y retos previsible para las instituciones que han de enfrentarlas.

4.2.2 Dimensión de CONDUCCIÓN

La dimensión de conducción sectorial consiste en la capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante procesos que, a partir de valores compartidos a nivel nacional y la determinación social del bien público en salud, definen objetivos sanitarios viables y ponen en marcha planes estratégicos con metas factibles. A tal efecto, se deberán articular los esfuerzos de instituciones públicas y privadas del sector y otros actores sociales, para lograr a través de mecanismos participativos y la construcción de consensos, la movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones propuestas. La conducción constituye una de las tres dimensiones de la Función Rectora que es responsabilidad exclusiva de la Autoridad Sanitaria Nacional. (13)

Gráfico 4.3



La conducción es un proceso esencialmente político. El resultado de una buena conducción deberá consistir en una propuesta política, técnicamente consistente, socialmente ética y estratégicamente viable. La conducción es de mayor relevancia cuando los objetivos establecidos apuntan hacia cambios significativos en la situación existente. En esa circunstancia, las estrategias desarrolladas deberán procurar construir viabilidad y factibilidad; o sea, generar cuotas de poder que forjen el apoyo necesario para su realización y doten de la capacidad operativa para su ejecución.

Lo expuesto anteriormente implica que la Autoridad Sanitaria necesita desarrollar y/o fortalecer su capacidad para orientar de manera efectiva a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo a la política nacional de salud mediante las siguientes acciones:

- i) Análisis de la Situación en Salud, con énfasis en la capacidad para recolectar la información y garantizar su disponibilidad y calidad.
- ii) Definición de Prioridades y Objetivos Sanitarios, basados en la realización de diagnósticos focalizados en temas claves y en la capacidad institucional de definir prioridades y objetivos nacionales de salud.
- iii) Formulación, Difusión, Monitoreo y Evaluación de estrategias, políticas, planes y programas de salud.
- iv) Dirección, Concertación y Movilización de actores y recursos del sector.
- v) Promoción de la Salud, participación y control social en salud, incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública y el fomento de la coordinación intersectorial.
- vi) Armonización de la Cooperación Técnica Internacional en Salud.
- vii) Participación Política y Técnica en Organismos Internacionales y Subregionales.
- viii) Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud, incluyendo la medición del logro de metas, de los recursos utilizados y de la eficiencia del sistema de salud.

4.2.3 Dimensión de REGULACIÓN

Entre las funciones que adquieren mayor relevancia en el nuevo perfil de la rectoría sectorial se encuentra la de regulación y su necesario correlato de fiscalización y control. La función regulatoria sectorial tiene como propósito diseñar el marco normativo que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento.

La regulación y la vigilancia de su aplicación son necesarias para garantizar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en función de principios de solidaridad y equidad. No obstante, hay tendencia a restringirlas a los aspectos esenciales en función de la expansión del mercado. (9)

El marco para el ejercicio de la función regulatoria surge desde el interior de los Estados y en el contexto internacional. Al interior de los Estados, los mandatos regulatorios surgen fundamentalmente de la norma constitucional a través de la cual se crean derechos y obligaciones (para individuos e instituciones). Esto lleva a ejercer la potestad regulatoria, orientada a hacer efectivas esas normativas, mediante la cual se da la orden de regular y se le entrega poder a algunas instancias para hacerlo. Si dicha orden no cobra vida —es decir, si no se ejerce—, los preceptos constitucionales pierden efectividad ya que su función es solamente programática (programan una acción pero no la cumplen) o declarativa. (3)

El contexto internacional también modula la dimensión regulatoria. Por un lado se encuentran las urgencias regulatorias que surgen de las nuevas estructuras de asociación de los Estados en el plano económico —ya sea a través de los compromisos de instancias como la Organización Mundial del Comercio (OMC), o de instancias supranacionales como los mercados comunes o grupos de integración—, y generan inquietudes en cuanto a la posible relajación de estándares o creación de barreras en el acceso. Por otro, las que surgen de otro tipo de compromisos internacionales más asociados a la salud como, por ejemplo, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, o la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un acuerdo internacional jurídicamente vinculante para prevenir la propagación de la enfermedad al nivel mundial. El primer RSI fue adoptado por la OMS y todos los países miembros en 1969. Sin embargo, debido a las amenazas nuevas y las emergentes para salud pública en el siglo XXI, los reglamentos se actualizaron en 2005. La OMS recibió el mandato de proporcionar a los Estados Miembros la ayuda técnica necesaria para el fortalecimiento de sus capacidades de salud pública y para la facilitación de la implementación del RSI 2005. Junto con la OMS y otros socios, a partir del período 2007-2009, todos los países miembros empezarán a evaluar su sistema existente de salud pública y a mejorar su capacidad de detección, notificación, evaluación y respuesta a los eventos de salud pública a fin de reunir los requisitos de capacidad básica mínimos de acuerdo con el RSI 2005.

Para hacer la regulación efectiva, se requiere reconocer que es una función indelegable. Si bien el Estado ha ido variando sus funciones en relación a la salud, la regulación se ha mantenido como una constante. Esto se debe a la función que cumple la regulación como uno de los mecanismos principales con que el Estado modula las relaciones entre actores con asimetrías de poder. Asimismo, al hecho de que la regulación de salud tiene como finalidad el interés de toda la sociedad. Por lo tanto, crea las bases para la articulación

de las demás dimensiones de la función rectora: conducción, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios y ejecución de las funciones esenciales de salud pública. (4)

La regulación es un proceso complejo que incluye el diseño y la generación del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y la garantía de su efectiva aplicación. En términos generales, para que la Autoridad Sanitaria pueda ejercer su función normativa a cabalidad, debe contar con lo siguiente:

- i) Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora;
- ii) Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones;
- iii) Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria;
- iv) Regulación y control de bienes y servicios;
- v) Regulación y control sanitario del medio ambiente;
- vi) Regulación y certificación de recursos humanos en salud;

La fiscalización y el control son fundamentalmente técnicos y apuntan a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa. Requiere especialización profesional y probada independencia respecto a los fiscalizados. El ejercicio de la labor fiscalizadora es altamente dependiente de la disposición de recursos humanos y técnicos, como también de las atribuciones que las normas confieran al respecto. Aquella fiscalización que se traduce en aplicación de sanciones debe estar sujeta a revisión por los tribunales de justicia, para garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador. (28)

Cuadro 4.7

DIMENSIÓN DE REGULACIÓN
DISEÑO DEL MARCO NORMATIVO QUE PROTEGE Y PROMUEVE LA SALUD DE LA POBLACIÓN, ASÍ COMO GARANTIZA SU CUMPLIMIENTO
1. Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora
2. Fiscalización para hacer cumplir las regulaciones
3. Regulación de insumos médicos y tecnología sanitaria; de bienes y servicios; del medio ambiente
4. Regulación y certificación de recursos humanos en salud

En algunos países se han creado organismos nuevos, denominados Superintendencias, para desempeñar la función de fiscalización y control. Aunque las funciones normativa y fiscalizadora son distintas y debieran ser desempeñadas por órganos diversos, la evidencia muestra casos en que órganos eminentemente fiscalizadores desempeñan, a la vez, funciones de tipo normativo - por ejemplo, las circulares, instrucciones o normas de carácter general impartidas por las Superintendencias. Esas expresiones deben ser vistas más como actos de ejecución de directrices superiores emanadas de la autoridad sanitaria o de la ley, que como una intromisión en las funciones normativas que le corresponden a aquellas. La eficacia global de la regulación depende de la eficacia tanto de la función regulatoria como de la fiscalizadora.

4.2.4 Dimensión de MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

La separación estructural de funciones que caracteriza los procesos de reforma del sector en la Región muestra tres grandes tendencias en el aspecto del financiamiento.

La primera tendencia tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos, separados de los ministerios de salud, que concentran las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales, las instituciones específicas para propósitos de salud, cuando estas existen y las aportaciones de trabajadores y/o empleadores, cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud a las asignaciones generales del estado para este propósito. Esto puede estar ligado tanto a un esquema de aseguramiento de carácter público como a esquemas múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas y privadas.

La segunda tendencia se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada uno de estos niveles de la administración pública y/o de los recursos del fisco nacional, que les son transferidos en bloque por las administraciones centrales y que se destinan a acciones en salud.

La tercera tendencia está relacionada con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global, en algunos países de la Región, de los seguros privados de salud y de algunas modalidades de servicios prepagados que se sufragan con recursos propios de los beneficiarios y/o de sus empleadores, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado.

La combinación de estos tres elementos, en aquellos países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los esquemas de financiamiento diferenciados, plantea nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial. (8)

Cuadro 4.8

DIMENSIÓN DE MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO
GARANTIZAR, VIGILAR Y MODULAR LA COMPLEMENTARIEDAD DE LAS MODALIDADES DE LOS RECURSOS DE DIVERSAS FUENTES PARA ASEGURAR EL ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD
1. Formulación de políticas que permitan modular distorsiones en el financiamiento sectorial
2. Vigilar el proceso de financiamiento sectorial
3. Negociar con principales proveedores
4. Redistribuir fondos para compensar asimetrías de mercado
5. Definir criterios de asignación de recursos

Dicha evolución del financiamiento sectorial hace que recaiga sobre la Autoridad Sanitaria Nacional la responsabilidad de:

- i). Formular políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad.
- ii). Vigilar el proceso de financiamiento sectorial.
- iii). Negociar con los principales proveedores.
- iv). Redistribuir fondos para compensar asimetrías de mercado.
- v). Definir criterios de asignación de recursos

4.2.5 Dimensión de VIGILANCIA DEL ASEGURAMIENTO

Los esquemas actuales de protección social en el ámbito de la salud, que consisten en sistemas de asistencia social, seguro social y de seguridad social, no bastan para hacer frente a los actuales y nuevos problemas de exclusión. (26) Por consiguiente, la tarea fundamental de las autoridades sanitarias consiste en garantizar a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica universal en materia de salud, que conduzca a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad. (27)

Cuadro 4.9

DIMENSIÓN DE VIGILANCIA DEL ASEGURAMIENTO
GARANTÍA DEL ACCESO A UN CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD PARA TODOS LOS HABITANTES O PLANES ESPECÍFICOS PARA GRUPOS ESPECIALES DE POBLACIÓN
1. Definición de un Conjunto Garantizado de Prestaciones
2. Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por el Conjunto de Prestaciones
3. Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes de Aseguramiento

En materia de aseguramiento, el Estado tiene la responsabilidad de tutelar la efectiva protección social en salud, mediante la garantía del acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o planes específicos para grupos especiales de población. Para ello es necesario desarrollar la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir los contenidos de los planes garantizados de prestaciones que tienen carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el (o los) esquemas de seguridad social en salud, de responsabilidad pública. Igualmente, deberán definir las poblaciones y territorios que serán cubiertos. Dicha tarea deberá abocarse a la protección de los derechos de los usuarios y la difusión de dichos derechos. Finalmente, el Estado deberá definir los estándares de prestación de servicios.

4.2.6 La ARMONIZACIÓN de la PROVISIÓN

Las tendencias a la descentralización y a la sustitución del ámbito del Gobierno en la provisión de servicios de salud, mediante diferentes mecanismos que abren espacios a la participación de múltiples actores sociales (públicos autónomos, organizaciones solidarias no gubernamentales y privados), plantean condicionantes en el entorno y la práctica de la armonización estatal de proveedores, sobre los cuales —en muchas ocasiones— no hay una relación jerárquica. Lo anterior ha ido situando a los ministerios o secretarías de salud, más como armonizadores de la gestión de los distintos organismos públicos, descentralizados o desconcentrados, de prestación de servicios, que como administradores directos de la provisión de los mismos. (1)

Por lo tanto, la función de armonización en la provisión de los servicios de salud es de particular importancia en sistemas de salud caracterizados por múltiples actores, de naturaleza pública y privada, y sobre cuya gestión hay que incidir a fin de lograr que algunos objetivos comunes sean alcanzados. Constituye la capacidad de la Autoridad Sanitaria para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios, para extender la cobertura de atenciones de salud de manera equitativa y eficiente.

Un mecanismo para asegurar la armonización y la complementariedad es mediante la integración de las diferentes entidades que operan en el sistema en redes de prestación de servicios de salud. Para esto, dos tipos de procesos son necesarios: la integración vertical y la integración horizontal. La integración vertical se refiere a la integración de diferentes niveles de complejidad, asegurando la coordinación entre atención primaria y los niveles más especializados de la atención. La integración horizontal se refiere a la integración de los proveedores que ofrecen servicios de salud similares dentro del mismo nivel de atención. La función rectora desempeña un papel importante de coordinación de las diferentes entidades que participan en la red, asegurando que la visión y meta de la red sea compartida por todos sus miembros. (41)

Para ello, deberá asegurar que se planifican los servicios, sea con criterio regional o con criterio funcional, mediante la armonización de los planes de acción de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. De igual manera, deberá definir los criterios de asignación de los recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios, descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto. Deberá armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país; precisar los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado, y establecer con criterios de complementariedad, la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública.

Cuadro 4.10

DIMENSIÓN DE ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CAPACIDAD PARA PROMOVER LA COMPLEMENTARIEDAD DE LOS DIVERSOS PROVEEDORES Y GRUPOS DE USUARIOS PARA EXTENDER LA COBERTURA DE ATENCIONES DE SALUD EQUITATIVA Y EFICIENTEMENTE
1. Planificación de servicios con criterio regional o funcional
2. Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios
3. Fomento de coaliciones y oferta de incentivos para la auto-regulación

Para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones, deberá brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios. A fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores, deberá definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión. Finalmente, deberá establecer mecanismos de contrato o de compromiso de gestión de servicios, que sirvan de base para la asignación de recursos, frente a una serie de indicadores de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados.

Existen otras dimensiones de la armonización que van más allá de la regulación de la provisión de los servicios y de la coordinación entre proveedores. Entre ellos, pueden mencionarse: la certificación de profesionales, la acreditación de servicios de salud, la fijación de estándares mínimos de calidad, la negociación, la creación de estímulos o incentivos, la contratación de proveedores, etc. Todos ellos deben ser aplicables tanto al subsector público como al privado.

4.2.7 Desempeño de las FUNCIONES ESENCIALES de SALUD PÚBLICA

Es posible identificar un núcleo de funciones y responsabilidades propias de la autoridad sanitaria, cuyo cumplimiento es necesario para asegurar una buena práctica de salud pública. A estas funciones y responsabilidades se denomina Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Como el organismo responsable de la protección de la salud de la población, la Autoridad Sanitaria Nacional es la institución principal a cargo de ejecutar las FESP.

Cuadro 4.11: Funciones Esenciales de Salud Pública

FESP 1.	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2.	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3.	Promoción de la salud
FESP 4.	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5.	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materias de la salud pública
FESP 6.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y ficalización en materia de salud pública
FESP 7.	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8.	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9.	Investigación en salud pública
FESP 10	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 11.	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Como parte de la Iniciativa “La salud pública en las Américas”, se desarrolló una herramienta para medir el desempeño de las FESP y se aplicó en 41 países y territorios de la Región. Los resultados de la aplicación de la herramienta proporcionaron un punto de partida dinámico para el análisis de los puntos fuertes y puntos débiles existentes en el sector de la salud pública de la Región de ALC. En concreto, los resultados ayudaron a señalar algunas de las brechas en la función rectora según se relaciona con el desempeño de las FESP. Las autoridades sanitarias nacionales de los países cuentan con los resultados obtenidos, los cuales constituyen un insumo fundamental para este análisis. (38)

4.3 El Fortalecimiento Institucional de la Autoridad Sanitaria para Ejercer la Función Rectora

En América Latina y el Caribe, con algunas excepciones, la ASN —y particularmente los ministerios o secretarías de salud— están lejos de poder cumplir el citado perfil funcional de la rectoría sectorial. Hasta la fecha, su rol ha sido, casi con exclusividad, la gestión directa de la provisión de servicios. Los ministerios y secretarías de salud son, en general, instituciones débiles, y aún más débiles en relación al conjunto de funciones requeridas en su redimensionado rol de ejercer la rectoría sectorial. En la mayoría de los casos, la premura de muchas responsabilidades de ejecución directa en la prestación de atención altera la jerarquía de los problemas, supedita lo importante a lo urgente, paraliza la institución en su papel fundamental y, en ocasiones, la desacredita como ineficaz. (12)

Por otra parte, la problemática del desarrollo de la capacidad rectora en salud está condicionada por la debilidad institucional que padece el sector social público en general, y el de salud en particular. Su problemática institucional no radica centralmente —aunque se reconoce la importancia de este tipo de problema— en los atributos o defectos de su conformación, ni en la necesidad de reubicar un organismo o modificar sus funciones, en el tamaño de su burocracia, o en la calidad de sus sistemas operativos. El problema central es que, dentro del conjunto de las estructuras públicas, el sector salud es débil por la distancia que lo separa de los centros de poder político donde se toman las decisiones de fondo sobre temas cruciales como la definición de prioridades de inversión y las asignaciones presupuestarias para los sectores sociales. Se trata de un sector con un financiamiento permanentemente cuestionado y que, además, está sujeto a ser de los primeros sectores a sufrir recortes presupuestarios como resultado de las presiones derivadas de las políticas de ajuste de la economía nacional.

4.3.1 Perspectivas para el fortalecimiento de la función rectora (44)

Un nuevo perfil de los ministerios o secretarías de salud deberá irse construyendo desde el contexto determinado por los procesos de modernización del Estado, al igual que a partir de los cambios generados por su propia dinámica y quehacer, en los modelos de organización, gestión y atención en salud.

Para ello, deberá modificar los modelos exclusivamente centrados en la prestación de servicios asistenciales hacia otros orientados al aseguramiento universal y al reconocimiento de los derechos ciudadanos y, de esta manera, contribuir al logro de condiciones de vida saludables, conforme a valores y principios de solidaridad y universalidad.

Realidades del Sector Salud

Para comenzar el proceso de fortalecimiento de la Función Rectora, los países de la Región deberán tomar en consideración que, independientemente de la capacidad existente de ejercer la función rectora, el sector salud debe responder en un contexto de realidades que incluyen:

- El equipo de salud siempre atenderá pacientes;
- Las firmas aseguradoras siempre tendrán a quien vender sus pólizas de seguros;

- Se les asignará siempre un presupuesto X anual a los Ministerios de Salud;
- El interés del paciente se circunscribe a que cuando se enferme pueda acceder a servicios de salud de calidad que contribuyan a recobrar un buen estado de salud.

Función Rectora - ¿Qué no es?

Igualmente, deberá considerar lo que la Función Rectora no es. En tal sentido, es importante que esté conciente de que la capacidad de ejercer la Función Rectora que tenga la Autoridad Sanitaria Nacional,

- No es esencial para la prestación de servicios de salud;
- No es necesaria para la sostenibilidad política de las autoridades del Gobierno;
- No evoluciona al mismo ritmo en cada país, sino que cada Ministerio de Salud tiene su propio nivel de evolución;
- No es un proceso natural necesario para que los equipos prestadores de servicios de salud, las firmas aseguradoras o los ministerios de Finanzas puedan ejercer su función.

Función Rectora - ¿Qué sí es?

¿Quién hace? La autoridad sanitaria nacional establece el equilibrio entre las dimensiones de conducción, regulación, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la prestación de servicios, y desempeño de las FESP.

¿Qué hace? Establece un enfoque integral. Una vez analizada, la capacidad rectora de la ASN permite asignar un rol específico al equipo de salud, a las firmas aseguradoras y a las entidades financieras. Facilita el diseño de un plan de acción, mediante la participación colectiva de todos los actores del sector y permite evaluar sistemáticamente el desempeño de las dimensiones que constituyen la función rectora.

¿Cómo lo hace? Lo efectúa mediante acciones proactivas para coordinar esfuerzos y utilizar la información para la acción.

4.3.1.1 Ejercicio de Evaluación del Desempeño de la Función Rectora en Tres Países Hipotéticos

El proceso de evaluación del desempeño de la función rectora está compuesto por dos etapas: la primera, el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional; y la segunda, la aplicación del Instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. (33)

Primer componente: Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional

¿Quiénes hacen? - Caracterización de la Autoridad Sanitaria Nacional:

- Definición del marco legal
- Identificación de las instituciones responsables de la rectoría, por ley
- Identificación de las entidades ejecutoras de las funciones rectoras.

Segundo componente: Aplicación del Instrumento de Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la ASN

¿Qué hacen? - Desempeño en la ejecución de las funciones rectoras por parte de las instituciones que conforman la ASN.

El cuestionario está organizado en 5 acápite. Cada capítulo corresponde a una dimensión de la rectoría y se enfoca en los componentes de cada una de ellas.⁴ Los dos primeros acápite contienen preguntas cerradas, los tres últimos preguntas abiertas.⁵

1. Conducción
2. Regulación

Preguntas cerradas: Se responde, según se indica en Tabla de Puntaje a continuación. Se incluyen también secciones abiertas para inserir comentarios adicionales, en caso de ser necesario.

3. Modulación del Financiamiento
4. Garantía del Aseguramiento
5. Armonización de la Provisión

Preguntas abiertas: Las preguntas son concretas y específicas. Se discuten en grupo y las respuestas se acuerdan en grupo. Se designa un encargado de tomar apuntes. No es necesario que todas las partes estén de acuerdo: cuando hay diferencia de opinión, se indica.

Tabla de Puntaje

Puntaje	Equivalencia	Escala
0	0%	Nulo
1	20%	Muy pobre
2	40%	Pobre
3	60%	Normal
4	80%	Alto
5	100%	Muy alto

Tabla de puntaje para preguntas cerradas

La siguiente tabla presenta la escala de las puntuaciones que se pueden dar para responder a las preguntas de los Capítulos 1 y 2, Conducción y Regulación. En todos los casos se deberá asignar un puntaje en un rango de 0 a 5. En un extremo, el puntaje de «0» designa la inexistencia de esa actividad o la subfunción de la rectoría que se está analizando y se le adscribe la denominación de «nulo». En el otro extremo, el puntaje de «5» muestra que la actividad se logra a cabalidad, adscribiéndole la denominación de «muy alto». Los puntajes del 1 al 4 señalan niveles intermedios de logro de la actividad.

4. La única dimensión que no se incluye formalmente es la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

5. En relación a las preguntas, favor referirse al Anexo A.

Comentarios y respuestas a preguntas abiertas

En los dos primeros acápite, hay varias secciones donde se permite hacer observaciones o comentarios en un espacio en blanco proporcionado para ese fin, de manera que los participantes puedan ampliar sus respuestas o añadir temas que consideren de importancia. No se trata de que se rellene cada uno de estos espacios abiertos, sino más bien de brindar la oportunidad de retroalimentación en el caso de que se considere necesario.

En los últimos tres acápite, que contienen las preguntas abiertas, se pretende lograr una discusión centrada en el tema de cada pregunta. Deberá nombrarse un moderador que orientará la discusión hacia la respuesta de las preguntas. Este/esta deberá asegurar que se cumplan los tiempos y evitar la dispersión. Las respuestas de cada grupo de trabajo se transcribirán y se presentarán, en conjunto con los cuestionarios de los dos primeros acápite, para ser procesados y tabulados.

Generación de propuestas para el fortalecimiento de la función rectora de la ASN

Una vez que los grupos de trabajo hayan terminado sus encuestas y respuestas, las entregan. Los datos serán procesados y tabulados y se presentarán a los grupos de trabajo en forma preliminar como retroalimentación para la siguiente fase: la identificación de propuestas para el fortalecimiento de la función rectora. Los grupos de trabajo, reunidos nuevamente, tendrán la tarea de identificar posibles opciones para el fortalecimiento de las funciones rectoras de la ASN. Es de suprema importancia que las opciones que se planteen puedan ser traducidas en acciones concretas.

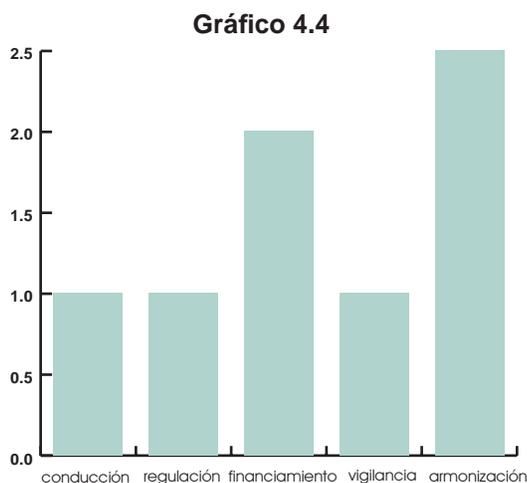
Como producto final, cada grupo de trabajo presenta su propuesta de estrategias y acciones dirigidas a fortalecer el rol rector de la Autoridad Sanitaria Nacional, utilizando como base el análisis de los resultados del mapeo y del instrumento de evaluación del desempeño.

Resultados de la Aplicación del instrumento de Evaluación del Desempeño de la Función Rectora en Tres Países Hipotéticos. (44)

Resultados País Hipotético No. 1 – CONECTONIA

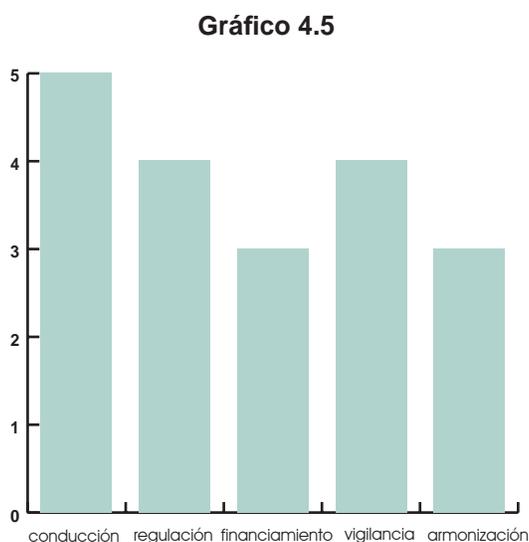
El sector salud de CONECTONIA está dominado por el enfoque clínico en la prestación de los servicios. La junta de directores de las firmas aseguradoras está formada por médicos que ejercen la práctica privada y el presupuesto que se le asigna al sector público en salud es un porcentaje fijo e invariable, independientemente de las cambiantes necesidades de salud del país.

Como se puede observar en el Gráfico 4.4, la aplicación del instrumento de evaluación del desempeño de la función rectora en CONECTONIA muestra una muy pobre capacidad para Conducción y Regulación, así como para Vigilar el Aseguramiento. Igualmente, revela una capacidad muy pobre para Modular el financiamiento y para Armonizar la Provisión de los Servicios de Salud.



Resultados País Hipotético No. 2 – IDEALONIA

El sector salud de IDEALONIA es coordinado por la Autoridad Sanitaria Nacional que analiza la situación de salud del país y establece prioridades, haciendo participar a todos los actores del sector salud en el diseño de un plan de salud proactivo y en la implementación del mismo.

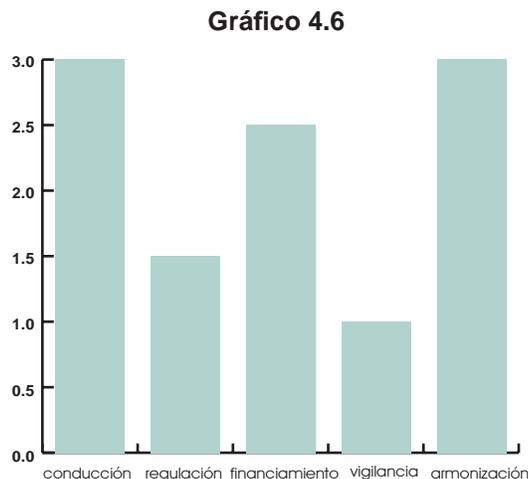


Como se puede observar en el Gráfico 4.5, la aplicación del instrumento de evaluación del desempeño de la función rectora en IDEALONIA muestra una alta capacidad para la Conducción, la Regulación y para Vigilar el Aseguramiento. Igualmente, muestra una buena capacidad para Modular el Financiamiento y para Armonizar la Provisión de los Servicios de Salud.

Resultados País Hipotético No. 3 – BANCOLONIA

El sector salud de BANCOLONIA está influenciado por los organismos multilaterales de financiamiento («bancos internacionales») que exigen datos e información para poder diseñar los proyectos de salud sujetos a créditos financieros. La ASN y el Ministerio de Salud deben constantemente reestructurar su estrategia de salud pública para poder subsistir.

Como se puede observar en el Gráfico 4.6, la aplicación del instrumento de evaluación del desempeño de la función rectora en BANCOLONIA muestra una capacidad normal para la Conducción y para Armonizar la Provisión de los Servicios de Salud. Muestra un desempeño pobre para Modular el Financiamiento y muy pobre para Regular y para Vigilar el Aseguramiento.



Los Gráficos 4.7 y 4.8 resumen el desempeño de cada uno de los tres países hipotéticos en cada una de las subfunciones de las dimensiones de Conducción y Regulación. Estos sirven de base para la elaboración de las propuestas de fortalecimiento de la Función Rectora.

Gráfico 4.7: Comparación del desempeño del ejercicio de la dimensión de Conducción en los tres países hipotéticos

CONDUCCIÓN			
	CONECTONIA	IDEALONIA	BANCOLONIA
Análisis de la situación de salud	Se basa en anécdotas	Utiliza datos	Utiliza datos
Definición de objetivos sanitarios	Subjetivo	Medible	Medible
Formulación de estrategia de salud	Siempre se necesitan más recursos	Son parte de la política nacional	Fuerte influencia de los bancos
Movilización de actores y recursos	Hay que hacerlo constantemente	Consenso	Presión financiera
Promoción de la salud, participación social	A mi manera	Fomenta la participación ciudadana	Se promueve la salud sin participación social
Armonización de la cooperación técnica en salud	Se basa en conexiones	Negociación	Negociación dirigida
Evaluación del desempeño de los sistemas de salud	Vamos bien, no hay problemas en el sector salud, no hay que evaluar	Medición	Medición

Gráfico 4.8: Comparación del desempeño del ejercicio de la dimensión de Regulación en los tres países hipotéticos

REGULACIÓN			
	CONECTONIA	IDEALONIA	BANCOLONIA
Marco institucional y legal	Poco conocido	Ampliamente conocido	Conocido
Fiscalización	No se cumple	Se cumple a cabalidad	Se cumple poco
Regulación de insumos médicos	No se regula	Regulado	Poco Regulado
Regulación de bienes y servicios	No se regula	Fiscaliza	Fiscaliza poco
Normativas para el control sanitario del medio ambiente	Pocas normas existentes	Normas fiscalizadas	Fiscaliza poco
Regulación y certificación de recursos humanos en salud	Certifica poco	Certifica	Certifica

¿Dónde obtener la información?

Se recomienda que, para recabar los insumos para la elaboración del capítulo sobre Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, el país proceda a completar el ejercicio de Mapeo de la ASN y a aplicar el instrumento de Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la ASN. Favor referirse a la matriz ordenadora para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria y al Instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la ASN en el Anexo A.

Bibliografía y notas (Capítulo 4)

- (1) Barillas, E. Armonización de la provisión de servicios de salud, (documento borrador) Washington, DC: OPS, 2001.
- (2) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006. Washington, DC: Banco Mundial, 2006.
- (3) Bolis, M. «La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional», Reunión de Expertos en Rectoría del Sector Salud en Procesos de Reforma, Washington, D.C. 14-15 de junio de 2004.
- (4) Bolis, M. «La Dimensión Regulatoria en el Contexto de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria», Taller de Capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Sub-Región de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, efectuado en San Salvador, El Salvador, 2-4 marzo, 2005.
- (5) Brito, P. «Rectoría Sectorial en Salud: Desafíos Actuales», Reunión de Expertos en Rectoría del Sector Salud en Procesos de Reforma, Washington, D.C. 14-15 de junio de 2004.
- (6) Cañón, L. «El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a cargo de los Ministerios de Salud», Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, número 7, Washington, DC. 1998.
- (7) Cañón L. La Práctica de Rectoría de los Ministerios de Salud de los Países del Área Andina. OPS. Colombia. 1999.
- (8) Crocco, P. «Estructura de las Dimensiones de Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios», Taller de Capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Sub-Región de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, efectuado en San Salvador, El Salvador, 2-4 marzo, 2005.
- (9) Ferreiro Yazigi, A. y Sierra, L.A. Papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia. OPS 2000.
- (10) Fukuyama, F. State-Building: Governance and World Order in the 21st Century. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.
- (11) García-Concheso, T; Rivas-Loría, P; Araoz, C. «Instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Autoridad Sanitaria Nacional», OPS/OMS, 2005.
- (12) Jaramillo Pérez. I. Macrocondicionantes al ejercicio de la rectoría de salud. Hacia el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios de salud. Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Número 5. Washington, DC. 1998.

- (13) Levcovitz, E. «Estructura de la Dimensión de Conducción como uno de los Ejes Fundamentales de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria», Taller de Capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Sub-Región de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, efectuado en San Salvador, El Salvador, 2-4 marzo, 2005.
- (14) López-Acuna, D. The Nature of Health Sector Reform in the Americas and its Significance for PAHOs Technical Cooperation, Background Paper for the Annual PAHO Managers Retreat, October 23-24, 2000, Washington DC.
- (15) López-Acuña, D. «Marco Conceptual de la Función Rectora de los Sistemas de Salud», Reunión de Expertos: Evaluación del Desempeño de la Función Rectora, OPS/OMS: Washington DC, 2004.
- (16) Marín, J. Fortalecimiento de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias en las reformas del sector salud. Revista Panamericana de salud pública. 8 (1/2). 2000.
- (17) Marín, J. Desarrollo institucional de la capacidad de rectoría sectorial en salud. OPS
- (18) Muñoz, F. Et Al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Pan am Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
- (19) OPS/OMS. Análisis de la Evolución de los Modelos de Gestión de los Servicios de Salud en Centroamérica. Serie 11 «Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud», HSO/HSP. 1998. OPS/OMS.
- (20) OPS/OMS. Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana. Edición Especial 10 «Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe». 2002. OPS/OMS.
- (21) OPS/OMS. Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina. Edición Especial 11 «Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe». 2002. OPS/OMS.
- (22) OPS/OMS. Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Subregión del Caribe Inglés. Edición Especial 12 «Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe». 2002. OPS/OMS.
- (23) OPS/OMS. Consideraciones sobre la Rectoría de los Ministerios de Salud en Centroamérica y República Dominicana. Serie 4 «Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud», HSO/HSP. 1998.
- (24) OPS/OMS. Desarrollo de la Capacidad de Conducción Sectorial en Salud (Una propuesta operacional) Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). 1998.
- (25) OPS/OMS. El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a cargo de los Ministerios de Salud. Serie 7 «Organización y gestión de sistemas y servicios de salud», HSO/HSP. Washington DC, 1998.

- (26) OPS/OMS, Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe, Serie No. 1, OPS/OMS: Washington DC, 2003.
- (27) OPS/OMS. Extensión de la Protección Social en la Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, documento CSP 26/12. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional, Washington DC., Septiembre de 2002.
- (28) OPS/OMS. «Funciones Esenciales de Salud Pública». XLII Reunión del Consejo Directivo de OPS. Resolución CD42.R14. Washington, DC, 25 al 29 de Septiembre de 2000.
- (29) OPS/OMS. «Guía para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional», OPS/OMS, 2005.
- (30) OPS/OMS, Informe Final: Reunión Sub-Regional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Ministerios de Salud, Guatemala 23-24 abril 1998.
- (31) OPS/OMS. Informe Final, Reunión de Expertos: Desarrollo de la Capacidad Institucional de la Autoridad Sanitaria para Ejercer la Rectoría Sectorial, Washington DC 18-20 junio 2001.
- (32) OPS/OMS. Informe Final, Reunión de Expertos en Rectoría del Sector Salud en Procesos de Reforma, Washington DC 14-15 junio 2004.
- (33) OPS/OMS. «Instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Autoridad Sanitaria Nacional», OPS/OMS, 2005.
- (34) OPS/OMS. La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Papel de los Ministerios de Salud en el Contexto de la reforma. Serie 8 «Organización y gestión de sistemas y servicios de salud», HSO/HSP Guatemala, Abril, 1998.
- (35) OPS/OMS. «La Función de Rectoría en Salud y el Fortalecimiento Institucional de las Autoridades Sanitarias Nacionales y Subnacionales», Capítulo 2 La Salud Pública en las Américas. Washington DC: OPS/OMS, 2002.
- (36) OPS/OMS. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial, documento CD 40/12. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud Washington DC., Septiembre de 1997.
- (37) OPS/OMS, Legislación sobre Antibióticos en América Latina. OPS/OMS: Washington DC, 2004.
- (38) OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Publicación Científica y Técnica No. 589, Washington DC, 2002.
- (39) OPS/OMS. Macro Condicionantes Externos al Ejercicio de la rectoría Sectorial de Salud: Hacia el fortalecimiento de la Rectoría de los Ministerios de Salud. Documento Preliminar. Serie 5 «Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud», HSO/HSP Guatemala, Abril, 1998.

- (40) OPS/OMS. Oficina del Director de Gestión de Programas/Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. «Desarrollo Nacional de Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud y sus Implicaciones para la Cooperación Enfocada a los Países.» Washington DC, 2004.
- (41) OPS/OMS. Opciones de Política para la Integración de los Sistemas y Servicios de Salud, (documento borrador) Washington, DC: OPS, 2007.
- (42) OPS/OMS. Proyecto de Fortalecimiento de la capacidad gerencial de los titulares estatales de salud y mandos medios. Secretaria de Salud. Subsecretaría de coordinación sectorial. OPS. Noviembre, 1998.
- (43) Rosés, M. «Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century», Steering Role of Ministries of Health: Hospital Governance Workshop for Ministers of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, 5-6 Noviembre, 2003.
- (44) Rullán, J. «La Rectoría en Acción», Taller de Capacitación: Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional para la Sub-Región de Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, efectuado en San Salvador, El Salvador, 2-4 marzo, 2005.

SECCIÓN C

CAPÍTULO 5.

FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

ÍNDICE

5.1	Análisis del Financiamiento	126
5.1.1	Fuentes de financiamiento.....	128
5.1.2	Mecanismos de financiamiento en salud.....	129
5.1.3	Agentes Financieros	131
5.1.4	Cobertura Poblacional	131
5.1.5	Pooling (“Agregación”).....	132
5.1.6	Beneficios	134
5.1.7	Mecanismos de Pago a Proveedores.....	136
5.1.8	Proveedores de Servicios y Bienes de Salud.....	137
	Guía Instructiva para el Análisis del Financiamiento/Aseguramiento	137
5.2	Análisis del Gasto	143
5.2.1	Gasto por subsector	143
5.2.2	Gasto por nivel de atención	143
5.2.3	Sostenibilidad financiera.....	143
	Guía Instructiva para el Análisis del Gasto	144
	Bibliografía y notas (Capítulo 5).....	152

CAPÍTULO 5. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

El análisis del financiamiento y del gasto sanitario se ha convertido en un tema de especial relevancia en los últimos años debido a la necesidad de identificar las maneras de lograr - de forma simultánea - la sostenibilidad financiera y la garantía del acceso equitativo servicios de salud de calidad. El real reto de la reforma del sector salud ha sido organizar el uso de diferentes mecanismos de financiamiento, de tal manera que se resuelvan la sostenibilidad financiera y los requisitos de equidad de la población de los países. (1)

Este capítulo está destinado a facilitar el análisis del financiamiento del sector salud y de los datos sobre el gasto, con la finalidad de examinar la situación actual, reconocer las dificultades para alcanzar los objetivos sanitarios declarados e identificar las opciones pertinentes para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y por lo tanto, las posibilidades de alcanzar las metas establecidas. (2)

Las conclusiones derivadas del análisis del financiamiento y del gasto en salud son relevantes tanto para el funcionamiento diario del sistema de salud como para las propuestas de reforma sanitaria. (3) Por lo tanto, un análisis llevado a cabo en conformidad con los lineamientos presentados en este capítulo debe producir una amplia gama de elementos necesarios para formular una estrategia financiera compatible tanto con el modelo de organización diseñado, así como con el modelo de desarrollo social que cada país ha elegido. La experiencia de la reforma del financiamiento en salud en las Américas, (4) ha hecho resaltar la necesidad de ampliar el análisis tradicional de las fuentes y los usos de los fondos que permita rastrear el flujo financiero a través del sistema de salud. Preguntas relevantes que deberán ser contestadas por los formuladores de políticas incluyen: ¿Qué cantidad de recursos está siendo utilizada por el sistema de salud? ¿De donde provienen dichos recursos? ¿Es sostenible la composición de recursos existente? ¿Conduce a la equidad? ¿Qué tipos de servicios se están ofreciendo con dichos recursos? El análisis de las respuestas a dichas preguntas – y a otras preguntas más – será un instrumento de mucho valor para los formuladores de políticas ya que ayuda a dilucidar la pregunta más amplia: ¿En qué aspectos se puede mejorar el financiamiento de la salud? Siendo el financiamiento sostenible uno de los objetivos, esta información debe ayudar a identificar criterios para la eficiencia, efectividad y equidad de las contribuciones para financiar el sistema de salud, así como para la distribución de los beneficios que se producen. (5)

Países de diferentes regiones del mundo han encontrado que el estimado de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) es una útil herramienta para obtener esos datos y, lo que es más importante, proporciona informaciones a los formuladores de políticas sobre aspectos tales como: ¿Garantiza esta estructura financiera el acceso de aquellos con mayor necesidad, independientemente de su capacidad de pago? ¿Responde la asignación financiera de los recursos al perfil epidemiológico de la población y a las prioridades de salud establecidas? ¿Cuántos recursos están siendo asignados a problemas de salud específicos? (6)

Las Cuentas Nacionales en Salud (CNS) se definen como “una herramienta que sigue el flujo de los fondos a través del sistema de salud, desde sus fuentes, a partir de los agentes financiadores, hasta los proveedores y las funciones. Intenta determinar **quién** paga por la atención en salud, **cuánto** gastan y en **qué** tipo de servicios de salud y funciones”. (7) En la práctica, el ejercicio de elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud en un país proporciona una estructura básica en la forma de un conjunto de tablas interrelacionadas que permiten presentar, en un formato normalizado, los gastos en salud y su financiación, tanto del sector público como del sector privado.

A partir de la elaboración de las CNS y de su análisis en conjunto con información referente a la prestación de servicios de salud - tal como los patrones de utilización de los servicios de salud - se podrá proceder a evaluar aspectos relacionados con equidad, eficiencia, sostenibilidad y calidad.

A la hora de realizar el análisis del financiamiento y del gasto del sector, la disponibilidad de las CNS en el país brindará una ventaja en el sentido de contar ya con los datos recopilados y organizados. (8) Por lo tanto, y a efectos de simplificar el proceso de recopilación de información, los lineamientos de este capítulo brindan dos opciones:

- (i) para los **países que ya cuentan con CNS**, se sugiere que se utilicen las tablas correspondientes, pues éstas proporcionarán la información básica para llevar a cabo el análisis del financiamiento y del gasto del sistema de salud (9);
- (ii) para aquellos **países que aún no han elaborado sus CNS**, se proporciona una serie de tablas sencillas para recoger los datos (ver la sección “*Guía instructiva para el análisis del gasto*” de este capítulo) siendo posible, a partir de la elaboración de las mismas, realizar el análisis.

5.1 Análisis del Financiamiento

El análisis del financiamiento del sector salud tiene varios componentes que deben ser tomados en cuenta cuando se interpreta la información financiera del sector y se evalúan las oportunidades para alcanzar las metas de eficacia, acceso equitativo y eficiencia.

El primer elemento que deberá analizarse es el esquema de flujos financieros que permitirá establecer la composición y relación entre (i) las **fuentes de financiamiento**, (ii) los **agentes financieros** y (iii) los **proveedores de servicios y bienes de salud**. En condiciones ideales, el análisis debe referirse no sólo a los datos financieros, sino que debe incluir también algún análisis sobre los mecanismos usados al hacer esas transferencias, es decir, los mecanismos de financiamiento en salud (flujo fuentes de financiamiento - agentes financieros) y los mecanismos de pago a proveedores (flujo de agentes financieros - proveedores). La utilidad de esta ampliación reside en el hecho de que proporciona información sobre los incentivos - explícitos o implícitos - que enfrentan los diferentes actores involucrados en el financiamiento del sector, cuyas decisiones influyen en el nivel y la composición final del gasto.

Un esquema sencillo de los flujos financieros en el sistema de salud, se presenta en la *Figura 5.1*. Ilustra de una manera abreviada las funciones de financiamiento del sistema de salud, el pago a los proveedores

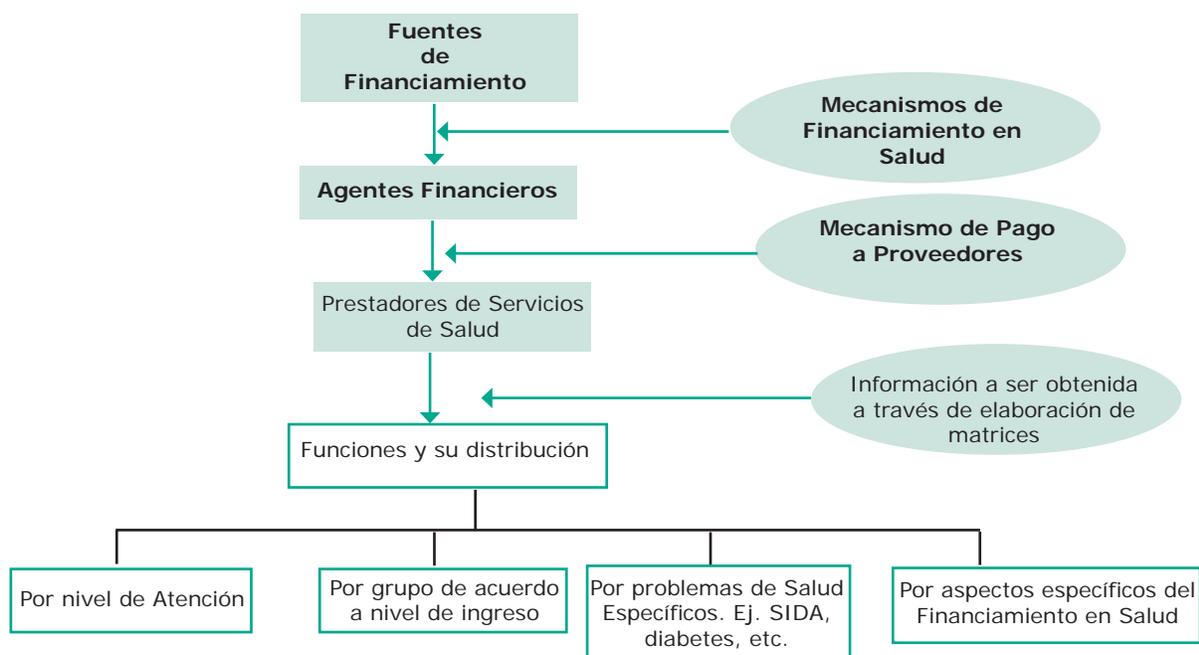
y la asignación de los recursos para financiar funciones específicas de salud, así como la provisión de una combinación detallada de servicios de salud a grupos particulares de población.

Mientras el lado izquierdo muestra las dimensiones, el lado derecho presenta los mecanismos que permiten esas transferencias a cada nivel. Los mecanismos de financiamiento en salud son los usados para movilizar los recursos financieros hacia el sistema de salud - de las fuentes de financiamiento a los agentes financieros - y los mecanismos de pago a proveedores son aquellos usados dentro del sistema de salud para transferir recursos de los agentes financieros a los proveedores de servicios de salud.

La asignación real de los recursos a las funciones y programas de salud se manifestará a la hora de realizar el análisis con las matrices de distribución por grupos de ingresos, por problemas de salud, por nivel de atención (ver *Guía Instructiva para el análisis del gasto*). El país podrá definir qué tipo de clasificación es útil para abordar los temas identificados como más relevantes en salud y aquellos que requieran atención específica desde la perspectiva de la reforma del sector salud. (10)

Un análisis concentrado en los actores económicos permite responder a la pregunta: ¿de dónde provienen los recursos financieros y dónde se están usando? Un análisis complementario de los mecanismos de financiamiento así como de los mecanismos de pago a los proveedores, facilita la identificación de algunos de los factores que influyen el comportamiento de los agentes. Los incentivos y el riesgo financiero incorporado en los mecanismos de pago a proveedores tienen una influencia en la calidad, composición y cantidad de los servicios brindados por los proveedores. Por lo tanto, esta información ayuda a responder a las preguntas sobre el nivel de los beneficios logrados por el sistema de salud: ¿por qué los usos finales son de la manera que son? Toda esta información será pertinente para identificar las opciones de cambios en las políticas, de manera a influir en una mejor asignación de los recursos para ayudar a mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Figura 5.1: Flujos financieros en el sistema de salud



Reconociendo el hecho de que el ejercicio no se realiza de una manera lineal, pero con información que quizás esté parcialmente disponible, las Figuras 5.2 y 5.3 proponen un camino para seguir los flujos financieros.



5.1.1 Fuentes de financiamiento

Las principales categorías de fuentes de financiamiento son: el **sector público**, el **sector privado** y el **sector externo**. Dentro de cada uno de ellos, hay tantas particiones propias de cada país como sea pertinente para las decisiones de políticas así como factible con los datos disponibles. La información sobre las fuentes proporcionará una primera mirada al peso de las contribuciones del sector público y privado. La proporción de cooperación externa arroja un estimado somero sobre la sostenibilidad del sistema de salud en el país, en particular cuando esos recursos pagan los gastos ordinarios (recurrentes o de operación). Los recursos públicos pueden venir del gobierno central, de los gobiernos estatales y del nivel descentralizado, representado aquí por el municipio.

Dentro del sector privado, el nivel y la proporción de las contribuciones de los hogares indica la carga financiera que cae directamente en las familias. Un análisis adicional de su contribución por nivel de ingresos familiares tiene el potencial de proporcionar información valiosa para evaluar la equidad del sistema

de financiamiento. (11) En relación a los mecanismos de financiamiento sanitario, las **contribuciones domésticas** pueden adoptar cualquiera de las siguientes modalidades:

- (i) el pago de impuestos generales que se destinen eventualmente al gasto sanitario,
- (ii) cotizaciones a un seguro social,
- (iii) primas a algún tipo de seguro privado;
- (iv) copagos por servicios asegurados;
- (v) pagos directos por servicios prestados (directamente relacionados con su demanda en salud) y
- (vi) pagos adicionales (medicamentos y bienes médicos, entre otros).

La suma de los dos últimos casos es la medida del “**gasto de bolsillo**”. A menudo el nivel de gasto de bolsillo se usa como un indicador aproximado de la equidad en la estrategia financiera del país. La exactitud de la afirmación, sin embargo, depende de un análisis cruzado con información sobre los beneficiarios y sobre el uso final de esos recursos.

La proporción del sector externo (también llamada “cooperación externa”) a menudo se considera uno de los indicadores para medir la sostenibilidad del sistema de salud. Es importante, sin embargo, diferenciar los fondos externos que vienen como una donación al país, de aquellos que adoptan la forma de préstamos que eventualmente serán pagados, sea por el sector público o por el sector privado.

5.1.2 Mecanismos de financiamiento en salud

Una representación simplificada de los mecanismos de financiamiento sanitario, en la *Figura 5.2*, muestra las diferentes opciones mediante las cuales los recursos son transferidos a los agentes financieros. Hay seis principales mecanismos tradicionales de financiamiento:

- (a) financiamiento público
- (b) seguro de salud privado
- (c) seguro social de salud
- (d) tarifas/cuotas que pagan los usuarios
- (e) donaciones
- (f) préstamos.

Como referencia, el *Cuadro 5.1* presenta las principales ventajas y desventajas que tienen estos distintos mecanismos de financiamiento.

La discusión sobre las estrategias de financiamiento en salud ha identificado la necesidad de mirar de otra manera a las finanzas públicas que adoptan la forma de mecanismos complementarios. Estos mecanismos complementarios se refieren a cualquier forma de subsidio para reducir las barreras financieras y obtener

acceso a los servicios de salud. La población blanco de estos subsidios son los grupos considerados vulnerables debido a la pobreza o a dolencias específicas. (12)

Cuadro 5.1
Mecanismos de financiamiento: Ventajas y Desventajas

Mecanismo de financiamiento	Características	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Financiamiento público	Indica el compromiso desde la política macroeconómica. Establece un compromiso social general.	Facilita la focalización del gasto social.	Es cíclico con la actividad económica.	Evaluación previa del potencial para ampliar la base tributaria, y su viabilidad política.
Tarifas que pagan los usuarios	Tiene el potencial para generar contribuciones según la capacidad de pago del paciente.	Permite cobrar a los pacientes asegurados. Dependiendo de la legislación, puede ayudar al incremento de los recursos disponibles al nivel de establecimiento.	Afecta negativamente a las decisiones de buscar la atención; puede discriminar contra los pobres si la exención y recolección no se ejecutan adecuadamente.	No debe ejecutarse si el marco legal no permite que los recursos permanezcan en el sector. Diseñe y ejecute un sistema adecuado de recolección. Fije criterios claros para la exención y reembolso a proveedores. Facture y cobre a los pacientes con seguro privado.
Seguro privado	El potencial para la ejecución depende de los ingresos familiares y la competencia en el sector privado.	Si se ejecuta adecuadamente tiene el potencial de disminuir los subsidios del gobierno a los no pobres.	No tiene el potencial para cubrir a los pacientes pobres o con enfermedades crónicas.	Sistemas de facturación deben desarrollarse y usarse para controlar el subsidio público a través de la prestación de servicios privados en el sector público.
Programa Nacional de Seguro de Salud	Financiado mediante la combinación de contribuciones (progresivas) de empleados y empleadores y subsidios.	Tiene el potencial para mejorar la equidad mediante el acceso universal a la asistencia.	Requiere planificación, factibilidad política, y priorización sustanciales -el presupuesto puede no proporcionar el nivel suficiente de servicios para satisfacer a los no pobres, puede necesitar ser complementado mediante otros mecanismos de financiamiento.	Equilibre las prioridades de salud con recursos, defina el nivel de atención y el paquete de los servicios, identifique la participación de los empleadores, subsidie primas y tarifas de usuarios de acuerdo al nivel de ingresos. Vincule el programa a los programas nacionales de seguro existentes o introduzca el programa por etapas.
Subsidios	Poblaciones meta para los beneficios.	Puede mejorar la equidad al compensar las barreras financieras.	Puede plantear retos políticos y dificultades para la ejecución.	Fije criterios claros para seleccionar la población destinataria. Establezca provisiones para asegurar la continuidad de los subsidios o una manera racional de retirarlos paulatinamente sin amenazar a los pobres.

Fuente: PAHO/UNDP/CARICOM (13)

5.1.3 Agentes financieros

Se entiende por agentes financieros aquellos actores que desempeñan un papel intermediario en el financiamiento del sector: es decir, reciben el financiamiento de las fuentes y son responsables por la administración de los fondos para la provisión, haciendo transferencias a los proveedores. En este contexto, los agentes se caracterizan por tener la función de “distribuir los recursos” (en inglés, “*resource allocation*”) ya que tienen la capacidad de orientar, gestionar, negociar y asignar recursos para la provisión de servicios y bienes de salud.

Pueden clasificarse en **públicos** y **privados**. Los principales agentes de financiamiento en el sector público suelen ser el seguro social de salud, los departamentos de los gobiernos a nivel central y local y otras empresas públicas que brinden servicios de salud. Esta clasificación se refiere a compañías productivas propiedad del Estado; en el caso de propiedades compartidas, el criterio para su inclusión en la clasificación es que más del 51% esté en manos del Estado.

En el sector privado están las compañías aseguradoras, las empresas privadas (que provean servicios de salud a sus empleados o efectúen pagos directos a proveedores) y los hogares. Esta última situación se refiere al caso en que los individuos efectúan un pago directo a los proveedores de servicios y bienes de salud, desempeñando entonces, los hogares, las funciones de fuente de financiamiento y agente financiero. Esta función dual de los hogares en el financiamiento de los sistemas de salud es un asunto importante de ser abordado en las fases de estimado y en particular en el análisis de las CNS. Estudios sobre financiamiento en salud en algunos países de la región han demostrado el hecho de que, aunque algunos gobiernos y departamentos integran las funciones de intermediario financiero y provisión, los hogares son un contribuyente considerable en el momento del uso. (14)

5.1.4 Cobertura poblacional

A pesar de las grandes diferencias entre países, América Latina y el Caribe se caracterizan por tener un alto porcentaje de su población excluida de la protección social en salud. La exclusión en salud aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género), así como con patrones culturales incluyendo el idioma, la informalidad en el empleo, el subempleo y el desempleo, el aislamiento geográfico y un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios de salud. Mediante el uso de diversos indicadores, se ha estimado que, en promedio, entre el 20 y el 25 por ciento de la población total de la Región (alrededor de 100 a 150 millones de personas) no tiene acceso a los servicios de salud. En efecto, más de 200 millones de personas no cuentan con cobertura de seguro social y más de 100 millones sufren exclusión relacionada con la inaccesibilidad geográfica. Por otra parte, cerca de 100 millones de habitantes sufren exclusión en relación a los servicios más básicos y 82 millones de niños no reciben las vacunas necesarias. Asimismo, entre los que están protegidos, existen diferencias derivadas del patrón de financiamiento y de beneficios, caracterizando a la segmentación y a la estratificación como constitutivas de los sistemas.

5.1.5 Pooling (“Agregación”)

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

La administración del riesgo es una actividad cuyo desarrollo como disciplina sistemática se ha dado preponderantemente en el ámbito privado del aseguramiento de bienes, propiedades e inversiones de capital. Sólo a partir de la segunda mitad del siglo XX comienza a surgir la idea de administrar los riesgos de salud. A diferencia de la mayoría de los seguros para bienes tangibles como casas o automóviles, los seguros de salud han evolucionado como un mecanismo para financiar gastos rutinarios de salud y, en muchos casos, estimulan los cuidados preventivos además de proteger contra eventos de salud de alto costo y baja frecuencia. El instrumento que se utiliza para estimar el costo aproximado de los beneficios de acuerdo al grado de riesgo de salud de una población determinada, es el cálculo actuarial. Existen dos elementos centrales en el manejo exitoso del riesgo financiero de enfermar:

- a) El tamaño del pool
- b) La diversidad del pool

En teoría, mientras más grande es el tamaño del pool menor será el riesgo a asumir por cada miembro. El tener un solo administrador del riesgo disminuye, además, la fragmentación y los costos de administración al interior del sistema. Por lo tanto en términos teóricos, lo ideal es tener un pool del tamaño más grande posible. Sin embargo, la experiencia demuestra que mientras más grande es el pool, más compleja se vuelve su gestión y mayor es la inversión tecnológica que se requiere para administrarlo de manera adecuada. De modo que lo que se requiere es encontrar para cada caso el tamaño óptimo del pool que permita una administración adecuada del riesgo y posibilite su gestión administrativa con la tecnología disponible.

La homogeneidad de condiciones (étnicas, económicas, laborales, de edad, de género, entre otras) en una población determina la aparición de riesgos para la salud. Por ejemplo, está demostrado que la pobreza genera, por sí misma, mayor morbilidad y mortalidad asociadas a condiciones de vida precarias con mala nutrición, ambientes contaminados, hacinamiento, exposición a temperaturas extremas sin protección adecuada y estilos de vida poco saludables. Los pobres concentran morbilidad y tienen en general expectativas de vida más cortas que el resto de la población. Asimismo, los grupos de personas que desempeñan una misma actividad laboral están expuestos en mayor proporción a riesgos para la salud determinados por dicha actividad. Un buen ejemplo de esto son los buzos, los trabajadores de la construcción y los mineros. En cuanto a la edad, existen grupos que concentran mayor probabilidad de enfermar y morir, específicamente los niños menores de cinco años y los ancianos, así como hay riesgos específicos a la salud en los que incurren con mayor probabilidad las personas en diversas etapas de la vida. Por otra parte, está demostrado que muchos de los riesgos para la salud así como la expectativa de vida que presentan las personas están determinados por el género a través del ciclo de vida. Finalmente, el origen étnico determina también un patrón genético y cultural tanto de exposición a diversos riesgos como de elementos protectores de la salud.

Otro aspecto a considerar en la diversidad del pool es la existencia de condiciones deletéreas/potencialmente deletéreas para la salud o condiciones transitorias que pueden implicar procedimientos de alto costo, como enfermedades crónicas, condiciones congénitas o genéticas o embarazo. Resulta evidente que un pool conformado mayoritariamente por personas con este tipo de condiciones acumulará un mayor riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud.

La diversidad del pool de afiliados posee una dimensión ética importante. En los países donde existe un mercado privado de aseguradores y en ausencia de mecanismos eficientes de regulación, los administradores de estos seguros tienen incentivos poderosos para seleccionar un pool de personas sanas, jóvenes, no pobres y sin condiciones de salud preexistentes, incluido el embarazo, fenómeno que se denomina “descreme”. Para ello utilizan mecanismos tales como primas y planes de salud diferenciados según el riesgo y brechas de tiempo entre el momento de afiliación y el momento en el cual comienza a hacerse efectiva la garantía de protección. Estos mecanismos tienen dos objetivos:

- Transferir el riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud al afiliado portador del mayor riesgo
- Desincentivar la afiliación de personas con mayor riesgo acumulado

Sin embargo, en este escenario, las personas que buscan afiliarse a un seguro tienen fuertes incentivos para ocultar o falsear información que aumente su riesgo o amenace su afiliación, como aquella referente a condiciones preexistentes (incluido el embarazo), edad de los dependientes, actividad laboral y origen étnico, fenómeno que se conoce como “riesgo moral”. Si a pesar de estos esfuerzos, no logran afiliarse a ciertos esquemas de seguro, entonces las personas afectadas tenderán a concentrarse en aquellos esquemas que les ofrezcan menos restricciones, como el sector público.

El resultado de estas interacciones se manifiesta con frecuencia en que el sector público debe asumir la protección del pool más riesgoso de la población: los más pobres, los portadores de condiciones de salud, los enfermos y las personas en edades más riesgosas de la vida, en tanto que los aseguradores privados se hacen cargo de la población más rica, más joven y más sana, fenómeno que se conoce como “selección adversa”. La selección adversa es una de las expresiones más inequitativas de la segmentación.

Dado lo anterior, para efectos de una adecuada administración del riesgo desde una perspectiva de política pública con criterios de equidad, es conveniente que el pool de afiliados sea lo más diverso posible en relación a los siguientes parámetros:

1. Género
2. Edad
3. Origen étnico
4. Nivel de ingresos
5. Actividad laboral
6. Condición de salud

5.1.6 Beneficios

Desde hace años, la mayor parte de los países se enfrentan a una permanente tensión entre las crecientes necesidades de salud y la limitación de los recursos disponibles para satisfacerlas. A menudo, los responsables de la política de salud han intentado ignorar las razones de fondo que subyacen a este problema, proclamando su esperanza de que se podría resolver en el futuro con un aumento de los recursos, mediante mejoras en la gestión, el establecimiento de copagos para evitar el abuso y el despilfarro y otras medidas. Más recientemente, se ha empezado a reconocer la verdadera naturaleza del problema, es decir, la ausencia de un límite objetivo a las necesidades de salud y, consiguientemente, su ilimitada capacidad de crecimiento, sobre todo cuando los servicios son financiados por un tercer pagador. El desarrollo de tecnologías médicas no sólo satisface necesidades preexistentes, sino que crea nuevas necesidades pues, de hecho, se acepta que si existe una tecnología que puede mejorar en alguna medida el estado de salud de los individuos, también existe una necesidad de esta tecnología. Por esta razón, la necesidad de racionar los servicios de salud afecta tanto a los países de menor nivel de renta como a los más desarrollados, independientemente del volumen de recursos que el país asigne a la salud, aunque el nivel de gravedad de lo que en uno u otro lugar se reconozca socialmente como necesidad puede variar sustancialmente en función del nivel de riqueza y bienestar. En este sentido, todos los sistemas de salud deberían plantearse la conveniencia de establecer prioridades.

Se deberá decidir de acuerdo a qué criterios se llevará a cabo la selección de las prestaciones de servicio susceptibles de inclusión en el conjunto garantizado. Los criterios de definición, priorización y selección de los servicios que integran el paquete son, sin duda, muy importantes, pues determinarán su impacto sobre la eficiencia, la equidad, la aceptabilidad, etc. Es recomendable que estos criterios respondan a los objetivos de la política de salud y tengan en cuenta la evidencia científica sobre la efectividad, costos, preferencias y valores sociales, etc. Igualmente el proceso de elaboración del Conjunto de Prestaciones (CP) deberá tener una base técnica rigurosa, e incorporar mecanismos de participación social.

La selección de servicios la puede efectuar un tomador de decisiones individual (o colectivo) a partir de sus conocimientos y preferencias, sin ningún procedimiento ni criterio explícito. Alternativamente, pueden establecerse unos criterios de prioridad y selección y establecerse mecanismos bien definidos de votación o consenso. Cada prestación o servicio ocupará un lugar en la ordenación de prioridades. La disponibilidad de recursos será lo que delimitará el contenido final del CP, de acuerdo con el principio de equidad de que hay que asignar a cada servicio incluido en el CP los recursos necesarios para prestarlo a todo beneficiario que tenga derecho al mismo. Con este enfoque se garantiza que el CP incluya los servicios que tienen mayor nivel de prioridad (por ejemplo, los más costo-efectivos)¹.

El contenido del conjunto garantizado de prestaciones condicionará las decisiones y diseño, por parte

1. En este texto se sigue la opción de interpretar "más costo-efectivo" como "más eficiente" (la forma menos costosa de conseguir un determinado resultado); es decir, con una razón costo efectividad más baja.

de las aseguradoras, de los planes de aseguramiento. Y, a su vez, la adquisición de seguros privados complementarios dependerá de la inclusión o no de un determinado tratamiento o servicio de salud en el paquete financiado públicamente. De ahí que resulte altamente relevante, en aras de la eficiencia y equidad del sistema, que el contenido del conjunto garantizado de prestaciones, así como la especificidad de las condiciones de la prestación - calidad, tiempos de espera, etc. - sean los mismos independientemente del tipo de proveedor – sea éste público o privado -. El asegurador privado podrá añadir al plan todas aquellas prestaciones complementarias a las incluidas en el conjunto garantizado por las que los individuos estén dispuestos a pagar la prima correspondiente.

Conviene que el paquete, plan o seguro de salud contenga un abordaje integral de los problemas de salud. Esto es, el CP debe incluir servicios de promoción, prevención y tratamiento de los problemas de salud. Si los servicios incluidos en el paquete se limitan a prestaciones curativas, se pierden los ahorros potenciales a través de la prevención y promoción en salud. Si, por el contrario, los servicios incluidos se limitan a servicios ambulatorios, se asume el riesgo de una mayor gravedad de los problemas de salud debido a su tratamiento tardío. Finalmente, si los servicios incluidos en el CP se limitan a los hospitalarios, el riesgo incurrido es de inapropiado e innecesario uso de los servicios hospitalarios.

La cuantificación del costo de la prestación de los servicios incluidos en el paquete, plan o seguro de salud es fundamental. Exige la determinación del costo real de los servicios de salud, siguiendo un proceso que debe incluir, al menos, el estimado de: i) las tasas de uso de servicios (por ejemplo, número de consultas ambulatorias, días de hospitalización, pruebas diagnósticas, etc.) por persona y año; ii) el uso de recursos para cada uno de los servicios/prestaciones (por ejemplo, para una consulta ambulatoria se incluirían el tiempo del médico, del personal de enfermería y de otro personal sanitario y administrativo, los medicamentos e insumos, otros gastos corrientes, la depreciación de las instalaciones, los gastos administrativos y otros gastos) y iii) el costo unitario para cada uno de los recursos (por ejemplo, costo por hora de un médico, costo de un tratamiento de medicamentos, etc.).

El estimado del costo debe incluir, en caso necesario, índices de ponderación para corregir diferencias geográficas en el costo de los recursos consumidos (por ejemplo, salarios) y en las tasas de utilización de los servicios. El estimado debe incluir igualmente una propuesta de actualización del costo de acuerdo con criterios explícitos (por ejemplo, inflación, cambio en las tasas de utilización, etc.). La información necesaria para estimar el costo del conjunto de prestaciones es la relativa al costo unitario de las intervenciones incluidas en el mismo, así como el número de beneficiarios potenciales. En aquellos casos en que se carezca de esta información, deberán realizarse estudios piloto, revisiones bibliográficas de los estudios existentes, estimaciones por expertos; o bien aceptar como adecuada la información procedente de otros países.

Cabe señalar que cuando se incrementa la cobertura de un servicio, el costo adicional por individuo cubierto puede aumentar, debido, por ejemplo, a problemas de accesibilidad geográfica. En este caso, los costos medios observados en la población cubierta pueden subestimar los costos unitarios que generará la incorporación de nuevos beneficiarios. Además, en la medida en que se desee mejorar la precisión de las estimaciones del costo, habrá que considerar también las interdependencias entre programas. Por ejemplo, si se añade al conjunto de prestaciones un programa de prevención de la cardiopatía isquémica,

cabe esperar que se reduzca el costo del servicio de tratamiento y rehabilitación de dicha enfermedad. Finalmente, debe señalarse que no sólo deben aportarse los recursos financieros necesarios para garantizar la suficiencia financiera, sino también la dotación y distribución suficiente de infraestructuras. Por ejemplo, si en las zonas rurales no existen hospitales, los pacientes no podrán obtener tratamiento especializado.

Los problemas derivados del uso de precios o tarifas como sustitutos de los costos pueden resumirse en que los precios utilizados por el sistema sanitario suelen ser superiores a los costos. Por ello, la utilización de precios o tarifas puede fomentar y consolidar las ineficiencias en la prestación de los servicios de salud al pagar al proveedor un precio superior al costo real de producción de los servicios incluidos en el conjunto, plan o paquete.

5.1.7 Mecanismos de pago a proveedores

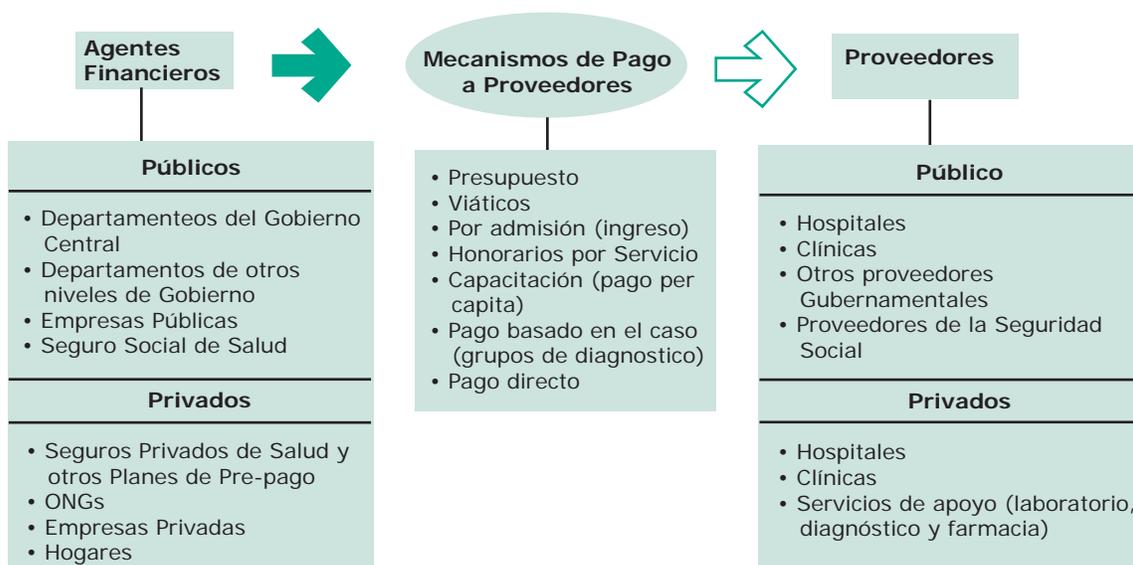
Por mecanismos de pago a proveedores se entiende las distintas formas que existen de transferir los recursos del agente financiero a los proveedores. (15) Existen seis mecanismos principales, que son:

- (i) por presupuesto,
- (ii) por viáticos,
- (iii) por admisión (ingreso),
- (iv) honorarios por servicios prestados,
- (v) por capitación (pago per cápita),
- (vi) por pago basado en el caso (grupos de diagnóstico).

En cada país puede existir cualquier tipo de mecanismo y combinación de éstos y no siempre se utilizarán todos. Cada uno de ellos tiene implícito un conjunto de incentivos y riesgos financieros que afectará en gran medida las decisiones de los proveedores en relación a la calidad y cantidad de los servicios prestados. Estas características, que deben ser asumidas tanto por los agentes financieros como por los proveedores, afectan directamente el desempeño de los sistemas y servicios de salud, así como el logro de algunas de las metas declaradas de la reforma sanitaria, como son la eficiencia, la calidad y la contención de costos.

Por lo tanto, un análisis de los mecanismos de pago a proveedores que están siendo usados en el país será útil para evaluar los incentivos e identificar las modificaciones necesarias para influir en las preferencias de los proveedores de modo que contribuyan al alcance de las metas del sector salud. (16) La Figura 5.3 presenta esta función del financiamiento dentro del sistema de salud

Figura 5.3
FINANCIAMIENTO: DE LOS INTERMEDIARIOS FINANCIEROS A LOS PROVEEDORES
A través de los mecanismos de pago a proveedores



5.1.8 Proveedores de servicios y bienes de salud

Por proveedores se entiende los individuos, asociaciones, empresas e instituciones, tanto a nivel público como privado, que brindan servicios y bienes de salud a la población. Incluyen hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, laboratorios y otros servicios de apoyo médico.

La organización de los proveedores en públicos y privados, según se muestra en la *Figura 6.3*, es importante a la hora de desarrollar el análisis del flujo financiero del sector, pues indica la participación de cada subsector según su capacidad productiva, factor especialmente significativo en vista de la separación de las funciones del financiamiento y la provisión que está teniendo lugar en las Américas

Guía Instructiva para el Análisis del Financiamiento/Aseguramiento

♦ **Flujos financieros.** Elabore el esquema de flujo financiero del sector salud del país, según se describe en el apartado anterior. Para ello será necesario identificar:

- ▶ las fuentes de financiamiento
- ▶ los agentes financieros
- ▶ los principales proveedores de servicios y bienes de salud

El esquema puede presentarse de forma sencilla, como se plantea en las *Figuras 6.2 y 6.3*, o puede elaborarse en forma de flujograma más complejo, como se presenta en el ejemplo realizado en Nicaragua (ver final de esta guía). Este último fue desarrollado sobre la base de cálculos preliminares de las CNS, (17) y agrega los mecanismos de financiamiento y de pago a proveedores específicos para cada una de las fuentes, agentes y principales proveedores.

♦ **Tendencias.** Evalúe la tendencia de cada fuente de financiamiento, considerando las proyecciones de las mismas instituciones. Estas proyecciones se basan, en general, en los escenarios macroeconómicos que incluyen diversas variables mencionadas en el *Capítulo 2*. Revise las series históricas de financiamiento, en términos corrientes y reales, para evaluar su comportamiento. Debe ser señalada la ausencia de información accesible, actualizada y confiable en cualquiera de las secciones básicas y debe recalcar la valoración de las tendencias futuras, los factores limitantes y el impacto de los principales mecanismos de financiamiento sobre la equidad.

♦ **Mecanismos de financiamiento y pago a proveedores.** Identifique cualquier factor de contexto o estructural, vinculado a la naturaleza de cada mecanismo de financiamiento así como a los mecanismos de pago a proveedores, que pueda limitar el financiamiento. Por ejemplo, la capacidad de los empleadores y trabajadores del sector formal de mantener el financiamiento mediante contribuciones obligatorias, depende tanto de la estructura del mismo sistema de contribuciones como de factores económicos, mientras que la capacidad de los diversos segmentos de la población de hacer el pago directo puede depender de la cantidad de ingresos disponibles para ellos o de su capacidad de endeudamiento. Se recomienda incluir un breve análisis sobre las fortalezas y debilidades de cada ente involucrado en el financiamiento en el país.

♦ **Equidad.** Evalúe la repercusión de cada uno de los mecanismos de financiamiento en la equidad para los diversos segmentos de la población. Esta es una tarea difícil y un examen exhaustivo del tema de la equidad en general se ha considerado más allá del alcance de un análisis sectorial de salud. Sin embargo, quizá valga la pena acercarse a unos pocos elementos como los sugeridos a continuación:

- Un impuesto sobre la renta progresivo tiende a ser el mecanismo de financiamiento más equitativo, ya que los que ganan más, pagan proporcionalmente más.
- El impacto de las contribuciones a las instituciones de seguridad social depende de las proporciones pagadas por los empleados, los empleadores, y, a veces, los gobiernos (y, dentro del grupo de empleados, si la contribución es fija o proporcional).
- El efecto del pago directo de los servicios depende del precio de esos servicios (costos elevados o no asequibles para pobres o segmentos de bajos ingresos de la población contribuyen a la falta de equidad, porque las mayores necesidades de salud tienden a concentrarse en estos segmentos).
- El impacto de las subvenciones sobre la equidad depende de su volumen y de las finalidades para las que se usan (por ejemplo, el impacto de las subvenciones que van a instituciones de áreas urbanas o servicios de tercer nivel de atención no es el mismo que el de las subvenciones para programas específicos apuntados a grupos vulnerables).
- El efecto de la cooperación financiera externa depende de las finalidades para las que se usa y de las condiciones colocadas en el préstamo (por ejemplo, préstamos orientados a financiar nuevos establecimientos sin evaluaciones previas adecuadas pueden sobrecargar el presupuesto público con costos recurrentes y limitar las posibilidades de financiar la inversión destinada a reemplazar

o mejorar las instalaciones existentes). Algunos países han reintroducido impuestos o tarifas específicos sobre ciertos productos, como el alcohol o el tabaco, o ciertos servicios, como los seguros privados de salud, para crear fondos especiales para financiar los programas de salud pública de alta prioridad (prevención de enfermedades y programas de promoción de salud, por ejemplo, o programas para ampliar la cobertura de planes de seguro públicos subsidiados).

♦ **Políticas.** Compare las políticas sobre financiamiento declaradas por las instituciones con lo que los datos revelan. Identifique las opciones de cambios en las políticas de manera a influir en una mejor asignación de los recursos para ayudar a mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Presente un resumen que contenga los principales resultados y las implicaciones claves en las políticas, para respaldar el diálogo sobre la reforma del financiamiento en salud.

♦ **Recolección de datos.** Debido a la complejidad de separar muchos de los datos sobre financiamiento y gasto, las matrices para la recolección de datos se presentan al final de este capítulo, en la sección *Guía instructiva para el análisis del gasto*. Ahí se brinda más detalle respecto a las CNS.

Preguntas Orientadoras

Fuentes, Mecanismos y Agentes Financieros

- ¿Es posible identificar con exactitud los principales flujos financieros del sistema de salud y, en particular, aquellos que vinculan las fuentes financieras con los agentes financieros, los proveedores y los servicios realmente brindados?
- ¿Existen cálculos de la proporción que cada uno de los mecanismos de financiamiento en salud aporta para el financiamiento del sistema en su totalidad? ¿Son actuales? ¿Son confiables?
- ¿Hay cálculos de la proporción de financiamiento de cada una de las fuentes principales para el sector público/gobierno de la salud?
- ¿Existen también estos cálculos para el sector de la seguridad social?
- ¿Y para el sector privado?
- ¿Se conoce aproximadamente cuál es el “gasto de bolsillo” de los hogares?
- ¿Es posible identificar qué grupos sociales sobrellevan la carga más grande del financiamiento del sistema de salud (por ejemplo, grandes corporaciones, trabajadores y empleadores del sector privado formal, consumidores, empleados públicos, individuos que trabajan por su cuenta, etc.)?
- ¿Se ha producido recientemente algún cambio substancial, o se espera que ocurra alguno en un futuro próximo, en los flujos financieros o en las modalidades de financiamiento de los sectores ya mencionados? ¿En ese caso, cuáles son esos cambios?
- ¿Hay impuestos o contribuciones específicas para financiar parte del gasto de salud del sector público? En ese caso, descríbalos.

Coberturas Poblacionales

- ¿Cuál es el porcentaje de población cubierta por cada uno de los subsistemas de salud existentes? Por favor, especifique la fuente y el dato más reciente disponible.
- ¿Cuáles son las características de la población con derecho a cobertura de los servicios de salud (por ejemplo, población formal asalariada, mujeres, niños hasta límite de edad, etc.)?
- ¿Existen mecanismos confiables para la identificación de los afiliados al sistema o a los distintos subsistemas de aseguramiento?
- ¿Existen criterios explícitos de inclusión/exclusión de los beneficiarios del paquete o conjunto de prestaciones (por ejemplo, situación laboral, capacidad económica u otros)?
- ¿Qué políticas se están implementando para aumentar la cobertura en salud? Por favor, especifique la fuente y el dato más reciente disponible.

Pooling

- ¿Existen criterios explícitos de administración del riesgo asociado a las intervenciones de salud al interior del subsistema público?
- ¿Existe administración explícita de dicho riesgo en el subsistema privado?
- ¿Existe administración explícita de dicho riesgo en la Seguridad Social?
- ¿Se hace cálculo actuarial en el subsistema público; en el subsistema privado; en la Seguridad Social?
- ¿Es posible identificar descreme, selección adversa y/o riesgo moral en algún punto del sistema, incluyendo los subsectores público, privado y Seguridad Social?
- ¿Existen mecanismos regulatorios específicos dirigidos a evitar el descreme, el riesgo moral y la selección adversa?
- ¿Existen agencias gubernamentales específicamente dedicadas a fiscalizar el cumplimiento de estas regulaciones? ¿De quién dependen estas agencias? ¿Tienen atribuciones de fiscalización sobre los tres subsistemas o sólo sobre algunos de ellos? Especifique.

Beneficios

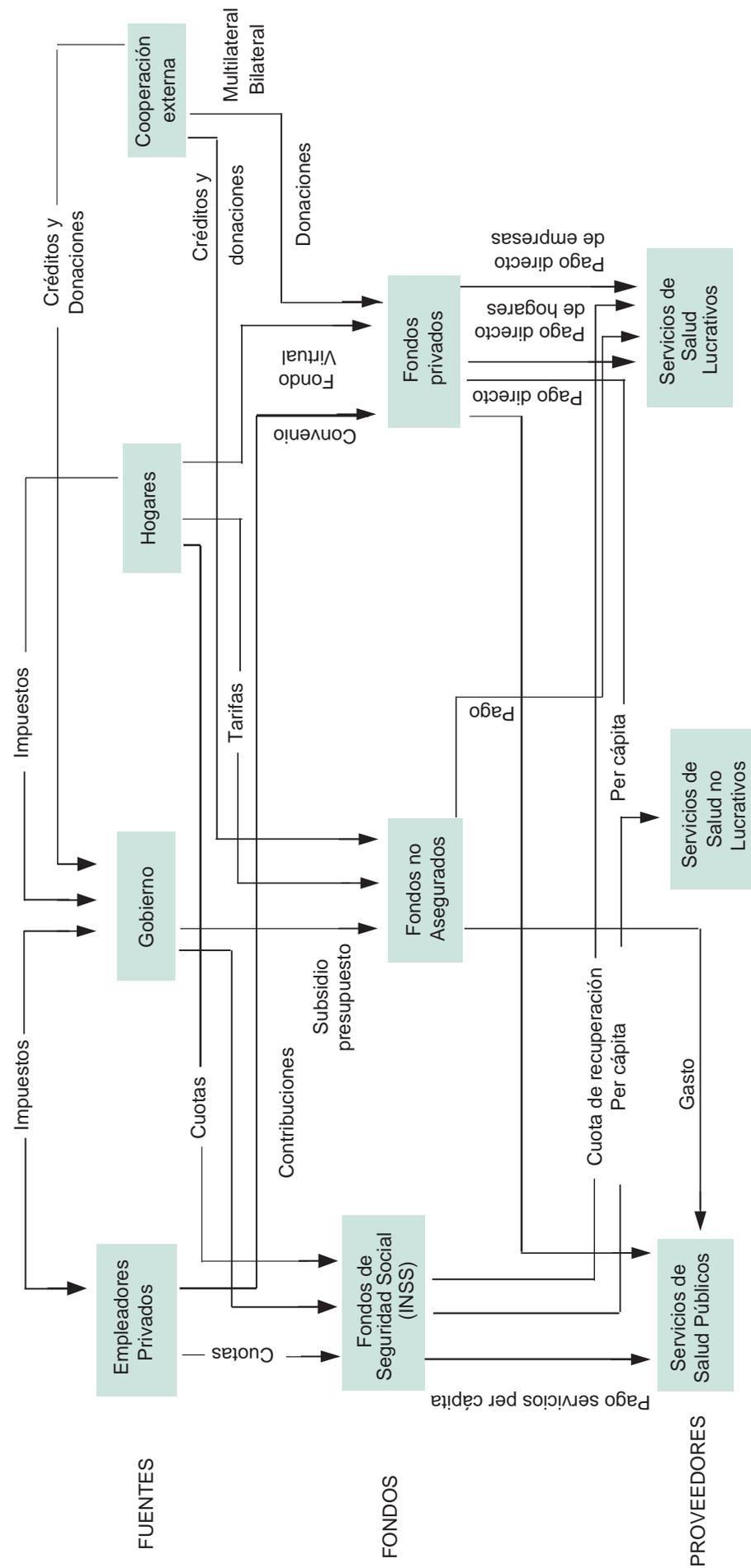
- ¿Existen beneficios definidos explícitamente para el sistema o para algunos de los subsistemas de salud? Si existieran, ¿cuán detallados están? (¿a nivel de prestación?), ¿cuáles son? y ¿cuáles son los criterios de inclusión?
- ¿Incluyen los beneficios tan sólo bienes privados o también acciones de salud pública? Si así fuera, por favor explique cuáles.
- Si fuera el caso ¿están obligados los Proveedores públicos y privados a prestar el mismo conjunto de beneficios? Si fuera el caso, ¿existen planes complementarios privados?

¿Dónde Obtener la Información?

La información necesaria para el esquema de los principales flujos financieros puede obtenerse en los ministerios de finanzas, planificación o política económica. También en los ministerios de salud y en las oficinas de la seguridad social. La mayoría de la información necesaria debe ser solicitada directamente en las unidades de las cuales se obtuvo la información para el análisis institucional y de organización; en consecuencia, aunque cada capítulo vaya a ser preparado por un analista diferente, la creación del diagrama de flujo inicial debe emprenderse conjuntamente.

La Representación de la OPS/OMS en el país tendrá la información recopilada para preparar la contribución del país a la edición más reciente de Salud en las Américas, que puede servir de guía inicial. Finalmente, puede existir una asociación de economistas en el país que haya publicado estudios o tenga información sobre algunos de estos temas.

Figura 5.4
 PRINCIPALES FLUJOS FINANCIEROS EN EL SISTEMA DE SALUD DE NICARAGUA-AÑO 1995
 (Millones de Córdoba)



5.2 Análisis del Gasto

El objetivo de esta sección es proporcionar información sobre los usos de los recursos financieros asignados para financiar el sistema de salud. Esta información, conjuntamente con los datos sobre el acceso y uso real de los servicios de salud, proporcionará la base para analizar la eficiencia distributiva de la estrategia de financiamiento de un país particular. Una vez que el flujo financiero ha sido rastreado hasta los proveedores, las clasificaciones adicionales deben proporcionar información sobre los temas pertinentes para las decisiones de políticas en ese determinado país. Las cifras de los gastos reales y presupuestados deben diferenciarse claramente. La comparación entre esas dos y, según corresponda, el análisis de las discrepancias pueden proporcionar información importante para reorientar la programación del gasto.

5.2.1. Gasto por subsector

Las principales categorías serán los proveedores **públicos** y **privados**. En esta última, será importante diferenciar entre los proveedores que tienen fines de lucro y los que no los tienen. En países donde la seguridad social es también un proveedor, esta debe ser presentada como proveedor público, aunque por separado del Ministerio de Salud u otros proveedores del Gobierno. Esta norma también sugiere clasificar el gasto sanitario realizado por las empresas públicas como parte del sector público.

Un tema importante es la clasificación de lo público en relación a lo privado en el caso de la **seguridad social**, así como en el caso del gasto en salud realizado por las **empresas públicas**. Se espera que los países indiquen claramente en su informe en qué clasificación ubican a cada uno de estos u otros componentes del gasto, para evitar malas interpretaciones en la magnitud de la contribución financiera o en el papel como proveedores de los sectores público o privado.

5.2.2 Gasto por nivel de atención

El análisis por nivel de atención abarca, en general, los tres niveles (**primario, secundario y terciario**). Los niveles se definirán de la manera como han sido caracterizados por cada país, y los gastos para cada nivel incluidos en el análisis serán los que el país normalmente toma en cuenta o considera relevantes para responder a las preguntas de políticas en el área del financiamiento sanitario. Cuando se incluyan gastos que estén fuera de los límites definidos (por ejemplo, gastos en servicios sociales que no son médicos o de salud pública, o gastos mezclados con ciertas especialidades médicas, cuando se informa sobre la atención primaria), estos hechos deberán ser anotados al pie de cada cuadro o en el texto que explique lo que se observa en dicho cuadro.

5.2.3 Sostenibilidad financiera

Asegurar que los sistemas de salud sean económicamente sostenibles es un elemento fundamental de las políticas de gobierno y un criterio clave para justificar los procesos de reforma sanitaria. Esta sección debe presentar un análisis de la sostenibilidad financiera, considerando la información referente a las fuentes

de financiamiento y al uso de los recursos. En este punto, es importante incluir algún análisis sobre los cambios esperados en la demanda de atención, así como sobre la evolución esperada de la proporción que cada una de las fuentes financieras aporta y la capacidad del país de financiar el gasto total.

Guía Instructiva para el Análisis del Gasto

◆ **Recolección de datos.** ¿Hay información que permita derivar una medida del gasto total en salud, incluyendo un desglose del gasto público y del gasto privado? ¿Es fácilmente obtenible esta información básica? ¿Corresponde al pasado reciente?; ¿Están disponibles las series de tiempo de las mediciones del gasto en salud requeridas en precios actuales y constantes? En caso afirmativo, ¿para qué período? ¿Dónde están siendo preparadas esas series? ¿Son también fácilmente accesibles? ¿Está la información desglosada, dentro de cada sector (público, seguridad social, privado), por tipo de agente, proveedor, función de uso o consumo? Reporte el grado de existencia, disponibilidad y confiabilidad de los datos.

◆ **Presentación de la información.** Para la presentación de la información de financiamiento y gasto se sugiere lo siguiente:

- ▶ **Si el país ya tiene realizadas las CNS,** se pueden presentar las tablas normalizadas que se usan en el ejercicio, que son:
 - 1. Gasto corriente en salud por función, proveedor y fuente de financiamiento
 - 2. Gasto corriente en salud por función y proveedor
 - 3. Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiamiento
 - 4. Gasto corriente en salud por función y fuente de financiamiento
 - 5. Gasto total en salud, incluidas las funciones relacionadas con ella
 - 6. Gasto individual en salud por categorías principales de la CIE
 - 7. Gasto en salud individual por edad y género
 - 8. Muestra de índices de precios en la atención a la salud
 - 9. Comercio internacional de atención a la salud
 - 10. Empleo total en las ramas de actividad de la atención a la salud
- ▶ **Si el país no tiene CNS,** al final de esta guía instructiva se incluyen los formatos de un conjunto simplificado de cuadros que se pueden utilizar para presentar la información sobre el financiamiento y el gasto. Se recomienda mantener las categorías principales e incluir, en cada una de ellas, la segregación pertinente al país. Son los siguientes:

- **Cuadro 6.2:** Resumen estadístico del país
 - **Cuadro 6.3:** Fuentes de financiamiento y agentes financieros
 - **Cuadro 6.4:** Agentes financieros y proveedores
 - **Cuadro 6.5:** Proveedores y tipo de servicios
 - **Cuadro 6.6:** Matriz distributiva del gasto per capita por grupos de población
- ◆ Analice el **marco macroeconómico** y el **gasto sanitario en el contexto del gasto público**. Aspectos importantes son:
- ▶ Tendencias del PIB y crecimiento del PIB per capita
 - ▶ Tendencias del gasto público
 - ▶ Gasto sanitario público (incluyendo seguridad social) como porcentaje del gasto público total
 - ▶ Comparaciones internacionales del gasto en salud como porcentaje del PIB y como porcentaje del gasto público
 - ▶ Oportunidades para aumentar la asignación total al sector, dentro de un marco sostenible
 - ▶ Análisis de los mecanismos presupuestarios, incluyendo el análisis de los incentivos, la transparencia y el grado de descentralización
 - ▶ Análisis de la fortaleza de las instituciones públicas responsables por el financiamiento del sector salud y su sostenibilidad.
- ◆ Analice el **gasto público y privado del sector**. Esto incluye:
- ▶ Gasto total por subsector - series de los últimos cinco años, si estuvieran disponibles.
 - ▶ Gasto per capita por institución o subsector
 - ▶ Gasto total como porcentaje del PIB por institución o subsector
- ◆ Analice la **composición del gasto**, según:
- ▶ Relación gasto público-privado
 - ▶ Análisis del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total
 - ▶ Comparaciones internacionales entre gasto público y privado
 - ▶ Análisis integral de gastos de inversión y recurrentes, para identificar distorsiones y composición del gasto intrasectorial
 - ▶ Relación gasto en hospitales vs. gasto en atención primaria
 - ▶ Análisis del gasto por categoría presupuestaria, incluyendo énfasis en el porcentaje total asignado a salarios y a medicamentos.

- ▶ Distribución del gasto por regiones, comparación entre áreas urbanas y rurales, así como comparaciones regionales específicas del gasto *per capita*.
 - ▶ Distribución del gasto por edad y sexo, según disponibilidad
 - ▶ Revisar tendencias (pref. 5 años, si hubiera disponibilidad) de la composición del gasto sanitario
- ◆ Analice el **rol del sector público**, en base al comportamiento del gasto sanitario. Los gastos deberían evaluarse en términos del monto de la intervención pública en una actividad específica. Este análisis tomará los programas financiados por el gobierno y revisará cómo éstos contribuyen a los objetivos de mejorar la equidad y el bienestar público y qué oportunidades existen para mejorar la intervención pública en el sector. Como parte de este análisis, se aconseja evaluar el gasto público en las funciones esenciales de salud pública (FESP).
- ◆ Analice la **equidad**, en base al comportamiento del gasto sanitario, desde varias perspectivas:
- ▶ Distribución de las contribuciones en función de la capacidad de pago. Utilizando datos de encuestas de hogar o fuentes secundarias, identifique el peso relativo del financiamiento por nivel de ingreso.
 - ▶ Distribución del gasto en función de la necesidad. ¿Alcanzan los recursos a los más necesitados? Revise la relación entre el gasto per capita y los indicadores de necesidades esenciales, u otros indicadores de desarrollo socioeconómico.
 - ▶ Comparar resultados de salud por nivel de ingreso. Cuando exista, utilice la información de las encuestas de hogar u otros estudios que analicen los resultados por nivel de ingreso. ¿Qué diferencias existen entre los resultados de salud de los ricos y los pobres? Y ¿hasta qué punto la asignación de recursos responde a esa disparidad?
- ◆ Analice la **eficiencia** desde varias perspectivas:
- ▶ Eficiencia en la asignación: evalúe la asignación intrasectorial que se menciona en la sección de composición del gasto, pero desde la perspectiva de aumentar la eficiencia, por ejemplo, con más servicios primarios y preventivos en lugar de curativos.
 - ▶ Eficiencia técnica: analice la producción como función de las entradas (“inputs”). Tome indicadores clave, tales como ocupación hospitalaria, relación del personal, tasas de movilidad laboral y otros indicadores estándar, para evaluar la eficiencia. Revise los cambios en el gasto real, en el transcurso de varios años, en función de la producción: egresos, consultas, servicios de emergencia, etc. ¿Cómo ha variado en el tiempo el gasto estimado por los diferentes servicios, en términos reales y corrientes? Comparaciones entre el gasto público y la seguridad social, y el sector público y privado, cuando haya datos disponibles. ¿Resultó el aumento en el gasto en un aumento en los servicios?

- ▶ Duplicación de servicios entre el sector público y el seguro social ¿Hay traslape en el financiamiento?
- ▶ Revise si existen subsídios entre utilidades públicas y las instituciones de seguro social.
- ▶ Revise si existen subsidios entre el sector público y el privado.
- ▶ Analice las estrategias de precios en el caso de pagos por servicios. ¿Qué oportunidades existen para mejorar las políticas de precios?

◆ **Sostenibilidad financiera.** Evalúe las series de tiempo para calcular la tendencia del gasto en salud y defina cuál es el nivel de gasto que el país considera sostenible, tanto para el sector público como para el privado. El análisis puede efectuarse en base a preguntas como las siguientes:

- ▶ ¿Cuáles son las expectativas en lo referente al gasto público y privado en los próximos años?
- ▶ ¿Estará el sector público enfrentando dificultades mayores, a corto plazo, para cumplir sus compromisos de gasto?
- ▶ ¿Es el gasto público en salud compatible con el nivel general del gasto público?
- ▶ ¿Hay restricciones de gasto o políticas para contener el gasto público en salud? En ese caso, ¿cuáles son? ¿Cuál ha sido su impacto?
- ▶ Estime cual es la naturaleza de esos problemas y valore cómo pueden resolverse.
- ▶ Explique si el tema de la sostenibilidad financiera del gasto total en salud y del gasto público en salud es un tema de debate político o público.

◆ Establecimiento de prioridades en el gasto sanitario. Analice la distribución del gasto en función de la relación costo/eficiencia de las intervenciones financiadas. ¿Qué oportunidades existen para mejorar el “value-for-money” (“valor en relación al dinero”) en el sector?

¿Dónde Obtener la Información?

Información sobre los componentes detallados del gasto público en salud a menudo puede ser obtenida a partir de las mismas fuentes a las que nos referimos en la sección anterior, tales como cálculos presupuestarios del Gobierno, informes de auditorías, comisiones parlamentarias, análisis académicos preparados para el Gobierno u organismos Internacionales, registros administrativos, etc. Dado el tamaño del gasto doméstico directo o del gasto de bolsillo, las encuestas del gasto familiar llevadas a cabo por los Ministerios de Finanzas, Planificación Económica o Política Social o por agencias nacionales de estadística son cálculos que no pueden dejarse de lado. Otros registros arrojan información sobre los seguros privados y otros planes privados de prepago, sobre las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), el

gasto directo en bienes y servicios médicos de las compañías para sus empleados y a veces sus familias. Algunos de estos registros quizás sean públicos, tales como el reporte anual de la Superintendencia de Seguros, los registros tributarios de las grandes compañías, los informes de ONG's, etc.

La información sobre la sostenibilidad quizá esté disponible en los Ministerios de Finanzas, Planificación o Política Económica. Las instituciones de seguridad social pueden haber realizado estudios sobre la sostenibilidad financiera dentro de su esfera de acción (que puede incluir escenarios teóricos de financiamiento y gasto). También puede servir el análisis de las CNS, cuando éstas existen.

Actualmente, la comunidad internacional involucrada en la cooperación técnica en esta área ha avanzado en el desarrollo de un instrumento llamado "Guía de Productores". Esta Guía se basa en el documento "Un Sistema de Cuentas de Salud", desarrollado por la OECD,(18) así como en el trabajo previo desarrollado en torno a las CNS con un enfoque menor en el objeto de las Cuentas y mayor en las formas para lograr su elaboración y responder a la necesidad de información pertinente para los países de ingresos medianos y bajos.(19)

Cuadro 5.2
Resumen estadístico del país

Población Total	<i>Número</i>
Tasa de cambio	
PIB Total	<i>Dólares</i>
Gasto Total del Gobierno	<i>Dólares</i>
Gasto Total en Salud <i>per capita</i> :	Total
Público	<i>Dólares</i>
Privado	<i>Dólares</i>
Recursos Internacionales	<i>Dólares</i>
Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB:	Cifras en %
Público	<i>%</i>
Privado	<i>%</i>
Recursos Internacionales	<i>%</i>
Gasto Total en Salud como porcentaje del gasto total del gobierno	<i>%</i>
Distribución por Fuente de Financiamiento:	100%
Público	<i>%</i>
Empresas Públicas	<i>%</i>
Privado	<i>%</i>
Internacional	<i>%</i>

**Cuadro 5.3:
Fuentes de financiamiento y agentes financieros**

AGENTES FINANCIEROS	Sector Público			Sector Privado					TOTAL
	Gobierno central	Otros depts. gobierno	Empresas públicas	Seguro Social	Seguros de salud privados	ONGs	Empresas privadas	Hogares	
FUENTES									
Sector público									
Gobierno central									
Gobiernos estatales									
Municipalidades									
Empresas públicas									
Sector privado									
Empresas privadas									
Hogares									
ONGs									
Sector externo									
Organismos internacionales									
Organismos bilaterales									
ONGs internacionales									
TOTAL	A	B	C	D	E	F	G	H	X

indicar moneda y año(s)

**Cuadro 5.4:
Agentes financieros y proveedores**

PROVEEDORES	Proveedores Públicos				Proveedores Privados		Otros	TOTAL
	Hospitales	Clinicas	Otros proveedores del Gobierno	Proveedores Seguro Social	Hospitales	Clinicas		
AGENTES FINANCIEROS								
Sector Público								Y = A + B + C + D
Gobierno central								A
Otros depts. de Gobierno								B
Empresas Públicas								C
Seguro Social de Salud								D
Sector Privado								Z = E + F + G + H
Seguros de Salud Privados								E
ONGs								F
Empresas Privadas								G
Hogares								H
TOTAL								X = Y + Z

indicar moneda y año(s)

* Otros: incluye gastos administrativos de los agentes financieros, inversiones, el financiamiento de las Funciones esenciales de salud pública (FESP) y otras actividades de salud pública cuyo financiamiento no se hace a través de proveedores.

**Cuadro 5.5:
Proveedores y tipo de servicios**

TIPO DE SERVICIOS	A. Atención Preventiva	B. Atención Curativa	C. Funciones Esenciales de Salud Pública	TOTAL
Proveedores				
Proveedores públicos				
Hospitales				
Clínicas				
Otros proveed. del gobierno				
Proveedores Seguro Social				
Proveedores privados				
Hospitales				
Clínicas				
Farmacias				
TOTAL				X

Indicar moneda y año(s)

**Cuadro 5.6:
Gasto per cápita por grupos de población**

	Moneda Local	US\$
Gasto per cápita		
por género		
Masculino		
Femenino		
por grupos de edad		
menores de 18		
18-49		
mayores de 50		
por lugar de residencia		
urbano		
rural		
por distribución geográfica		
región 1		
región 2		
región 3		
región 4		
por quintiles de gasto		
quintil 1		
quintil 2		
quintil 3		
quintil 4		
quintil 5		

indicar año

Bibliografía y Notas (Capítulo 5)

- (1) World Health Organization. *Who Pays for Health Systems Chapter 5. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva. pages 93-105
- (2) Pan American Health Organization/World Health Organization (2001) *Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment*. Final Report. 8-10 May 2001 Washington, D.C.
- (3) Schieber, G., Maeda, A. (1997) *A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries*. World Bank Discussion paper No.365, Innovations in Health Care Financing, Proceedings of a World Bank Conference. March 10-11, Washington D.C.
- (4) Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C (2000) *Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias*. Special issue on Health Sector Reform. Pan American Journal of Public Health. Vol. 8(1/2)
- (5) Lalta, S (2001) *Health Financing Reform and Issues of Equity in the Caribbean*. Paper presented at PAHO/SALISES Workshop on Health Research for Policy Formulation in the Caribbean. Barbados, March 11-14
- (6) See the proceedings of the NHA Symposium held in York, United Kingdom July 20-21, 2001 under the sponsorship of USAID and SIDA at <http://www.phrproject.com/globali/nha-home.htm>
- (7) Background document for York Symposium
- (8) Theodore, K. (2001) *An Examination of the Role of Health Financing in the Caribbean: A Complementary Role for National Health Accounts?* Health Economics Unit, University of the West Indies. Presented on 10 September 2001 at the Training Course for the Development of National Health Accounts in the Caribbean.
- (9) Theodore, K. (2001) Op. Cit.
- (10) An example of specific calculation and analysis within the framework of NHA can be found in: Schneider, P. *Assessing HIV/AIDS Costs Using the NHA Methodology*. Technical paper presented at the Training Course for the Development of NHA in the Caribbean. 10-14 September 2001, CPC Barbados. Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- (11) An illustrative example of equity analysis based on information from NHA can be found in: Rathe, M. (2000) *Health and Equity: A Look at Health Financing in the Dominican Republic*. Macro International/USAID. Santo Domingo, Dominican Republic.
- (12) A discussion on these financing mechanisms is presented in PAHO/UNDP/CARICOM. *Implementing Decentralization and Financing Strategies while Protecting the Poor. Managing and Financing Health to Reduce the Impact of Poverty in the Caribbean*. Washington DC. 1999.
- (13) PAHO/UNDP/CARICOM (1999) Op. Cit.

- (14) Pan American Health Organization/World Health Organization (1998) *Health in the Americas*. Washington, D.C. 1998
- (15) Latin America and the Caribbean Health Sector Reform Initiative (1998) *Final report - Regional Forum on Provider Payment Mechanisms*. Washington, DC.
- (16) A framework for analysis of provider payment mechanisms is presented in: Pinto M and Andersson B. (2001) *Paying Health Care Providers in the Caribbean*. Pan American Health Organization, Washington DC
- (17) República de Nicaragua. Ministerio de Salud (2000) *Análisis del Sector Salud en Nicaragua*. MINSAL/OPS. Managua/Nicaragua
- (18) ECD (2000). *A System of National Accounts - Health*. Paris
- (19) The NHA Producers Guide is a draft document currently being developed with financial support from the World Health Organization, the World Bank, and the U.S. Agency for International Development/Partnerships for Health Reform Project. Some sections of the provisional draft have been distributed for teaching purposes during the last few months. The draft chapters are not yet an official document of these agencies, nor is their approval of its contents in any way implied.

SECCIÓN C

CAPÍTULO 6.

PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

ÍNDICE

6.1 Marco conceptual para el análisis de la provisión de servicios de salud	155
6.2 Análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud	158
6.2.1 Aspectos conceptuales útiles para el análisis.....	158
6.2.2 Estimado de la oferta.....	161
Guía instructiva para el análisis de la oferta de los servicios de salud.....	163
6.2.3 Estimado de la demanda	170
Guía instructiva para el análisis de la demanda de los servicios de salud.....	172
6.2.4 Análisis de brechas de la oferta respecto a la demanda	175
Guía instructiva para el análisis de brechas de la oferta respecto a la demanda	176
6.3 Modelo de atención de salud.....	178
Guía instructiva para el análisis del modelo de atención.....	182
6.4 Modelo de organización y gestión de los servicios de salud.....	183
Guía instructiva para el análisis del modelo de organización de los servicios de salud	186
6.5 Los recursos humanos del sector	189
6.5.1 Formación de recursos humanos (RRHH).....	191
6.5.2 Gestión de RRHH y condiciones de empleo.....	191
6.5.3 La regulación del ejercicio profesional.....	193
6.5.4 Gobernabilidad y conflictividad del sectorial	193
Guía instructiva para el análisis de los recursos humanos en la provisión de servicios de salud.....	194
6.6 Recursos tecnológicos del sistema de servicios de salud.....	198
6.6.1 La red de establecimientos de salud	198
6.6.2 Edificaciones y equipos	199
6.6.3 Evaluación de las tecnologías en salud.....	201
6.6.4 Tecnologías de información y comunicación en salud.....	204
6.6.5 Medicamentos y productos sanitarios.....	205
Guía instructiva para el análisis de los recursos tecnológicos	210
Bibliografía y notas (Capítulo 6).....	219

CAPÍTULO 6. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo presenta una propuesta comprensiva para el análisis de la provisión de servicios de salud. En primer lugar, se presenta un marco conceptual para el análisis de la provisión de los servicios de salud. En segundo lugar, se propone una metodología para el análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud y de las brechas existentes entre ellas. En tercer lugar, se analizan los modelos de atención. En cuarto lugar, se analizan los modelos de organización y gestión de los servicios de salud. En quinto lugar, se analizan los recursos humanos. En sexto lugar, se analizan los recursos tecnológicos. Al final de cada apartado, se brinda una guía instructiva para orientar el proceso de análisis.

Este capítulo guarda estrecha relación con los capítulos anteriores y siguientes de la metodología de análisis sectorial, pero ha sido preparado teniendo en cuenta, también, la posibilidad de que se decida usarlo de manera independiente para producir un análisis específico de la provisión de servicios de salud en un territorio determinado.

Formando parte de un ejercicio global de análisis sectorial, el capítulo puede ser usado en su totalidad (si se desea un análisis comprensivo y en profundidad de la provisión de servicios) o puede ser usado sólo parcialmente (por ejemplo, si no se dispone de tiempo o de recursos para aplicarlo en su totalidad, o si ya se cuenta con análisis recientes y confiables sobre los temas tratados en alguno(s) de lo(s) apartados que lo componen).

Si se decide usar parcialmente este capítulo, se sugiere que se use siempre el apartado 6.2. - Análisis de la oferta y la demanda de servicios - porque su aplicación permitirá disponer de una visión de conjunto sobre dónde se hallan las brechas entre oferta y demanda de atención, lo que puede ser relevante para la toma de decisiones políticas.

6.1 Marco Conceptual para el Análisis de la Provisión de servicios de Salud

El proveer servicios de salud es la función principal de los sistemas de salud. El objetivo fundamental de los servicios de salud es promover, mantener y restablecer la salud, tanto de las personas como de la población en general. Se admite que para ello es importante minimizar las disparidades en el nivel de salud de la población y en el acceso a los servicios de salud.

En el ámbito mundial y regional, los sistemas de servicios de salud se encuentran sometidos a constantes presiones para adaptarse a las nuevas realidades que les impone el ambiente. En términos generales, las variables que estimulan el cambio son las siguientes:

- Envejecimiento poblacional.
- Cambio del perfil epidemiológico de la población.

- Avances del conocimiento científico en salud.
- Avances tecnológicos.
- Mayor conocimiento y expectativas en salud de los usuarios.
- La globalización de la economía mundial.
- Aumento de los costos de la atención de salud.
- El inadecuado desempeño de los sistemas de servicios de salud.

Las Américas se caracterizan por una gran diversidad de niveles de salud y de formas en que se organizan los servicios de salud (1, 2). No obstante, los desafíos de índole general en materia de servicios de salud se pueden resumir en los cinco factores que se presentan en el Cuadro 6.1.

Cuadro 6.1: Desafíos generales de los servicios de salud en las Américas (3)

1. El acceso a servicios de salud no está completamente disponible, y en algunos casos es inexistente para grandes segmentos de la población, y en particular para los grupos de población que más los necesitan.
2. La oferta de servicios de salud no siempre se ajusta a las expectativas, valores sociales y preferencias culturales de la población.
3. En muchos casos, la prestación de servicios de salud es de baja efectividad y calidad técnica.
4. El uso de los recursos disponibles no es siempre el más adecuado, lo que genera ineficiencias en los sistemas de servicios y contribuye al incremento innecesario de los costos.
5. En algunos casos, el financiamiento de los servicios de salud es insuficiente o inestable.

Aún cuando los desafíos señalados anteriormente son similares para la mayoría de los países de la Región, el orden de magnitud y las causas que los originan son distintos en cada uno de ellos. Las raíces de los problemas son, en su mayoría, de tipo multicausal. Las opciones y estrategias para abordar estos problemas son distintas, dependiendo de su factibilidad política, económica y social. Por ese motivo, no existe una «receta» universal para el mejoramiento de los servicios. Por el contrario, el abordaje de los problemas (tanto a nivel nacional, regional y local) requiere de un conocimiento profundo de cada realidad en particular. En ese sentido, el análisis de la prestación de servicios, como parte integral del análisis del sector salud, puede ser un insumo importante para el planteamiento de estrategias orientadas a enfrentar estos desafíos.

Existen innumerables formas de analizar la provisión de los servicios de salud. Los marcos conceptuales más tradicionales se basan en el análisis de la estructura, los procesos y los resultados de los servicios de salud. Este tipo de marcos es más útil para el análisis de organizaciones individuales o niveles organizacionales menores (véase Cuadro 6.4: Niveles de organización de los servicios de salud) aún cuando también se usan para el análisis de las redes y los sistemas de servicios de salud. Su principal limitación es que no logran discriminar los aspectos más estructurales del sistema. Además, tienden a centrar el análisis en la oferta y en el uso de los servicios, y no tanto en las necesidades y demandas en salud de la población.

El presente apartado plantea un nuevo marco conceptual para analizar la provisión de servicios de salud, el cual complementa el análisis tradicional anterior. Este nuevo marco postula que el análisis de los servicios de salud debe comenzar por el análisis de las necesidades, expectativas y demandas en salud de las personas. Este es el verdadero desafío de los servicios de salud, al cual deben responder considerando a las personas en su contexto familiar y comunitario.

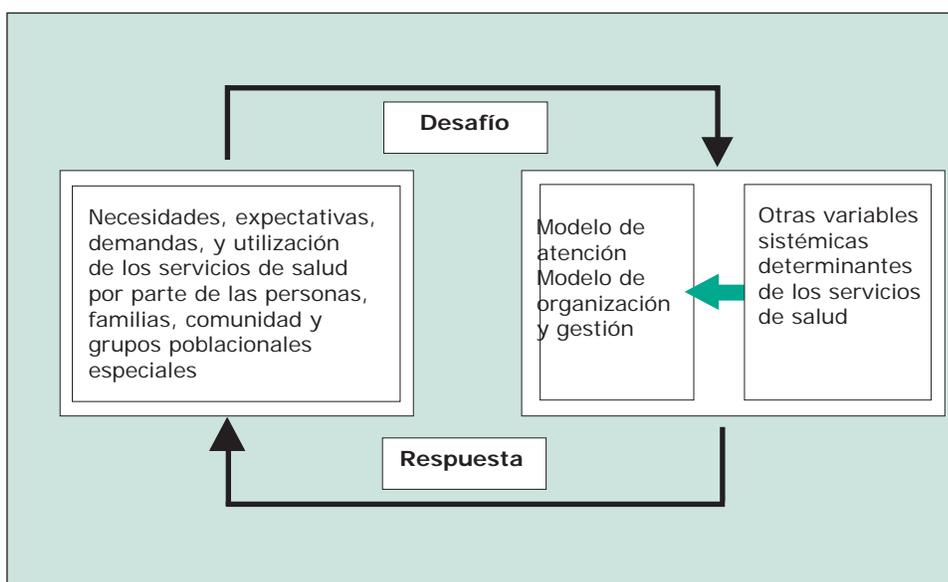
Para entender mejor el nivel de adecuación de la respuesta de los servicios, el marco conceptual plantea, además, el análisis diferenciado tanto del modelo de atención en salud como de los modelos de organización y gestión de los servicios de salud. En términos generales, el modelo de atención en salud se refiere a los contenidos de esa atención en salud, mientras que los modelos de organización y gestión se refieren a los procesos que posibilitan la atención en salud.

El análisis más importante es el del modelo de atención en salud. Como se verá, este modelo determina la interacción entre la oferta y la demanda/uso de los servicios y, por lo tanto, debiera responder a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. En consecuencia, el modelo de atención debiera condicionar el desarrollo de los modelos de organización y gestión, y no al revés, como ocurre en la mayoría de los casos.

El modelo propuesto se preocupa también de analizar aquellos aspectos más estructurales de los servicios de salud, particularmente los situados en el nivel sistémico, los cuales pasan desapercibidos en los análisis más tradicionales.

Por último, el marco conceptual plantea la necesidad de analizar otras variables sistémicas, más allá del ámbito propiamente de la provisión, las cuales inciden en el comportamiento de los servicios. Los componentes básicos del nuevo marco conceptual se resumen en la Figura 6.1.

Figura 6.1: Nuevo marco conceptual para el análisis de la provisión de servicios de salud



La aplicación práctica de este nuevo marco conceptual, complementario al tradicional descrito anteriormente, conlleva a un análisis de la prestación de servicios de salud que abarca los siguientes componentes:

- a. El análisis de la oferta y la demanda de los servicios.
- b. El análisis del modelo de atención.
- c. El análisis de la organización y gestión de los servicios.
- d. El análisis de los recursos humanos del sector.
- e. El análisis de los recursos tecnológicos del sector.

Como se dijo anteriormente, el análisis de la provisión de servicios de salud debe comenzar con el análisis de la oferta y la demanda de servicios para establecer las brechas de atención. A continuación, si se considera necesario y se dispone de tiempo y medios, se debe seguir con el análisis de los modelos de atención y de organización y gestión de los servicios. Después, se deben evaluar en profundidad los recursos humanos y los recursos tecnológicos con que cuenta el sector para dar respuesta a las necesidades y demandas.

6.2 Análisis de la Oferta y la Demanda de Servicios de Salud

El objetivo de este apartado es orientar el análisis de la oferta y demanda de servicios de salud, basado en un diagnóstico situacional sistemático. Con este fin, se revisan la estructura general de la oferta de servicios, los niveles de atención y la calidad de los servicios prestados. Posteriormente se aportan elementos que permitan estimar la demanda. El análisis del conjunto de ambos factores posibilita definir las brechas en la atención, determinar las áreas problema y formular conclusiones y recomendaciones.

6.2.1 Aspectos conceptuales útiles para el análisis

La oferta se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, las condiciones de las personas y del ambiente.

Es necesario conocer tanto el tipo y rango de servicios provistos, como la disponibilidad y distribución de los recursos que están destinados directa o indirectamente a proveer tales servicios. Esa información permite conocer el rendimiento de cada tipo de recurso. Los recursos destinados a la oferta de servicios en general se traducen en centros asistenciales organizados por niveles de atención o bien en programas de atención específica destinados a resolver determinadas necesidades de salud. El sistema de servicios de salud puede estar conformado institucional o funcionalmente por una heterogénea red de múltiples instituciones públicas y privadas, donde es posible reconocer un conjunto organizado de recursos (físicos, financieros, humanos, tecnológicos), ubicados en distintos centros asistenciales, organizados según niveles de diversa complejidad asistencial.

En el análisis de la oferta de servicios de salud importa conocer, no sólo la existencia y distribución de servicios, sino también determinar en qué grado dicha oferta da una respuesta adecuada a la demanda de la población objetivo en un período determinado. Para ello, la oferta disponible requiere ser comparada con la demanda actual (también llamada explícita o expresada) que se produce en un momento determinado, y también con aquella demanda potencial (o teórica) que cabría esperar si los principales problemas o necesidades de salud de la población, que son posibles de prevenir o solucionar mediante la acción de los servicios, se tradujeran en demanda manifiesta.

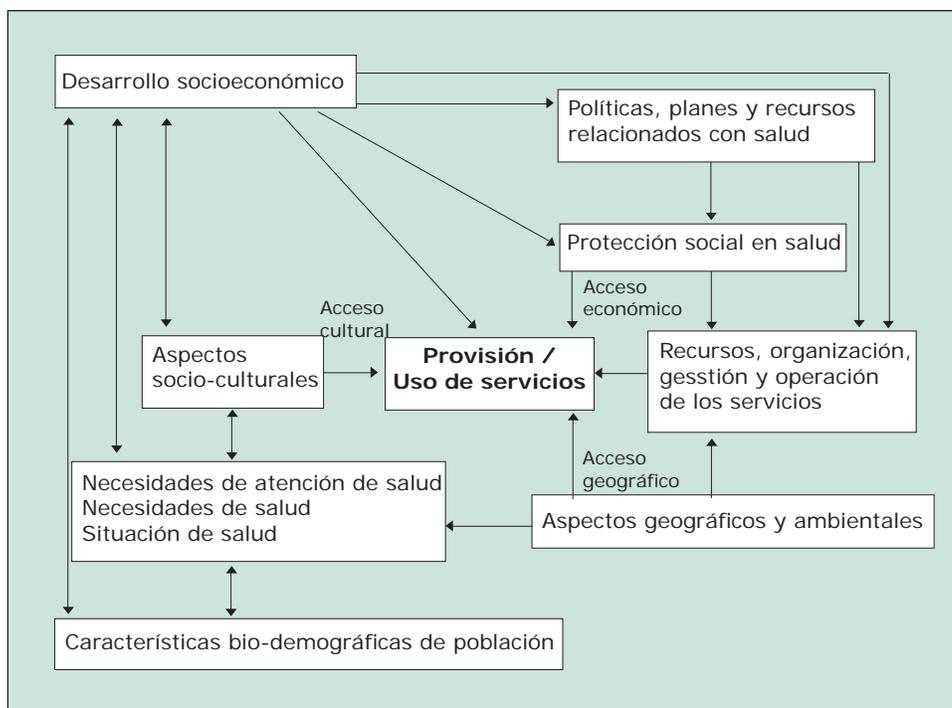
Los problemas de salud de la población representan necesidades de atención en salud. El análisis de la demanda requiere considerar información, tanto sobre necesidades y factores determinantes, como sobre el uso efectivo de los servicios por parte de las poblaciones objetivos.

El estimado de la demanda es útil para establecer la adecuación de la oferta a las necesidades de la población en los distintos niveles asistenciales. Dada su complejidad, se necesitan múltiples perspectivas y medidas para abordar el tema de la demanda. Así, se requiere tener en cuenta que:

- El acceso efectivo a la atención en salud (utilización o uso) sufre influencia de la interacción entre diversos factores que afectan (ya sea facilitando u obstaculizando) la demanda o bien influyen en la oferta institucional de servicios.
- Por parte de la población (necesidad y demanda), existen varios tipos de factores que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios, y que suelen estar relacionados entre sí.
- Del lado institucional (oferta), también existen varios tipos de actores que influyen en la disponibilidad y distribución de recursos y en la provisión de servicios de salud.

Las diferencias socioeconómicas y las disparidades de la situación de salud entre diferentes áreas y grupos de población influyen en las desigualdades en la atención de salud. Las áreas menos privilegiadas tienden a tener una carga de morbilidad mayor, menor disponibilidad de recursos, menor financiamiento y acceso, junto a escasez del personal de atención de salud, prestigio inferior y limitada capacidad de resolver eventos de salud que requieren niveles tecnológicos más complejos de atención. Esta situación ha sido descrita como la ley de cuidado inverso de la salud (4). La Figura 6.2 sintetiza los componentes o grupos de factores que de un modo u otro influyen en el acceso y uso de servicios de salud.

Figura 6.2: Principales grupos de factores que influyen en el acceso y uso de servicios de salud



Fuente: OPS/OMS (5).

A partir de la información que se pueda recopilar y analizar sobre oferta y demanda, es posible analizar las brechas de oferta. El análisis de brechas y del conjunto de factores que pueden ser modificados permitirá determinar las áreas-problema susceptibles de mejora, elaborar conclusiones y proponer recomendaciones con implicaciones en las políticas, planes y programas.

En los aspectos conceptuales del análisis de la relación entre oferta y demanda, destaca que a mayor necesidad de servicios, también se requiere mayor oferta (expresada por mayor uso) y mayor disponibilidad de recursos. En este sentido, las brechas detectadas por el análisis de utilización indican que el déficit es más evidente cuando la utilización es baja y la necesidad es alta. El acceso, por tanto, puede medirse mediante la utilización que cada persona hace de los servicios de salud en un período determinado. Esto, a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad del servicio, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos y necesidades de consumidores potenciales).

La relación entre la necesidad y la utilización de la atención en salud puede sintetizarse en el modelo expuesto en el Cuadro 6.2. Según se plantea en este modelo, tan importante es la disponibilidad del recurso como el uso que se hace de él, respecto a los distintos niveles de necesidad de atención en salud de la población (6).

Cuadro 6.2: Modelo de relaciones entre necesidad, recurso y uso*

Uso	Necesidad alta		Necesidad baja	
	Recursos altos	Recursos bajos	Recursos altos	Recursos bajos
Alto	Balance apropiado de distribución de recursos	Compensación por alta productividad del recurso	Desbalance por uso excesivo del recurso	Desbalance con alta productividad del recurso
Bajo	Desbalance por uso reducido del recurso	Desbalance por inversión insuficiente en recursos	Desbalance por sobre-inversión en recursos	Balance apropiado de distribución de recursos

*Nota: *Este último como expresión tanto de la oferta como de la demanda.
Fuente: (2).*

Cuando la provisión de recursos no permite lograr coberturas suficientes, las estrategias de aumento de la oferta se concentran generalmente en tres aspectos:

- Aumento de la cobertura de servicios de salud al máximo número de personas de una determinada población, aunque sea sólo para cubrir las necesidades esenciales, por ejemplo a través de conjuntos básicos de beneficios garantizados.
- Concentración de la distribución del recurso y el eventual aumento de la cobertura de servicios a partir de los que tienen menos acceso, que en general son los más pobres y necesitados de atención (la mayoría de los enfoques en pro de la equidad).
- Mejoría de la eficiencia y productividad del recurso disponible.

6.2.2 Estimado de la oferta

Se entiende como oferta la cantidad de un bien o servicio en condiciones de ser usado o consumido por una población objetivo, en un período determinado. También se considera (aproximación de la) oferta a los recursos dispuestos para proveer esos bienes o servicios.

Esta sección se ocupa tanto del recurso asistencial disponible como de la producción de atenciones que se ofrece (al mercado o población objetivo) a través de dicho recurso. Para poder analizar en forma más precisa la oferta de servicios, es importante describir y conocer:

- los recursos que se utilizan (humanos, financieros, físicos, tecnológicos).
- como están distribuidos (geográficamente, por sectores según sea público o privado y por niveles de atención).
- la población objetivo, la cual varía según cada tipo de servicio de salud incluido en la oferta específica de cada tipo de atención.

La disponibilidad y las características de los establecimientos de salud permiten sintetizar la existencia y distribución del recurso asistencial. Si la desagregación de la información lo permite, es importante consignar ese recurso según las especialidades. También es importante describir las condiciones de

calidad y rendimiento que tiene el recurso disponible, especialmente cuando hay obsolescencia o falencias claras de mantenimiento del recurso. Interesa destacar las condiciones de la infraestructura, tales como la disponibilidad de lugares de atención (como salas de atención de urgencia, atención odontológica, vacunación, curación o educación). En el primer nivel de atención también hay que destacar las bodegas de alimentos y la cadena de frío de las vacunas. En el caso del equipo médico, lo habitual es consignar: máquinas de radiología por tipo, ecotomógrafos; equipo básico de laboratorio, sillones dentales, congeladores y equipos de climatización o calderas, entre otros. (Para un análisis en profundidad, véase el apartado 6.5).

El tema de la disponibilidad y características del recurso humano se desarrolla en detalle en otro apartado del capítulo, pero en relación a la oferta es relevante registrar la dotación de personal (número de cargos y horas contratadas), desagregada de acuerdo a su composición (tipo de personal y, en el caso de los médicos, según la especialidad). Además, interesa establecer si el recurso estudiado constituye un recurso crítico para la producción del establecimiento, es decir aquel que por su escasa disponibilidad se transforma en un obstáculo para la realización de las acciones en salud, y se debe consignar aquellos casos en que se realice una delegación de funciones en personal con menor formación, por ejemplo los técnicos auxiliares de enfermería que muchas veces asumen las funciones de enfermeras universitarias. (Para un análisis en profundidad, véase el apartado 6.4).

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

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

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

Las prestaciones intermedias corresponden a procedimientos que forman parte del proceso productivo y que actúan como insumo para la producción de la prestación final (exámenes de imagen y de laboratorio, anatomía patológica, acciones del banco de sangre, incluyéndose también las acciones de apoyo tales como lavandería, esterilización, central de comidas y otras).

Dados los objetivos de este tipo de análisis sectorial, y a pesar de la gran multiplicidad de elementos de la oferta y la demanda afectos a revisión y discusión, se busca que la presentación del resultado del análisis sea sintética, pero que, a su vez, permita destacar aquellos aspectos que son más relevantes para la adopción de políticas, estrategias y planes.

A continuación, se plantean una serie de preguntas orientadoras, indicadores y enfoques para el análisis y luego se brindan varios cuadros cuyo formato puede ser útil para la presentación de los datos recopilados.

- **Indicadores para el análisis de la oferta.** Importa conocer y analizar la siguiente información:
 - * **Uso o utilización de servicios por parte de la población en un período determinado.** Permite conocer el grado en que las necesidades de atención y la demanda de servicios son respondidas por la oferta. Es la expresión del contacto entre servicios y población.
 - * **Sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes.** Permiten conocer cómo los servicios responden a las necesidades de diversa complejidad tecnológica, y si la respuesta es suficiente para solucionar los problemas de la población objetivo.
 - * **Población objetivo.** Dato básico, no siempre fácil de obtener con precisión o que, incluso, puede variar dependiendo del tipo de atenciones. Es necesario para la aplicación de procedimientos e indicadores para evaluar la oferta. ¿Se cuenta con información sobre la estructura poblacional por edad y sexo y con proyecciones demográficas confiables?
 - * **El área geográfica de influencia** corresponde a la población objeto de atención de cada establecimiento o área sanitaria y no siempre coincide con las áreas político-administrativas de los países. Es también bastante útil disponer de mapas donde se muestre la posición de los establecimientos y sus áreas geográficas de influencia.
 - * **El número y tipo de establecimientos asistenciales,** donde interesa ordenar la parte correspondiente al nivel primario, según las categorías de interés, considerando los diversos tipos de establecimientos que puede haber en este nivel.
 - * **Descripción de indicadores de recurso crítico** para cada tipo y nivel de establecimiento: humano, financiero, físico y tecnológico. Póngase especial énfasis en el personal clínico y en el equipo de apoyo diagnóstico terapéutico (por ejemplo, equipos de imágenes y de laboratorio, bancos de sangre).

- * **Recursos humanos:** Resuma el número de cargos y horas contratadas, desagregadas de acuerdo al tipo de persona (en el caso de los médicos, considerar también la especialidad). La disponibilidad de recursos humanos y físicos corresponde también a una tasa poblacional que relaciona el número de recursos disponibles, en un período de tiempo determinado (habitualmente en un año), con la población del área de influencia del primer nivel de atención. Ejemplos de estos indicadores son la disponibilidad de médicos por 1000 habitantes, enfermeras, etc. (Véase el Cuadro 6.3 como ejemplo).

**Cuadro 6.3: Análisis de oferta:
Indicadores generales de disponibilidad de recursos**

a. Recurso humano	Áreas o regiones
No. de médicos por 1000 hab.	
No. de enfermeras por 1000 hab.	
No. de auxiliares de enfermería por 1000 hab.	
No. de odontólogos por 1000 hab.	
Otro personal de salud	
b. Recursos físicos	
No. de centros de salud por 1000 hab.	
No. de centros de salud por km ²	
No. de salas de atención por 1000 hab.	
No. de servicios de rehabilitación por 1000 hab.	
No. de ambulancias por 1000 hab.	
No. de ambulancias por km ²	

- **Sistemas de referencia y contrarreferencia** de pacientes entre distintos niveles de atención (como por ejemplo el flujo registrado hacia y desde consultas más complejas y hospitalizaciones). ¿Existen procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes? ¿Cómo funcionan? Revise y evalúe el funcionamiento de estos sistemas. Eso permite un análisis de la dinámica del funcionamiento de la red asistencial, pues determina la relación concreta entre los establecimientos y niveles de atención de la red de servicios. Permite determinar la capacidad conjunta de los establecimientos de la red para satisfacer las demandas de atención de la población y la oportunidad con que ésta se realiza.
- **Estructura general de la oferta:** Describa de manera general las condiciones de operación de los establecimientos y el resultado de las evaluaciones de calidad, si existieran. Si no existieran, también es importante señalarlo.
- **Distribución geográfica del recurso, según los establecimientos.** Descríbala. Tome en cuenta la posibilidad de que algunos estén organizados en redes. En el caso de los recursos físicos del nivel primario, además del número de establecimientos, es importante consignar la disponibilidad de las salas de atención para, posteriormente, estimar el rendimiento de estos recursos. (Véase el Cuadro 6.4 para ordenar y presentar esta información).

Cuadro 6.4: Resumen de establecimientos asistenciales por propiedad y nivel

	No. centros	Camas	Gasto anual	Recursos humanos			Recursos físicos (existencia de)		
				Total	Médicos	Enfermeras	Equipo imagenología	Banco de sangre	Laboratorio
Sector público									
Hospitales * Alta complejidad * Mediana (especialidades básicas) * Baja (medicina general) * Total hospitales									
Centros ambulatorios * Centros con especialidades * Centros de nivel primario con medicina general * Centros de nivel primario con personal residente no profesional * Total centros ambulatorios									
Sector privado									
Hospitales * Alta complejidad * Mediana (especialidades básicas) * Baja (medicina general) * Total hospitales									
Centros ambulatorios * Centros con especialidades * Centros de nivel primario con medicina general * Centros de nivel primario con personal residente no profesional * Total centros ambulatorios									
Total centros de salud									

- * ¿Cuál es el número total de establecimientos asistenciales de la región en estudio, según tipo y nivel?
- * ¿Cuáles son los niveles de atención en que está organizada la oferta de servicios y como se distribuyen los establecimientos en esos niveles?
- * ¿Cuál es el número de camas hospitalarias y de centros ambulatorios con que cuenta la región?
¿Cuál es la razón por cantidad de habitantes?
- * ¿Son las condiciones de infraestructura y equipamiento un obstáculo para la producción?
- * ¿Cómo se distribuye el recurso en las diversas áreas? ¿Existe concentración geográfica de la oferta de servicios? ¿Existen vacíos de cobertura geográfica?
- * ¿Tienen los diferentes organismos aseguradores una misma distribución geográfica o se concentran en algunas zonas del territorio?

**Cuadro 6.5: Indicadores del rango de provisión de servicios
(razones de servicios/población o proporción de cobertura)
en el nivel primario de atención**

Tipo	Actividades o provisión de servicios asistenciales específicos	Servicios por población o coberturas por áreas				
		A	B	C	...	X
Atención de programas nacionales de salud (énfasis preventivo)	<ul style="list-style-type: none"> * Controles de niño sano * Vacunaciones según indicaciones programáticas * Consulta de planificación familiar * Control del embarazo y puerperio * Actividades prevención cáncer cérvico uterino, mamá y otros * Programas específicos de enfermedades crónicas * Actividades del programa del adulto mayor * Otros 					
Consultas espontáneas de morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> * Consultas de adultos, niños, ginecológico, obstétrico y otros * Consultas y atención ambulatoria de urgencia 					
Curaciones y cirugía menor	<ul style="list-style-type: none"> * Curaciones simples * Consultas y atención ambulatoria de urgencia 					
Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> * Laboratorio * Radiología y otros de imagenología 					
Atención dental	<ul style="list-style-type: none"> * Actividades preventivas del programa de salud oral * Atención de odontología general 					
Provisión de medicamentos y otros insumos médicos	<ul style="list-style-type: none"> * Medicamentos esenciales y otros * Lentes, prótesis y otros relacionados 					
Aporte de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> * Programa de alimentación o suplementos: por tipo de alimento o suplemento, según población objetivo (niños, embarazadas, adultos mayores) 					
Promoción de salud	<ul style="list-style-type: none"> * Educación comunitaria * Visitas domiciliarias 					
Acciones de salud ambiental (cuando se necesita o corresponde)	<ul style="list-style-type: none"> * Contribución a construcción de letrinas, depósitos de agua potable * Fumigación de hogares 					

Cuadro 6.6: Indicadores del rango de provisión de servicios hospitalarios

Tipo	Actividades o provisión de servicios asistenciales específicos	Servicios por población o coberturas por áreas				
		A	B	C	...	X
Hospitalizaciones	<ul style="list-style-type: none"> * Especialidades básicas * Pediatría * Cirugía * Ginecología y obstetricia * Medicina interna * Subespecialidades derivadas de la básicas * Otras especialidades * Medicina general * Emergencia 					
Cirugía y otras intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> * Especialidades básicas * Pediatría * Cirugía * Ginecología y obstetricia * Medicina interna * Subespecialidades derivadas de las básicas * Otras especialidades * Medicina general * Emergencia 					
Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> * Laboratorio * Radiología y otros de imagenología * Radioterapia * Bancos de sangre 					
Servicios de apoyo complementario	<ul style="list-style-type: none"> * Alimentación * Esterilización * Administración * Gestión del recurso * Manejo administrativo de pacientes * Lavandería, transporte * Mantenimiento de equipos 					
Consultas ambulatorias	<ul style="list-style-type: none"> * Consultas de adultos, niños, ginecológico, obstétrico y otros * Consultas y atención ambulatoria de urgencia 					
Provisión de medicamentos y otros insumos médicos	<ul style="list-style-type: none"> * Medicamentos esenciales y otros * Lentes, prótesis y otros relacionados 					

Cuadro 6.7: Composición de recursos humanos y disponibilidad de horas semanales

Recurso humano	Horas semanales				
	Intrahospitales asistenciales	Ambulatorio	Unidades de apoyo	Urgencia	Administración y otras
Médico especialista					
Médico					
Enfermera					
Paramédico					
Farmacéutico					
Nutricionista					
Odentólogo					
Auxiliar dental					
Total					

Puede ser útil usar mapas. Actualmente, a través de los sistemas de información geográfica, es posible contar con mapas digitales (que incluyen bases de datos), que además permiten relacionar la ubicación geográfica con las otras variables demográficas, socioeconómicas o epidemiológicas.

- **Oferta del primer nivel de atención.** La cartera o rango de servicios que ofrece el primer nivel de atención es decidida al interior de cada país o sector asistencial. En el Cuadro 6.5 se da un ejemplo del rango de servicios provistos en el nivel primario. Puede utilizarse este cuadro como modelo a seguir para la presentación de la oferta del primer nivel de atención. Para este rango de servicios ofrecidos, es importante indicar la producción anual de cada uno de ellos y la razón entre cantidad de servicios y cantidad de población objetivo (por ejemplo, X hospitalizaciones anuales por 100 habitantes en un área y año determinados).

- * ¿Cuál es el rango de servicios que se prestan en el nivel primario?
- * ¿Presentan los diferentes organismos aseguradores la misma definición de niveles de atención?
- * ¿Qué porcentaje de los centros rurales y urbanos carece de médico, enfermera y servicios de apoyo?
- * ¿Existen programas para las prioridades nacionales? ¿Se evalúan las coberturas de nivel primario? ¿Cómo se distribuye la cobertura de programas básicos? ¿Cómo varía por región, tipo de aseguramiento, edad, sexo, etnia? ¿Es adecuada esa tasa?

- **Oferta en niveles secundario y terciario.** La oferta en los niveles más complejos está esencialmente concentrada en aspectos curativos que requieren mayor capacitación y complejidad tecnológica. Allí se ubican los diversos tipos de especialidades, en centros asistenciales, que pueden ser hospitalarios, ambulatorios de especialidad o de emergencia, que cuentan con capacidad de atención de especialidades básicas o más complejas. El Cuadro 6.6 da un ejemplo del rango de servicios provistos en hospitales y el Cuadro 6.7 resume la composición de los recursos humanos y su disponibilidad de horas semanales, según el tipo de servicio. Ambos pueden también usarse como modelo para presentar los datos agregados de la oferta en los niveles secundario y terciario.

- **Análisis de productividad.** Es el ejercicio de contrastar los recursos provistos y los recursos utilizados. Contempla los siguientes pasos:

- * Elaboración de cuadros de tipo descriptivo que incluyan los aspectos más relevantes. Así, por ejemplo, en un primer nivel descriptivo, se tendrá información sobre el número de establecimientos según la titularidad, el tipo y el nivel de atención, etc. (Véase el Cuadro 6.8).

Cuadro 6.8: Datos detallados de establecimientos o centros asistenciales

Establecimiento	Nombre	Dirección	Titularidad	Tipo	Nivel asistencial	Año de construcción	No. de camas
Establecimiento 1							
Establecimiento 2							
Establecimiento ...							
Establecimiento n							

- * Cálculo de indicadores: razón de producción por unidad de población objetivo, rendimiento de los recursos humanos, rendimiento de los recursos físicos y tasa de prestaciones por habitante y año.
 - Para presentar la información sobre rendimiento de recursos humanos se requiere conocer la duración de la jornada de trabajo diaria del establecimiento y los días hábiles trabajados en el curso del año, que en un hospital son 365, lo cual permitirá inferir el número de horas trabajadas en el año.
 - En el caso del recurso humano, ¿cuál es la productividad del recurso? ¿Existe delegación de funciones? ¿Qué tipo de recurso humano se considera crítico? ¿Se mide el rendimiento de los recursos humanos y físicos? ¿Cuál es el resultado de esas evaluaciones?
 - Con relación al rendimiento del recurso físico, los indicadores tratan de relacionar la producción de prestaciones con el recurso físico existente (Véase el ejemplo del Cuadro 6.9: Indicadores de utilización del recurso cama según tipo de hospital). Entre ellos están incluidos los indicadores clásicos de utilización de camas hospitalarias tales como:
 - Camas en funcionamiento, totales y por mil habitantes.
 - Estancia promedio, en días.
 - Porcentaje de ocupación de las camas.
 - Índice de Rotación (nº de pacientes/cama año).
 - Intervenciones por quirófano por día.
 - En relación a los equipos, se realiza el mismo procedimiento, relacionando la producción de prestaciones con el número de equipos existentes.

Cuadro 6.9: Indicadores de utilización del recurso cama según tipo de hospital

Hospitales	Estadía	Ocupación	Rotación	Ingresos por 100 hab.
Generales	7,8	72,8	33,8	4,6
Médico-quirúrgicos	12,3	79,1	23,5	2,6
Ginecológico obstétrico	5,9	73,3	45,1	4,2
Materno infantiles	6,0	63,6	38,3	0,9

Fuente: Adaptado de OPS/OMS y Ministerio de Salud Pública (7).

- **Análisis de fluctuaciones periódicas de la productividad:** es necesario para establecer posibles causas. Las fluctuaciones pueden deberse a cambios en la disponibilidad de camas hospitalarias, quirófanos, recurso humano especializado, insumos o a modificaciones del área de influencia. Este tipo de análisis ayuda a identificar los factores críticos de la producción en los establecimientos. Algunas preguntas que pueden orientar este análisis son:

- ¿Cuál es la productividad anual de cada tipo de servicios?
- ¿Hay diferencias de rendimiento entre el sector público y el sector privado, entre distintas regiones?
- ¿Podría ser el rendimiento de los recursos un obstáculo para la producción de atenciones?
- ¿Se puede mejorar el rendimiento (optimizar la oferta) con la misma disponibilidad de recursos?
- ¿Cuán eficiente es el uso de los recursos hospitalarios, diferenciado por camas, pabellones y otros? ¿Se podría aumentar la oferta con la misma disponibilidad de recursos?
- ¿Cuál es la tasa de egresos hospitalarios por habitante al año? ¿Cuáles son sus variaciones según el tipo de aseguramiento, la región, el grupo de edad, el sexo, la etnia? ¿Cuál ha sido su evolución?
- ¿Existe complementación entre los distintos tipos de seguros para la oferta de servicios de alta complejidad? ¿Hay compra de servicios?
- ¿Existen listas de espera? ¿Para qué especialidades o prestaciones? ¿Por qué se producen?
- ¿Cuál es la calidad de la información recopilada?

¿Dónde obtener la información?

Las fuentes de información variarán dependiendo del lugar del estudio. Sin embargo, es habitual que los Ministerios de Salud y las Direcciones Nacionales de Estadística cuenten con registros de establecimientos asistenciales, de recursos humanos, financieros y físicos (especialmente equipos e insumos como medicamentos). La calidad de los datos es muy variable. Es probable que la información sobre establecimientos hospitalarios sea más completa que la información referente a los centros ambulatorios. Asimismo, también puede haber diferencias en la calidad de los datos del sector público y privado.

También puede obtenerse la información a partir de censos de población, de encuestas o de estudios específicos. Asimismo, puede utilizarse información de otros sectores que también cuentan con datos sobre la población, como las secretarías de vivienda y las compañías de agua potable y electricidad.

¿Cómo presentar la información?

Tal como se ha ido mencionando a lo largo de este epígrafe, la mejor forma de presentar la información sobre la oferta de servicios es en forma de tablas o cuadros. A continuación, se presentan algunas que, a título de ejemplo, han sido también mencionadas en los epígrafes correspondientes.

6.2.3 Estimado de la demanda

Se considera que demanda es el requerimiento formal (explícito) de servicios de salud. Como aproximación, se considera que la utilización o uso de servicios expresa la demanda que fue respondida a través de la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un período determinado (esta aproximación excluye la demanda no satisfecha, que es aquella que no se tradujo en una respuesta o uso de servicios).

Los métodos más frecuentes de estimar la demanda son:

- Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y de atención en salud.
- Definición de estándares o normas de atención, realizada por especialistas.
- Utilización efectiva (registrada) de los servicios de salud.

El método más usado es este último, que refleja el acceso efectivo mediante la utilización de servicios por la población objetivo.

El acceso se puede entender como la probabilidad de obtener atención en salud cuando se necesita. El acceso integral, para poder concretarse en forma efectiva, requiere que se produzcan una serie de condiciones necesarias para asegurar la cobertura efectiva de la provisión de servicios. La falta de algunas de estas condiciones produce coberturas parciales, pero no permite cumplir con el acceso integral y con el uso efectivo de los servicios. Entre las condiciones relevantes para el acceso integral a servicios de salud efectivos se destacan:

- Disponibilidad del recurso (cobertura por disponibilidad).
- Posibilidad de usar los servicios, obviando o sobrepasando barreras geográficas, sociales, culturales o económicas.
- Posibilidad de usar los servicios en base a la protección social en salud (incluyendo protección financiera para aseguramiento).
- Posibilidad de usar los servicios en el momento y con la oportunidad que se requiere (cobertura temporal).
- Aceptabilidad de los servicios ofrecidos, incluyendo satisfacción y expectativas (cobertura por aceptabilidad).
- Contacto y uso real de los servicios, al menos con los puntos de primer contacto (nivel primario, emergencias u otro establecido) (cobertura por contacto).
- Uso de servicios efectivos, con procedimientos y niveles apropiados para resolver las necesidades específicas (acceso y cobertura integral).

El acceso a los servicios tiende a ser expresado con indicadores de utilización, que son la producción de prestaciones de la cartera de servicios, relacionada con la población del área de influencia. Esto se expresa en una tasa poblacional, medida durante un período de tiempo determinado (habitualmente un año), y que normalmente se desagrega por región geográfica, sexo, grupo de edad, etnia y otras variables de interés. Ejemplos de este tipo de indicadores son: tasas de consultas médicas por habitantes, tasa de exploraciones diagnósticas por habitantes.

Otra variante de indicadores de utilización son los referentes al acceso aproximado según la cobertura de los programas de salud. En este concepto se combinan dos aspectos: el acceso a los servicios y la utilización. Implica una relación dinámica en la que intervienen, por un lado, las necesidades de la población, manifestadas por la demanda de servicios y, por el otro, los recursos disponibles y sus combinaciones, que

constituyen la oferta. En el caso de los programas preventivos, la necesidad de la población está normada como un ideal técnico, con el cual se asegura la efectividad de los programas. Es así como se establecen coberturas de vacunación, de control prenatal, de atención profesional del parto, etc. Para su cálculo, se requiere contar con la información de la población objetivo de los programas y la producción de atenciones por parte de esos programas.

El proceso de estimado normativo de la demanda consiste en la proyección de los parámetros elegidos hacia la población usuaria proyectada para el periodo en estudio, que puede ser el mismo año de estudio (año 0) o un horizonte definido en el tiempo (5 o 10 años). Los parámetros de utilización observada pueden ser corregidos de acuerdo a estimaciones de rechazo y listas de espera.

La calidad se define como aquella propiedad de los productos o servicios con la que los usuarios expresan el grado de satisfacción que el producto o servicio da a sus expectativas. Las expectativas sobre la calidad de la atención en salud son dinámicas en el tiempo y determinadas por las condiciones socio-culturales, por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y por la ubicación o perspectiva de las personas con relación al sistema de salud. Hay tres perspectivas principales a considerar (Cuadro 6.10).

Cuadro 6.10: Criterios con los que distintos grupos evalúan la calidad de la atención en salud

Grupo/perspectiva	Criterios para evaluar la calidad
Usuarios externos (pacientes, sus familias, la comunidad)	Cobertura, oportunidad, mejoría de síntomas, recuperación de las funciones alteradas, acceso, comodidad, cortesía en el trato, comunicación, bajos riesgos asociados a la atención, acceso a tecnología
Prestadores, equipo de salud	Disponibilidad de recursos, acceso a tecnología avanzada, reconocimiento, autonomía para ejercer en el mejor beneficio de los pacientes, seguridad
Administradores y financiadores	Eficacia, eficiencia, reintegración precoz de las personas al trabajo, competencia, compromiso del personal con las instituciones

Para evaluar la calidad, deben ser consideradas las perspectivas de todos los grupos. Sin embargo, la atención pertinente - decisiones clínicas de acuerdo a la mejor información científica y a los recursos disponibles - y la seguridad de la atención siempre deben ser consideradas, pues las consecuencias de la pérdida de calidad pueden significar daños irreparables a las personas.

Guía instructiva para el análisis de la demanda de los servicios de salud

Para el análisis y presentación de los factores relacionados con la demanda, se sugiere considerar los indicadores que se detallan en el Cuadro 6.11: Conjunto de indicadores de acceso y condicionantes de acceso a servicios de salud. Estos son consistentes con los usados en la Guía de Monitoreo de Acceso Equitativo a Servicios de Salud (OPS, 2002). Se incluye también una serie de preguntas orientadoras que complementan el análisis de los indicadores. Se sugiere considerar este tipo de indicadores para cada

región o área sanitaria, o grupo de interés (por ejemplo, según diversos grupos étnicos o sectores rurales versus urbanos).

Cuadro 6.11: Conjunto de indicadores de acceso y condicionantes de acceso a servicios de salud

Componente	Indicador
Uso de servicios	<ul style="list-style-type: none"> * Consultas ambulatorias (cualquier tipo) anuales por habitante * Hospitalizaciones anuales por 100 habitantes * Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal adiestrado durante el embarazo * Porcentaje de partos asistidos por personal adiestrado * Cobertura de niños menores de un año vacuna dos contra la difteria, tos ferina y tétanos
Necesidad de atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> * Esperanza de vida al nacer * Tasa de mortalidad infantil * Tasa de mortalidad en menores de 5 años * Mortalidad en la población entre 15 y 64 años * Tasa de mortalidad materna * Desnutrición infantil * Enfermedad transmisible traça (a precisar en nivel local)
Acceso económico	<ul style="list-style-type: none"> * Proporción de población cubierta por un seguro de salud o protección social
Acceso geográfico	<ul style="list-style-type: none"> * Proporción de población con acceso geográfico a servicios básicos de salud
Determinantes socioeconómicos de salud y acceso	<ul style="list-style-type: none"> * Ingreso per capita * Pobreza * Tasa de alfabetización adulta * Años promedios de escolaridad de la población * Cobertura agua potable * Índice agua potable

Fuente: OPS/OMS (1).

Posibles preguntas orientadoras

- **Uso de servicios**

- * ¿Cuál es la tasa global de uso de los servicios del nivel primario? ¿Cómo varía por región, tipo de aseguramiento, edad, sexo, etnia? ¿Es adecuada esa tasa?
- * ¿Existen estudios poblacionales sobre el uso de hospitales? ¿Cuáles son sus resultados?
- * ¿Cuál es la tasa anual de hospitalizaciones? ¿Cómo varía por región, tipo de aseguramiento, edad, sexo, etnia? ¿Es adecuada esa tasa?
- * ¿Existen listas de espera? ¿Para qué especialidades o prestaciones? ¿Por qué se producen?

- **Capacidad resolutive**

- * ¿Es evaluada la capacidad resolutive de los establecimientos del primer nivel? ¿Cuál es el resultado de estas evaluaciones?

- * ¿Hay diferencias en la capacidad resolutive entre los distintos sistemas de aseguramiento, entre las diferentes regiones, entre los diferentes grupos poblacionales?
- * ¿Se cuantifica el rechazo a la solicitud de atención? ¿Cuál es su magnitud? ¿Cuáles son las principales razones para que esto ocurra?
- **Sistemas de referencia y contrarreferencia**
 - * ¿Existen procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes? ¿Cómo funcionan?
 - * ¿Están establecidos los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes?
 - * ¿Es cuantificada la referencia dilatada o nula de pacientes en el sistema de referencia (de nivel primario o ambulatorio a hospital o especialidades)? ¿Cuál es su magnitud? ¿Cuáles son las principales razones para que esto ocurra?
- **Acceso económico**
 - * ¿Se cobran las atenciones de primer nivel? - ¿A quiénes? ¿Cuánto? ¿Se considera que el cobro pudiera ser una barrera al acceso? ¿Para quiénes?
 - * ¿Se cobran las atenciones a nivel secundario y terciario? - ¿A quiénes? ¿Cuánto? ¿Se considera que el cobro pudiera ser una barrera al acceso hospitalario? ¿Para quiénes?
- **Acceso geográfico**
 - * ¿Existen barreras geográficas para el acceso a los servicios de atención primaria? ¿Cuánta es la población es afectada por estas barreras?
 - * ¿Existen normas sobre la distancia o tiempo de desplazamiento máximo? ¿Varían estas normas según ubicación urbano-rural? ¿Cuántos establecimientos están fuera de la norma? ¿Cuánta población está afectada por esta situación?
 - * ¿Existen barreras geográficas para el acceso a los hospitales? ¿Qué cantidad de población es afectada por esas barreras?
 - * ¿Se considera que el horario de funcionamiento o el mecanismo de asignar horario de atención pueden ser barreras para el acceso? ¿Cuál es la cobertura de esos estudios?
- **Calidad.** Evalúe la calidad percibida desde cada una de las perspectivas, usando para el análisis el comportamiento general de los criterios correspondientes:
 - * Usuarios externos: (pacientes, sus familias, la comunidad): Cobertura, oportunidad, mejoría de síntomas, recuperación de las funciones alteradas, acceso, comodidad, cortesía en el trato, comunicación, bajos riesgos asociados a la atención, acceso a tecnología.
 - * Prestadores, equipo de salud: Disponibilidad de recursos, acceso a tecnología avanzada, reconocimiento, autonomía para ejercer en el mejor beneficio de los pacientes, seguridad.
 - * Administradores y financiadores: Eficacia, eficiencia, reintegración precoz de las personas al trabajo, competencia, compromiso del personal con las instituciones.

- **Necesidades de atención de salud**
 - * ¿Se cuenta con información sobre la estructura poblacional por edad y sexo y con proyecciones demográficas?
 - * ¿Se cuenta con encuestas de percepción de necesidad de atención en salud y uso efectivo de servicios? ¿Cuáles son sus resultados?
 - * ¿Existen otros tipos de estudios poblacionales sobre acceso a los servicios de atención primaria? ¿Cuáles son sus resultados?
- **Planificación y evaluación de servicios de salud**
 - * ¿Existen programas para las prioridades de salud del país? - ¿Se evalúan sus coberturas? ¿Qué proporción de la población no tiene cobertura de los programas básicos? ¿Quiénes son y dónde se ubican? ¿Qué nivel de certeza hay en los denominadores de estos indicadores?
 - * ¿Existen programas para las prioridades de hospitalización, tales como la atención profesional del parto? - ¿Se evalúan sus coberturas? ¿Qué proporción de la población no tiene cobertura de los programas básicos? ¿Quiénes son y dónde se ubican? ¿Qué nivel de certeza hay en los denominadores de estos indicadores?

¿Dónde obtener la información?

Véase la Guía instructiva para el análisis de la oferta de servicios (Epígrafe 6.4.2).

¿Cómo presentar la información?

Cuando sea posible, y siempre que se disponga de información cuantitativa, se usarán tablas o cuadros similares a los empleados para el análisis de la oferta. Sin embargo, dado que buena parte de la información referente a este apartado será de tipo cualitativo, será necesario resumir en forma de texto sintético.

Teniendo en cuenta, además, que el propósito de este apartado es producir un análisis cuantitativo y cualitativo de las brechas entre oferta y demanda, se sugiere consultar la sección siguiente, la cual puede ayudar a organizar y presentar la información de las dos secciones anteriores.

6.2.4 Análisis de brechas de la oferta en relación a la demanda

La comparación entre oferta y demanda permite estimar las brechas existentes entre la oferta disponible y la que sería necesaria para enfrentar en forma efectiva y suficiente la demanda de la población. Esto, a su vez, levanta implicaciones para recomendar, analizar y formular políticas, planes y programas en el sector salud.

Las brechas de atención pueden ser determinadas indirectamente basándose en distintas aproximaciones:

- a. Brechas en programas de salud que tienen metas de cobertura universal en la población objetivo, como es el caso de los programas de vacunación y de atención profesional del parto. En este caso la brecha corresponde a la oferta necesaria para cubrir la diferencia entre la cobertura alcanzada por

un programa y el universo total (100%) deseado de cobertura. También se puede estimar la brecha respecto a la meta intermedia propuesta por la autoridad (por ejemplo, aumentar la cobertura de un determinado tipo de vacunas, que fluctúa geográficamente entre 40 y 60%, al menos a una meta intermedia uniforme de 80%).

- b. Brechas de uso de servicio, según la percepción de la población en encuestas, de morbilidad percibida, de necesidad de atención y de uso de servicios de salud. La brecha correspondería a la proporción de encuestados que percibió que necesitaba atención en salud y no la obtuvo. Esta fuente sirve más bien para determinar brechas en relación a los servicios de salud del nivel primario.
- c. Brechas en la atención ambulatoria y hospitalaria provista a la población, en relación a los niveles normativos de referencia. Esta última puede ser estimada por la autoridad sanitaria, o por juicio de especialistas, en base a evidencia o experiencia.
- d. Brechas en los niveles de provisión registrados, en relación a un nivel de referencia empírico, basado en el nivel ya logrado en las áreas privilegiadas o de elite (lugares donde reside población con el mayor desarrollo socioeconómico y menor carga de enfermedad y muerte, los cuales tienden a tener mayor cobertura e intensidad de provisión de servicios de salud).

El conjunto de estas aproximaciones permite tener una visión más global de las brechas de oferta en relación a la demanda de atención y son útiles para orientar el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud. Cabe reiterar que el análisis es más preciso cuando se logra determinar, con detalles, las brechas en los distintos tipos de atención específica que los servicios de salud brindan a su población objetivo.

Guía instructiva para el análisis de brechas de la oferta respecto a la demanda

El análisis de las brechas de oferta respecto a la demanda puede ser presentado considerando dos tipos de brechas: las que se generan en programas que buscan tener cobertura universal y las que se generan en torno a acciones anuales por población objetivo que no cuentan con referencias claras de cual es el nivel óptimo de provisión a alcanzar.

- **Brechas en programas de cobertura universal.** En este caso, el análisis debe poner primero en evidencia la diferencia entre el óptimo (100%) y el nivel alcanzado. Se puede presentar la información siguiendo el ejemplo del Cuadro 6.12.
- **Brechas en la provisión de servicios por población objetivo.** En lo que corresponde a razones de provisión de servicios por población objetivo (como consultas ambulatorias u hospitalizaciones anuales), la descripción de las brechas de oferta con relación a la demanda puede ser presentada como el caso de Chihuahua, México, expuesto en el Cuadro 6.13. Para estimar la demanda, se analizó la tasa de egresos por 1000 habitantes en el año 1993 en las distintas instituciones que entregaban servicios de salud en el Estado. La proyección de demanda consideró una tasa de 100 egresos por 1.000 habitante/año. Bajo ese supuesto, posteriormente se calcula la brecha de prestaciones que es la diferencia entre la demanda y la oferta de prestaciones.

Cuadro 6.12: Ejemplo de brechas de provisión según cobertura de programas de metas universales (nivel de referencia óptimo = 100%)

Cobertura de programas	Población objetivo	Porcentaje cobertura	Población sin cobertura
Programa de alimentación complementaria			
Programa de la mujer * Cobertura de control de natalidad en mujeres menores de 20 años * Cobertura de control prenatal * Número de controles promedio por embarazada * Cobertura de Pap en población de 35 a 64 años			
Programa del niño * Cobertura control de niño sano			
Cobertura vacunación * Cobertura BCG * Cobertura 3ra. dosis polio oral * Cobertura sarampión * Cobertura 3ra. dosis DPT			
Programas de crónicos * Cobertura de diabéticos bajo control * Cobertura de asmáticos bajo control * Cobertura de epilépticos bajo control * Cobertura atención odontológica			
Programas de control de enfermedades prioritarias * Disponibilidad de sales de rehidratación oral por caso * Disponibilidad de tratamiento por caso diagnosticado de Malaria * Cobertura de viviendas fumigadas contra enfermedades vectoriales * Número de fumigaciones aéreas por km ²			

Cuadro 6.13: Ejemplo de estimación de brecha en la oferta de hospitalizaciones respecto a una demanda de estimación normativa* (Chihuahua, México, 1993)

Institución	Egresos anuales	Población del área geográfica	Tasa anual egresados por 1000 hab.	Demanda normativa* de egresos	Brechas de egresos
IMSS	85.780	973.850	88.1	97.385	11.605
ISSTE	9.074	183.820	49.4	18.382	9.308
SSA	11.335	590.290	19.2	59.029	47.695
IMSS-Solidaridad	6.685	216.250	30.9	21.625	14.941
ICHISAL	23.082	195.420	118.1	19.542	-3.539
Estado	135.956	2.169.650	62.6	216.965	81.009

*Nota: *Demanda esperada según el supuesto normativo (definición de la autoridad local) de 100 hospitalizaciones anuales por mil habitantes.*

Fuente: OPS/OMS y Secretaría de Salud de Chihuahua (8).

6.3 Modelo de Atención en Salud

Se entiende por modelo de atención de salud, el contenido de la atención en salud y las principales características de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios. En el marco conceptual propuesto, el usuario, la familia y la comunidad son considerados también como potenciales prestadores de servicios. Por último, el concepto abarca todo el espectro de servicios de salud del sistema pero, en forma especial, la atención primaria.

El modelo de atención en salud de un país está condicionado por sus raíces históricas, sus valores sociales, así como por sus realidades política, social y económica. Por ejemplo, algunos países de la Región prefieren diferenciar los servicios de salud en servicios de salud pública y servicios personales. Otros países, por el contrario, prefieren integrar ambos tipos de servicios. Otro ejemplo de las diferencias entre los países de la Región es el del papel del sector privado en la prestación de servicios, el cual varía de nulo a preponderante, pasando por modalidades intermedias de complementariedad público-privada.

En la actualidad, se observa una tendencia universal que busca cambiar el modelo tradicional de prestación de servicios, caracterizado por tener una orientación biomédica, curativa y hospitalocéntrica, por un modelo de atención en salud más orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El Cuadro 6.14 resume estos aspectos.

Cuadro 6.14: Evolución del modo de atención en salud

Dimensión	Modelo tradicional	Modelo emergente
1. Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> * Enfermedad * Curativo * Pacientes individuales 	<ul style="list-style-type: none"> * Salud * Fomento y prevención * Salud poblacional
2. Contenido	<ul style="list-style-type: none"> * Tratamiento * Cuidado del episodio * Problema específico 	<ul style="list-style-type: none"> * Promoción de la salud * Continuidad en la atención * Cuidado integral
3. Organización	<ul style="list-style-type: none"> * Especialistas * Médicos * Práctica individual * Hospitales, clínicas, profesionales de la salud y aseguradoras trabajan por separado * Gerentes coordinan los servicios * La meta es llenar camas hospitalarias * Predominio intra-hospitalario. 	<ul style="list-style-type: none"> * Médico general, de familia * Otros profesionales y no-profesionales de la salud * Trabajo en equipo * Sistema de servicios de salud integrados * Gerentes buscan activamente la mejora de la calidad de la atención * La meta es proveer cuidados de salud en el nivel más adecuado de atención * Atención primaria es puerta de entrada al sistema * Predominio ambulatorio
4. Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> * Exclusiva del sector salud. * Dominio de los profesionales de la salud. * Recepción pasiva. * Reactiva. 	<ul style="list-style-type: none"> * Colaboración intersectorial * Participación comunitaria * Responsabilidad personal * Proactiva

Fuente: Modificado de Shortell, S., Kaluzny, A. y Starfield, B. (9).

El marco conceptual del modelo de atención en salud propone el análisis del contenido de la atención en salud, por un lado, y de las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios, por otro. El contenido de la atención en salud se refiere al tipo de prestación de salud entregado por el sistema de servicios. Las prestaciones de salud pueden agruparse de diversas formas, dependiendo de la perspectiva con que se las analice. El Cuadro 6.15 presenta algunas formas tradicionales de agrupar las prestaciones de salud.

Cuadro 6.15: Formas tradicionales de agrupar las prestaciones de salud

Tipo de agrupación de servicios	Categorías
1. Según receptor, objeto	* Personales (individuo) * Salud pública (población)
2. Según nivel de prevención	* Fomento * Prevención específica * Diagnóstico y tratamiento precoz * Rehabilitación * Paliativos
3. Según nivel de emergencia	* Electivos * Urgencia
4. Según lugar de ocurrencia	* Ambulatorios * Intra-hospitalarios
5. Según especialidad	* Médicos * Dentales * Enfermería * Obstetricia * Nutrición, etc.
6. Según duración	* Agudos * Crónicos
7. Según tipo de proveedor	* Públicos * Privados
8. Según nivel de atención	* Primarios * Secundarios * Terciarios
9. Según prestador individual	* Agente comunitario * Partera/curandero tradicional * Auxiliar de enfermería * Enfermera, matrona * Médico, odontólogo, etc.

Fuente: OPS/OMS (1).

Desde la óptica del modelo de atención en salud, las agrupaciones que más interesan son las prestaciones según receptor y según nivel de prevención. Es decir, el análisis de las prestaciones según si son personales, de salud pública, de fomento, de prevención específica, de diagnóstico y tratamiento precoz, de rehabilitación y paliativos. El análisis del contenido de la atención incluye el detalle del número y del nivel de gasto de las prestaciones específicas de cada grupo analizado y su proporción en relación al total.

Para la evaluación de las características de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios, el análisis se realiza en torno a las siguientes variables:

- Pertinencia de los servicios de salud con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios: Grado en que las prestaciones del sistema de servicios de salud corresponden o son concordantes con las necesidades y demandas evaluadas en los análisis de situación de salud (OPS/OMS, 2003. Documento de trabajo).
- Accesibilidad: Proporción de la población que accede a servicios de salud apropiados [OMS, 1998 (10)].
- Aceptabilidad: Grado en el cual los servicios satisfacen las necesidades y los estándares culturales de una comunidad
- Cuidado centrado en la persona: Enfoque en el cuidado de la salud que adopta conscientemente la perspectiva del usuario [USAID, 1999 (11)].
- Orientación hacia la familia: Práctica general que aborda los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, sus redes sociales y culturales y los entornos en los cuales viven y trabajan [OMS Región Europa, 1998 (12)].
- Orientación hacia la comunidad: Los problemas de salud del paciente son vistos en el contexto de su vida en la comunidad local (OMS Región Europa, 1998).
- Rol de las personas, de la familia y de la comunidad en relación a su autocuidado: Nivel en que las personas, familias y comunidades participan activamente en el cuidado de su salud (OPS/OMS, 2003. Documento de trabajo).
- Integración de los servicios: Involucra la provisión de servicios de salud integrales, coordinados y continuos. La integración combina eventos e información en salud que acontecen en distintos ambientes físicos, en distintos niveles de salud y en distinto tiempo cronológico, de preferencia a lo largo de todo el ciclo vital.
- Integrales: Servicios que abordan cualquier tipo de problema de salud en cualquier momento del ciclo de vida de la persona (B. Starfield, 1998). Práctica general que provee cuidados integrados de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, además de apoyo a los individuos desde las perspectivas física, psicológica y social (OMS Región Europa, 1998).
- Coordinados: Provisión de servicios e información en salud que satisfagan las necesidades del paciente. Involucra también la coordinación y el ordenamiento racional de los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad (B. Starfield, 1998).
- Continuos: Cuidado de la salud a lo largo del tiempo, sea por un individuo o por un equipo de personas (Continuidad clínica). Comunicación efectiva y oportuna de la información en salud (Continuidad de registros en salud) (B. Starfield, 1998). Duración de la atención en salud a través de períodos substanciales de tiempo.

Cuadro 6.16: Variables para el análisis del modelo de atención

Modelo	Atributo de los servicios de salud	Rango de opciones (escala cualitativa)										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Atención	Balance servicios	Predominio de servicios personales										Adecuado balance de servicios personales, salud pública
	Balance servicios	Predominio de servicios curativos, rehabilitación										Adecuado balance de servicios fomento, prevención, curativos
	Pertinencia	Desconectados										Pertinentes
	Accesibilidad	No accesibles										Accesibles
	Aceptabilidad	No aceptables										Aceptables
	Disposición hacia las personas	Centrado en episodio o consulta										Centrado en la persona
	Orientación familiar	Centrado en episodio, individuo										Familiares
	Orientación comunitaria	Desconectados										Pertinentes
	Rol de personas, familias y comunidad en autocuidado	Inexistente, pasivo										Proactivos
	Integralidad	Cuidado del episodio										Cuidado integral
	Coordinación	Aislados, descoordinados										Coordinados
Continuidad	Episódico										Longitudinal	

Cuadro 6.17: Brasil: Programa Salud de la Familia

En Brasil, el cambio del modelo de atención de salud está dado por el Programa de Salud de Familia (PSF). El programa se inició en 1994 y se construyó sobre la base de otro programa nacional muy exitoso llamado Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS). La base del PSF es el «Equipo de Salud de la Familia» (ESF) y está compuesto por un médico general/familia, una enfermera, un auxiliar de enfermería, y cuatro a seis Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Otros profesionales de la salud también pueden formar parte del equipo dependiendo del caso e incluyen odontólogos, nutricionistas, asistentes sociales, etc. El ESF proporciona cuidados básicos de salud a una población definida de 600-1.000 familias (máximo de 4.500 personas). El ESF realiza un «censo» muy completo de toda el área geográfica bajo su responsabilidad recogiendo información sobre factores de riesgo y condiciones diversas del ámbito comunitario, familiar e individual. Los servicios prestados por el ESF tienen por unidad de intervención la familia y la comunidad y ponen un gran énfasis en la promoción de la salud, especialmente educación para la salud, y la prevención específica. Los ESF trabajan activamente con la comunidad en la identificación y la solución de sus problemas, al igual que con otros sectores tales como educación y agua y saneamiento. En principio, el ESF actúa como puerta de entrada al sistema (aunque en algunas realidades esta función aun no se ha materializado totalmente).

Fuente: OPS/OMS, 2002.

Cuadro 6.18: Costa Rica: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

En Costa Rica, la readecuación del modelo de atención en salud pretende que la atención se organice en tres niveles, íntimamente relacionados entre sí, que deben trabajar de manera coordinada y eficiente, teniendo como base la estrategia de APS para asegurarle a toda la población una atención oportuna, integral y continua. Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) se encargan de brindar un Programa de Atención Integral Básico que contiene como mínimo: atención integral del niño (0-9 años); atención integral al adolescente (10-19 años); atención integral a la mujer; atención integral al adulto (20-59 años) y atención integral a la Tercera Edad. El nuevo modelo de atención se caracteriza por un enfoque biopsicosocial del proceso de salud-enfermedad; y por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. El sujeto de la atención deja de ser exclusivamente el individuo, para enfocarse principalmente a la familia, comunidad y ambiente.

Fuente: OPS/OMS, 2002.

Guía instructiva para el análisis del modelo de atención

- Describa las principales características del modelo de atención en salud de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud en el país, usando las siguientes variables como guía para el análisis. Incluya también un resumen de fortalezas y debilidades del actual modelo preponderante en el país, con referencias a procesos de reforma sectorial pertinentes, si los hubiere.
 - * Preponderancia de los servicios de salud pública, de fomento de la salud y de prevención de la enfermedad en relación a los servicios personales, de diagnóstico, de tratamiento oportuno, de rehabilitación y paliativos: ¿Están adecuadamente balanceados los servicios de salud de las personas con respecto a los de salud pública? ¿Están adecuadamente balanceados los servicios de fomento y prevención con respecto al resto de los servicios?
 - * Grado de pertinencia de la oferta de servicios en relación a las necesidades y demandas de los usuarios: ¿Son pertinentes los servicios de salud con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios?
 - * Accesibilidad de los servicios: ¿Son accesibles los servicios de salud para los usuarios individuales y la comunidad en general? Incluya en el análisis la accesibilidad por zona geográfica, por tipo de población rural-urbana, por grupo poblacional étnico y por grupo socioeconómico.
 - * Aceptabilidad de los servicios: ¿Son aceptables los servicios de salud para los usuarios individuales y la comunidad en general?
- **Disposición de los servicios en relación a la persona:** ¿Están los servicios de salud centrados en la persona o en el episodio de enfermedad?
- **Orientación de los servicios en relación a la familia y a la comunidad:** ¿Están los servicios de salud orientados hacia la familia y la comunidad?
- **Rol de las personas, familias y comunidad en el autocuidado de la salud:** Sin descuidar la responsabilidad de los servicios en relación al mantenimiento y a la recuperación de la salud, ¿utilizan

los servicios de salud estrategias que promuevan el autocuidado de la salud por parte de las personas, la familia y la comunidad?

- **Nivel de integralidad de los servicios:** ¿Son los servicios de salud integrales?
- **Nivel de coordinación de los servicios:** ¿Son los servicios de salud coordinados?
- **Nivel de continuidad del cuidado de la salud:** ¿Es continuo el cuidado de la salud?

¿Dónde obtener la información?

Los ministerios de salud y las principales instituciones prestadoras de servicios del país tienen información disponible para este análisis. Mucha de esa información estará publicada en los documentos oficiales, políticas nacionales de salud y otros documentos afines. También puede ser encontrada información complementaria en publicaciones de OPS/OMS.

Otra información puede ser recopilada de encuestas de hogar, investigaciones y otros estudios realizados en referencia al modelo de atención. Asimismo, documentación referente a reformas sectoriales también aportará insumos de valor.

¿Cómo presentar la información?

A efectos de ordenar la información sobre el modelo de atención y facilitar el análisis, puede ser útil elaborar uno o varios cuadros como el presentado (Cuadro 6.16), pues eso permite ordenar los hallazgos en una escala cualitativa con un rango de opciones para la evaluación de cada una de estas variables relevantes.

A continuación, se prepararán los resultados del análisis en forma de texto sintético que destaque los aspectos fundamentales y el carácter evolutivo del modelo o modelos de atención predominante(s). En ese sentido, se presentan ejemplos resumidos de descripción y análisis, referidos a países de la Región que han hecho esfuerzos importantes para reformar sus modelos de atención en salud, los cuales incluyen también aspectos de reorganización de los servicios.

6.4 Modelo de Organización y Gestión de los Servicios de Salud

El modelo de organización de los servicios de salud se define como la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados y gerenciados con el objeto de lograr las metas propuestas y facilitar su función colectiva.

Existen múltiples formas de organizar y gestionar los servicios de salud. No obstante, cada vez se acumula más evidencia que demuestra que la forma en que se organizan y gestionan los servicios no es neutra en términos de los resultados que se obtienen. Por el contrario, distintos modelos de provisión de servicios de salud pueden llevar aparejados diferentes resultados en términos de nivel de salud de la población, nivel de acceso a los servicios, grado de satisfacción de los usuarios y desempeño general de los servicios (eficiencia, calidad técnica y costos del sistema).

El análisis del modelo de organización y gestión de los servicios de salud se centra en la organización de los servicios de salud del nivel local, regional o nacional (Véase Cuadro 6.19: Niveles de organización de los servicios de salud).

El marco conceptual del modelo de organización y gestión de los servicios propone el análisis de las siguientes variables:

- Cuidado de la salud poblacional: Habilidad de evaluar las necesidades de salud de una población específica, implementar y evaluar intervenciones destinadas a mejorar la salud de esa población y proveer cuidados a pacientes individuales en el contexto de su cultura, estado de salud y necesidades de salud de la población a la que el paciente pertenece.
- Focalización en los grupos vulnerables: Servicios de salud que priorizan el cuidado de las poblaciones más vulnerables y que desarrollan programas/intervenciones especiales para estos grupos (OPS/OMS, 2003. Documento de trabajo).
- Servicios de salud centrados en atención primaria: Servicios de salud que se organizan y racionalizan sobre la base de la oferta de atención primaria. En esta modalidad de organización, la atención primaria cumple el rol de puerta de entrada al sistema (OPS/OMS, 2003. Documento de trabajo).
- Coordinación intersectorial: Coordinación del desarrollo e implementación de amplia variedad de políticas públicas y programas que afectan e involucran a varios sectores que están fuera de los servicios de salud. Requiere del establecimiento de vínculos cercanos entre los actores públicos, privados y no gubernamentales en áreas que están tanto dentro como fuera de las responsabilidades tradicionales de los servicios de salud y cuyas acciones tienen un impacto en el estado de salud y en el acceso a los servicios, tales como empleo, vivienda, producción de alimentos y protección social [Adaptado de Queensland Health, 1992, (14)].
- Servicios de salud ambulatorios: Servicios de salud entregados a pacientes que no están confinados en una cama institucional durante el período de tiempo en que los servicios son entregados (USAID, 1999). Servicios médicos o paramédicos entregados a pacientes que no están formalmente admitidos en un establecimiento (oficina privada del médico, centro ambulatorio del hospital o centro de cuidados ambulatorios) y que no se quedan de una noche a otra. (OECD, 2000).
- Servicios de salud brindados en ambientes considerados tradicionalmente como no-clínicos: Servicios de salud entregados en ambientes tales como escuelas, lugares de trabajo, comunidad, hogar, centros comunitarios, etc. (OPS/OMS, 2003. Documento de trabajo).
- Sistemas de servicios de salud integrados: Red de organizaciones, que generalmente incluyen hospitales, centros ambulatorios y agrupaciones de prestadores de servicios, que proveen o gestionan la provisión de servicios de salud coordinados y continuos a una población definida y que, además, son los responsables de sus resultados clínicos y fiscales. Alianzas entre hospitales, médicos y aseguradoras de salud que proveen el espectro completo de servicios de salud a sus clientes.
- Descentralización de los servicios de salud: Proceso de naturaleza política y administrativa que implica transferir responsabilidades y recursos a unidades subnacionales de gobierno (Estado, Departamento,

Provincia o Municipio), caracterizadas por tener personalidad jurídica y patrimonio propios y capacidad autónoma para actuar en los términos establecidos por las leyes (15).

- **Autonomía de gestión:** Reformas intermedias que mantienen la propiedad pública de los hospitales u otros establecimientos de salud, pero que buscan mejorar su desempeño a través de mayores niveles de independencia de gestión, tratando de estimular ciertas prácticas e incentivos utilizados en el sector privado (16).
- **Separación de las funciones de financiamiento y de provisión de los servicios de salud:** Reformas que buscan separar la función de financiamiento/aseguramiento de la salud de la función de provisión de servicios. La separación involucra una nueva forma de relacionamiento, basada en el establecimiento de contratos y/o convenios entre las partes, los cuales vinculan recursos con indicadores de desempeño y resultados (OPS/OMS, 2003. Documento de trabajo).
- **Participación comunitaria:** El derecho y la capacidad de la población de participar, efectiva y responsablemente, en la adopción de las decisiones y en la ejecución de los servicios de salud.
- **Gestión centrada en la calidad y en la evaluación del desempeño y los resultados:** Ordenamiento y estructuración de los procesos que garantizan los resultados esperados, de acuerdo con la misión de la organización. Esta gestión se basa en una atención total a la dimensión humana de la organización ya que considera que la calidad es producida por las personas. Proceso integrado, usado por las organizaciones de salud para implementar y evaluar sus sistemas de gestión y los resultados obtenidos, con el objeto de identificar sus fortalezas y/o áreas de mejoramiento.

Cuadro 6.19: Niveles de organización de los servicios de salud

Nivel de organización	Algunos ejemplos
1. Posiciones individuales	* Gerentes * Administrativos * Profesionales de la salud * Otros trabajadores de la salud
2. Grupos de trabajo	* Fuerzas de tarea y comités * Equipos * Unidades y departamentos
3. Agrupaciones de grupos de trabajo	* Divisiones de dos o más unidades * Organizaciones profesionales
4. Organizaciones individuales	* Ambulatorios * Intra-hospitalarios
5. Red de organizaciones	* Organizaciones que prestan servicios geriátricos * Organizaciones que prestan servicios oncológicos * Grupo de hospitales afiliados
6. Sistemas	* Consorcio de hospitales de una misma propiedad * Sistema de servicios de salud local, regional o nacional

Fuente: Modificado de Leatt, P.; Shortell, S.; Kimberly, J. (13).

- Describa las principales características del modelo de organización de los servicios de salud de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud en el país, usando las siguientes variables como guía para el análisis. Incluya un resumen de las fortalezas y debilidades del actual modelo de organización de servicios de salud preponderante en el país, con referencias a procesos de reforma sectorial pertinentes, si los hubiere. Proponga también, cuando se pueda, posibles estrategias para mejorar procesos y resolver problemas.
- **Base poblacional para la organización de los servicios de salud:** ¿Están los servicios de salud organizados con base poblacional, sea en base a parámetros geográficos o a población asegurada, o simplemente responden a la demanda espontánea individual?
- **Mecanismos de priorización y focalización de los servicios de salud en la población más vulnerable:** ¿Existen grupos poblacionales prioritarios y mecanismos de focalización de los servicios en la población más vulnerable? Descríbalos, y valore los logros alcanzados.
- **Servicios de salud organizados en base a la atención primaria:** ¿Están los servicios de salud efectivamente organizados en base a la atención primaria? Comente, por favor.
- **Coordinación intersectorial:** ¿Existen mecanismos de coordinación multisectorial? Descríbalos, y comente sobre sus resultados.
- **Preponderancia de los servicios ambulatorios:** ¿Existe un adecuado balance entre los servicios de salud proporcionados de forma ambulatoria y los intrahospitalarios?
- **Preponderancia de los servicios de salud ofertados en ambientes considerados tradicionalmente como no-clínicos:** ¿Existe un balance adecuado entre los servicios de salud provistos en los ambientes tradicionalmente clínicos y los servicios brindados en ambientes no-clínicos?
- **Nivel de integración de los componentes del sistema de servicios de salud:** ¿Se encuentra el sistema de servicios de salud adecuadamente integrado? ¿Existe alguna entidad preocupada en gestionar la integración de los servicios de salud? ¿Qué funciones cumple? ¿Con qué resultados?
- **Nivel de descentralización de los servicios de salud:** ¿Están los servicios de salud descentralizados o son manejados centralizadamente? Si hubiera desconcentración o descentralización parcial, detállela.
- **Nivel de autonomía de gestión de los servicios:** ¿Existe autonomía de gestión a nivel de las unidades asistenciales?
- **Grado de separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios de salud:** ¿Existe separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud? Si la hubiera, comente sobre ese proceso de separación, incluyendo los resultados obtenidos.
- **Nivel de participación social:** ¿Existe una adecuada participación social en la gestión de los servicios de salud? Comente.

Cuadro 6.20: Variables para el análisis del modelo de organización y gestión

Modelo	Atributo de los servicios de salud	Rango de opciones (escala cualitativa)										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Organización y gestión	Base poblacional	Inexistente, episodio consulta										Base poblacional definida
	Priorización de poblaciones vulnerables	Inexistente										Focalización en grupos vulnerables
	Rol de la atención primaria	Inexistente, poco relevante, desconectada del resto del sistema										Base de organización del sistema, puerta de entrada
	Coordinación intersectorial	Inexistente										Colaboración, coordinación
	Balance de servicios	Predominio intra-hospitalario										Adecuado balance de servicios ambulatorios, intra-hospitalarios
	Balance de servicios	Predominio ambientes clínicos										Adecuado balance de ambientes clínicos, no-clínicos
	Integración de servicios	Fragmentados										Integrados
	Nivel de descentralización	Centralizados										Descentralizados
	Autonomía de gestión	Sin autonomía										Autónomos
	Separación de funciones	Sin separación										Con separación
	Participación social	Inexistente, escasa										Importante
	Gestión centrada en la calidad, evaluación del desempeño y resultados	No, gestión por insumos										Gestión centrada en la calidad, desempeño, resultados

Cuadro 6.21: Canadá: Cambios en el modelo de organización y gestión de los servicios de salud

En Canadá, el cambio del modelo de atención enfatiza criterios que se centran menos en los hospitales y en los médicos, y que se basan en la asistencia no institucional, una variedad más amplia de prestadores de servicios de salud multidisciplinarios y una mayor dependencia de otras formas de atención comunitaria, incluida la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En la mayoría de las provincias, los procesos de reestructuración han incluido un grado de reducción de la magnitud y consolidación de los servicios hospitalarios a través de fusiones y cierres de hospitales en un intento de las provincias por controlar el segmento más costoso de la asistencia sanitaria. Algunas provincias también han incrementado la presión en los hospitales al insistir en que las iniciativas nuevas para la atención comunitaria se financien con los ahorros de estos centros sanitarios. Todas las provincias han adoptado ciertas medidas para establecer estrategias de «bienestar», han comenzado a crear modelos y redes para la atención primaria y han aumentado el financiamiento para la asistencia domiciliaria.

Fuente: OPS/OMS, 2002.

Cuadro 6.22: Chile: Cambios en el modelo de organización y gestión de los servicios de salud

En Chile, la oferta de servicios se está redefiniendo para aumentar la cobertura y la capacidad resolutoria de la atención ambulatoria, mejorar la atención cerrada, elevar la eficiencia en el uso de los recursos, promover la complementación público - privada, e integrar el nivel primario de atención con los otros niveles. La utilización de procedimientos como cirugía ambulatoria, hospitalizaciones de un día y tratamientos abreviados son utilizados por los establecimientos dependientes de los SS. En la oferta de servicios del nivel primario de atención el cambio se centra en el reconocimiento de las necesidades de salud de la población, con un enfoque integral basado en la familia, de modo que los actuales consultorios de APS están en transición hacia Centros de Salud Familiar. En el nivel secundario de atención, funcionan nuevos tipos de establecimientos ambulatorios de mediana y alta complejidad tales como los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros Diagnósticos-Terapéuticos (CDT). Para atender a los grupos vulnerables, se destaca el mejoramiento de la capacidad de gestión local de las comunas más pobres; campañas para disminuir la morbilidad por IRA y la reducción de las muertes por IRA en domicilio de los menores de tres meses.

Fuente: OPS/OMS, 2002.

Cuadro 6.23: Argentina: Hospital Público de Autogestión

En la Argentina, el Hospital Público de Autogestión (HPA) puede integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por la autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional. La normativa del HPA prevé que en los establecimientos de mediana y alta complejidad, la Dirección sea secundada por un Consejo Técnico Asesor y un Consejo de Administración con participación social cuya constitución, atribuciones y obligaciones e integraciones sean definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional. Los HPA pueden designar, promover y reubicar al personal dentro de las estructuras aprobadas, así como sancionar conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción y aceptar las bajas por cualquier concepto. El Decreto de creación del HPA, prevé la creación de un fondo de redistribución mensual entre todo el personal del hospital, de acuerdo con las pautas que la autoridad jurisdiccional determine según criterios de productividad y eficiencia del establecimiento. La normativa del HPA permite la extensión de horarios de atención de los servicios brindando asistencia entre las 8:00 y las 20:00h a excepción del servicio de emergencias. La compra y venta de servicios a terceros encuentra su marco legal en las normativas del HPA que establece la posibilidad de los mismos de firmar convenios con entidades de la seguridad social, cobrar servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, e integrar redes de servicios.

Fuente: OPS/OMS, 2002.

Cuadro 6.24: México: Cruzada Nacional por la Calidad

En México, la actual administración lanzó la «Cruzada Nacional por la Calidad» (CNC). Esta constituye una de las prioridades fundamentales del nuevo gobierno Mexicano junto con el combate a las desigualdades en salud, la extensión de la protección financiera (aseguramiento) de la salud, y el fortalecimiento del sistema de salud. Sus bases están contenidas en el documento «Programa Nacional de Salud» y su respaldo institucional en la creación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dos son las preocupaciones fundamentales de la CNC: el trato digno a las personas; y la atención médica con efectividad. La CNC tiene un enfoque sistémico y se vincula muy estrechamente con el desarrollo del nuevo modelo prestador de servicios MIDAS (Modelo Integrado de Atención de Salud). Tanto el nuevo modelo prestador como los mecanismos de calidad están aun en fase de desarrollo. Un elemento a destacar de la CNC es su énfasis en el desarrollo de indicadores para el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios. Igualmente, existe preocupación por hacer creíble y transparente al público la información sobre calidad. Esto se pretende lograra involucrando a entidades externas al gobierno que validan los datos producidos. Finalmente, la estrategia de la CNC considera iniciativas que buscan impulsar el cambio y la innovación, aprender con la experiencia, y garantizar la sustentabilidad de las acciones de calidad.

Fuente: OPS/OMS, 2002.

- **Nivel de práctica de gestión centrada en la calidad y en la evaluación del desempeño y sus resultados:** ¿Está centrada la gestión en el mejoramiento de la calidad de los servicios? ¿Están centradas la gestión y evaluación del desempeño de los servicios en la calidad y los resultados de los mismos? Describa procesos en esta materia.

¿Dónde obtener la información?

En los Ministerios de Salud, Direcciones Nacionales de Estadística y en las principales instituciones prestadoras de servicios de salud (seguro social y otros), tanto a nivel central como regional/ departamental.

La calidad de los datos es muy variable. Es probable que la información sobre establecimientos hospitalarios sea más completa que la referente a los centros ambulatorios. Asimismo, también puede haber diferencias en la calidad de los datos del sector público y privado. También puede ser obtenida la información en censos de población, encuestas o estudios específicos.

Asimismo, puede utilizarse información de otros sectores que también cuentan con datos de la población, como las secretarías de vivienda y las compañías de agua potable y electricidad.

¿Cómo presentar la información?

A efectos de ordenar la información sobre el modelo de organización y gestión y facilitar el análisis, puede ser útil elaborar un cuadro como el que se presenta a continuación (Cuadro 6.20), pues permite ordenar los hallazgos en una escala cualitativa con un rango de opciones para la evaluación de cada una de las variables relevantes.

Después, se prepararán los resultados del análisis en forma de texto sintético que destaque los aspectos fundamentales y el carácter evolutivo del modelo o modelos predominante(s) de organización y gestión de la provisión. En ese sentido, se presentan ejemplos resumidos de descripción y análisis referentes a países de la Región que han hecho esfuerzos importantes para reformar sus modelos de atención en salud, los cuales incluyen también aspectos de reorganización y reforma del modelo de organización y gestión de los servicios de salud.

6.5 Los Recursos Humanos del Sector

El propósito de este apartado es contribuir a analizar las principales características de los recursos humanos del sector salud y cómo las mismas impactan en la conformación del sistema de salud, estableciendo una metodología de acopio, análisis y monitoreo de información clave en este campo, para ponerla a disposición de los tomadores de decisiones de los países de la Región.

Dado que el sistema de salud es básicamente un conjunto de relaciones entre actores técnico-políticos y de acciones efectivizadas por personas, generalmente profesionales con alto grado de autonomía, buena parte de la cantidad y calidad de las acciones finales que en él se producen están condicionadas por las características de esos actores y de los recursos humanos del sistema. La cantidad y distribución, el tipo

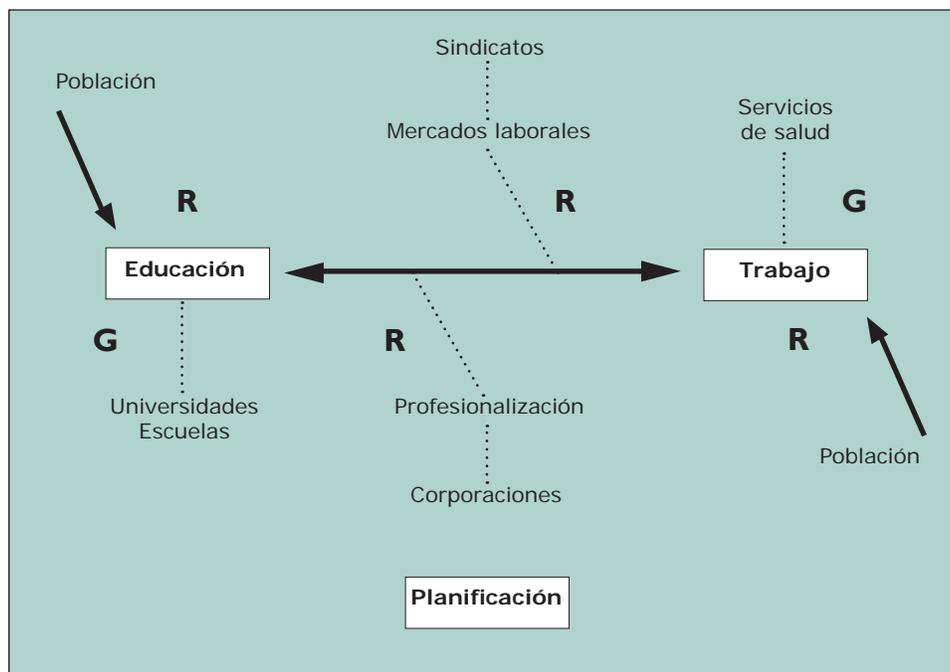
y la calidad de la formación y la capacitación en servicio, las prácticas profesionales, el desempeño en la provisión de los servicios, así como las condiciones laborales y el grado de adhesión/conflictividad en relación a las instituciones en las que trabajan, son algunos de los ámbitos que se tocan al abordar esta temática.

Este complejo campo se constituye a partir de las necesidades de la población cuya satisfacción requiere la provisión de servicios de salud y también la formación en esas disciplinas. Esta relación básica afecta las múltiples interacciones de oferta y demanda de personal de salud entre las instituciones educativas (Universidades, Escuelas) y los servicios de salud. Sin embargo, en esta interrelación interfieren al menos dos factores: los desequilibrios entre oferta y demanda que presionan sobre el empleo y los salarios y son el foco de acción de los sindicatos del sector, y los procesos de cambio de roles y conocimientos profesionales que llevan a nuevos perfiles de desempeño, muchas veces apoyados por las corporaciones profesionales que participan en la regulación de la práctica. En todos estos ámbitos, están presentes formas específicas de gestión y regulación, tal como puede verse en el esquema adjunto:

Tratar de caracterizar el campo de los recursos humanos desde el punto de vista del análisis sectorial, requiere focalizar la observación y recolección de información en, al menos, cuatro ámbitos complementarios:

- a. formación de recursos humanos.
- b. gestión de recursos humanos y condiciones de empleo.
- c. regulación del ejercicio profesional.
- d. gobernabilidad y conflictividad sectorial.

Figura 6.3: Visión del campo de desarrollo de los recursos humanos en salud



Nota: G = Gestión; R = Regulación.

6.5.1 Formación de recursos humanos (RRHH)

Históricamente, en el sector salud ha existido una separación entre las racionalidades productivas y educativas, con el consecuente divorcio entre escuelas y servicios. En la actual coyuntura, las reformas sectoriales emiten claras señales a las escuelas para redefinir perfiles y procesos, acordes a las nuevas orientaciones y prácticas, obligando a buscar modelos y estrategias integradas, como son, por ejemplo, la redefinición de perfiles profesionales hacia un modelo generalista de desempeño o el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad de los procesos educativos, incluyendo modalidades de acreditación.

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

En el aspecto cuantitativo, es importante investigar si el sistema formador intenta producir los recursos que se prevé que serán utilizados por el sistema pero, además, es importante reflexionar sobre la calidad de la formación, la producción de profesionales, las repercusiones sobre su empleabilidad, etc.

En el aspecto cualitativo, es necesario identificar si existe una aproximación real de los formadores a las realidades sociales y de salud, que se exprese en la introducción de metodologías educativas que superen los modelos tradicionales y tengan mayor relación con el trabajo, en la diversificación de la oferta de entrenamiento en servicio, en la introducción de otros conocimientos de distintas culturas en la formación profesional, etc.

Otro aspecto central a observar será el grado de participación de las instituciones de salud en los procesos educativos de los profesionales de la salud. Los mecanismos de internados, campos clínicos, servicio social (o rural) y residencias son los principales mecanismos en los que se da esta interacción, por lo cual debería buscarse la adecuación de perfiles.

Si bien el sistema educativo formal es el principal proveedor de recursos humanos, no se debe olvidar el importante papel que cumplen las actividades de educación en servicio. Generalmente, estas actividades son de volumen importante pero, frecuentemente desorganizadas y a impulsos de actores específicos. Es necesario resaltar el papel que cumplen en el desarrollo del recurso humano, ya que frecuentemente son cruciales en la reorientación de las actividades y en los cambios de actitud de los trabajadores.

6.5.2 Gestión de RRHH y condiciones de empleo

La gestión de los RRHH no la entendemos como «aquello que hacen las oficinas de personal», sino como la función estratégica de la instancia dirigente de un sistema de servicios, de una red de atención o de una institución de salud, que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población en un marco de políticas y de modos de organización y gestión sectorial vigentes.

En ese sentido, se puede afirmar que estamos asistiendo a la superposición de dos agendas en la gestión de RRHH: una agenda vieja o fordista (correspondiente a un modelo de relaciones de trabajo estables

y protegidas, centrado en la carrera de puesto de duración indefinida) y una agenda nueva o flexible (correspondiente a un nuevo modelo regulatorio del trabajo, caracterizado por la flexibilidad laboral).

La vieja agenda remite a cuestiones, situaciones y problemas que la administración de personal pudo o no supo resolver y que persisten actualmente. La nueva agenda se refiere a aquellas situaciones y cuestiones instaladas *de novo* por los cambios que vienen ocurriendo en el sector y en el sistema de salud. El siguiente (cuadro 6.25) resume algunas de las características de ambas agendas.

Cuadro 6.25: Doble agenda de la gestión de los RRHH en las reformas sectoriales

Vieja agenda	Nueva agenda
* Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo	* Gestión pública de RRHH: no más exclusivamente administración de personal propio
* Importancia significativa del sector salud como generador de empleo	* Gestión de personal en un sector cuyo empleo no crece o disminuye
* Carreras funcionales y estabilidad laboral en un marco regulatorio protector	* Gestión descentralizada
* Insuficiente gestión y evaluación del desempeño	* Gestión de la calidad y la productividad
* Escasa gestión de los sistemas de compensación e incentivos	* Tendencia creciente, y preocupante, a gestión de empleo flexible
* Fragmentación de procesos laborales	* Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para similares categorías ocupacionales
* Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto	* Tendencia a la precarización en un marco de empleo público restringido
* Problemas de motivación, ausentismo, poca participación	* Competencia por recursos financieros y por personal
* Retraso y rigidez normativa	* Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal
* Debilidad técnica de la función de Gestión de RRHH	
* Escasa visibilidad y prioridad política	

Es evidente que los objetivos de muchas reformas, relacionados con maximizar productos y resultados, aparecen estrechamente ligados al éxito en la adopción de nuevas prácticas laborales y de gestión.

Así, la flexibilización de las relaciones individuales de trabajo es vista a través de una tendencia creciente a las formas atípicas de contratación, que avanza junto a otra tendencia de precarización de dichas modalidades contractuales.

La búsqueda de un aumento de la productividad, es decir más servicios con menos costos por unidad de producto y sin embargo con mayor calidad de los mismos, obliga a cambios en los procesos de trabajo, en las calificaciones del personal y en las condiciones laborales, así como a transformaciones de los regímenes salariales y de incentivos y de los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

El esfuerzo por el incremento de la productividad y la calidad del trabajo se da al tiempo que emergen nuevas modalidades de organización institucional (como cooperativas y hospitales de autogestión) y de relación laboral (como tercerización, privatización y subcontratación). Esto significa que la gestión de RRHH debe asumir un protagonismo mayor en el mercado laboral, como mecanismo de asignación y fijación del precio de la mano de obra en el sector. Se aprecia una tendencia a que los flujos de mano de obra, que

hasta hace poco se daban al interior del subsector público (ministerios y seguridad social), se muevan ahora entre unidades cada vez más autónomas en el conjunto del sistema. Esta condición y los cambios que vienen ocurriendo en las carreras profesionales, en la estabilidad laboral y en los sistemas de incentivos hacen que en la gestión se abra paso la idea del trabajo como flujo y no como dotación de personal.

6.5.3 La regulación del ejercicio profesional

El Estado moderno ha compartido con la sociedad (y frecuentemente con las asociaciones o corporaciones profesionales) la responsabilidad de regular el ejercicio de las profesiones de salud, vista como una garantía de la calidad de la atención y de la protección del público. Sin embargo, esta función está siendo hoy en día cuestionada por la opinión pública (a partir de una reducción de la asimetría de información entre profesionales y usuarios) debido, también, a la influencia de los mecanismos de mercado y empresariales, a través de sistemas de atención gerenciada, que tienden a convertir al profesional en un agente de su empleador, con las eventuales consecuencias que ello puede tener en la relación entre profesional y paciente.

Por esta razón, se debe analizar en profundidad el marco legal y normativo, el sistema de funcionamiento de las asociaciones profesionales y el rol de regulación de la práctica que debe cumplir el Estado en la relación entre proveedores y usuarios de servicios. Generalmente, este rol se desempeña a través del licenciamiento (es decir el registro de los profesionales para habilitarlos a practicar), la certificación y recertificación, (es decir la verificación única o periódica de la capacidad técnica del profesional) y el control ético (usualmente a través de la revisión de denuncias o auditorías sistemáticas).

Si bien en el Capítulo 4, correspondiente a la Rectoría, se han analizado estos aspectos con carácter general, corresponde aquí resaltar las principales características del ejercicio profesional (en un sentido amplio, es decir para todos aquellos trabajadores que desempeñan trabajos de responsabilidad en la atención de pacientes) a fin de poder tener un panorama de las condiciones de desarrollo de los recursos humanos.

6.5.4 Gobernabilidad y conflictividad sectorial

Consecuente con el protagonismo de los RRHH en las transformaciones de las condiciones de trabajo y en la reestructuración de los sistemas y servicios de salud, los procesos de cambio no son indiferentes a los actores, individuales y colectivos que representan al personal. Es bien conocida la dificultad de implementar cambios en los servicios si quienes deben implementarlos se oponen a ellos.

Existe, además, una larga tradición de fuertes organizaciones de diferente tipo dentro del personal de salud, sean de naturaleza sindical o del tipo de las asociaciones profesionales, que pueden tener ribetes científicos éticos pero que, generalmente, toman posiciones de defensa de las condiciones de trabajo de sus asociados. Las respuestas individuales y colectivas a las reformas son de muy variado tipo e intensidad, pero puede afirmarse que existe una resistencia al cambio que se combina, por lo general, con una aversión al riesgo que generan las nuevas condiciones de contratación e incentivos.

Estas respuestas se traducen, a menudo, en cierto grado de conflictividad que reduce, desvía o paraliza la marcha de los cambios. Existe, por lo tanto, la necesidad de comprender, medir y adquirir nuevas herramientas para conducir esta conflictividad hacia caminos que posibiliten que el personal comprenda los objetivos y los medios de las reformas y pueda comprometer su esfuerzo en los mismos. Este proceso de involucramiento implica nuevas formas de participación, dando un contenido sustantivo a los procesos de devolver poder («empowerment») a las personas encargadas de realizar los procesos principales en los servicios de salud.

Guía instructiva para el análisis de los recursos humanos en la provisión de servicios de salud

La guía sigue el mismo formato que el capítulo, y propone el análisis de los cuatro factores críticos del rol de los recursos humanos en la provisión de los servicios de salud.

- **Formación de recursos humanos**

- * **Disponibilidad de los recursos humanos**

- ¿Cuál es la tendencia de la producción de profesionales en los últimos 5 años (Número de Escuelas/Programas/ egresados por profesión)?
- ¿Se puede decir que hay una tendencia sostenida de las instituciones formadoras de recursos humanos para modificar su oferta educativa regular?
- ¿Existe una mayor dedicación a las especialidades clínico-quirúrgicas? ¿Existen prácticas en las áreas de salud pública, epidemiología?

- * **Metodologías educativas**

- ¿Cuál es la tendencia en la relación “generalistas vs. especialistas” en el país? ¿Se adecua al sistema de salud propuesto?
- ¿Con qué periodicidad se revisan y reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y postgrado de las carreras de la salud?
- ¿Se observa la incorporación de nuevas tecnologías en la enseñanza y la renovación de Equipos, uso de Internet, e-mail y otros en los centros de formación profesional del país?
- ¿Cómo se estructuran las pasantías de los estudiantes de pregrado (internado rotatorio) por carreras?

- * **Grado de participación de las instituciones de salud**

- Si existe servicio social (rural u otro) ¿Qué profesiones lo cumplen? ¿En que áreas del país, urbana, rural? ¿Qué rol cumple este servicio?

- ¿Están relacionados los perfiles de los egresados de las entidades formadoras con los procesos y las visiones-objetivo que orientan las reformas?
- * **Educación en los servicios**
 - ¿Existen proyectos o programas de reconversión profesional sobre la marcha?
 - ¿Es posible cuantificar el número de personas que participan en actividades de educación permanente? (Puede expresarse en número de horas de cursos como porcentaje del total de horas de trabajo).
- **Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo.** Describa cuál es la tendencia del empleo en las profesiones de la salud (tasa de desempleo, subempleo y multiempleo por profesión). Comente sobre la problemática relacionada con una mejor disponibilidad, distribución y flujo de los recursos humanos.
 - * **Flexibilización de las relaciones individuales de trabajo**
 - ¿Existen indicadores de trabajo flexible vs. estable en el sector? Por ejemplo: N° de contratos a término, contratos por producto, discrepancias entre número de profesionales registrados y número de plazas ocupadas.
 - * **Enfoque en el aumento de productividad**
 - ¿Existen experiencias de medir la productividad del trabajo y la calidad de los servicios?
 - ¿Cuáles son los posibles parámetros para evaluar las experiencias de mejoría de productividad del personal?
 - * **Regímenes salariales y de incentivos y sistemas de evaluación de desempeño**
 - ¿Cómo se les compensa por su trabajo? ¿De qué manera se determina el valor del trabajo y su relación con los estímulos e incentivos?
 - ¿Qué sistemas de evaluación del desempeño están en marcha? ¿Qué tipo de resultados miden? ¿Son individuales o colectivos?
 - ¿Existen nuevos sistemas de pago o de incentivos? ¿Qué intentan medir o promover?
 - ¿Cuál es la relación entre los ingresos y el nivel de calificación, en el sector público? ¿Cuál es su relación con el sistema de remuneración privado?
 - * **Tercerización, privatización y subcontratación**
 - ¿Cuál es la extensión de la contratación externa o tercerización de servicios? ¿Cuál es su impacto en la calidad de los servicios?
- **La regulación del ejercicio profesional**
 - * **Licenciamiento**
 - ¿Cómo influyen las asociaciones profesionales y la autoridad sanitaria en los mecanismos de licenciamiento?

- El licenciamiento. ¿Es único, válido para todo el país, tiene especificidad regional, es propio por especialidad?

* **Certificación y recertificación**

- ¿Existen mecanismos de certificación de la capacidad técnica? ¿Son propios de las asociaciones profesionales, de la autoridad sanitaria o compartidos? ¿Existen estadísticas de sus resultados?
- ¿Se utiliza el mecanismo de recertificación periódica de competencias? ¿Es de validez nacional o regional? ¿Existe una regulación específica para las especialidades médicas? ¿Qué características tiene?

* **Control ético**

- ¿Cómo se realiza el control ético? ¿Existen estadísticas de denuncias y resolución de casos?
- ¿Participa la asociación profesional, la autoridad sanitaria o ambos?

* **Rol del Estado y de la sociedad civil**

- ¿Existe algún mecanismo o instancia formal que reúna a universidades y organismos de planificación estatal para definir necesidades nacionales de recursos humanos?

- **Gobernabilidad y conflictividad del sectorial** ¿Existen en el país fuentes de datos para la medición de la conflictividad sectorial? (por ejemplo: estadísticas laborales) ¿Es posible medir el aumento o disminución de la conflictividad en el sector? Comente brevemente.

* **Asociaciones profesionales y sindicatos**

- ¿Cuál ha sido la participación de estos grupos en los procesos de reforma sectorial?
- ¿Existen instrumentos institucionales para la gestión de conflictos? (por ejemplo: comisiones paritarias o de negociación)
- ¿Existen mecanismos predeterminados para la negociación de salarios y condiciones de trabajo?

* **Participación y procesos de devolución de poder (empowerment)**

- ¿Qué medidas se han tomado para lograr superar la resistencia al cambio y la aversión al riesgo que generan las nuevas condiciones de contratación e incentivos?
- ¿Se han desarrollado programas de comunicación y/o capacitación para el personal en proceso de cambio? ¿Cuáles fueron los resultados?

¿Dónde obtener la información?

La información referente a Recursos Humanos se encuentra, por lo general, en poder de los organismos que la producen (oficinas de personal, de pagos, de admisión y titulación en las universidades) y tiene usos administrativos, aunque su recolección y sistematización puede ser de gran utilidad para el análisis sectorial.

Para ello, se ha establecido una iniciativa regional, denominada el Observatorio de Recursos Humanos, efectiva hasta el momento en diecisiete países de la Región, a fin de constituir núcleos nacionales de reunión, análisis y difusión de esta información.

El Cuadro 6.26 presenta un conjunto de datos básicos con los principales indicadores que pueden utilizarse para el análisis, así como las posibles fuentes de información.

Cuadro 6.26: Conjunto de datos básicos para el análisis de los RRHH del sector salud

Tipo de información	Indicador/Trazador	Fuentes posibles
Disponibilidad de recursos humanos (profesionales, técnicos, auxiliares)	<ul style="list-style-type: none"> * Número de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, auxiliares; según población * Relación especialistas vs. generalistas (médicos) 	<ul style="list-style-type: none"> * Encuestas de hogares. * Encuestas de establecimientos * Censos * Registros de los servicios de salud * Colegios profesionales o equivalentes
Contrato de trabajo, modalidades de contratación (por tiempo definido, tendencias a la precariedad)	<ul style="list-style-type: none"> * Modalidades de contratación 	<ul style="list-style-type: none"> * Encuestas de hogares * Encuestas de empleo * Encuestas de establecimientos * Registros administrativos de servicios de salud
Formación de los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> * Matrícula por carrera y por año * Egresos por carrera y por año * Número de escuelas por carrera 	<ul style="list-style-type: none"> * Ministerio de Educación * Sistemas universitarios o equivalentes * Asociaciones académicas (de escuelas)
Productividad del personal	<ul style="list-style-type: none"> * Indicadores a ser definidos, por internación, ambulatorios, atención primaria 	<ul style="list-style-type: none"> * Sistemas de información de los servicios de salud * Estudios de casos
Remuneraciones y salarios	<ul style="list-style-type: none"> * En dólares o cualquier manera de asegurar comparabilidad, para médicos, enfermeras, técnicos 	<ul style="list-style-type: none"> * Encuestas de hogares. * Encuestas de establecimientos * Registros administrativos de los servicios de salud
Ubicación laboral institucional (lugar donde trabajan)	<ul style="list-style-type: none"> * Instituciones según niveles de atención y subsector de pertenencia 	<ul style="list-style-type: none"> * Encuestas de establecimientos

Fuente: Modificado de Shortell, S., Kaluzny, A. y Starfield, B. (9).

¿Cómo presentar la información?

La información cuantitativa se deberá presentar resumida en forma de gráficas o tablas. La información cualitativa y el análisis deberá hacerse por el orden en que se presentan los temas en la guía instructiva, enfatizando la evolución de los problemas, las experiencias fallidas de mejora realizadas en el pasado y las experiencias de intervención innovadoras exitosas, si las hubiere.

Si el país se encuentra, en este momento, inmerso en un proceso de reforma que afecta substancialmente uno o varios de los aspectos incluidos en la guía instructiva, convendrá destacar los aspectos que son comúnmente aceptados como críticos, las distintas posiciones públicas en torno a ellos, y sus implicaciones para el desarrollo del sector y de sus recursos humanos.

Si se han producido conflictos recientes, puede ser útil resumir sus causas y consecuencias, sea en el texto o como un anexo.

6.6 Recursos Tecnológicos del Sistema de Servicios de Salud

El propósito de este apartado es contribuir al análisis de la estructura y dinámica de los recursos físicos y de las tecnologías de la red de servicios de salud, así como de los medicamentos y productos biológicos. Estos elementos constituyen la base material del sector y se articulan entre sí en programas y servicios de salud de la manera determinada, en cada caso, por el marco normativo y los modelos organizativos de las instituciones y organizaciones que lo forman (Véase el Capítulo 3).

6.6.1 La red de establecimientos de salud

6.6.1.1 Distribución de los Establecimientos de Salud

El propósito de esta sección no es elaborar un inventario o catálogo nacional de establecimientos o equipos, sino analizar el grado de correspondencia entre los establecimientos de salud y las necesidades sanitarias. Para ello, conviene considerar la existencia de disparidades no justificadas en la distribución de los establecimientos sanitarios, según criterios geográficos o por tipo de proveedores; la accesibilidad geográfica de los mismos; la existencia de disparidades no justificables en la dotación de equipos; y la existencia de adecuadas políticas institucionales de mantenimiento, reposición y manejo de instalaciones y equipos. Este epígrafe permite profundizar aspectos ya mencionados en el apartado 6.2. «Análisis de la oferta».

Distribución geográfica. Conviene analizar la distribución rural/urbana de los establecimientos públicos y privados del nivel primario que cuenten, por este orden, con:

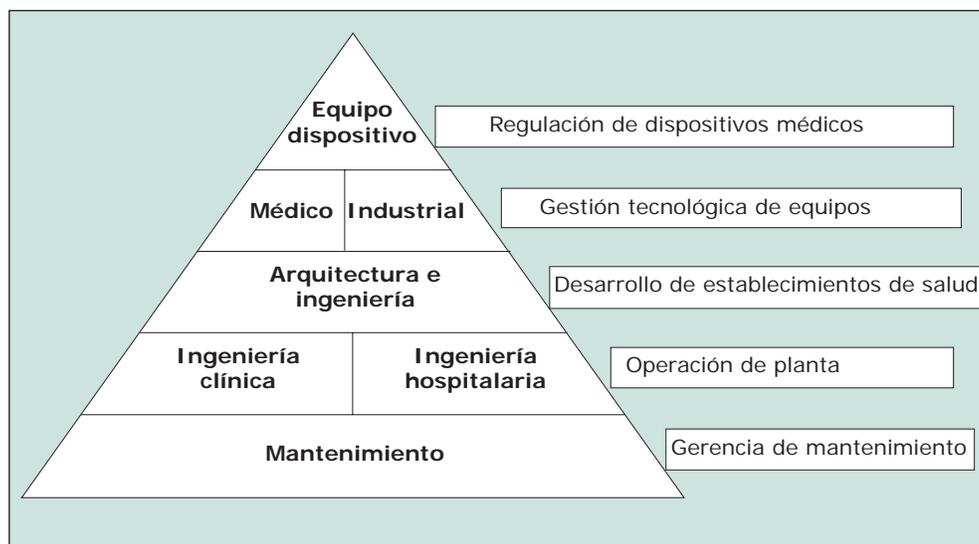
- Área geográfica y núcleo poblacional atendido.
- Establecimientos de referencia y contrarreferencia.
- Personal sanitario las 24 horas.
- Teléfono atendido las 24 horas.
- Posibilidad de transporte las 24 horas.
- Suficiente espacio y adecuado mobiliario para recepción, consultas y salas de espera.
- Sala de extracciones.
- Sistema de cita telefónica previa de pacientes.

Distribución de centros de proveedores. Conviene analizar la distribución de los centros del primer nivel de atención con un médico general a tiempo completo, como mínimo, y la distribución de los hospitales, por instituciones proveedoras.

6.6.1.2 Accesibilidad Geográfica

Lo relevante será valorar los tiempos medios de acceso y las condiciones de transporte de la población a los servicios, tanto del nivel primario como del secundario y terciario. Ello puede ser especialmente importante en el medio rural con población dispersa o en zonas donde las condiciones geográficas o climatológicas producen épocas de aislamiento de determinados grupos de población. Esta información es relevante para decidir el tipo de servicio más adecuado a las condiciones concretas del lugar y puede, también, explicar las disparidades de uso de servicios análogos que operan en condiciones distintas. Para el medio urbano o rural con buenas comunicaciones todo el año, algunos países establecen tiempos máximos deseables de acceso al nivel primario y secundario. Al igual que el anterior, este epígrafe permite profundizar aspectos ya mencionados en el apartado 6.2. «Análisis de la oferta».

Figura 6.4: Infraestructura física y tecnológica de los servicios de salud



6.6.2 Edificaciones y equipos

El análisis de la cantidad, estado, nivel de complejidad tecnológica incorporado y distribución de los edificios y equipos es importante porque estos constituyen el ambiente material donde se desarrolla la relación entre el personal sanitario y la población. Tal como se muestra en la figura siguiente, sin edificaciones y equipos suficientes, adecuados, seguros y en operación continua, los establecimientos y servicios de salud difícilmente desarrollarán sus funciones de manera satisfactoria.

Sin embargo, recientemente se señaló que la infraestructura del sector está sumamente deteriorada y obsoleta en el nivel público de la mayoría de los países (los cuales representan un 44,5% del total) de América Latina y el Caribe:

- Hospitales de 45-50 años de antigüedad, en promedio, y muchos de ellos obsoletos.
- Aproximadamente 50% de los equipos están fuera de servicio, en deficientes condiciones de funcionamiento o no se usan.
- Fondos destinados a la conservación y mantenimiento que rara vez sobrepasan el 4% del presupuesto de operación y, en la mayor parte de los casos, no llegan ni al 1%.
- En determinada subregión, 75% del personal de mantenimiento es empírico y el personal profesional sólo representa el 6% del total.
- No existen programas de reposición de equipos, basada en el ciclo de vida útil de los mismos, ni programación financiera para este proceso
- El soporte de servicio técnico por parte de vendedores y distribuidores de equipos es deficiente, especialmente en las áreas alejadas de los grandes centros urbanos
- Son escasos los programas académicos para la formación de profesionales en ingeniería clínica, biomédica, ingeniería y arquitectura hospitalaria y mantenimiento de equipo biomédicos

6.6.2.1 Políticas sobre instalaciones y equipos

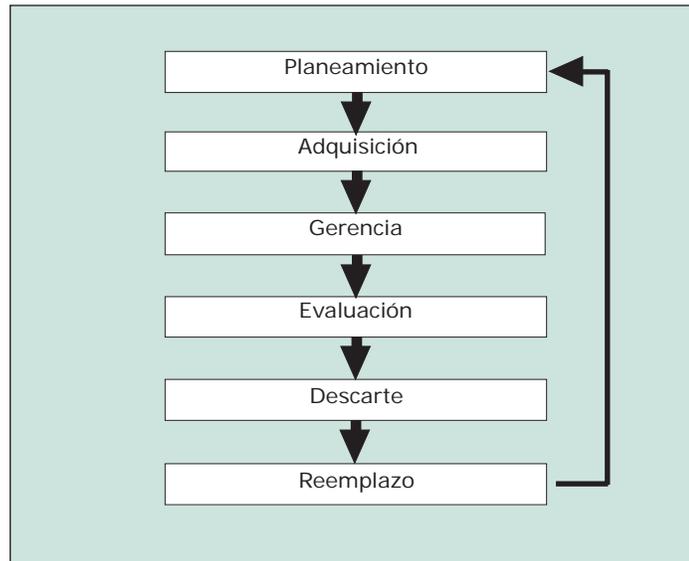
Para evaluar la existencia de servicios propios de mantenimiento (in-house) y el soporte de servicio técnico suministrado por los principales proveedores, así como la reposición y el manejo de las instalaciones y equipos, convendrá indagar la existencia de los siguientes elementos, tanto a nivel institucional para el conjunto de la red como para algunos establecimientos seleccionados:

- Programa de gerencia de mantenimiento.
- Sistema de inventario y control de equipos.
- Programa de seguridad y notificación de incidentes con equipos.
- Normas y procedimientos de mantenimiento actualizadas.
- Disponibilidad de personal técnico calificado.
- Supervisión de los contratos con las compañías externas encargadas.
- Programas de formación regulada del personal propio, encargado tanto del mantenimiento como del manejo de las instalaciones y los equipos.
- Porcentaje del presupuesto asignado para el mantenimiento de edificios y equipos.
- Financiamiento suficiente para inversión en reposición de edificaciones y equipo.
- Financiamiento suficiente para nueva inversión considerada indispensable.

6.6.2.2 Gestión de equipos

Se analizará la existencia o no de procesos y metodologías para la planificación, selección, adquisición, incorporación, uso, mantenimiento, evaluación, descarte y renovación de los equipos. Estos procesos deberán incluir el estudio del costo de operación durante el ciclo de vida útil y el uso de la información sobre problemas, alertas y notificación de incidentes antes de la adquisición de los equipos, así como las necesidades de mantenimiento y el costo de productos y reactivos requeridos.

Figura 6.5: Gestión tecnológica de equipos



También se valorará si existen disparidades de equipo médico para el mismo tipo de establecimiento, no justificables en razón de la demanda potencial (por ejemplo, si para centros de salud urbanos de mismo nivel de complejidad, en una zona se cuenta con radiología básica o toma de muestras y en otras zonas, no; o si en un hospital regional de una determinada zona se cuenta con bloque quirúrgico de doble circulación y esterilización centralizada y en otro, no). Esto puede ser relevante para evaluar instituciones análogas dependientes de distintos proveedores y que actúan en una misma zona (por ejemplo, el hospital regional - provincial o departamental - dependiente del Ministerio de Salud, el hospital del Seguro Social y el de una aseguradora privada).

El análisis de las concordancias y discordancias entre proveedores y niveles de atención puede arrojar luz sobre algunos puntos críticos que tal vez requerirán un tratamiento detallado (por ejemplo, los problemas de suministro eléctrico, dotación de quirófanos, supervisión y mantenimiento de las fuentes radioactivas hospitalarias o la inadecuación de los vehículos de transporte sanitario).

6.6.3 Evaluación de las tecnologías en salud

El propósito de esta sección es evaluar si la tecnología sanitaria es acorde con las necesidades de cada nivel de atención y cómo se distribuye por área geográfica y tipos de proveedor. Y, además, analizar la alta tecnología.

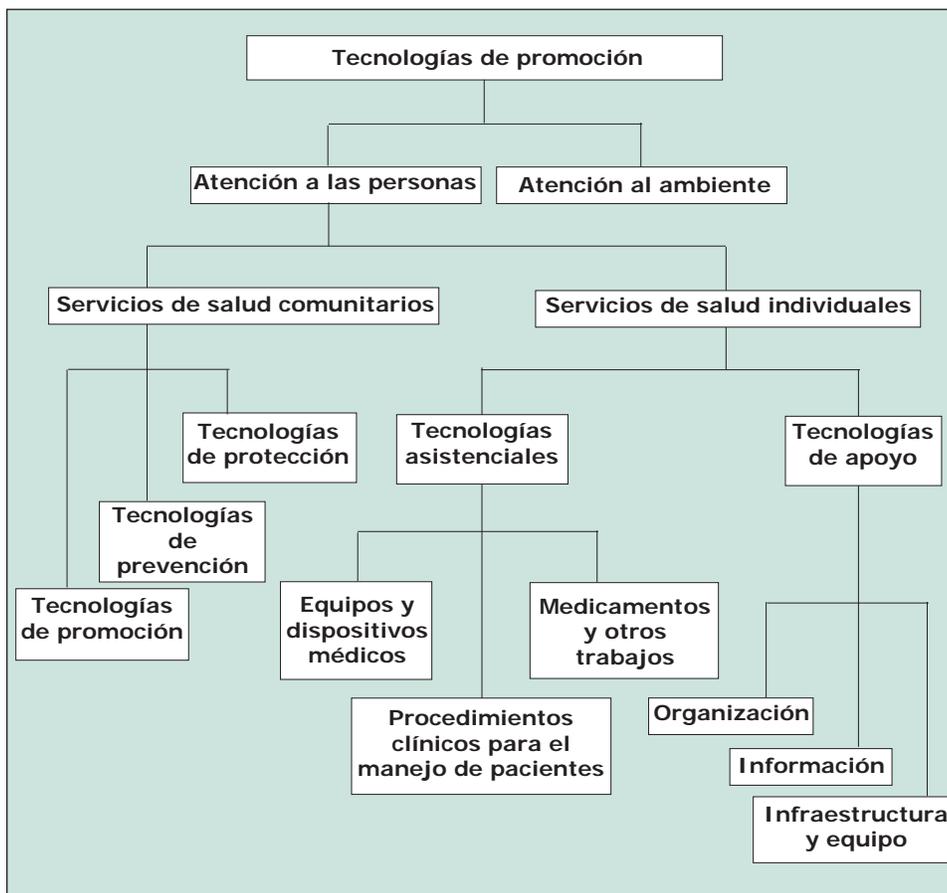
El concepto de tecnología en salud más comúnmente aceptado fue elaborado por la Oficina de Evaluación Tecnológica de los Estados Unidos (Office of Technology Assessment, OTA), en los años setenta, e incluye «los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que dicha atención es prestada». Es decir, toda la práctica clínica y el modo en que se organiza. Por su especificidad, los medicamentos suelen ser tratados aparte. La inclusión de los sistemas organizativos en la definición es consecuencia del reconocimiento de que las tecnologías individuales normalmente forman parte de sistemas tecnológicos más complejos. Por ejemplo, las unidades de cuidados intensivos son un modo de organizar personal y tecnologías y surgieron de la suma de tecnologías inicialmente independientes; el éxito de un programa de detección precoz de un determinado tipo de cáncer depende, no sólo de la sensibilidad y especificidad de la prueba diagnóstica, sino también del modelo organizativo de los servicios de salud, tanto para garantizar la cobertura diagnóstica como, si fuera el caso, las oportunidades terapéuticas.

En consecuencia, reducir el concepto de tecnología en salud al de equipo sofisticado (casi siempre situado en establecimientos o servicios de tercer nivel) sería un error, como lo sería reducir la evaluación de las tecnologías sanitarias a los procedimientos administrativos previos a su registro. En los últimos años, se ha despertado un creciente interés en evaluar las tecnologías en salud como una forma comprensiva de investigación que examina las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), económicas y sociales derivadas del uso de las mismas, a corto y mediano plazo, así como sus efectos directos e indirectos, deseados e indeseados (17).

Uno de los principales problemas sanitarios de algunos países de la Región es la escasez de equipos médicos y suministros, debida a las dificultades encontradas para financiar su compra. Otro de los elementos es la carencia de una capacidad reguladora que permita garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los equipos y dispositivos médicos que son usados en los servicios de salud y por la población en general. También se plantean problemas relacionados con una adecuada distribución geográfica y funcional y con la reposición de ciertos equipos y suministros. En tercer lugar, las condiciones de operación de los equipos o la aplicación de determinados procedimientos no siempre son las adecuadas y el personal no siempre está entrenado en su manejo. En cuarto lugar, la aplicación de las tecnologías no siempre se hace, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada paciente y tras una consideración cuidadosa de las ventajas y costos de otras tecnologías aplicables. Por último, no siempre se respeta el derecho de los pacientes a ser informados y a aprobar las tecnologías que les van a ser aplicadas (18).

Por sus repercusiones sobre la ética, la calidad de la asistencia, los modelos organizativos y el gasto, así como por la gran variabilidad, no siempre justificable, de su uso, algunos países financian actividades o desarrollan programas de evaluación de ciertas tecnologías. En otros, han sido creados, o están en vías de crearse, organismos públicos o privados dedicados a su evaluación.

Figura 6.6: Tecnologías en salud



Las tecnologías en salud deben ser evaluadas en cuanto a seguridad, eficacia, efectividad (eficacia en las condiciones concretas de uso) y utilidad para prolongar la vida, reducir el sufrimiento o mejorar la aceptabilidad (por parte de los pacientes, el personal sanitario y la sociedad). Además, deben ser comparadas con tecnologías alternativas y debe ser evaluado su costo e impacto económico y social. En las fases experimentales de una nueva tecnología, suelen evaluarse preferentemente la seguridad y la eficacia; en la fase de desarrollo, se determina su efectividad, su utilidad y su impacto previsible; en la fase de aplicación, se determinan su efectividad y el impacto realmente ocurrido, así como su aceptabilidad.

Todo lo anterior es aplicado a la alta tecnología. Aunque el concepto de alta tecnología es variable de país a país, dentro de un mismo país y entre niveles asistenciales, el concepto se refiere a aquella parte de la tecnología sanitaria que por razones de seguridad general (por ejemplo, las fuentes radioactivas) o complejidad (por ejemplo, la neurocirugía o los trasplantes), de costo elevado (por ejemplo, la tomografía axial computarizada o las salas de hemodinamia) o de riesgo elevado (por ejemplo, cirugía extracorpórea con personal poco entrenado) requiere condiciones especiales para su planificación, gestión, empleo y mantenimiento. La alta tecnología suele estar vinculada a establecimientos sanitarios o servicios clínicos de tercer nivel y situarse en las capitales o ciudades importantes. Ejemplos de lo que usualmente se entiende por alta tecnología se presentan en el Cuadro 6.27. Por todo lo anterior, en algunos países existen criterios indicativos para la ordenación y el uso racional de la alta tecnología.

Cuadro 6.27: Alta tecnología: algunos ejemplos

* Cirugía cardíaca	* Unidades de trasplante
* Neurocirugía	* Hemodiálisis
* Cirugía maxilofacial	* Litotricia
* Cirugía pediátrica	* Tomografía axial computarizada (TAC)
* Cirugía plástica y reparadora	* Resonancia magnética nuclear
* Cirugía laparoscópica	* Radioterapia
* Cuidados intensivos neonatales	* Medicina nuclear
* Unidades de quemados	* Hemodinamia

Gran parte de los conceptos anteriores sobre evaluación de las tecnologías en salud también son aplicables a las tecnologías de información y comunicación en salud, las cuales, en función de su especificidad, se tratan separadamente en el epígrafe siguiente.

6.6.4 Tecnologías de información y comunicación en salud

El mayor desafío en el análisis y evaluación de la factibilidad y el impacto de las aplicaciones clínicas y administrativas de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en salud se relaciona con la rápida evolución de las soluciones tecnológicas, con la complejidad y variedad de la infraestructura y los procesos técnicos en salud, y con el alto nivel de interactividad entre instituciones y profesionales. Una categorización de las aplicaciones más importantes de las tecnologías de información y comunicación en salud incluye las siguientes áreas (19):

- Intercambio electrónico de datos (EDI en inglés) Servicios de infraestructura genérica concebidos para manejar conectividad y mensajes electrónicos.
- Sistemas de información para establecimientos de salud. Comprenden sistemas para hospitales, clínicas, consultorios médicos y servicios de apoyo diagnóstico (incluyendo imágenes médicas) y terapéutico, dedicados a la captura, almacenamiento, procesamiento, recuperación y difusión de datos e información clínica, epidemiológica y administrativa en un solo sitio, o entre un sitio y otro.
- Registro electrónico de pacientes. Integran y proporcionan acceso en un sitio, o en múltiples sitios, a la historia clínica del paciente en una base de datos que comprende diferentes soportes (por ejemplo, tarjetas inteligentes).
- Sistemas de apoyo a decisiones. Son sistemas expertos que facilitan la toma de decisiones clínicas y de gestión mediante el diálogo interactivo entre un proveedor y un paciente con una base de datos de conocimientos, por medio de una aplicación impulsada por reglas. Los sistemas de este tipo comprenden sistemas de diagnóstico clínico, aplicaciones de monitoreo individuales, aplicaciones de gestión de establecimientos y equipos, recuperación bibliográfica y de referencia y ciertos tipos avanzados de centros comunitarios de llamadas.
- Telemedicina. Incluye las teleconferencias entre proveedores y la transmisión de imágenes de alta resolución y de señales biológicas para diagnósticos a distancia y, también, para tratamientos (por ejemplo, intervenciones de telecirugía robótica).
- Educación a distancia, o teleeducación, y telecapacitación de profesionales de la salud.

Marco para la evaluación de los sistemas de información y de comunicación en salud

El marco de evaluación de los sistemas de información debe comenzar con la adopción de una perspectiva: ¿Va a considerar la evaluación solamente el pasado (evaluación retrospectiva) o va a adoptar una metodología de evaluación intermedia o prospectiva que se fija en el presente y en los cambios previsibles en un futuro inmediato?

Las metodologías de evaluación que se centran en tecnologías tienen que ver, en su mayor parte, con cuestiones relacionadas con la infraestructura, las necesidades del usuario de estos sistemas, lo adecuado de las plataformas de hardware y software y la utilidad, aceptación y disponibilidad de los sistemas (20, 21, 22).

En la evaluación de las aplicaciones de las TIC, desempeñan un papel importante los objetivos elegidos y las preferencias económicas, éticas, políticas y culturales. En un marco ideal, la mejor evaluación de las TIC es la que tiene en cuenta: (a) si la evaluación se incluyó o no como parte integral del diseño, implementación y funcionamiento de las aplicaciones de las TIC; (b) si existe o no un proceso sistemático, acumulativo y con proyección de futuro para brindar conocimientos útiles a los encargados de tomar decisiones y no sólo acciones aisladas, esporádicas o de pura investigación; (c) si se han tenido suficientemente en cuenta los costos, las implicaciones y los beneficios de introducir nuevas TIC y si se han comparado con la práctica habitual y (d) si las TIC se han adaptado a las condiciones concretas del sitio donde se aplican o si han simplemente implantado las opciones tecnológicas más recientes.

6.6.5 Medicamentos y productos sanitarios

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

Al existir diversos conjuntos de indicadores para analizar y evaluar este sector (23, 24), el propósito de esta sección es facilitar alguna información básica de la que se puedan extraer ciertas categorías útiles para el análisis (incluido, en su caso, un análisis en profundidad) y la evaluación de los roles de los subsectores público y privado, a la hora de garantizar el empleo de medicamentos y productos sanitarios eficaces, seguros y accesibles a la población.

Hasta hace relativamente poco tiempo, las distintas iniciativas de reforma del sector salud emprendidas en América Latina y el Caribe no incluían el desarrollo de una política expresa de medicamentos, aunque existían algunas excepciones (por ejemplo, Nicaragua, Panamá, Honduras, Brasil y Chile). En diciembre del año 2000, los Ministros de Salud del MERCOSUR aprobaron una Política de Medicamentos para sus países miembros.

En América Latina y el Caribe, tres países (Argentina, Brasil y México) ocupan los primeros lugares en venta de medicamentos. En el año 2000, las ventas de estos tres países alcanzaron el 6% del mercado mundial. El crecimiento promedio estimado del mercado regional de medicamentos es de un 4% anual. En general, la compra de medicamentos por parte del sector público no supera el 12% del total de las compras, mientras que las compras del sector privado superan el 88%. (25)

6.6.5.1 Producción

En América Latina y el Caribe, el sector farmacéutico constituye un mercado en expansión, concentrado en un reducido grupo de países, especializado en la producción y comercialización de productos de marca, con muy reducida disponibilidad de medicamentos genéricos y dónde se observa un desigual proceso de integración por áreas subregionales (MERCOSUR, TLC, países andinos y, en menor medida, Centroamérica).

En general, la producción de los países de América Latina y el Caribe es débil y poco competitiva (a excepción de tres países, el resto importa más del 90% de los principios activos y muchos países importan más del 50% de los productos terminados). La producción pública de medicamentos, donde existe, representa un pequeño porcentaje del mercado (excepto Cuba). La implementación de políticas de sustitución de importaciones por producción propia de medicamentos le permitió, en el pasado, a algunos países (Argentina, Brasil y México) desarrollar industrias farmacéuticas cuyos volúmenes de producción en el mercado nacional representaron (y aún representan) porcentajes significativos.

Muchos países han oficializado normas de buenas prácticas de fabricación; sin embargo el número de inspectores farmacéuticos en los últimos años sigue siendo limitado y la vigilancia de su implementación continúa siendo débil. El sistema de certificación de calidad promovido por la OMS ha sido formalmente aceptado por la mayoría, aunque no suele ser exigido en la práctica, y el certificado sólo alcanza su verdadero valor en la medida en que la autoridad reguladora que lo expide sea de competencia reconocida a nivel internacional. Por su parte, los laboratorios oficiales de control de calidad vienen implementando programas de Control de Calidad Externos para mejorar la aplicación de técnicas de farmacopea y existen esfuerzos para reactivar la Red Latinoamericana de Laboratorios Oficiales de Calidad.

Con relación a la producción de vacunas, sólo los Estados Unidos cuentan con capacidad para producir las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con calidad garantizada y una cantidad que excede la demanda nacional. México es el único país latinoamericano que produce todas las vacunas (y algunas otras no incluidas en el PAI) pero aún no ha conseguido satisfacer su demanda interna; Cuba y Brasil han realizado grandes inversiones y no están lejos de la autosuficiencia. La gran mayoría de los laboratorios son públicos, ninguno es transnacional, y los pocos laboratorios privados tienen un peso muy pequeño en el mercado (26, 27).

6.6.5.2 Regulación farmacéutica y registro

Desde la década de los 90, y aún actualmente, la mayor parte de los países está revisando la legislación sobre el tema: la mayoría de los cambios se refiere al registro de medicamentos, para simplificarlo y reducir tiempos y costos, y algunos países tratan de situar todas las funciones reguladoras en una sola institución

adscrita al Ministerio de Salud. Han sido muy significativos los esfuerzos por internalizar los acuerdos que se alcanzan en el nivel subregional en los diferentes organismos de integración económica (Mercosur, Comunidad Andina de Naciones, Unión Aduanera). (Véase Cuadro 6.28). En la actualidad, una especialidad nueva tarda entre uno y 18 meses en ser registrada, y una similar a otra existente, entre 15 días y 12 meses. Algunas legislaciones establecen tiempos y costos especiales para el registro de medicamentos esenciales y otras establecen diferenciación para el registro de medicamentos genéricos. En algunos países, se reconocen automáticamente los medicamentos registrados en otros, sea porque están elaborados de acuerdo con farmacopeas reconocidas, sea porque se comercializan en algún otro país además del de origen. Los costos del registro pueden variar mucho entre los países. Por lo general, el número de medicamentos registrados es superior al de medicamentos disponibles. Asimismo, la bioequivalencia y la biodisponibilidad de los medicamentos son temas comunes, y ya en algunos países, sobre todo los que promueven una política de medicamentos genéricos, las han incluido como requisitos para el registro de esos productos.

6.6.5.3 Regulación económica y precios

Pocos países mantienen control sobre los precios de los medicamentos y la tendencia es que ese control disminuya. Se ha producido un aumento generalizado de precios que, en ciertos casos, superó el 100%. Existen fuertes variaciones del precio de un mismo medicamento entre los países, algo muy notable dada su fuerte dependencia en relación a los mismos proveedores. El intercambio de información sobre los precios de los medicamentos, tanto a nivel del consumidor como a nivel de las compras del sector público, se viene promoviendo como estrategia para alertar a los países e influenciar la política de precios a implementar. También se observa una tendencia al aumento de los medicamentos que pueden expendirse sin receta, así como su comercialización en establecimientos que no cuentan con farmacéutico (por ejemplo, los supermercados).

Las tendencias de venta de medicamentos sin receta y de automedicación se han reforzado. En estudio realizado en Centroamérica se observó que muchos medicamentos, al pasar a la categoría de libre venta, sufrieron un alza en sus precios. Además, el cambio de categoría implica, en la gran mayoría de los casos, que los productos ya no integran la lista de medicamentos reembolsables por los seguros de salud. Algunas organizaciones vecinales y de consumidores han organizado boticas o farmacias populares y, en algunas de ellas, se difunden los conceptos de medicamento esencial y de uso racional del medicamento.

De acuerdo con la información más reciente disponible, el precio promedio de los medicamentos en un país puede ser hasta 66,3% superior al precio promedio en un país vecino (28).

Cuadro 6.28: Foros subregionales de discusión sobre regulación farmacéutica

- * La Comunidad Andina de Naciones, el tratado de libre comercio de mayor antigüedad en la región, define para el periodo de 1998 a 2002 los requisitos para el registro de medicamentos, la aprobación de los requisitos abreviados para el registro, aplicables sólo a productos fabricados en el Área Andina, y el alcance de acuerdos sobre las normas de buenas practicas de manufactura según las propuestas por la OMS de 1992.
- * En el contexto de los países del MERCOSUR se aprueban las buenas prácticas de fabricación de la OMS 92, las guías de inspección y el establecimiento de un proceso de formación de inspectores.
- * El Sistema de Integración de Centroamérica (SICA) inició en 1999 el proceso de Unión Aduanera (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua), con el objetivo de garantizar el libre comercio de bienes a partir de enero de 2002.
- * Las autoridades reguladoras de medicamentos han definido aspectos prioritarios de armonización tales como los requisitos para el registro sanitario de medicamentos, las Buenas Practicas de Manufactura y la certificación de Laboratorios de Control de Calidad.
- * En el seno de los países integrantes del NAFTA (Canadá, Estados Unidos y México), se acuerda el intercambio de información de medicamentos entre autoridades reguladoras.
- * Los países del Caribe angloparlante y Belice (CARICOM) acuerdan colaborar en la compra conjunta de medicamentos y laboratorios de referencia para el control de calidad.
- * La Conferencia Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, auspiciada por la OPS/OMS, es un foro donde se abordan temas técnicos dentro del proceso de armonización. Los acuerdos alcanzados hasta la fecha se enmarcan en el contexto de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica con los objetivos de: promover y mantener un diálogo constructivo entre las entidades de reglamentación, la industria farmacéutica y otros sectores; fomentar la convergencia de los sistemas de reglamentación farmacéutica; adoptar recomendaciones para su puesta en práctica en los niveles nacionales y regional, y fomentar la cooperación entre países.

6.6.5.4 Prescripción

Normalmente, la prescripción se hace según el nombre comercial del medicamento. La mayoría de los intentos de imponer normativamente la prescripción de medicamentos genéricos no han dado los resultados esperados aunque se sigue insistiendo. Algunos programas de genéricos incluyen la sustitución del producto en el momento de la dispensación. Este constituye un tema controvertido en muchos países. La promoción de la prescripción por nombre genérico, ha llevado a priorizar la convicción antes que la imposición en relación a los profesionales, en las estrategias de introducción de genéricos.

En varios países de la Región se está promoviendo la prescripción de genéricos como estrategia para aumentar la competencia en precios en el mercado de medicamentos. De esta manera, se fomenta la eficiencia y se mejora la accesibilidad a los medicamentos a un precio menor. En este sentido, algunas de las medidas implementadas para promover el desarrollo del mercado de genéricos han incluido la sustitución por el farmacéutico del medicamento de marca por el genérico. La elección entre un medicamento de marca o un genérico puede depender, en gran medida, del grado de información que tenga el paciente y, sobre todo, de la decisión prescriptora del médico. Por ello, como se señala más adelante, la formación de los profesionales sanitarios se considera un elemento clave para lograr el uso racional de medicamentos.

Aunque en varios países (por ejemplo, México, Brasil y Colombia) se ha incrementado el número de prescripciones de genéricos en los últimos años y se ha contenido el crecimiento en el mercado de productos

farmacéuticos bajo patente, el mercado de genéricos representa todavía una pequeña parte del mercado de medicamentos en la Región.

La información que reciben los médicos sigue estando casi siempre limitada a la proporcionada por la industria. Los centros de información sobre medicamentos, que empezaron a funcionar a comienzos de los años noventa y que en su mayoría están ubicados en las facultades de farmacia, reciben escaso apoyo y se orientan a estudiantes y docentes de farmacia y no a los médicos en ejercicio y, además, presentan problemas de financiamiento para mantener actualizadas sus fuentes de información científicas. Cada vez es más significativa la información a través de Internet, en la medida en que este medio se hace más accesible. La investigación de las pautas de prescripción y de cómo incentivar la prescripción racional de medicamentos sigue siendo una prioridad en muchos países (29) y el número de profesionales que promueven y desarrollan estos estudios va en aumento.

6.6.5.5 Inclusión de medicamentos en los esquemas de aseguramiento

El número de países donde el proceso de compra está centralizado se ha reducido debido a que las políticas de reforma del sector suelen incluir la descentralización y el aumento de la capacidad de ejecución de los niveles descentralizados. También es cierto que estas políticas han llevado a las instituciones públicas de los países a buscar alternativas como son la conformación de cooperativas o la negociación de los precios por entes centrales, a la vez que se preserva la gestión de compra descentralizada. También se observa una mayor concertación para comprar y, cada vez más, se compran genéricos (30). Por otro lado, el manejo gerencial de las funciones de compra, almacenaje, conservación y distribución sigue siendo débil en muchos países (aún más en los ministerios que en las cajas del seguro).

Durante la última década, el garantizar el acceso universal a medicamentos esenciales ha sido una de las principales meta fijadas por los gobiernos de la Región. Gran parte de las iniciativas de reforma incluyen la definición y garantía de un conjunto de medicamentos calificados como esenciales (por ejemplo, el listado de Medicamentos Esenciales incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano (31) o el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales de Bolivia – PNMEBOL 1997-2000) (32). Desde comienzos de la pasada década, más de 60% de los países revisó sus listas básicas de medicamentos, disminuyendo tanto el número de principios activos como el de presentaciones. En diversos países, la falta de acceso a medicamentos prioritarios promueve la aplicación de políticas para mejorar el acceso a medicamentos usados en patologías específicas como los antiretrovirales, antituberculosos, antimaláricos y otros.

La definición de los medicamentos que van a ser garantizados por el subsistema público mejora la transparencia en la asignación de los recursos e introduce el concepto de reconocimiento explícito de los derechos de los ciudadanos. En ningún caso, las listas básicas son obligatorias para el sector privado y, aún en el sector público, se observa a menudo debilidad en la aplicación de los listados básicos. Es necesario que los medicamentos incluidos en la lista se revisen periódicamente, de acuerdo a su costo y utilidad. Algunos países están instaurando modalidades de copago para ciertos medicamentos del cuadro básico, principalmente a nivel hospitalario.

Se han producido numerosas publicaciones sobre revisión de los principios y estrategias referentes a medicamentos esenciales en el nuevo contexto socioeconómico de América Latina y el Caribe. En una de ellas, recientemente publicada por la OPS/OMS, se incluyen 13 recomendaciones sobre equidad y acceso, papel del Estado, financiamiento, comercio, relación entre los sectores público y privado, descentralización, uso racional y proliferación de medicamentos (33).

En la mayoría de los países, ya es obligatorio contar con servicios de farmacia hospitalarios y, en muchos de ellos, existen comisiones y guías farmacoterapéuticas y sistemas de dispensación de unidades; sin embargo, en muy pocos países esta obligación se extiende al nivel primario.

Cuadro 6.29: Alta tecnología: algunos ejemplos

- * Mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad y a costo asequible, y fomentar su uso racional.
- * Dedicar personal y recursos para fortalecer su capacidad nacional de reglamentación y fomentar la cooperación de fabricantes y gobiernos en el logro de las metas de salud pública.
- * Revisar las prácticas adecuadas de fabricación.
- * Reforzar el papel del farmacéutico como garante de la calidad, la información objetiva y el uso racional.
- * Reglamentar la promoción de medicamentos y asegurar que los mensajes publicitarios tengan validez científica.

En el ámbito de la formación, durante los últimos diez años, un número significativo de Facultades de Farmacia ha realizado cambios curriculares, introduciendo elementos de farmacia hospitalaria, farmacoterapéutica, aspectos sociales del medicamento y papel del farmacéutico en la atención de salud. Estos cambios pretenden dar respuesta al enfoque de Atención Farmacéutica que implica introducir, en la práctica profesional farmacéutica, el cuidado y la vigilancia de la terapia medicamentosa. Este enfoque, a excepción de las escuelas de farmacia de los Estados Unidos, se agrega a los enfoques de manufactura farmacéutica y de bioquímica que tienen muchas escuelas de farmacia en América Latina. Continúan siendo pocas, todavía, las oportunidades de realizar estudios de postgrado sobre estos temas. Las Facultades de Medicina, por su parte, comienzan a introducir cambios en la metodología de enseñanza de la farmacoterapéutica para enfocarla más hacia la resolución de problemas, cambiando así el enfoque tradicional.

Guía instructiva para el análisis de los recursos tecnológicos

Esta guía instructiva sirve para ordenar el proceso de análisis de los recursos tecnológicos del país, según lo planteado en los apartados anteriores, y sigue el mismo orden. Se enumeran primeramente las cinco grandes áreas y después se presenta el detalle de cada una. Se incluyen también preguntas orientadoras que servirán para ir recopilando la información pertinente.

- **Red de establecimientos de salud**

- * **Desarrollo de establecimientos de salud**

- Programa de planificación. ¿Existe algún programa para realizar el proceso y brindar

asesoría para el desarrollo de establecimientos de salud en el país? ¿Ejerce el Ministerio de Salud control sobre las construcciones en el sector privado y en otras instituciones públicas? ¿Cuál ha sido el peso relativo del financiamiento nacional y externo de las instalaciones y equipos?

- Programación funcional. ¿Existen normas y protocolos para los estudios de programación funcional de los establecimientos de salud?
- ¿Dispone el país de códigos y normas para la construcción de edificios y para instalaciones eléctricas y mecánicas? ¿Se incluyen los establecimientos de salud?
- ¿Existen planos arquitectónicos, eléctricos y mecánicos actualizados de los establecimientos de salud?

* **Distribución de establecimientos de salud.** Analice el grado de correspondencia entre la infraestructura y los equipos y las necesidades sanitarias, recordando que no se busca un inventario nacional de establecimientos o equipos, sino la detección de disparidades no justificadas en la distribución. El Cuadro 6.30 puede ayudar a realizar este análisis.

Cuadro 6.30: Distribución de instituciones proveedoras de atención de salud

Instituciones/Subsector	Centros	Hospitales	Camas	Camas/hospital	Personal/cama
Subsector público * Gobierno central - Ministerio de Salud - FF.AA. - Otros * Seguro Social * Gobierno regional * Gobierno local					
Subsector privado * Sin fines de lucro * Con fines de lucro					

* **Disparidades no justificables.** Documente la existencia de disparidades no justificables en:

- El número de instalaciones y camas del nivel secundario.
- El número de instalaciones y camas del nivel terciario.
- El número de establecimientos y de equipo del nivel primario entre las poblaciones atendidas por los distintos proveedores principales
- El número de camas hospitalarias y de equipo entre hospitales de similar nivel de complejidad de los distintos proveedores

* **Accesibilidad geográfica.** Evalúe si existen poblaciones con graves problemas no resueltos de accesibilidad a servicios esenciales.

- ¿Existen disparidades, no justificables en función de la demanda potencial, en relación al número de instalaciones de nivel primario entre zonas geográficas dentro del país (región, provincia o estado)? ¿Y entre medio el urbano y rural? Si fuera el caso, documéntelo.
- ¿Existen disparidades no justificables en relación al equipo del nivel primario entre el medio urbano y el rural? Si fuese el caso, utilice las categorías sugeridas en el texto.
- ¿Existen disparidades no justificables en relación al equipo de hospitales de similar nivel de complejidad por áreas geográficas? Si fuera el caso, cite ejemplos.
- ¿Cuál es el grado de adecuación de las diversas modalidades de transporte sanitario a las necesidades del medio rural disperso? ¿Y del medio urbano?
- * Gestión de equipos. Describa el proceso de gestión de equipos y evalúe la existencia de información para la toma de decisiones sobre la calidad y seguridad de los mismos.
- ¿Se realizan estudios sobre el costo de operación durante el ciclo de vida útil del equipo? ¿O sobre el costo de posesión de los bienes, para determinar la factibilidad de contratación de los servicios fuera del establecimiento?
- ¿Existen metodologías o programas para descartar y desechar equipos fuera de servicio u obsoletos? ¿Para materiales y fuentes radioactivas?

- **Edificaciones y equipos**

- * Evalúe la capacidad de que se dispone para garantizar la operación y el mantenimiento de las edificaciones y equipos de los establecimientos de salud.
 - ¿Cuál es la edad de algunos hospitales seleccionados?
 - Durante los últimos cinco o diez años, ¿ha habido suficiente financiamiento para las remodelaciones y ampliaciones de edificios y la reposición de equipos? Cite porcentajes aproximados sobre el total del presupuesto de gastos
 - ¿Dispone la institución (la red de servicios) de un inventario del equipo biomédico? ¿Y de los equipos de radiología? ¿Existe un inventario de algunos equipos tales como las fuentes radioactivas o los sistemas de esterilización centralizados?
 - ¿Existen disparidades no justificadas en la distribución geográfica del personal de mantenimiento?
 - ¿Existe soporte de servicio técnico oportuno por parte de proveedores y distribuidores de equipos?
- * **Políticas sobre instalaciones y equipos.** ¿Tienen los hospitales departamentos o programas de mantenimiento? ¿Se dispone de personal especializado para la calibración de los equipos biomédicos? ¿Existe control para el uso eficiente de los recursos energéticos (electricidad, agua, vapor, gases, combustibles)? ¿Se dispone de los manuales de operación y mantenimiento de los equipos?

- **Gestión y evaluación de tecnologías**

- * **Existencia de una política.** ¿Dispone el país de una política sobre tecnologías sanitarias? Si así fuera, resuma sus principales elementos.
- * **Nivel tecnológico.** Evalúe si el nivel tecnológico del país (la región, la provincia o el estado) está acorde con sus necesidades sanitarias. ¿Hay exceso o falta de tecnología sanitaria? Cítense ejemplos.
- * **Capacidad reguladora.** ¿Existen organismos públicos o privados dedicados a evaluar tecnologías sanitarias? ¿Existe un organismo encargado de regular los equipos y dispositivos médicos? ¿Se aplica la regulación? ¿Existe una regulación específica para las fuentes radiactivas u otras tecnologías especiales? ¿Cómo se asegura su cumplimiento?
- * **Evaluación.** ¿Se evalúan la introducción y el uso de las tecnologías sanitarias? Si así fuera, ¿se tienen en cuenta los criterios de seguridad, eficacia, efectividad y aceptabilidad? ¿Existe evaluación de costo-efectividad y de impacto?
- * **Distribución.** Comente si existen problemas en la distribución geográfica o en la distribución por niveles asistenciales de determinadas tecnologías.
- * **Capacitación.** ¿Existen problemas en el grado de capacitación del personal sanitario y no sanitario en relación al empleo de algunas tecnologías relevantes?
- * **Aplicación de procedimientos.** ¿Existen estudios sobre la variabilidad no justificada de determinados procedimientos o tecnologías comunes? Si así fuera, méncionelos.
- * **Investigación.** ¿Se incentiva la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías o nuevas aplicaciones de las tecnologías ya existentes? ¿Están regulados los ensayos clínicos? Si así fuera, ¿cómo se supervisa el cumplimiento de la regulación?
- * **Alta tecnología.** ¿Existen normas para la introducción de la alta tecnología? ¿Existen criterios sobre su instalación y uso racional? ¿Quién los elabora y cómo se revisan? ¿Cómo se distribuye la alta tecnología entre los subsectores público y privado?
- * **Calidad.** ¿Se tiene información o existen normas y protocolos para la reutilización de dispositivos de un solo uso?

- **Tecnologías de información y comunicación (TIC) en salud**

- * **Aspectos críticos en el desarrollo de las TIC.**
 - ¿Existe un conjunto de normas y políticas nacionales que afecten el desarrollo de las TIC en salud?
 - ¿Son las aplicaciones y el escenario general de desarrollo congruentes con lo más avanzado?
 - ¿Es confiable la tecnología y cuáles son los problemas que los usuarios encuentran en la utilización de las aplicaciones? ¿Hasta qué punto se interrelacionan bien las aplicaciones automatizadas?

- ¿Cubre la aplicación nuevos tipos de escenarios no cubiertos por experiencias anteriores?
- ¿Implica nuevos mecanismos organizativos, de financiamiento, nacionales o transregionales?
- ¿Son adecuadas las normas relacionadas con la protección y la privacidad de los datos?

* **Marco para la evaluación.** ¿Es la configuración tecnológica coherente con el contexto del entorno de implantación, los propósitos y los objetivos operativos de las aplicaciones y las necesidades y expectativas del usuario?

- Accesibilidad y utilidad. ¿Cuál es el nivel y grado de acceso simultáneo a datos clínicos individuales y a información agregada de base comunitaria? ¿Cuál es el efecto en la referencia y contrarreferencia, frecuencia y tiempo de viajes de pacientes y personal, eliminación de tareas y duplicación de tareas?
- Posibles efectos. ¿Cuáles son los efectos en la distribución y/o integración de los servicios, o en la modificación de funciones entre los actores del sistema? ¿Cuáles son los efectos en la integración de servicios interdepartamentales, en el desplazamiento de la carga de la atención o en la producción de redundancia y efectos adicionales, incluida la necesidad de servicios de apoyo y nueva capacitación? ¿Cuál es el efecto posible de la aplicación en la política de atención de salud nacional/regional?
- Satisfacción del usuario. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los diferentes usuarios? ¿Se hallan los usuarios dedicados y comprometidos, en forma apropiada, en relación a la forma como las aplicaciones se especificaron, elaboraron, implementaron y manejaron?
- Beneficios. ¿Cuáles son los beneficios resultantes de la comunicación de datos clínicos y administrativos? ¿Ocurrieron mejoras en el monitoreo de las condiciones de salud en el nivel de la comunidad, en la gestión de servicios y en la prestación de la atención? ¿Se observaron mejoras en el aumento de la cobertura, en la reducción del tiempo de hospitalización, en el mayor movimiento de pacientes y en la reducción de tiempos y de personal? ¿Hubo facilitación de las interacciones entre proveedores de servicios y mejora del acceso y la difusión de conocimientos y experiencias?
- Costos. ¿Cuáles son los costos de elaboración, de capital y de operación y cómo se relacionan con otros beneficios? ¿Son adecuadas las fuentes y los flujos de financiamiento?
- Proyecciones a futuro. ¿Son transferibles las aplicaciones a otros dominios o ambientes de atención en salud? ¿Cuál es la probable demanda de cada aplicación específica en el futuro?
- Lecciones aprendidas. ¿Cuáles son los factores que contribuyen a la eficacia o falta de eficacia y a la sostenibilidad de las aplicaciones desplegadas? ¿Qué cambios organizativos o tecnológicos son necesarios realizar para tener aplicaciones más eficaces o aceptables?

¿Qué se puede aprender de la implementación que pueda afectar o informar las políticas futuras?

- **Medicamentos y productos sanitarios**

- * **Producción.** Describa la producción de medicamentos y productos sanitarios en el país. ¿Cuenta el país con una industria nacional de productos de marca? ¿Y de genéricos?

- ¿Existen normas de buena práctica de fabricación? Si las hubiera, evalúe el proceso de vigilancia de los inspectores farmacéuticos y su efectividad.

- * **Regulación farmacéutica y registro.**

- ¿Cuál es la fecha de publicación y cuál el plazo de vigencia de los acuerdos sobre patentes?

- ¿Por cuánto tiempo se protege, en el país, la patente del producto y por cuánto tiempo la del proceso?

- ¿Desde qué año se están protegiendo las patentes de producto y proceso en el país? En el caso de que aún no exista la protección de patentes, ¿está prevista una fecha para que se protejan? ¿Cuál es esa fecha? ¿Prevé la norma legal excepciones a la exclusividad del derecho de patente?

- ¿Qué tipo de productos son susceptibles de ser patentados?

- ¿Cuál es el peso de los medicamentos de patente vencida?

- ¿De quién depende, cómo está regulado y cómo funciona el registro de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios? ¿Qué es lo que se registra: medicamentos o presentaciones?

- ¿Cuál es el número de presentaciones registradas? ¿Y el de presentaciones disponibles?

- * **Regulación económica y precios.**

- ¿Existe un control directo del precio de los medicamentos? ¿Es el precio administrado, es decir, que requiere una autorización administrativa? ¿Es un precio determinado o un precio máximo? ¿Qué componentes del precio que paga el consumidor están fijados administrativamente?

- ¿Cuál es la normativa que reglamenta los precios de los medicamentos? ¿Qué agencia(s) o institución(es) es/son responsable(s) de la política de precios? ¿Quién autoriza los precios de los medicamentos en el país?

- ¿Cuál ha sido la evolución reciente de los precios de venta al público de los medicamentos? ¿Es el factor precio una limitante seria en la accesibilidad de ciertos medicamentos básicos? Si así fuera, descríbalos.

* **Prescripción**

- ¿Existe alguna modalidad de reconocimiento automático o se exigen ensayos nacionales?
- ¿Existen mecanismos de alerta frente a reacciones adversas de los medicamentos?
- ¿Cuál es la tendencia de los medicamentos que se venden sin receta?
- Genéricos. ¿Cuál es el peso de los medicamentos genéricos en el mercado? ¿Existen políticas para su introducción? Si así fuera, ¿en qué consisten?, ¿con qué resultados?
- Mercadeo y publicidad. ¿Existe regulación sobre la publicidad de medicamentos? Si así fuera, describa en qué consiste y cuál es su grado de cumplimiento. ¿Existe regulación sobre la «visita comercial al médico»? ¿Existen centros de información al médico o boletines farmacoterapéuticos de carácter no comercial? Si fuera el caso, descríbalos.

* **Medicamentos y sector público.** ¿Existe un cuadro básico de medicamentos en el sector público? Si así fuera, ¿cómo se elabora y cómo se revisa?

- Disponibilidad. Dada la importancia de evaluar con precisión la disponibilidad de los medicamentos incluidos en el cuadro básico, en los distintos niveles y modalidades de atención del sistema sanitario público, puede ser útil seleccionar una serie reducida de «medicamentos trazadores» (por ejemplo, vacuna, ácido acetilsalicílico, ampicilina, cotrimoxazole, cloroquina, insulina, fenobarbital u otros) y comprobar su disponibilidad a lo largo del año (en número de meses) en los distintos tipos (o en una muestra seleccionada) de establecimientos de los principales proveedores (por ejemplo, consultorios rurales del Ministerio de Salud y Seguridad Social, hospitales del Ministerio de Salud, del seguro social, privados, etc.).
- ¿Cómo manejan las instituciones del sector público las funciones de compra, almacenaje y distribución de los medicamentos? ¿Cuál es el estimado de caducidades, roturas de almacenes, sustracciones y pérdidas?
- ¿Existe disponibilidad de las vacunas incluidas en el PAI? Descríbase brevemente.
- ¿Disponen los hospitales de servicios de farmacia? ¿Desde qué nivel tienen farmacéutico titulado al frente? ¿Y los establecimientos del nivel primario?
- ¿Están siempre accesibles los medicamentos del cuadro básico? Si hubiera problemas estacionales o geográficos de accesibilidad en alguna(s) institución(es), descríbalos brevemente.

* **Financiación y gasto.**

- Composición. ¿Cuáles son las categorías o grupos de medicamentos financiados total o parcialmente por cada subsistema? ¿Qué proporción del gasto en medicamentos es de origen público? ¿y privado? ¿Cuál ha sido la evolución durante los últimos cinco años? ¿Cuál parece la tendencia en un futuro inmediato?

- Mecanismos de pago. ¿Quién y cómo paga los medicamentos en el nivel primario de atención? ¿Y en los hospitales?
 - Copagos. ¿Qué porcentaje paga/reembolsa el sistema y qué porcentaje el usuario? ¿Existen excepciones subjetivas (por las características personales, sanitarias o económicas del usuario) a esa política de financiación? ¿Existen copagos en los medicamentos del cuadro básico? Si fuera así, descríbalos brevemente.
 - Equidad. ¿Existen diferencias notables en el gasto per capita en medicamentos por áreas geográficas y entre las distintas modalidades de aseguramiento sanitario? Si así fuera, ¿por qué?
- * **Formación.** Describa las tendencias educativas de los últimos años en las facultades de farmacia del país, con particular énfasis en la introducción de cambios curriculares en los campos de farmacia hospitalaria, farmacoterapéutica, aspectos sociales del medicamento y papel del farmacéutico en la atención en salud.

¿Dónde obtener la información?

En general, la información podrá obtenerse en el nivel directivo de las instituciones proveedoras, para el conjunto de cada red de establecimientos, y en el Ministerio de Salud. Existe una gran diversidad de otras fuentes de información disponibles para esta sección, de las cuales se presenta un extracto a continuación:

- Gerencias y responsables de los servicios de atención clínica.
- Oficina de planificación de infraestructura física o gerencia y responsables de los servicios de mantenimiento.
- Oficina de adquisiciones o de gestión de equipos.
- Agencias reguladoras de equipos y dispositivos.
- Entrevistas con usuarios de sistemas y con personal técnico de informática.
- Encuestas de hogar, para los datos de gasto de bolsillo en medicamentos.
- Registro de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Las asociaciones de fabricantes y las corporaciones farmacéuticas pueden facilitar algunas estimaciones sobre el peso relativo de los medicamentos de marca, genéricos y de patente vencida, así como sobre la evolución de los precios y la venta de medicamentos sin receta.
- Los sistemas de alerta a reacciones adversas de medicamentos suelen estar en organismos dependientes de los Ministerios de Salud o en las Universidades.
- Instituciones aseguradoras públicas y privadas.
- Para la alta tecnología, en los hospitales o servicios de tercer nivel.

¿Cómo presentar la información?

La información se presentará, separadamente, para cada uno de los cinco epígrafes de este apartado.

Se sugiere seguir el mismo orden de presentación que el seguido en el texto de la presente metodología.

En el primer epígrafe, los aspectos cuantitativos (número, porcentaje y distribución de establecimientos por niveles, áreas geográficas, principales proveedores y población) podrán presentarse en forma de cuadros. Sería importante, además, poder construir una serie temporal referida a los últimos años, con las cifras absolutas, y el porcentaje del total del gasto, dedicadas a la inversión total (la inversión nueva sumada a la de reposición) en todas o algunas de las instituciones del sector público, diferenciando el origen nacional y externo de los fondos. Adicionalmente, analizar el destino de dicha inversión por niveles asistenciales.

En el segundo epígrafe, para los aspectos cualitativos o aquellos cuantitativos que se refieren a aspectos específicos, puede ser útil presentarlos en forma de ejemplos; especialmente, todo lo que se refiere a la adquisición de equipos, al mantenimiento de las instalaciones y equipos (por ejemplo, porcentaje de determinados equipos básicos fuera de servicio, edad media de los aparatos de radiodiagnóstico o porcentaje de personal de mantenimiento sin la calificación requerida). Si se identificaran aspectos que requieren un estudio detallado, convendrá destacarlos y justificar su importancia.

En el epígrafe de evaluación de las tecnologías en salud, se enfatizará la distribución geográfica por tipo de proveedor y la accesibilidad de algunas tecnologías sencillas (por ejemplo, ECG y radiología simple en el nivel primario, tratamiento por biopsia o estudios radiológicos con contraste en el nivel secundario) y de todos o parte de los servicios y tecnologías listados en el cuadro para el nivel terciario. Además, se citarán ejemplos de correlación positiva o negativa entre los perfiles demográficos y epidemiológicos y algunas tecnologías disponibles por áreas geográficas o niveles de atención. Del mismo modo, se mencionarán ejemplos del grado de implantación de guías de práctica clínica o de protocolos de atención, así como de la existencia o inexistencia de políticas encaminadas a su elaboración e introducción en los diferentes subsistemas del sistema de servicios de salud. También puede ser útil citar ejemplos de años de vida de determinados equipos de alta tecnología en el sector público y en el privado. Si existen criterios de planificación y uso de algunas tecnologías, puede ser relevante compararlos con la realidad de la distribución y uso de esas mismas tecnologías.

En el epígrafe referido a tecnologías de información y comunicación en salud, los aspectos cuantitativos (número, porcentaje y distribución de aplicaciones por niveles, áreas geográficas, proveedores principales y población) podrían presentarse en forma tabular y, cuando sea posible, construir una serie temporal con cifras absolutas o relativas de inversión en TIC. Puede ser útil presentar, en forma de ejemplos o casos, los aspectos cualitativos o aquellos cuantitativos que se refieren a aspectos específicos. Si se identificaran aspectos que requieren un estudio detallado, convendrá destacarlos y justificar su importancia.

En el epígrafe referido a medicamentos y productos sanitarios, se sugiere el orden de los temas tal como aparecen en la metodología, lo cual permite ofrecer una visión de conjunto bastante completa. Otra opción consiste en aislar los dos o tres problemas principales en el país (provincia, región o estado) y articular la presentación en torno a ellos. La elección de una u otra posibilidad puede depender de la relevancia que tenga la sección dentro del conjunto del análisis general del sector. Por otra parte, la información sobre la evolución del gasto en medicamentos, vacunas y productos sanitarios sometidos a registro se presentará, siempre que sea posible, en forma de cuadro.

Bibliografía y notas (Capítulo 6)

- (1) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Edición de 2002. Washington, D.C.
- (2) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002) Perfiles de los Sistemas de Salud. Sitio Web Fortalecimiento de los Sistemas de Salud: <http://www.lachealthsys.org>.
- (3) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002) La Reorientación de los Sistemas y Servicios de Salud con Criterios de Promoción de la Salud: Componente Decisivo de las Reformas del Sector Salud. Documento no publicado presentado en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, D.F.
- (4) Hart J. T. (1971) The inverse care law Lancet 1: (696) 405-412.
- (5) Organización Panamericana de la Salud (2002). «Guía de Monitoreo de Acceso Equitativo a Servicios de Salud». Documento técnico HSP/HSO OPS /OMS. Washington, D.C.
- (6) White, K (1978) Health care organization, an epidemiological perspective. Acta Hospitalia 18 (3): 231-258. Reproduced in White, K. et al (ed.) (1992) Health Services Research: An Anthology. Scientific Publication No. 534. Washington. PAHO.
- (7) Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Pública (1996). Análisis del Sector Salud en Cuba, La Habana.
- (8) Organización Panamericana de la Salud y Secretaría de Salud (1993): Análisis del Sector Salud y Plan Maestro de Inversiones de Chihuahua, México.
- (9) Starfield, Barbara (1998) Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press.
- (10) World Health Organization (1998) Final report on meeting on policy-oriented monitoring of equity in health and health care. 29 September – 3 October 1997. Geneva: WHO. Page ii.
- (11) USAID. Glossary of terms. Washington, D.C.
- (12) WHO, Regional Office for Europe. WONCA Europe. The Framework for General Practice/Family Medicine in Europe, 1998
- (13) En: Shortell, S.M; Kaluzny, A.D. Essentials of Health Care Management. Delmar Pub. Co. 1996.
- (14) Ministry of Health of Australia. Glossary of Terms. <http://www.nt.gov.au/health>.
- (15) Roberts, J.L (1998). Terminology. A glossary of technical terms on economics and finance of health services. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- (16) Taylor, R.J; Susan, B. (1994) The AUPHA Manual of Health Services Management. Aspen Pub. Inc.

- (17) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1998). El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe, Washington DC (hay edición en inglés).
- (18) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1999). La evaluación de las tecnologías en Salud en América Latina y el Caribe: colección de casos, Washington DC (hay edición en inglés).
- (19) Pan American Health Organization (1999). Setting Up Healthcare Services Information Systems: A Guide for Requirement Analysis, Application Specification, and Procurement. Essential Drugs and Technology Program, Division of Health Systems and Services Development. PAHO/WHO, Washington, DC; ISBN 92 75 12266 0.
- (20) Martínez, A; Rodríguez, RJ; Infante, A; Campillo, C, Gattini, C (2001). Bases Metodológicas para Evaluar la Viabilidad y el Impacto de Proyectos de Telemedicina. Universidad Politécnica de Madrid and Pan American Health Organization, Washington, D.C., ISBN 92 75 32363 1.
- (21) Pan American Health Organization (2001). Information Technology in the Health Sector of Latin America and the Caribbean: Challenges and Opportunities for the International Technical Cooperation. Division of Health Systems and Services Development, Essential Drugs and Technology Program, Washington, D.C., ISBN 92 75 12381 0.
- (22) Center for International Development at Harvard University (2000). Readiness for the Networked World. A guide for developing countries. Cambridge, MA. Information Technologies Group. Available online at: <http://www.readinessguide.org>.
- (23) Management Sciences for Health, Proyecto de Manejo Racional de Productos Farmacéuticos; University Research Corporation, Proyecto de Sostenibilidad de la Salud y Nutrición en América Latina y el Caribe; Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional sobre Medicamentos Esenciales. Evaluación rápida del manejo de productos farmacéuticos: un enfoque con base en indicadores. Arlington: Management Sciences for Health; 1995. (Borrador).
- (24) Brudon-Jakobowicz P, Rainhorn JD, Reich MR. Indicators for monitoring national drug policies. Geneva: WHO, 1994.
- (25) Scrip Reports, The Latin American Pharmaceutical Market Guide, Pharma Books Lt. New York 1999.
- (26) Pan American Health Organization. Division of Vaccines and Immunization. Use of vaccines of quality: A responsibility of everybody. Session 8. Abstract Book. 14th Meeting of the Technical Advisory Group on Vaccine Preventable Diseases, Pan American Health Organization, Foz do Iguazu, Paraná, Brazil, 2000.
- (27) World Health Organization. Regulation of vaccines: building on existing drug regulatory authorities (1999) WHO/V&B/99.10.
- (28) Scrip Reports, Op cip, 1999.

- (29) World Health Organization. How to investigate drug use in health facilities. Selected drug use indicators. Geneva: WHO; 1993. (WHO/DAP/93.1).
- (30) A ello contribuyó la Conferencia Latinoamericana sobre Aspectos Económicos y Financieros de los Medicamentos (Caracas, 1992), que recomendó la estrategia de medicamentos esenciales e introducción de genéricos como la mejor solución al problema de disponibilidad de medicamentos.
- (31) En Noviembre de 1995, dos años después de iniciarse la reforma de la Seguridad Social en Salud, la prescripción de medicamentos esenciales en los hospitales públicos colombianos ascendía al 70% del total de medicamentos prescritos y más del 60% de las prescripciones se realizaron por nombre genérico.
- (32) La Ley del medicamento (Ley 1737 del 17 de Diciembre de 1996) sentó las bases para un acceso universal, garantía de calidad y uso racional de los medicamentos. Sin embargo, el porcentaje de población sin acceso a medicamentos se cuantifica en torno al 30%, [Bolivia. OPS, 1999 (d)].
- (33) Feffer E, Velásquez G, eds. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: medicamentos esenciales en el nuevo contexto socio-económico de América Latina y el Caribe, principios y estrategias. Washington, D.C.: OPS; 1995. (Serie HSP/SILOS 42)

RESUMEN DE LA SECCIÓN C:

IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD PARA LA ACCIÓN Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Implicaciones de la Rectoría para el Desarrollo de Planes, Políticas y Programas Sectoriales

No se puede hablar de un sólo modelo para el ejercicio de la rectoría. Los valores sociales, las aspiraciones de la población, la cultura y otros factores diferenciales, deben ser considerados al momento de configurar las funciones del Estado para la rectoría del sector salud en cada país. Sin embargo, del análisis del modo en que se desempeña la rectoría en los países de la Región, pueden desprenderse algunos desafíos básicos para la autoridad sanitaria. Cuatro de los más frecuentes se mencionan a continuación. Sobre ellos deberá centrarse el análisis.

En primer lugar, la necesidad de generar mayor «confianza» de la población hacia las autoridades de salud obliga a establecer, de manera consensuada con la sociedad civil, una «visión» compartida que incluye los valores nacionales en salud. Ello plantea el desafío de impulsar y mantener vivo el debate sobre los logros, los rezagos y las prioridades en salud y, para ello, articular mecanismos y procedimientos que estimulen la reflexión y la consulta permanentes, tratando de que la salud sea percibida como un derecho y un logro común, a cuya consecución se orientan las políticas públicas por tratarse de una cuestión de Estado.

En segundo lugar, la necesidad de aumentar el peso de la agenda de salud, tanto al interior del Gobierno como en la sociedad, obliga a institucionalizar prácticas, análisis, instrumentos, incentivos y sanciones en la globalidad del sistema con una visión estratégica. El transparentar acciones y procedimientos y rendir cuentas como práctica habitual de los ministerios o secretarías de salud, evidenciando los niveles reales de eficiencia y equidad en el uso de los recursos, debe facilitar procesos y mecanismos que aseguren que, desde el propio Estado o desde terceros, se acrediten prácticas, desempeño o resultados en el cumplimiento de los planes, programas y objetivos sanitarios.

En tercer lugar, puede darse una falta de adecuación entre las nuevas funciones que atañen a los ministerios o secretarías nacionales (regionales, provinciales o estatales) y las estructuras, competencias y perfiles profesionales con los que cuentan estos organismos. En consecuencia, puede requerirse el diseñar e implantar transformaciones ambiciosas y completas (reingeniería) de las estructuras y funciones de los ministerios o secretarías de salud, a fin de adaptar la capacidad técnica y la experiencia acumulada de sus funcionarios, en todos los niveles, a las nuevas demandas y realidades.

En cuarto lugar, el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria implica desarrollar la capacidad de rectoría no sólo en los niveles centrales de los ministerios o secretarías de salud, sino también en los niveles subnacionales y/o descentralizados. Ello implica que la autoridad sanitaria nacional debe, a menudo, apoyar a las autoridades subnacionales en la reingeniería que necesitan. Esto puede suceder casi al mismo tiempo en que la autoridad nacional desarrolla su propia reingeniería, una coincidencia que puede introducir complejidades en el proceso. Por lo tanto, parecería que conviene adoptar un enfoque integrado de diseño,

fortalecimiento y desarrollo institucional, que responda en su nueva estructura a los objetivos sanitarios, así como a la creación de una cultura de cumplimiento de los mismos.

En resumen, los desafíos emergentes del nuevo perfil de rectoría se refieren principalmente a aspectos políticos y operacionales para el ejercicio de tales funciones, como son: la generación de confianza, los ámbitos de actuación, las formas y medios de ejercerlas según las características y condiciones de la autoridad sanitaria en el Estado moderno y en un sector reformado. Los aspectos operacionales suelen ser los menos desarrollados, hasta ahora, en los procesos de reforma sectorial.

Implicaciones del Análisis de Financiamiento

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes dentro del sistema de salud, y entre los distintos subsistemas que lo forman, determinan la capacidad de respuesta de dicho sistema, y/o de cada uno de los subsistemas, a las demandas de salud de la población.

En general, una adecuada separación entre el financiamiento y la provisión aumenta la capacidad de respuesta del sistema como un todo. Sin embargo, a menudo esta separación de funciones ocurre en contextos que no son los más favorables.

En la Región de las Américas, conviene destacar al menos cuatro elementos que condicionan tanto los efectos de la separación de funciones como la misma capacidad de respuesta del sistema: (i) la segmentación o existencia de diversos subsistemas de aseguramiento bien definidos y acotados de población; (ii) la fragmentación o coexistencia de muchas redes prestadoras al interior de cada subsistema; (iii) el predominio del pago directo como mecanismo de financiación; (iv) débiles sistemas de regulación.

Desde la perspectiva de los temas claves en los procesos de cambio, como la equidad, la eficiencia, la calidad, la sostenibilidad y la participación social, el análisis del financiamiento y del gasto en salud debería permitir dar respuestas a preguntas básicas tales como las siguientes:

- ¿Busca el sistema promover la salud y prevenir la enfermedad?
- Cuando la gente necesita servicios, ¿existen barreras financieras al acceso?
- ¿Son asequibles los servicios para todos?
- ¿Es satisfactoria la calidad de los servicios disponibles en función del gasto? Con un nivel de gasto igual o parecido, ¿serían posibles mejoras relevantes en la calidad final?
- ¿Existe información oportuna y correcta para la toma de decisiones, en particular para aquellas relacionadas con la asignación y gestión de los recursos?
- ¿Es equitativo el financiamiento? ¿Es eficiente el gasto?
- ¿Están claramente definidos los roles de los subsectores público y privado?
- ¿Es posible documentar quiénes ganan y quienes pierden con las distintas propuestas de modificación de los mecanismos de financiamiento y de asignación del gasto?
- ¿Es sostenible el sistema de financiamiento a mediano plazo?
- ¿Existe un plan garantizado de prestaciones? Explique el contenido.

Implicaciones del Análisis de la Provisión de Servicios

El marco conceptual propuesto permite situar los atributos de los servicios de salud analizados, ya sea del nivel nacional, regional o local, en una escala cualitativa (y no estandarizada por el momento) entre situaciones opuestas y extremas. A efectos de resumir las implicaciones del análisis del modelo de provisión para el desarrollo de planes, programas y acciones sectoriales se sugiere:

1. Iniciar el análisis de los servicios de salud desde la perspectiva de las necesidades y demandas de la población. Este análisis debiera traducirse, idealmente, en un documento sobre los objetivos sanitarios del sistema.
2. Continuar con un análisis profundo del modelo de atención de salud, lo que ayuda a garantizar que los servicios de salud estén centrados en las personas.
3. Continuar sucesivamente con el análisis del modelo de organización y gestión. Tal como se dijo anteriormente, el modelo de atención en salud debiera condicionar el modelo de organización y gestión de los servicios.
4. Finalmente, se debe analizar si las «otras variables sistémicas determinantes de los servicios» están alineadas o no con los modelos de servicios propuestos, particularmente en lo referente a nivel de financiamiento, mecanismos de pago y cantidad y distribución de los recursos humanos.

Más concretamente, el **análisis de oferta y demanda** de servicios de salud, especialmente la detección y análisis de brechas, permite formular conclusiones y recomendaciones que tienen implicaciones para:

- Proponer políticas y estrategias que permitan mejorar el conocimiento de los problemas de salud y las necesidades de atención relevantes, que podrían ser resueltos en forma efectiva y oportuna con la acción de los servicios de salud, a través de sistemas efectivos de vigilancia epidemiológica y sistemas de información para la gestión.
- Implementar sistemas de monitoreo de la demanda, en base a encuestas poblacionales y, también, por la proyección epidemiológica de necesidades de atención.
- Búsqueda de financiamiento y de aporte de recursos para incrementar la oferta, así como su eficiente distribución y la mejoría de la eficiencia y productividad del recurso disponible.
- Desarrollar políticas de equidad en el acceso y uso de servicios, incluyendo favorecer aspectos del acceso y distribuir en forma eficiente el recurso.
- Búsqueda de una estrategia para aumentar la cobertura de los servicios, especialmente asegurando beneficios básicos e incrementando la cobertura del aseguramiento de salud, de manera a obtener un acceso más efectivo de los más pobres y necesitados de atención.
- Incrementar los esfuerzos para una mayor capacidad resolutive y cobertura geográfica de la atención primaria, con énfasis en la promoción y resolución de las principales necesidades de atención en salud de la comunidad.
- Organización de los programas nacionales de salud para personas de todos los niveles, incluyendo el balance entre coordinación central y gestión descentralizada de los servicios de salud.

- Plantear políticas y estratégicas para la organización y efectividad de la red de servicios de salud, ya sean de propiedad pública o privada, incluyendo efectivos sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Políticas que busquen mejorar el acceso cultural adecuado y la satisfacción de los usuarios al momento del uso, con énfasis en la multiculturalidad.

Uno de los temas más importantes al reformar el modelo de prestación de los servicios de salud, es el análisis de las competencias en recursos humanos necesarias para implantar los modelos propuestos.

El fin último de las políticas y las intervenciones en materia de recursos humanos es contribuir a alcanzar los objetivos del sistema de salud a través de una serie de funciones que se pueden asumir como condiciones de factibilidad y viabilidad para el logro de éstos, tales como:

- Contribuir a construir una educación pertinente y relevante para los nuevos procesos de trabajo en los servicios de salud.
- Contribuir a incrementar la calidad y la productividad en los servicios de salud y asegurar su sostenibilidad.
- Contribuir a la reforma de los marcos legales que rigen el trabajo en salud y la regulación del ejercicio profesional.
- Contribuir a la gobernabilidad del sector mediante la prevención y gestión de los conflictos laborales.

Los atributos deseables de los servicios de salud implican, en la mayoría de los casos, la introducción de competencias nuevas para el personal de salud. Estas nuevas competencias debieran formar parte de los currículos de formación de pregrado y postgrado de las instituciones formadoras de recursos humanos, al igual que de los programas de capacitación en servicios de los sistemas de servicios de salud.

Junto con los recursos humanos y los modelos de organización, los recursos tecnológicos forman la base material de la que están hechos los sistemas de servicios de salud. El modo en que se garantiza que éstos disponen de recursos tecnológicos suficientes, accesibles y apropiados condiciona en gran medida los resultados finales de su actividad. Por tanto, los poderes públicos y, en particular, las autoridades de salud han de ejercer una rectoría decidida en este campo. Para ello, disponen de una variada gama de instrumentos y estrategias. Deben regular, por ejemplo, las condiciones en que los recursos tecnológicos se producen, se importan y se distribuyen, teniendo en cuenta para ello el contexto internacional y los acuerdos y compromisos suscritos por el país. Tienen, asimismo, que regular las condiciones de desarrollo de los establecimientos de salud y supervisar que esta regulación se cumpla. Han de desarrollar políticas y estrategias para evitar y/o eliminar las barreras y las inequidades en el acceso a estos recursos en condiciones de seguridad, aceptabilidad y efectividad en los subsectores público, social y privado. Y deben promover una innovación y un desarrollo tecnológicos compatibles con las necesidades de salud y el nivel de desarrollo general del país.

Un debate que está teniendo lugar se refiere a cuáles de estas funciones pueden y deben ser desarrolladas directamente por las autoridades (de salud u otras), y cuáles son delegables a entidades especializadas, públicas o privadas. En general, se considera que la función de regulación en este campo no es delegable y que debe involucrar tanto a los proveedores públicos como privados. Esto obliga a producir normas legales y, a menudo, también a establecer estándares, procedimientos de verificación e indicadores de cumplimiento. Esto último puede ser hecho por las propias autoridades o bien, por delegación de éstas, por entidades públicas o privadas. En este último caso, las autoridades han de establecer un procedimiento para reconocer cuáles entidades están legitimadas para ello, y mantener un registro actualizado de las mismas. En general, cuanto mayor y más descentralizado es un país, mayor tiende a ser el número y la diversidad de entidades autorizadas y, eventualmente, el de autoridades (federales, estatales o provinciales) legitimadas para efectuar el reconocimiento. Conviene, sin embargo, que exista una normativa básica de alcance general a la que las normativas subnacionales deben hacer referencia.

Los medicamentos y las vacunas constituyen un subconjunto especial de recursos tecnológicos que requiere políticas decididas para garantizar la seguridad, la utilidad, la disponibilidad y el uso racional en condiciones que sean sostenibles para el bolsillo de los pacientes y para los financiadores institucionales. Aquí, vincular la financiación pública con eficiencia medida en términos de costo-efectividad y, mejor aún, de costo-utilidad, es una exigencia de calidad en salud y de sostenibilidad. El fomento de las estrategias de uso racional, el establecimiento de listas positivas periódicamente revisadas, la introducción de genéricos y los sistemas de compra centralizada puedan dar buenos resultados si se combinan. No parece que la introducción de copagos frene el gasto, sino que lo traslada de las cuentas del financiador institucional al bolsillo del consumidor.

La introducción de mecanismos formales de evaluación de tecnologías en salud (y de ordenación y gestión de la alta tecnología) debe ser una estrategia a desarrollar. Debe incluir los equipos y dispositivos médicos pero, también, los procedimientos clínicos y los modelos de atención. Un paso importante es la documentación y análisis de la variabilidad inexplicada de la práctica clínica que, normalmente, induce a la elaboración, diseminación y actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC), adaptadas al contexto y a las necesidades, como un medio para reducirla. Además, en los países desarrollados se aprecia una tendencia a evolucionar desde una planificación basada en los recursos hacia otra basada en los procesos (clínicos y de gestión), la cual introduce un enfoque integral (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), sitúa al paciente en el centro de la reflexión y hace de la continuidad de actuaciones y cuidados el eje de la ordenación de los recursos.

DEL ANÁLISIS A LA ACCIÓN

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

Sección D

SECCIÓN D

CAPÍTULO 7.

RESULTADOS DEL ANALISIS: IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN SECTORIAL

ÍNDICE

7.1	Implicaciones de los valores para las políticas públicas	229
7.1.1	Los valores sociales y las políticas públicas	229
7.1.2	Valores sociales que afectan al sector salud	230
7.1.3	Los valores en los procesos de decisión	232
	Guía instructiva para el análisis de las implicaciones de los valores para las políticas sociales y los procesos de decisión	232
7.2	Definición de Prioridades y Construcción de la Agenda de Cambio	234
	Guía instructiva : Análisis de la Definición de Prioridades y Construcción de la Agenda de Cambio	237
7.3	Opciones para la Formulación de Políticas Sectoriales	237
7.4	Análisis de la Factibilidad Política	241
7.4.1	El Mapeo Político de los Actores	241
	Guía Instructiva: Preguntas Sugeridas para la Identificación de Actores y el Mapeo Político	244
7.5	Análisis de la Capacidad Institucional para los Cambios	246
	Guía Instructiva para el Análisis de la Factibilidad Institucional	250
	Bibliografía y notas (Capítulo 7)	252

CAPÍTULO 7.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS: IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN

Este capítulo proporciona orientación metodológica para vincular los hallazgos de las dos primeras secciones con la tercera sección, focalizada en las implicaciones para la acción. Incluye, en primer término, la formulación de las implicaciones para la acción (*Capítulo 7*), como paso previo a la elaboración del marco ordenador para la formulación de políticas.

Al llegar a esta etapa del Análisis, se ha finalizado el examen sistemático, tanto de la situación de salud y sus determinantes (*Sección B*), como de las funciones del sistema de salud (*Sección C*). Al final de ambas secciones se han debido presentar las consecuencias derivadas del estudio de los temas contenidos en las mismas. En particular, el resumen de la *Sección II* deberá enfatizar los hallazgos obtenidos, la correspondiente acción y la formulación de políticas. Por lo tanto, existe un resumen de los principales hallazgos, como por ejemplo, las brechas en materia de situación de salud, las desigualdades en el acceso a los servicios y las asimetrías que puedan existir entre la rectoría, el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios. Asimismo, deberán haber sido resaltados las fortalezas del sistema, los programas exitosos y las áreas que evolucionan favorablemente. Estas deberán ser propuestas como ejemplos de buenas prácticas, para fortalecerlas y garantizar la continuidad de su progreso.

Para finalizar, se desarrollan elementos que permiten analizar: (i) las consecuencias de los valores para las políticas sociales y los procesos de decisión; (ii) la definición de las prioridades y la construcción de la agenda de cambio; (iii) las opciones para la formulación de políticas; (iv) la factibilidad política de las propuestas de cambio; y (v) la capacidad institucional para implementar los cambios.

7.1 Implicaciones de los Valores para las Políticas Públicas

7.1.1 Los valores sociales y las políticas públicas

Los conceptos y definiciones sobre valores en las ciencias sociales son variados y a veces contienen significados disímiles. Sin embargo, es posible entender los valores como aquellos estándares sociales relativos a los comportamientos humanos, que se consideran correctos o incorrectos. Los valores se expresan en una sociedad como un pacto a través de cierto grado de consenso, pero también los actores individuales o colectivos expresan sus valores mediante acciones o ideas.

Los conceptos que reflejan los valores muchas veces se manifiestan en la Constitución del país y/o en sus políticas y leyes. Estos incluyen, por ejemplo: la democracia, el bienestar individual y social, la solidaridad, la justicia, la libertad o los derechos, entre otros. Sin embargo, la aplicación de estos conceptos es, con frecuencia, ambigua o conflictiva, ya que su interpretación depende de la orientación filosófica o política de quien los interpreta.

Pueden surgir debates cuando uno o varios grupos sociales cuestionan los valores predominantes. A menudo, los conflictos en torno a los valores dominantes de una sociedad expresan conflictos sociales (de clase, de etnia, de cultura, etc.). Este tipo de debates es más agudo en situaciones de crisis social y política, aunque pueden darse también estas crisis sin que se produzca un claro cuestionamiento de los valores dominantes (1, 2). Dentro de los valores sociales dominantes, la sociedad escoge las diferentes posibilidades de organizar el sector salud, sea a través de *opciones formales*, por ejemplo al votar por un programa de gobierno, de *mercado*, al preferir pagar por un determinado servicio en lugar de otro, o por el accionar de organizaciones de la sociedad civil que crean nuevas estructuras de salud.

Como cualquier otro subconjunto de valores sociales, los valores dominantes en el sector salud son contruidos a lo largo de la historia, lo que hace que los sistemas de salud difieran entre las sociedades. Además, son mutables en función de los cambios sociales, los movimientos políticos, la influencia de los medios de comunicación, etc. Esta es una de las razones por las que suele ser poco útil la importación de sistemas que están basados en desarrollos históricos y en valores ajenos a la sociedad que los recibe. Como tampoco es adecuada la resignación fatalista de «*dejar las cosas como siempre han sido*», hasta que se produzcan cambios en los valores sociales generales, ya que hay suficientes ejemplos de cómo los valores de los distintos sectores sociales, entre ellos los del sector salud, pueden cambiar a ritmos distintos de los que se observan en los valores sociales generales.

7.1.2 Valores sociales que afectan al sector salud

En la Región de las Américas, muchas de las propuestas de reforma del sector salud se han basado en «principios rectores», tales como la equidad, la eficiencia, la efectividad, la calidad, la sostenibilidad y la participación social, que expresan valores sociales. Dado que estos conceptos han sido abordados en otra parte de esta metodología, no nos detendremos en ellos. Sin embargo, es relevante analizar los valores que están presentes en la sociedad y que, sin provenir del sector salud, tienen influencia sobre él, en ocasiones de manera poderosa. El análisis de las relaciones entre los valores «*sociales*» o «*externos*» y los valores «*internos*» servirá para evaluar hasta qué punto las prioridades, estrategias o acciones derivadas del análisis sectorial van a encontrar, de forma explícita o implícita, resistencias o apoyos y, en consecuencia, servirá para evaluar su viabilidad social.

El primer valor es el **valor de la salud para la sociedad**, que tiende a ser muy alto, pero que puede no estar consagrado como un derecho humano fundamental al que debe acceder toda la población, sin exclusión o discriminación patente. Otros valores presentes en algunas sociedades son, según Donabedian (3), opciones sociales por el «*igualitarismo*» o el «*liberalismo*» (aunque esta palabra no refleja correctamente el término inglés original «*libertarian*»). En otras palabras, se trata de preferir la distribución pública de los bienes y servicios en la sociedad mediante la libertad, para que cada individuo consiga, por sí mismo, el mayor grado posible de satisfacción.

Como una variante a esta segunda opción se encuentran todas las variables de «*liberalismo*» que apelan a la «*compasión*» con los más necesitados. Variante que condiciona al sistema de salud hacia la prestación de cuidados y atención a los casos con mayor sufrimiento aunque, estadísticamente, no sean problemas de

salud con gran impacto en los indicadores. Esta actitud no debe confundirse con otra posible opción social, la de «maximizar a los que están en peor situación» (4), propuesta por Rawls, quien considera un deber general de la sociedad canalizar todos los esfuerzos colectivos hacia los miembros más desprotegidos, dentro de una concepción general de la justicia social, a través de la cooperación entre individuos. Esta valoración se hace desde el punto de vista del contrato social y no a partir de las concepciones individuales de compasión que conducen las políticas sociales en forma de filantropías múltiples.

También deben considerarse otros ejes de valor, que pueden no ser compartidos por la sociedad en su conjunto, y que constituyen, por lo tanto, fuente de conflictos y de competencia por los recursos en los procesos de formulación de políticas. Entre ellos se encuentran los siguientes:

Diversidad cultural/lingüística/racial/étnica. Algunas sociedades ponen especial énfasis en que sus instituciones, y dentro de ellas el sector salud, atiendan a las especificidades mencionadas, ya que muchas veces la sociedad se preocupa especialmente de proteger esta diversidad a través de servicios de salud adaptados a sus particularidades.

Localismo/autonomía. Puede estar relacionado con el anterior pero, aún en sociedades cultural o racialmente homogéneas, las estructuras de tipo federal, o con gran peso político de las entidades locales, reflejan un valor social de autonomía regional o local que implica adoptar, por ejemplo, soluciones no óptimas en el campo de la eficiencia (el caso típico es la duplicación de servicios), pero que respetan una justa asignación de recursos a cada unidad territorial (estado, provincia, departamento o municipio).

Grupos de edad o con condiciones específicas. En muchas sociedades, hay una valoración especial hacia la protección de la salud de los niños, las mujeres embarazadas o los ancianos, aún por encima de su condición socioeconómica, por lo que el sistema de salud debe consagrar recursos específicos para la atención integral de sus problemas (por ejemplo, el cáncer pediátrico), aunque esto implique no tener recursos para la atención de otras patologías más prevalentes.

Conservación del medio ambiente. En muchos países, se da un especial valor al cuidado de los factores ambientales. Ninguna propuesta de política de salud en estas sociedades puede negarle un rol preponderante a estos problemas.

Vanguardia tecnológica. Algunas sociedades pueden estar dispuestas a sacrificar algo de la racionalidad y la eficiencia en el uso de los recursos en salud, para poder contar, en el país, con los mayores avances de la ciencia y la tecnología, aunque su cobertura sea limitada.

Austeridad en el gasto público. Puede interpretarse como la inversa del anterior, y es donde, a veces, se dejan de lado inversiones importantes o proyectos que podrían modernizar el sector, porque los mismos implican pagar salarios u honorarios internacionales y, por lo tanto, desproporcionados con los del nivel nacional. Un ejemplo de esto se ve en proyectos de modernización informática.

Si bien esta lista no es exhaustiva, sirve para guiar el necesario mapeo de los valores dominantes en la sociedad. Lo importante, en relación a este punto, es que el proceso de pasar del análisis del sector salud a los planes de acción debe tener sistemáticamente incorporado el análisis de los valores.

7.1.3 Los valores en los procesos de decisión

Los valores interaccionan con otros elementos tales como los intereses, las motivaciones y las creencias de quienes deciden, formando parte de los procesos de decisión. Esta interacción se traduce en los criterios (explícitos o implícitos) utilizados para elegir las opciones políticas que serán implementadas para resolver un problema particular. (5).

Las políticas, expresadas en regulaciones, legislaciones, programas o planes a ser implementados, representan una determinada distribución de poder y de recursos. Las decisiones políticas son tomadas por los que tienen poder y autoridad sobre estos recursos (tangibles e intangibles). Son expresiones explícitas o implícitas que reflejan los valores políticos, profesionales, organizacionales, personales e ideológicos de quienes toman las decisiones políticas. Por otra parte, los actores actúan, además, en base a sus percepciones del interés público o de las creencias relacionadas con lo que es adecuado o moralmente correcto en la política pública, cuyos valores son inherentes a las políticas. En resumen: los valores dan forma a las decisiones, con frecuencia en contextos complejos y dinámicos, con múltiples necesidades y limitados recursos, y generan debates y luchas entre diversos grupos que pueden tener posiciones o valores opuestos sobre un mismo tema o problema. Cuanto más importantes sean las decisiones, en términos de compromisos sociales o grupales o en términos de recursos, más intensas pueden ser las luchas.

Finalmente, es importante recordar la utilización de marcos éticos de decisión en el sector salud, así como en el diseño de intervenciones, particularmente en todo lo relacionado con los derechos de los pacientes y los sujetos de investigación. El modelo de toma de decisiones éticas está basado en principios de autonomía (promoción de la autodeterminación), beneficencia (promover el bien para otros), no maleficencia (evitar hacer daño), justicia (tratar equitativamente a la gente) y fidelidad (mantener las promesas). También se recomienda tener en cuenta reglas sustantivas que guíen las acciones y que pueden estar relacionados con mantener la confidencialidad y la privacidad, así como otras relacionadas con la omisión de tratamiento, el consentimiento informado y la asignación y racionamiento de la atención de salud.

Guía Instructiva: Análisis de las Implicaciones de los Valores para las Políticas Sociales y Procesos de Decisión

Posibles Preguntas Orientadoras

- ¿Qué valores pueden identificarse en la sociedad, comunidad o localidad que afectan o pueden afectar el sector salud y el desempeño del sistema de servicios de salud?
- ¿Están explicitados los valores dominantes en la Constitución Política y/o en las leyes básicas? Si así fuera, mencionar y comentar brevemente.
- ¿Se efectúa debate público sobre los valores dominantes en la sociedad? Si así fuera, describir brevemente, resumiendo sus posibles implicaciones en el sector salud.
- ¿Son valores sociales reconocidos algunos de los mencionados en el apartado precedente? Si así fuera, ¿cuáles?; ¿cómo están influyendo en el sector salud?

- ¿Dispone el sector salud de valores ampliamente aceptados como propios? Si así fuera, mencionar y comentar brevemente. ¿Cómo se relacionan estos valores del sector con los valores sociales dominantes?
- Si el país se encuentra en un proceso de reforma del sector salud, ¿están definidos sus valores y/o principios rectores? Si lo estuvieran, ¿cuáles son?; ¿hasta qué punto los cambios inducidos por la reforma están siendo consistentes con los valores proclamados?
- ¿Existe una regulación formal de los derechos de los pacientes, incluidos los derechos a que no se omita el tratamiento, a la confidencialidad, a la privacidad, al consentimiento informado? Si así fuera, ¿existen procedimientos para garantizar que se cumplen efectivamente?
- ¿Existe una regulación formal de las condiciones bajo las cuales se desarrolla la investigación en seres humanos? Si así fuera, ¿existen procedimientos para garantizar que se cumple efectivamente?

¿Dónde Obtener la Información?

Es deseable tratar de conseguir información ya recolectada y/o sistematizada, cuya validez y confiabilidad sea adecuada, lo que economiza esfuerzos. Algunas fuentes de información incluyen informes de agencias de cooperación, sistemas de información de ministerios de salud u otros, informes y bases de datos de organizaciones no gubernamentales, artículos, estudios y tesis producidos por instituciones docentes o de investigación, planes y proyecciones municipales. Por otra parte, en el país pueden haberse llevado a cabo encuestas que contienen algunas preguntas que, analizadas de otra manera, pueden dar como resultado información útil para el análisis. El espectro de métodos y técnicas de investigación social (6) es amplio y algunos de los métodos y técnicas que pueden ser utilizados incluyen:

- Recopilación bibliográfica (fuentes primarias o secundarias).
- Audiencias públicas y reuniones con grupos comunitarios para debatir propuestas y prioridades.
- Análisis del contenido de propuestas y plataformas de partidos políticos.
- Revisión de noticias de la prensa sobre salud.
- Revisión de la historia del sector salud.
- Encuestas de opinión pública.
- Entrevistas a informantes clave.

¿Cómo Presentar la Información?

Un gráfico sencillo puede ser suficiente. Si se pretende establecer una relación más precisa entre algunos de los valores sociales dominantes y algunos de los valores del sector salud, puede recurrirse a un diagrama con flechas que representen las relaciones entre uno y otro grupo de valores.

7.2 Definición de Prioridades y Construcción de la Agenda de Cambio

Una etapa ineludible para pasar a la acción y transformar la información contenida en el *Análisis Sectorial* consiste en seleccionar los principales problemas sobre los cuales se intensificarán los esfuerzos. No obstante, es importante darse cuenta de que las políticas y los planes de acción van a concentrarse en algunos aspectos y van a dejar otros de lado. Aún más, es posible afirmar que los aspectos dejados de lado pueden llegar a ser tan críticos que dificulten la decisión de priorizar. Por lo tanto, priorizar significa también «*postergar*», abandonar, realísticamente, la pretensión de atender a todos los problemas de forma inmediata y al mismo tiempo.

La priorización es una necesidad ya que el desarrollo de la salud busca modificar el estado de la salud y sus resultados, ya sea reduciendo o mejorando los resultados adversos o incrementando la habilidad funcional y el bienestar individual. (12) Para establecer prioridades entre los problemas de salud identificados, es posible utilizar criterios tales como:

- Grado de disparidades en el estado de salud de los grupos sociales.
- Grado de disparidades de acceso a bienes y servicios de salud.
- Número relativo de personas afectadas por la enfermedad o condición.
- Número relativo de muertes causadas por la enfermedad o condición.
- Costo social y económico de la enfermedad o condición.
- Necesidad de actuar rápidamente para prevenir, controlar o erradicar la diseminación de la condición y para reducir la vulnerabilidad humana.
- Compromiso político de los tomadores de decisiones con los mandatos o propuestas existentes.

Para la construcción de la agenda de acción no hay recetas preestablecidas y, muchas veces, los análisis racionales de factibilidades chocarán, en este punto, con las coyunturas políticas. Sin embargo, aunque este proceso varía según las circunstancias, existen metodologías (13) para ordenar la discusión que pueden ser útiles cuando la priorización y construcción de agendas es un proceso colectivo y se espera llegar a un consenso en el equipo técnico-político.

Dentro del marco de esta metodología, es importante contar con una lista simplificada de los *problemas, desafíos o brechas* que requieren intervención. La confección de esta lista constituye, de por sí un ejercicio de priorización que puede estar guiado por las conclusiones de cada capítulo del análisis del sector de la salud. También pueden intervenir aquí las diferentes prioridades de las áreas temáticas que componen el equipo de trabajo o las agendas de las diferentes regiones del país. En lo posible, este listado debería ser reducido (20 a 30 problemas) ya que de lo contrario las etapas posteriores tienden a complicarse.

A este listado inicial se le aplicará una metodología de evaluación de prioridades, seguida por un Taller de asignación de éstas. La parte final de la metodología consiste en un ejercicio de ordenamiento y síntesis de conclusiones para la acción. A modo de ejemplo, en relación a la *primera fase de priorización, la evaluación de prioridades*, la metodología propone un sistema en el cual cada integrante del equipo, o representante

de un departamento técnico o de una región, realice en forma separada una puntuación de cada uno de los potenciales problemas o iniciativas, de acuerdo a seis criterios:

1. Urgencia por resolver el problema.
2. Importancia pública del problema (desde el punto de vista de la opinión pública).
3. Impacto previsto en la situación de salud (desde el punto de vista técnico).
4. Factores externos que lo condicionan.
5. Plazos previstos para la implementación.
6. Potencial para interactuar con otras intervenciones.

Para la puntuación deberá ser acordada una escala común, para lo cual podrá ser necesario *un taller de homogenización de criterios*, como se observa en los siguientes ejemplos:

Cuadro 7.1: Urgencia en resolver problemas

Factor 1. Urgencia en resolver el problema	
<i>¿Cuál es, en su visión, la urgencia en atacar este problema?</i>	
<i>No es urgente.</i>	0
<i>Este problema no es crítico en lo inmediato, pero debe ser resuelto en los próximos (1-2-3) años.</i>	1
<i>Este problema no es crítico en lo inmediato, pero puede convertirse en un problema crítico en un futuro cercano, o es un problema que se viene arrastrando desde hace mucho tiempo.</i>	2
<i>Este problema está en estado crítico.</i>	3

Cuadro 7.2: Factores externos condicionantes

Factor 4. Factores externos condicionantes	
<i>¿Cuál es la evaluación que se hace de la predisposición de los actores externos hacia este problema/iniciativa?</i>	
<i>Muy negativa/Rechazo de la iniciativa</i>	-2
<i>Negativa</i>	-1
<i>Neutral</i>	0
<i>Positiva</i>	1
<i>Muy positiva / Clima general muy favorable</i>	2

Fuente: (18).

Una vez utilizado este sistema de puntaje, se recomienda que se confeccionen tres grupos de iniciativas, poniendo puntos de corte por puntajes sumados de todos los participantes, a fin de tener los 20 ó 30 problemas o iniciativas ordenados en grupos de alta, media y baja prioridad según el puntaje inicial. Al efectuar este ordenamiento, conviene prever un espacio para apuntar comentarios particulares que servirán como referencia, como por ejemplo: compromisos del programa de gobierno.

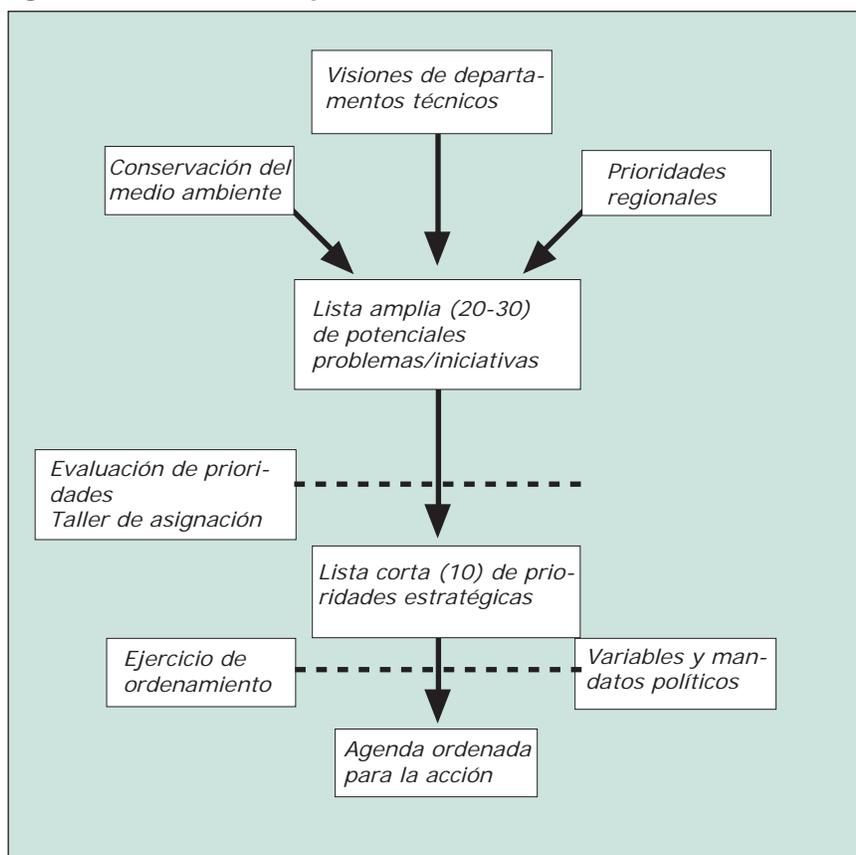
Este listado, con las puntuaciones y comentarios, es la base para una actividad colectiva que realice una asignación definitiva de prioridades. En dicho taller, se ordenarán las iniciativas o problemas y se formará un árbol de decisiones por consenso, de acuerdo a las siguientes preguntas:

- ¿Es éste un problema o iniciativa a incluir? (Si/No)
(Si se pone en práctica ¿Puede crear diferencias significativas frente a la situación previa?)
- ¿Es este un problema o iniciativa que ha de resolver la autoridad sanitaria? (Si/No)
(¿O pertenece mayoritariamente al campo de acción de otros actores?)
- ¿Es este un problema o iniciativa que puede ser atacado por la presente estructura de la autoridad sanitaria? (¿Se necesita crear una unidad especial?)
- ¿Es éste un problema o iniciativa que debe resolverse ahora, o puede esperar al año siguiente? (¿Necesita que otras iniciativas sean completadas previamente?)

A partir de esta secuencia de preguntas, se espera que el grupo de trabajo alcance un consenso sobre una lista corta (de 5 a 10) de problemas o iniciativas que reúnen las condiciones de trascendencia, urgencia y factibilidad de ser atacadas. Esta lista corta no está todavía ordenada.

La siguiente etapa consiste en solicitar de nuevo a los integrantes del equipo de trabajo que, en forma individual, ordenen los problemas/iniciativas de esta lista corta de acuerdo a su importancia, utilizando luego una clasificación (del 1 al 10, por ejemplo) para indicar las prioridades. Este ejercicio debe finalmente ser contrastado con otros factores de tipo político, de mandatos especiales o de coyuntura que pueden hacer variar el orden final. El proceso puede esquematizarse como se muestra en la siguiente figura:

Figura 7.1: Contraste de problemas/iniciativas con diferentes factores



Posibles preguntas orientadoras

- ¿Cuál es la puntuación que se considera debe darse a este problema o intervención desde el punto de vista de su importancia para la opinión pública?
- ¿Cuál es el impacto (alto/mediano/bajo) que se considera tendrá la intervención propuesta sobre la modificación de los indicadores de salud o la cobertura de servicios?
- ¿Depende la intervención propuesta de factores externos (mejoramiento macroeconómico/ financiamiento externo)? ¿En qué medida (alta/mediana/baja)?
- ¿Es esta una intervención que puede surtir efectos apreciables en un año, en cinco o en diez?
- ¿Forma parte este problema o intervención de una red de problemas o intervenciones? ¿Cuáles deben resolverse para potenciar la solución de éste?
- ¿Cuáles problemas deben resolverse antes que el problema propuesto? ¿En qué medida la solución efectiva de este problema o intervención actuará sobre los otros problemas considerados?

¿Dónde Obtener la Información?

Se trata básicamente de un trabajo interno del equipo de formulación de políticas. En el caso que existan representantes de departamentos técnicos de la autoridad sanitaria o de las regiones involucradas, puede ser necesario utilizar cuestionarios formales y obtener posiciones de consenso en los departamentos o regiones para llevar a la instancia general. Siempre que sea posible, se utilizarán fuentes secundarias que evidencien la trascendencia epidemiológica o económica de los problemas considerados o encuestas que muestren la trascendencia social de los mismos. En esta etapa, pueden ser necesarios estudios ad-hoc para responder a preguntas específicas.

¿Cómo Presentar la Información?

Lo mejor será presentar la información siguiendo los pasos del proceso. Es decir, presentar: (i) la lista amplia (de 20 a 30) de los problemas o iniciativas a considerar, seguida por (ii) el árbol de decisión empleado para la selección de alternativas, cuya aplicación conduce a (iii) la lista corta de intervenciones seleccionadas, (iv) la cual habrá sido priorizada mediante una metodología previamente escogida, que también se resumirá.

7.3 Opciones para la Formulación de Políticas Sectoriales

Una vez que se cuente con los resultados del análisis sectorial y se hayan establecido las prioridades, será necesario comenzar a plantear líneas estratégicas para la formulación de políticas sectoriales que den respuesta a dichas prioridades y recomendaciones. Uno de los instrumentos que se pueden utilizar para

ordenar estas líneas estratégicas es el que propone el uso de matrices para identificar y clasificar las políticas sectoriales en función de las acciones prioritarias. El objetivo de las matrices es facilitar la presentación de opciones en el proceso de formulación de políticas, organizándolas de acuerdo a los factores de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera, acción intersectorial y participación social (13). Las matrices que a continuación se presentan sirven como ejemplo genérico y, obviamente, cambiarán en la medida en que cada país enfatice diferentes prioridades y seleccione distintas combinaciones de acciones estratégicas en los procesos de cambio del sector.

Cuadro 7.3: Matriz para la Ordenación de Opciones de Políticas en Base a Acciones Recomendadas

Equidad		
Objetivos del cambio	Opciones de políticas	Acciones prioritarias
<i>Equidad en el estado de salud.</i>	<i>Asegurar cobertura y acceso a servicios básicos independientemente de la capacidad de pago.</i>	<i>Lograr consenso en torno a un conjunto básico de prestaciones.</i>
<i>Acceso equitativo a servicios básicos de salud.</i>	<i>Focalizar servicios a la población pobre.</i>	<i>Atención secundaria subsidiada para los pobres e indigentes.</i>
<i>Eliminación de barreras financieras a grupos de individuos/hogares.</i>	<i>Focalizar el gasto en grupos de riesgo debido a factores socioeconómicos o por discapacidad.</i>	<i>Proveer servicios completos de atención primaria a la población en comunidades pobres a través de mecanismos apropiados.</i>

Efectividad y calidad		
Objetivos del cambio	Opciones de políticas	Acciones prioritarias
<i>Asegurar la calidad en la atención en todos los niveles del sistema de salud, enfatizando la integración de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria.</i>	<i>Fortalecer las funciones de «gatekeeper» en el primer nivel de atención.</i>	<i>Enfatizar la reorientación y fortalecimiento de las funciones de monitoreo y regulación del ministerio de salud.</i>
	<i>Lograr la reingeniería de los sistemas de salud para encarar las emergentes demandas a través de la integración de la estrategia de atención primaria de salud en los sistemas de salud.</i>	<i>Definir claramente los roles y regulación del primer, segundo y tercer nivel de atención y de los servicios públicos y privados, así como incentivos y sanciones correspondientes.</i>
	<i>Estimular la respuesta de los recursos humanos a nuevos retos y demandas.</i>	<i>Diseñar programas de capacitación y entrenamiento en servicios apropiados.</i>
	<i>Introducir nueva legislación y regulación para apoyar las prioridades de las reformas.</i>	<i>Establecer procedimientos para exigir el cumplimiento con la legislación y regulación, y asegurar la disponibilidad de los recursos humanos necesarios para su implantación.</i>
	<i>Enfatizar la planificación en el proceso de formulación e implementación de políticas.</i>	<i>Mejorar las capacidades de planificación y presupuestación para orientar la asignación de recursos y revisión de programas.</i>
<i>Promover mecanismos para asegurar la calidad</i>	<i>Establecer mecanismos para involucrar al sector privado, ONGs y otras organizaciones sociales.</i>	

Eficiencia		
Objetivos del cambio	Opciones de políticas	Acciones prioritarias
<p><i>Lograr el mayor y más creativo uso de los recursos disponibles para producir servicios de calidad al menor costo.</i></p>	<p><i>Determinar la necesidad de servicios esenciales y la localización óptima de establecimientos, personal y servicios de salud.</i></p> <p><i>Optimizar la asignación de roles y responsabilidades de proveedores públicos y privados, incluyendo la medicina tradicional.</i></p> <p><i>Asignar recursos preferentemente a las alternativas que sean costo-efectivas en términos técnicos, institucionales, legales, económicos y financieros.</i></p> <p><i>Promover la descentralización sobre la base de las circunstancias y requisitos propios del país.</i></p>	<p><i>Reducir el derroche debido a la subutilización de personal en el primer nivel de atención.</i></p> <p><i>Establecer y utilizar servicios ambulatorios y de emergencia hospitalarios apropiados.</i></p> <p><i>Promover y proveer el sector privado y ONGs de incentivos para inducir mayor responsabilidad en la promoción, prevención y atención primaria de salud.</i></p> <p><i>Evaluar las responsabilidades apropiadas para el sector público, ya sea mínima, moderada o máxima, y regular otros servicios.</i></p> <p><i>Revisar las bases sobre las que se organizan los recursos, para lograr mejorías en las capacidades de planificación y presupuestación.</i></p> <p><i>Evaluar la pertinencia de la descentralización/razionalización, que puede ser lograda en varias formas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Manteniendo/modificando servicios centralizados, la toma de decisiones, incluyendo responsabilidad financiera y gerencial.</i> <i>• Instaurando servicios descentralizados, con la toma de decisiones y responsabilidad gerencial centralizada.</i> <i>• Establecimiento de servicios descentralizados y la toma de decisiones descentralizada.</i>

Sostenibilidad financiera		
Objetivos del cambio	Opciones de políticas	Acciones prioritarias
<p><i>Lograr el uso óptimo de todos los recursos y establecer mecanismos que lleven a la auto-sostenibilidad del sistema de salud (a largo plazo).</i></p>	<p><i>Desarrollar mecanismos para la asignación de recursos a los diferentes niveles de atención con criterios de eficiencia y equidad.</i></p> <p><i>Desarrollar la complementariedad apropiada del financiamiento privado y público para lograr los objetivos sanitarios y asegurar la sostenibilidad.</i></p>	<p><i>Usar impuestos generales para financiar: (a) servicios de salud para el bien colectivo/común, y (b) el costo de servicios asegurados para los pobres/indigentes.</i></p> <p><i>Adoptar el seguro social de salud como el mecanismo financiador dominante, en fases:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Mejorando los servicios a ser ofertados por los programas de seguro social de salud (SSS).</i> <i>• Incentivando a aseguradores privados de salud a cubrir servicios que van más allá de los prescritos por el conjunto de SSS.</i>

continúa...

Sostenibilidad financiera		
Objetivos del cambio	Opciones de políticas	Acciones prioritarias
<p>Lograr el uso óptimo de todos los recursos y establecer mecanismos que lleven a la auto-sostenibilidad del sistema de salud (a largo plazo).</p>	<p>Acceder a la posibilidad de aumentar mecanismos de compartir gastos entre la atención secundaria y terciaria.</p> <p>Introducir cambios en los mecanismos de compensación a proveedores basados en el desempeño.</p> <p>Separar la provisión de servicios del financiamiento, según sea posible.</p> <p>Focalizar el gasto social en los pobres.</p>	<p>Instaurando tarifas a usuarios para prevenir el uso excesivo; los establecimientos que recauden deben conservar los fondos recaudados.</p> <p>Reprogramar los ahorros acumulados por la disminución del derroche de subutilización y duplicación de recursos, y utilizarlos para mejorar la calidad de la atención.</p> <p>Crear incentivos financieros para estimular a proveedores privados (incluyendo ONGs) a operar en áreas remotas y de bajo servicio.</p> <p>Establecer procedimientos para la transparencia en los mecanismos de remuneración/compensación.</p> <p>Realizar evaluaciones de pobreza para focalizar a los grupos sin protección o en riesgo por situación socioeconómica o por discapacidad; focalizar los servicios de atención primaria, zonas geográficas pobres y a grupos de población especiales.</p>

Acción intersectoral y participación social		
Objetivos del cambio	Opciones de políticas	Acciones prioritarias
<p>Concordancia entre ministerios correspondientes sobre los roles y responsabilidades para lograr resultados de salud. Hacer partícipes a los actores y usuarios de los servicios de salud en los procesos de diseño, planificación e implementación para estimular una mayor responsabilidad por su parte.</p>	<p>Identificar mecanismos concretos para asegurar que los beneficiarios a nivel comunitario participen en la planificación y monitoreo de servicios.</p> <p>Mejorar la coordinación entre programas de educación y promoción de salud y ser proactivos en la acción comunitaria con respecto a temas prioritarios de prevención.</p> <p>Involucrar a la comunidad (donde ya existan servicios y estructuras) en la promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Estimular la coordinación intersectorial para atender temas de salud desde perspectivas multisectoriales.</p> <p>Gestionar y monitorear los recursos para lograr eficiencias deseadas.</p>	<p>Establecer una carta de derechos del paciente.</p> <p>Identificar ONGs con destrezas apropiadas y fortalecer aquellas que participan en salud comunitaria.</p> <p>Incluir a actores relacionados con la salud de las comunidades en la formulación de políticas y programas de salud local.</p> <p>Promover el diálogo intersectorial entre los tomadores de decisiones y otro personal técnico.</p> <p>Instituir cambios para facilitar la evaluación de las implicaciones para la salud de políticas y programas públicos.</p>

7.4 Análisis de la Factibilidad Política

Este apartado tiene como objetivo identificar a los actores involucrados en la reforma o en los procesos de cambio (quiénes y cuántos), su posición en relación a cada uno de los objetivos y estrategias de la reforma y su poder o capacidad de acción.¹

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

Se denominan “actores” para insistir en que ellos no son objetos o cosas que pueden ser manipulados para llegar a un cierto fin, sino participantes activos que interactúan y negocian con otros actores, los cuales pueden ser individuos, instituciones, u otras entidades de carácter colectivo y que pueden representar grupos de interés y/o grupos de presión.² Los actores relevantes para el análisis en cada país, así como su poder y posición, dependen de la propuesta de reforma (contenido y objetivos específicos de la política), del contexto (factores institucionales, económicos, políticos) y de los valores dominantes en la sociedad.³

7.4.1 El mapeo político de los actores

*Utilidad del Análisis de Actores.*⁴ El resultado final del análisis de los actores políticos es el mapa de actores, donde se identifica el potencial apoyo u obstáculo y las oportunidades y amenazas que cada actor representa para la estrategia, en diferentes momentos del proceso, según el momento en que se realice el análisis. Se deben elaborar tantos mapas de actores como estrategias hayan sido identificadas en los diferentes momentos del proceso. Esta comparación entre el mapeo de actores para las distintas estrategias y en diferentes momentos, permite una aproximación a la viabilidad de cada estrategia en determinadas condiciones económicas y sociales.

1. Para la realización de éste análisis, existen diversas metodologías e instrumentos para obtener la identificación, el análisis y el mapeo de los actores, incluso software (Policy Maker); pero para fines de este documento, se proponen técnicas, métodos e instrumentos cualitativos en los que se obtiene información directa de las experiencias del proceso, y que también permiten comprender e identificar el rol, la posición que estos actores tienen o han tenido en los procesos de cambio, y que permite analizar o predecir el desplazamiento de los actores en el contexto histórico, político, social, económico en los que se dan los cambios dentro del sector salud. La implementación, avance y sostenibilidad de estos cambios no sólo dependen de la sustentabilidad técnica y financiera, si no de su factibilidad política.
2. Grupos de Interés: En el lenguaje de proyectos, muchas veces se refieren a los diferentes actores como “interesados” o “grupos de interés”, porque cada uno tiene intereses, propósitos, ambiciones, necesidades, requerimientos, deseos y percepciones distintas.
3. Ham C, Hawkins L. Innovations in Health Care Delivery: Reform within the Public Sector; 1999.
4. Jaén, MH, Rivas, JC, Salvato, S. Propuesta de Análisis de Actores para las Estrategias de Reducción de la Exclusión en Salud. (Documento interno de OPS).

De este análisis surgen las primeras decisiones en relación a cuáles estrategias de gestión de cambio⁵ promover – por su mayor viabilidad de implementación y para mantener o movilizar a los actores influyentes - en las estrategias seleccionadas para el desarrollo del sistema de salud. La viabilidad de estas estrategias será mayor en la medida en que los actores con alta y mediana capacidad de acción tengan un balance a favor de las mismas; por el contrario, la viabilidad de las estrategias será menor si esos mismos actores tienen un balance en contra. En este último caso, la viabilidad puede incrementarse dependiendo del costo de lograr ese balance a favor.

Reseña Metodológica. Existen diversas metodologías, e instrumentos para realizar la identificación, análisis y mapeo de los actores.⁶ Para fines del Perfil de los Sistemas de Salud, se propone el método cualitativo, mediante el cual se obtiene información directa de las experiencias del proceso, y que permite, también, comprender e identificar el rol o la posición que estos actores tienen o han tenido en los procesos de cambio, así como analizar o predecir el desplazamiento de los mismos en el contexto histórico, político, social y económico en el que se producen los cambios dentro del sector salud. La implementación, avance y sostenibilidad de estos cambios no sólo dependen de la sostenibilidad técnica y financiera, sino de su factibilidad política.

Etapas del Proceso

I. Resumen Descriptivo del Proceso de Cambio del Sistema de Salud

- Resumen de las Políticas
- Objetivos de los procesos de cambio
- Conformación del equipo de trabajo que condujo el proceso.

II. Identificación de Actores que Participan en el Proceso de Cambio

III. Oportunidades y Amenazas en:

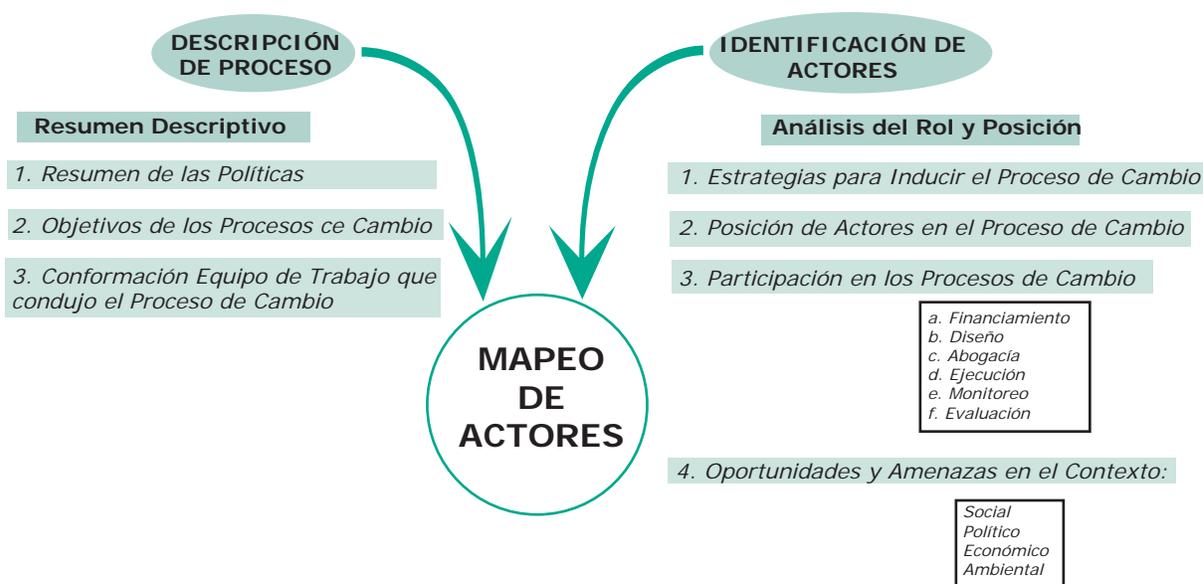
- El Contexto Político
- El Contexto Social
- El Contexto Económico
- El Contexto Ambiental

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

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

IV. Mapeo Político de los Actores: muestra el número de actores involucrados, su posición y nivel de participación.

Figura 7.2: Mapeo de Actores⁷



Lista Sugerida de Actores⁸ La lista que se presenta a continuación constituye una tipología simple de apoyo al equipo de trabajo para que considere todos los posibles actores y, por ende, no pretende ser exhaustiva. Mientras más precisión y especificidad se logre en la denominación de los actores, más robusto será el análisis. En ese sentido, se debe considerar el tipo de sistema de salud, al momento de seleccionar los actores, ya que la inserción o salida de los actores, así como su importancia, variará según el tipo de sistema. El término actores, en este contexto se refiere tanto a actores individuales como a grupos.

- *Sector Público* - Gobierno central: Presidencia de la República, Ministerio de Salud, Seguridad Social, Gabinete Social, Consejos Nacionales de Salud; Gobiernos locales: Unidades coordinadoras de los préstamos multilaterales; Universidades e Institutos de Educación Superior Públicos; otras Instituciones del sistema de servicios de salud.
- *Sector Privado* - Aseguradoras nacionales e internacionales con o sin fines de lucro, prestadores de servicios con o sin fines de lucro, empresas de tecnología en salud.
- *Sociedad Civil organizada alrededor de la salud*: Gremios, asociaciones de trabajadores, sindicatos, asociaciones profesionales, ONG's en salud, comités o consejos de salud, asociaciones de usuarios de los servicios de salud.
- *Gabinete Social*
- *Élites* (empresarios, académicos)

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

8. Este cuadro es una adaptación de la tabla 4.1, del documento "Principal Actors in the Health System". Washington, DC: PAHO-WHO; 1998 (p.34).

- *Sociedad civil* organizada, en general: partidos políticos, empresa privada, iglesia, medios de comunicación, defensorías, asociaciones comunitarias.
- *Agencias y Organismos de Cooperación Internacional*

**Guía Instructiva :
Preguntas Sugeridas para la Identificación de Actores y el Mapeo Político ⁹**

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

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

Especifique si responde a acuerdos internacionales o nacionales:

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

Sí No

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

Segmentado Integrado

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

Sí No

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

- Fondos estatales
- Cooperación Internacional
- Sector Privado
- Fondos reembolsables con partida nacional

9. Adaptation of Suárez, C. 2005, using two documents as the foundation: (1) M.H. and Paravisini, D. (1999). "Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud". Serie Política del Sector Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud. January 2000. (2) Jaén, M.H. (2001) "Análisis Estratégico de Actores" with observations and comments by Barbara O' Hanlon of Abt Associates Inc. :OPS.

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

- Gubernamental (Poder Ejecutivo)
- Poder Legislativo
- Sociedad Civil organizada en temas de salud
- Sociedad Civil organizada general
- Sector Privado
- Sector Académico
- Otro (Especifique)

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

- Legislativo Ejecutivo Ambos Ninguno

8. ¿Los cambios evidenciados en el sector salud aportan al proceso nacional de democracia? Si la respuesta es afirmativa, señale en el siguiente cuadro los elementos del proceso democrático que se han fortalecido.

Elementos del Proceso Democrático	Sí	No
<i>Mayor Control Social</i>		
<i>Libre Elección</i>		
<i>Participación Social</i>		
<i>Gestión Participativa</i>		
<i>Toma de Decisiones</i>		
<i>Otros</i>		

Fuente(s):

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

- Transición Construcción Consolidación No Existe

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

LEY	ACTOR	FUNCIÓN O RESPONSABILIDAD

Fuente (s):

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

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?
- Muy a Favor
- Algo a Favor
- Neutro
- Algo en contra
- En contra
12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?
- Positivo
- Negativo
- Ninguno

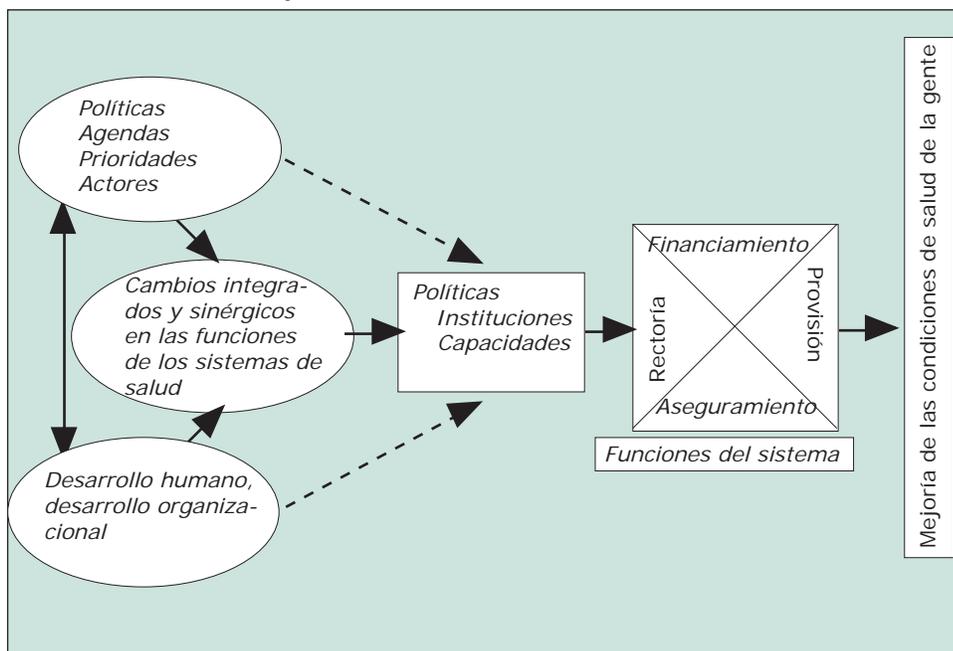
Rol de los Actores (RA)

13. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma, para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?
- Alta Media Baja
14. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?
- Sí No
15. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de información acerca de los procesos de cambio?
- Sí
- Especifique cuáles:
- No

7.5 Análisis de la Capacidad Institucional para los Cambios

La transformación de las prioridades, derivadas del análisis del sector salud, en acciones capaces de producir resultados en materia de situación de salud o de desempeño de los sistemas de servicios de salud debe visualizarse como procesos que requieren: (a) crear conciencia en la sociedad acerca de la centralidad de los aspectos relacionados con la salud (valores, actores, agendas); y (b) fomentar las capacidades institucionales necesarias para impulsar los cambios requeridos. Esta relación entre las prioridades y el desarrollo de las capacidades humanas e institucionales para llevarlas a cabo se presenta en la *Figura 7.3*.

Figura 7.3: Relación entre prioridades y desarrollo de capacidades humanas e institucionales



Por lo tanto, el reconocimiento de las capacidades que se requieren para llevar a cabo las políticas y planes definidos es una reflexión adicional necesaria para la acción. El fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones para cumplir con esas funciones es un proceso continuo que incluye fortalecer las aptitudes no sólo para definir y lograr los objetivos, sino también para resolver las necesidades de desarrollo de los recursos humanos y de los sistemas gerenciales que se requieren (14).

Los programas de desarrollo de la capacidad institucional se efectúan en tres fases, que se van desarrollando en forma cíclica:

1. La primera fase consiste en la **evaluación de necesidades**. Las brechas entre lo existente y lo deseable se determinan por una definición inicial de las capacidades que deberían tener los individuos y las organizaciones para lograr cumplir las funciones que se pretenden. Dado que el análisis sectorial y las políticas y planes de acción implican, generalmente, nuevas funciones y áreas de actuación, existirán nuevas exigencias de información, de acción coordinada con otros actores y de nuevas competencias individuales y grupales que deberán desarrollarse.
2. La segunda fase es la de las **estrategias y planes de acción** necesarios para cubrir las brechas detectadas en la fase anterior. Frecuentemente, en esta etapa se trata de reducir todas las estrategias a actividades de capacitación. Es muy frecuente ver que los planes de fortalecimiento institucional se componen casi exclusivamente de cursos y seminarios. Sin dejar de reconocer que la capacitación cumple un rol muy importante en esta fase, se deben recordar otras opciones:
 - El rediseño de sistemas organizacionales, muchas veces imprescindible para liberar recursos o crear nuevas estructuras con mandatos claros sobre los problemas prioritarios.
 - Los cambios en el marco regulatorio, ya sea en leyes, decretos o normas administrativas, que permitan cumplir nuevas funciones u obliguen a otros a modificar sus acciones.

- El análisis de procesos dentro de la estructura, tales como el flujo de decisiones: ¿Dónde se producen cuellos de botella? ¿Qué sinergias pueden existir entre procedimientos? Y, a la inversa, ¿qué procedimientos son un impedimento para que las nuevas acciones progresen?
 - El desarrollo de un sistema de información que pueda incorporar nuevos elementos, producir nuevos indicadores o cambiar los plazos en que se producen los reportes.
 - La convocatoria de actores y la creación de esquemas colaboradores formales que permitan el desarrollo de una red de colaboración externa, lo que obliga también a definir cuáles serán los aportes propios para la creación de esa red.
 - Dentro de las actividades de capacitación (entendidas en un sentido amplio) deben considerarse modalidades no tradicionales: la creación de sistemas especializados (del tipo de las ayudas en línea que ofrecen los programas de computación); la tutoría o asignación de orientadores para consultas; la generación de foros sobre problemas o «ferias» donde se exponen buenas prácticas.
3. La última fase es la **evaluación y monitoreo**, que muchas veces es olvidada o relegada, salvo en el caso de exigencias formales cuando existe un proyecto o donante externo. Aquí, es posible utilizar alguna de las metodologías existentes (15, 16, 17), pero hay que tener en cuenta que los plazos y los resultados de los procesos a evaluar deben estar relacionados con el desarrollo de la capacidad institucional y no con datos cuantitativos (número de cursos, seminarios, participantes, etc.). Por lo tanto, los diseños cualitativos y la evaluación de los procesos son la principal herramienta. Además, el diseño de una forma de medir los avances en la capacidad institucional será útil para marcar los tiempos de implantación de los proyectos. Por ejemplo, un plan de acción que implique el mejoramiento de la atención materno-infantil deberá implementarse en fases que dependan de: (a) el tiempo que tome la recolección de datos confiables en las diferentes regiones y, (b) el porcentaje de unidades que se encuentran incorporadas a un proceso de «buenas prácticas» en esta área.

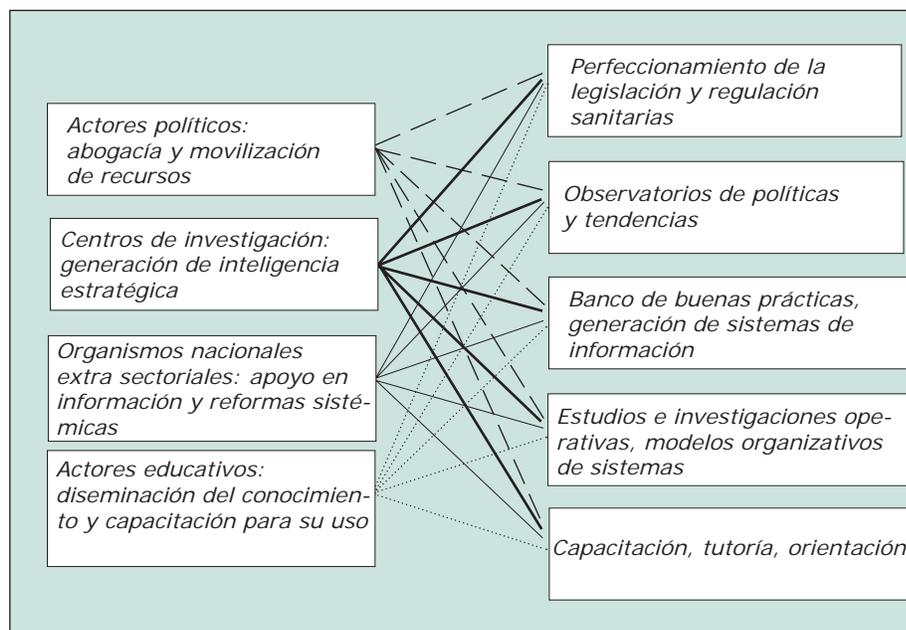
Algunas experiencias internacionales muestran que existen factores claves para el éxito de los procesos de construcción de la capacidad institucional (18), tales como:

- i. Asumir el proceso de creación de la capacidad institucional como algo propio y no inducido desde afuera (por donantes o agencias) y confiar en los recursos propios.
- ii. Comprender lo que significa «capacidad institucional» en un contexto y frente a problemas específicos.
- iii. Examinar las capacidades existentes y por desarrollar, en un contexto sistémico y de desarrollo estratégico.
- iv. Lograr alianzas a largo plazo entre los socios de las iniciativas; crear confianza entre instituciones mediante un espíritu de coparticipación genuina.
- v. Desarrollar el proceso, teniendo en cuenta todas las fases, a fin de interconectar los componentes; por ejemplo: diseñar sistemas de información con capacitación específica y sistemas de monitoreo del avance.

Otros factores de éxito encontrados son: la claridad en relación a la misión y la creación de una «mística institucional», la determinación clara y precisa de metas de desempeño institucional y el valor que la cultura institucional le da al trabajo en equipo, a la participación, a la flexibilidad y a la actitud para resolver problemas (19).

Un aspecto particular de este desarrollo es la generación de redes internas y externas de cooperación para los planes de acción. Si bien la construcción de la capacidad institucional es una actividad que debe ser asumida como una responsabilidad de la autoridad sanitaria, no debe ser interpretada como una tarea asumida en forma aislada. La expansión de los planes de acción hacia ámbitos amplios, con la inclusión de socios que puedan realizar acciones sinérgicas, es la única manera eficaz de crear una sinergia de fuerzas en torno a los proyectos priorizados. El análisis de los actores, antes mencionado, puede ser una guía eficaz para diseñar esta red de colaboración.

Figura 7.4: Redes de cooperación



Con relación a las redes internas, conviene señalar que la mayor parte de las autoridades de salud fueron creadas como ministerios de salud que, en su momento, eran prestadores centrales de servicios. Sin embargo, los procesos de separación de funciones y descentralización hacen que las nuevas capacidades a desarrollar se asemejen más a las de un nodo dentro de una red de instituciones. Por lo tanto, es necesario generar nuevas capacidades para:

- Modificación de los marcos legales y desarrollo de habilidades para la regulación.
- Convocatoria de consensos.
- Procesamiento y distribución de informaciones y tendencias.
- Sistemas de capacitación de capacitadores.
- Evaluación de resultados.
- Formulación de estándares y guías de acción.

Al mismo tiempo, deberá ser capaz de transferir las capacidades a las autoridades descentralizadas en materia de:

- Gestión de recursos.
- Recolección de información y procesamiento local para diagnóstico de situación.
- Toma de decisiones y uso de la normativa general.
- Determinación de necesidades de capacitación local.

Cuadro 7.4: Ejemplo de reforma institucional

**Nuevas funciones de la autoridad sanitaria como agencia de cooperación:
La División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Chile***

De la reorganización surgida de la descentralización surgen cuatro objetivos principales para la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud:

- 1. Transferencia de enfoques y herramientas de administración de personal a los servicios de salud y las regiones dentro del proceso de descentralización.*
- 2. Aumento de la función de rectoría en los procesos continuos de educación y adiestramiento en el sector de la salud en su totalidad.*
- 3. Promoción de los cambios en el marco legal del trabajo en los servicios de salud, promoviendo regulaciones orientadas a la calidad.*
- 4. Desarrollar las condiciones organizacionales para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios.*

** Quiroga, R. (1999): Regulación de recursos humanos de salud en Chile, MINSAL, 1999, Santiago. En: http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-chile.doc*

Guía Instructiva Análisis de la Factibilidad Institucional

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Cuáles son las funciones que se espera cumpla la autoridad sanitaria en el futuro? ¿Cuáles de esas funciones no se han desarrollado actualmente?
- ¿Qué información permanente será necesaria, en el futuro, para llevar a cabo esas funciones?
- ¿Qué competencias y habilidades serán necesarias? ¿Es posible adquirirlas mediante capacitación o por selección de nuevos integrantes?
- ¿Es posible liberar recursos mediante el rediseño de sistemas operativos?
- ¿Es necesario reformar el marco normativo para realizar funciones nuevas o liberarse de la carga de funciones que ya no tienen sentido?
- ¿Cómo debería diseñarse el sistema de información para que apoye las nuevas funciones?
- ¿Cuáles son los principales socios de las iniciativas que se pretenden llevar a cabo? ¿Es posible una alianza formal (convenios de cooperación) con ellos?
- ¿Qué podemos aportar a estas alianzas y qué esperamos de nuestros socios?

- ¿Cuáles son las necesidades específicas de capacitación requeridas para desempeñar las nuevas funciones?
- ¿Cómo se medirán los avances en el proceso de desarrollo de la capacidad institucional? ¿Qué indicadores pueden mostrar que las unidades de la organización están logrando desempeñar sus nuevas funciones?

¿Dónde Obtener la Información?

La mayor parte de las preguntas planteadas son de respuesta interna, a partir de un análisis de las funciones actuales y previstas. Puede ser necesario un análisis sistemático de tareas, en puntos específicos, así como consultorías técnicas en sistemas de información.

¿Cómo Presentar la Información?

El proceso de construcción de la capacidad institucional no sigue un esquema preestablecido y, por lo tanto, la presentación dependerá de la planificación que se realice. Para conocer las capacidades y competencias es posible realizar un mapa de competencias referente tanto a las características individuales, como a las colectivas (20). Con relación a la inclusión de asociados en las iniciativas, recomendamos la preparación de esquemas de redes de cooperación, para visualizar los puntos de convergencia.

Bibliografía y Notas (Capítulo 7)

- (1) Diamond, L. Linz, J.J and Lipsett, SM. (1988/89). *Democracy in Developing Countries*. Lynne Rienner/Adamantine Press (Volume on Latin America).
- (2) Linz, J.J. and Valenzuela, A. eds. (1994) *The Failure of Presidential Democracy. Comparative Perspective*, vol. 1, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- (3) Donabedian, A. (1971) Social responsibility for personal health services: An examination of basic values. *Inquiry* 1971, 8(2):3-19.
- (4) Rawls, J (1971) *A Theory of Justice*. Harvard University Press, Cambridge, MA
- (5) Self, P. (1981) *Planning: Rational or Political*. En Baehr, P.R. y Wittrock, B. *Policy Analysis and Policy Innovation*. Beverly Hills: Sage Publications.
- (6) Ver Banco Mundial. *Libro Guía para el Análisis Social*. <http://www.worldbank.org/socialanalysis/sourcebook/espanol/>.
- (7) Jones, J., Hunter, D. (1999) Using the Delphi and nominal group technique in health services research. En: *Qualitative Research in Health Care*. May, N. y Pope, C. (eds.) BMJ Books <http://www.bmj.com/qrhc/chapter5.html>.
- (8) Fudenberg, D., Tirole, J. (1992) *Game Theory*. Cambridge, MA, MIT Press.
- (9) Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud. (2000) *Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la Reforma Sectorial en Salud*. Serie Reforma del Sector Salud no. 4 (<http://www.lachealthsys.org>).
- (10) Schmeer, K (2000) Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform. Section 2. Stakeholder Analysis Guidelines. LACHSR Initiative Washington, D.C. (<http://www.lachealthsys.org>).
- (11) Reich, M. (1996) Applied Political Analysis for Health Policy Reform. Current Issues in Public Health En www.polimap.com es posible descargar una versión gratuita y reducida en inglés del software "PolicyMaker".
- (12) MWR (1999) *Global Elimination and Eradication as Public Health Strategies*. Vol 48:16 Supplement.
- (13) Skelton-Green, J (2002) *Strategic Priorities Process of the Canadian Advisory Committee on Health Human Resources (ACHHR)* Transition HOD Consultants, 2002, judithsgreen@sympatico.ca.
- (14) Milen, A. *What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice*. Department of Health Service Provision, World Health Organization, Geneva.
- (15) Centers for Disease Control (1999) *Framework for Program Evaluation in Public Health*. Vol. 48/No. RR-11.
- (16) Rossi, R.; Freeman, H (1993) *Evaluation: A Systematic Approach*. Sage Publications.

- (17) United States General Accounting Office (1991) *Program Evaluation and Methodology Division. Designing Evaluation*. GAO/PEMD-10.1.4.
- (18) UNDP (1998) *Capacity assessment and development, in a systems and strategic management context*. Technical Advisory Paper 3, New York.
- (19) Grindle MS (1997) *Divergent cultures? When public organizations perform well in developing countries*. *World Development* 254:481-495.
- (20) Irigoín, M., Vargas, F. *Competencia Laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. CINTERFOR-OPS. http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR02/compet_labor_manual.htm 2002.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ANÁLISIS DEL
SECTOR SALUD

Acceso (accesibilidad): Para los propósitos del presente documento, se entiende por acceso la mayor o menor facilidad de los usuarios para contactar con el punto de presentación de los servicios de salud. El acceso puede verse afectado por la presencia o ausencia de barreras físicas (por ejemplo, la distancia, lo penoso del desplazamiento o las barreras arquitectónicas), económicas (por ejemplo, el pago del desplazamiento, lo que se deja de ganar por acudir al servicio de salud o lo que hay que pagar para ser atendido) y culturales (por ejemplo, la lengua, ciertas creencias religiosas, ciertos mitos y tabúes o determinadas costumbres).

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

Análisis de actores: Involucra varios métodos y técnicas dirigidas a identificar, analizar y comprender el papel de varios clientes e interesados en la elección, implementación y resultados de una política, proyecto o programa. Por otra parte, diferentes autores tienen enfoques diversos en su aplicación. Este conjunto metodológico intenta además clarificar para el equipo de trabajo y para los decisores cuáles son aquellos actores e intereses que deben tomarse en cuenta en el proceso, y por qué. El análisis de actores es utilizado en conjunción con un mapeo político de los mismos, en las actividades dirigidas a determinar la viabilidad política de las opciones.

Análisis sectorial: proceso conducente a la elaboración de un estudio o conjunto de estudios sobre la situación de un sector de la producción, la distribución o el consumo de bienes o servicios de un país; de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, social, económico y cultural. El análisis sectorial constituye algo más que un diagnóstico situacional pues conjuga el componente descriptivo con el analítico, y el enfoque retrospectivo con el prospectivo. Es, por tanto, un análisis de la dinámica del sector que incluye la construcción de hipótesis y la formulación de recomendaciones y políticas.

1. La fuente de las definiciones es OPS/OMS, excepto en los casos donde se indica.

Aseguramiento: Consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y de acceso a los mismos en caso de necesidad. Esto implica que esta función, además de la garantía como derecho, incorpora la administración y asignación de los recursos financieros al interior del sistema de salud para garantizar que el riesgo asociado a las intervenciones de salud sea asumido por todos los derechos habientes y no por cada miembro individualmente. Dentro del marco de la protección en salud, el aseguramiento se puede visualizar como un instrumento poderoso de inclusión social y como un mecanismo para hacer efectivo el acceso a la salud, contrarrestando barreras de acceso a los bienes y servicios de salud.

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

Brechas de oferta respecto a demanda: La comparación entre oferta y demanda permite estimar las brechas que hay entre la oferta disponible y aquella que sería necesaria para enfrentar en forma efectiva y suficiente la demanda de la población.

Calidad: Para los propósitos del presente documento, la calidad implica que los usuarios de los servicios reciben asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida). La calidad es una categoría básica de los servicios de salud, es el resultado final de muchos factores y puede ser promovida empleando diversas estrategias.

Cobertura: Cobertura ha sido a veces definida como la posibilidad de «tener acceso a cuidados efectivos cuando se necesitan». Y «cobertura universal» como la suma de acceso más protección financiera frente a los costos de bolsillo potencialmente empobrecedores he dicho acceso.² Para los propósitos del presente documento, la Cobertura (o cobertura nominal) de un sistema de aseguramiento sanitario público se expresa como el porcentaje de personas con derecho a recibir la atención ofertada por dicho sistema respecto a la población total. Por otro lado, la cobertura efectiva se expresa como el porcentaje de personas que teniendo derecho a recibir la atención ofertada, normalmente la recibirán si la requieren. La diferencia entre uno y otro tipo de cobertura mide el porcentaje de la población sin acceso normal o regular a los servicios de salud provistos en los distintos esquemas de aseguramiento sanitario público de un país o territorio dado. La existencia, según los países, de grandes diferencias entre uno y otro tipo de cobertura es una de las razones más frecuentemente aducidas para justificar las reformas sectoriales. Lo mismo rige en el nivel de provisión.

2. Kutzin, J. «Extending coverage to unprotected groups». CISS/ILO/PAHO: III International Seminar Processes of Social Security Reform in the Field of Health, 19-21 July, 1999. Washington, D.C.

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

Copago: Prestación que hace el paciente para recibir un servicio (por ejemplo, una consulta o un medicamento). Es una forma de participación en el costo del mismo y una de las posibles modalidades de financiación de los servicios. Los copagos más comunes son monetarios, pero también pueden considerarse copagos las aportaciones «en especie» (por ejemplo, material de curas, lencería o alimentos) que en ciertos casos los pacientes han de realizar antes o durante el proceso de atención.

Demanda de servicios de salud: Es el requerimiento formal (explícito) de servicios de salud. Como aproximación, se considera que la utilización o uso de servicios expresa la demanda que fue respondida a través de la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un período determinado (esta aproximación excluye la demanda no satisfecha, que es aquella que no se tradujo en una respuesta o uso de servicios).

Descentralización: La descentralización es un proceso de naturaleza política y administrativa que implica transferir responsabilidades y recursos a unidades subnacionales de gobierno (estado, departamento, provincia o municipio) caracterizadas por tener personalidad jurídica y patrimonio propios, y capacidad autónoma para actuar en los términos establecidos por las Leyes. En los regímenes democráticos estas unidades son gobernadas por autoridades elegidas y no designadas por el Gobierno central. La descentralización se diferencia de la desconcentración en que en ésta hay una transferencia (normalmente parcial) de recursos y responsabilidades hacia niveles inferiores de una misma entidad (por ejemplo, el Ministerio de Salud o la Caja del Seguro Social), los cuales son tutelados por el nivel central, quien conserva la facultad de nombrar y cesar a los responsables de las entidades desconcentradas.

Efectividad: Para los propósitos del presente documento la efectividad implica que un determinado procedimiento clínico, programa o servicio obtiene los resultados buscados o produce los efectos esperados, en las condiciones concretas en que trabaja y/o se aplica. Se diferencia de la eficacia en que ésta se mide en condiciones ideales o de laboratorio, en tanto la efectividad se mide en condiciones reales.

Eficiencia: Para los propósitos del presente documento, la eficiencia implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. 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 de producto a mínimo costo, o cuando se obtienen más unidades de producto con un costo dado (supuesta la calidad constante). La eficiencia es, por tanto,

una categoría derivada y no primaria, de las actividades, programas y servicios de salud. Existen diversos modos de expresar la eficiencia, siendo los más comunes las medidas de costo/eficacia, costo/efectividad, costo/utilidad, y costo/beneficio. Tiene dos dimensiones: relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los programas y/o servicios.

Equidad: Para los propósitos del presente documento, la equidad implica: a) en situación e salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; y b) en servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).³

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

Fragmentación: Coexistencia de muchos subsistemas pequeños no integrados dificulta la garantía de acceso y prestación de servicios en condiciones similares entre los afiliados a cada uno de esos subsistemas.

Función Rectora en Salud: Ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales.

Gestión de Recursos Humanos: Función estratégica de la instancia dirigente de un sistema de servicios, de una red de atención o de una institución de salud, que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población en un marco de políticas y de modos de organización y gestión sectorial vigentes.

Hospital: un establecimiento de atención de salud que cuenta con camas (hospitalarias) personal y recursos tecnológicos clínicos donde los pacientes pueden, si lo necesitan, permanecer internados y recibir atención de salud durante las 24 horas del día. Sus prestaciones pueden ser de carácter ambulatorio (en consultorios adosados, de especialidad o unidades de emergencia) e intrahospitalario (hospitalización). En los hospitales se puede encontrar un nivel secundario de atención (en general apoyado en las especialidades básicas como medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría) y un nivel terciario con otras especialidades más complejas o subespecialidades derivadas de las básicas.

3. McPake, B.; Kutzin, J. «Methods for evaluating effects of Health Reforms», Current Concern Series, ARA Paper no. 13, WHO/ARA&CC/97.3. WHO, Geneva. 1997.

Indicador: Para los propósitos del presente documento, se entiende por indicador la forma cuantitativa (mediante un número índice) o cualitativa (mediante una palabra o una frase que expresa una información) de medir o calificar un proceso o un resultado.

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

Mecanismos de Pago: Forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de sus servicios a un enfermo o grupo de enfermos. El proveedor sanitario puede ser un profesional individual, o una entidad colectiva, organizada como empresa privada o como institución pública, por ejemplo un hospital o una clínica de atención primaria.

Medicamento genérico: Medicamento designado por el nombre de su principio activo más importante y no por su denominación comercial. En general, la Denominación Común Internacional (DCI) establecida por la OMS corresponde al nombre genérico. Otra definición propuesta: «cualquier tipo de sustancia terapéuticamente activa no protegida por ningún tipo de patente (ni de producto ni de proceso), lo que significa que cualquier fabricante está habilitado para fabricarlo».

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

Modelo de atención de salud: Corresponde al contenido de la atención de salud y las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios. Para efectos del marco conceptual, el usuario, la familia y la comunidad son considerados también como potenciales prestadores de servicios. Por último, el concepto abarca todo el espectro de servicios de salud del sistema, pero en forma especial a la atención primaria.

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

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

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Fueron establecidos luego de la Declaración y Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000) por las Naciones Unidas y comprenden 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores. Las metas ODM dan más prominencia a las preocupaciones de salud que a las metas internacionales de desarrollo: ocho de las 18 metas se relacionan directamente con la salud; tres están relacionadas con la salud e incluyen indicadores a ser vigilados por la OMS.

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

Pago directo: Mecanismo de financiación del sistema, condiciona la prestación en salud a la capacidad de pago del paciente, generando una mayor inequidad en el sistema (suelen pagar proporcionalmente más los más pobres, con relación a sus ingresos).

Participación y control social: Para los propósitos del presente documento, tienen que ver con las iniciativas y los procedimientos para que la población general y los distintos agentes relevantes en el desempeño del sector influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y disfruten de los resultados de dicha influencia.

Planificación sanitaria: conjunto de procesos cuyo propósito consiste en adecuar, de un modo consistente, los medios disponibles para lograr los objetivos de salud que se persiguen, tomando en cuenta para ello las circunstancias (sobre todo de lugar y tiempo) que concurren o que previsiblemente pueden concurrir.

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

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

Políticas distributivas: Son aquellas donde se asume que la mayor parte de la sociedad deriva beneficio de ellas, y que el gobierno impulsa sin considerar las limitaciones de recursos.

Sector de la salud: Se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos, investigar y capacitar en salud. Para el propósito de esta metodología, la definición anterior se refiere al sector de atención a las personas, y no incluye al sector de atención al ambiente.⁵

Segmentación: Existencia de subsistemas centrados en el aseguramiento de segmentos bien definidos y acotados de población, generalmente supone la existencia de un subsistema público con insuficientes recursos encargado de dar cobertura a los grupos de menor nivel de renta e indigentes y un subsistema privado, con una mayor disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, concentrado en los segmentos más ricos de población.

Seguro: Sistema de cobertura de riesgos o de eventos inciertos mediante la distribución previa entre cierto número de personas, de los costos resultantes de dichos riesgos. La afiliación es voluntaria, y el interesado debe cumplir ciertos requisitos para afiliarse y pagar una cantidad de dinero (la «prima») para tener derecho a los beneficios que se le ofrecen.

Seguro Social: Regímenes nacionales obligatorios, contributivos y no contributivos, normalmente fundamentados en los principios de universalidad y cobertura general contra riesgos de enfermedad, accidentes, vejez, desempleo, y otros. Estos principios no siempre tienen una adecuada traducción práctica. Por ejemplo, son excepción los países de América Latina y el Caribe donde los esquemas de protección del seguro social cubren a toda la población o, alternativamente, ofrecen cobertura general frente a la totalidad de riesgos la población asegurada.

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

5. La Organización Panamericana de la Salud desarrolló Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector de Agua y Saneamiento en 1993. Ver, Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector de Agua y Saneamiento. Washington, D.C.: OPS; 1993.

Servicios de salud: Cualquier servicio que pueda contribuir al mejoramiento de la salud, o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas, y no necesariamente limitado a aquellos servicios de tipo médico o personales (Modificado OMS, 1998). Se refiere a una variedad de servicios que son entregados ya sea por profesionales de la salud, o por otras personas bajo su supervisión, con el propósito de mantener y/o recuperar la salud. El término se refiere a todos los ambientes de cuidados de la salud (Hospitales, hogares de cuidados de enfermería, oficinas de los médicos, establecimientos de cuidados intermedios, escuelas, y hogares).

Sistema de salud: Conjunto de instituciones públicas y privadas con/sin fines de lucro, nacionales y subnacionales destinadas a proteger la salud de las personas.

Sostenibilidad: Para los propósitos del presente documento, la sostenibilidad implica tanto una dimensión social como una 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, incluye la aceptación y apoyo sociales y la disponibilidad de los recursos necesarios. Otra definición similar pero más breve: «La capacidad de un sistema de salud de funcionar de forma efectiva a lo largo del tiempo con el mínimo de ayuda externa».⁶

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

6. Landford, A. "Sustaining primary health care". Save The Children Fund, Earthscan Pub. Ltd. London. 1995.

ANEXOS

ANÁLISIS DEL
SECTOR SALUD

ANEXOS

ÍNDICE

ANEXO A. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL.....	270
1. Propósito.....	270
2. Metodología de trabajo	270
3. Estructura	270
4. Tabla de puntaje para preguntas cerradas	272
5. Comentarios y respuestas a preguntas abiertas	272
6. Generación de posibles propuestas para el fortalecimiento de la función rectora de la ASN	272
ANEXO B. MARCO ORDENADOR PARA EL MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL.....	274
I. CONDUCCIÓN	280
II. REGULACIÓN.....	287
III. MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO	292
IV. GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO	295
V. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	297
ANEXO C. ANÁLISIS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD	300
1. Instrumentos para caracterizar la exclusión	302
2. Análisis de las estrategias implementadas para reducir la exclusión	308
Bibliografía y notas (Anexo C)	313

ANEXO D. VIH/SIDA	314
1. Introducción	314
2. Políticas y programas nacionales: legislación y monitoreo	315
3. Legislación	317
4. Servicios: prevención y tratamiento	318
5. Atención integral	323
6. Financiamiento	325
7. ¿Dónde obtener la información?	327
8. ¿Cómo presentar la información?	328
Bibliografía y notas (Anexo D)	330
ANEXO E. VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES	334
1. Los riesgos potenciales	334
2. Características geográficas	335
3. Características climáticas	336
4. Desastres causados por el hombre	338
5. Estimado de la población en riesgo	341
6. Análisis de la infraestructura física, organizacional, funcional y económica para enfrentar los riesgos.....	343
7. Marco conceptual	347
8. La unidad técnica del ministerio de salud.....	349

ANEXO A.

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL - INSTRUCTIVO

1. Propósito

Provocar una discusión en los grupos de trabajo que sirva para analizar y valorar cómo la ASN está llevando a cabo sus funciones rectoras, contribuyendo así a la identificación de fortalezas y debilidades en el desempeño de ese rol rector, con el fin de generar propuestas concretas para el fortalecimiento de la ASN.

2. Metodología de trabajo

1. Organización de los participantes en grupos de trabajo. Selección de un/a moderador/a y de un/a relator/a. Cada grupo será apoyado por un facilitador.
2. Discusión de las preguntas relativas a la Dimensión 1 (Conducción) y a la Dimensión 2 (Regulación), en grupo. Respuesta individual a cada pregunta.
3. Discusión de las preguntas relativas a las Dimensiones 3 (Financiamiento), 4 (Aseguramiento) y 5 (Provisión de Servicios), en grupo. La respuesta será acordada por el grupo — si hay diferencias de opinión, se toma nota al respecto.
4. Evaluación de cuestionarios y tabulación de resultados.
5. Presentación de resultados.
6. Reflexión sobre fortalezas y debilidades del rol rector de la ASN.
7. Generación de propuestas para el fortalecimiento de la ASN.
8. Evaluación del Taller.

3. Estructura

El proceso de evaluación del desempeño de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) está compuesto por dos partes: la primera, el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional, y la segunda, el Instrumento de evaluación del desempeño de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional.

3.1 Primer componente

Guía para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional

¿Quiénes hacen? - Caracterización de la Autoridad Sanitaria Nacional

- Definición del marco legal
- Identificación de las instituciones responsables, por ley, de la rectoría
- Identificación de las entidades ejecutoras de las funciones rectoras.

3.2 Segundo componente

Instrumento para la Evaluación y Fortalecimiento del Desempeño de la Función Rectora de la ASN

¿Qué hacen? - La ejecución de las funciones rectoras por parte de las instituciones que conforman la ASN.

Cuestionario organizado en 5 secciones. Cada sección corresponde a una dimensión de la rectoría, que se enfoca en los componentes de cada una.¹ Los dos primeros capítulos contienen preguntas cerradas; los tres últimos, preguntas abiertas.

3.2.1 Preguntas cerradas

Se responde según se indica en la Tabla de Puntaje (ver próxima sección). Se incluyen también secciones abiertas para incluir comentarios adicionales, en caso de ser necesario.

1. Conducción
2. Regulación

3.2.2 Preguntas abiertas

Las preguntas son concretas y específicas. Se discuten en grupo y las respuestas se acuerdan en grupo. Se designa un relator para tomar nota. No es necesario que todas las partes concuerden: cuando hay diferencia de opinión, se indica.

3. Modulación del financiamiento
4. Garantía del aseguramiento
5. Armonización de la provisión

1. La única dimensión que no se incluye formalmente es la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública — véase el Cuadro de Cruce de las Dimensiones de la Rectoría y las FESPs —.

4. Tabla de puntaje para preguntas cerradas

La siguiente tabla presenta la escala de las puntuaciones que se pueden otorgar para responder las preguntas de las Secciones 1 y 2, Conducción y Regulación. En todos los casos se deberá asignar una puntuación en un rango de 0 a 5.

En un extremo, el puntaje «0» indica la inexistencia de la actividad o subfunción de la rectoría que se está analizando, y se le adscribe la denominación de «nulo». En el otro extremo, el puntaje de «5» muestra que la actividad se logra a cabalidad, adscribiéndole la denominación de «muy alto». Los puntajes del 1 al 4 denotan niveles intermedios de logro de la actividad.

Tabla de Puntaje

Puntaje	Equivalencia	Escala
0	0%	Nulo
1	20%	Muy pobre
2	40%	Pobre
3	60%	Normal
4	80%	Alto
5	100%	Muy alto

5. Comentarios y respuestas a preguntas abiertas

En las dos primeras secciones, hay varios acápites donde se pueden hacer observaciones o comentarios en un espacio en blanco proporcionado para tal fin de manera que los participantes puedan ampliar sus respuestas o añadir temas que consideren de importancia. No se trata de que haya que rellenar cada uno de estos espacios abiertos, sino más bien de brindar la oportunidad para una retroalimentación en caso de que se considere necesario.

En las últimas tres secciones, que contienen las preguntas abiertas, se pretende lograr una discusión centrada en el tema de cada pregunta. Habrá un moderador que orientará esa discusión hacia la respuesta de las preguntas, quién se asegurará de que se cumplan los tiempos y se evite la dispersión. Las respuestas de cada grupo de trabajo se transcribirán y se presentarán junto con los cuestionarios de las dos primeras secciones, para ser procesados y tabulados.

6. Generación de posibles propuestas para el fortalecimiento de la función rectora de la ASN

Una vez que los grupos de trabajo hayan terminado sus encuestas y respuestas, éstas serán entregadas. Los datos serán procesados y tabulados y se presentarán a los grupos de trabajo en forma preliminar como retroalimentación para la siguiente fase: La identificación de propuestas para el fortalecimiento de la función rectora.

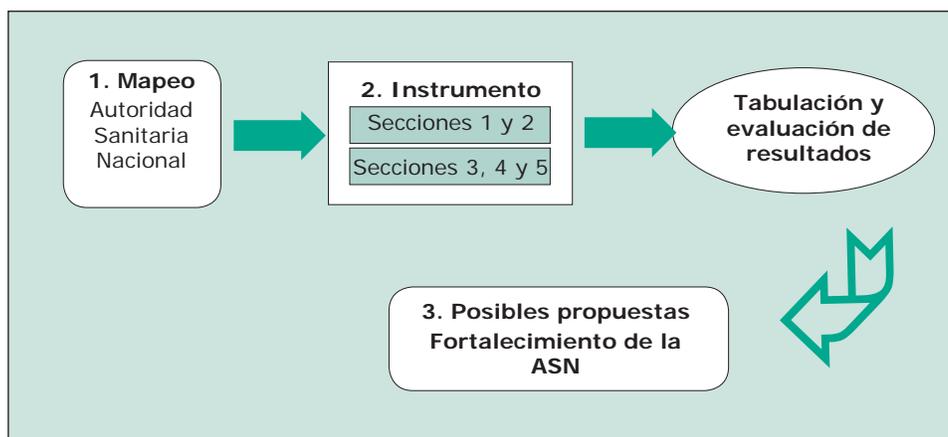
Los grupos de trabajo, reunidos nuevamente, se darán a la tarea de identificar posibles opciones para el fortalecimiento de las funciones rectoras de la ASN. Es importante que las opciones que se planteen puedan ser traducidas en acciones concretas.

Como producto final, cada grupo de trabajo presentará su propuesta de estrategias y acciones dirigidas a fortalecer el rol rector de la Autoridad Sanitaria Nacional, utilizando como base el análisis de los resultados del mapeo y del instrumento de evaluación del desempeño. Igualmente, entregará un cronograma tentativo para la aplicación del mapeo y del instrumento en su respectivo país.

Confidencialidad

La información suministrada es estrictamente confidencial y sólo estará disponible una vez que haya sido procesada, de manera a garantizar total confidencialidad al participante en relación a sus respuestas individuales.

Ruta Crítica: Pasos a tomar



ANEXO B.

MARCO ORDENADOR PARA EL MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

Datos a ingresar

- 1) Marco Legal: Identifique el o los instrumento/s legal/es que normatizan el alcance y las responsabilidades que se le otorga a la/s institución/es para ejecutar esta actividad. Coloque el número de ley o código que contenga dicha actividad como tal. (En el anexo se transcribirá textualmente la misma). En caso de no existir ningún mandato legal que la respalde, sólo se colocará una línea transversal que indique la inexistencia de la misma.
- 2) Institución Responsable por Ley: Identifique, en los mandatos legales del país, la/s institución/es que son responsables por el cumplimiento de esta actividad. En caso de no existir ninguna institución especificada, coloque una línea transversal que indicará que el país no responsabiliza a ninguna institución.
- 3) Institución Ejecutora: Identifique que institución/es ejecuta/n estas actividades en la actualidad.

Área funcional: Regulación

Actividades	Nivel central			Nivel intermedio/regional			Nivel local		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud									
Regulación de los seguros de salud públicos									
Regulación de los seguros de salud privados									
Regulación y fiscalización de la provisión de servicios de salud públicos y privados									
Acreditación de instituciones públicas y privadas de salud									
Regulación y control de insumos médicos									
Regulación y control de tecnología sanitaria									
Regulación y control de bienes de consumo e insumos básicos									
Regulación y control sanitario de establecimientos públicos									
Regulación y control sanitario del medio ambiente									
Regulación y certificación de recursos humanos en salud									
Regulación y control de los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud									
Armonización de la legislación de salud con la de los países participantes en los procesos de integración regional									

Área Funcional: Conducción

Actividades	Nivel Central			Nivel Intermedio/ Regional			Nivel Local		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Análisis de la situación de salud									
Definición de prioridades y objetivos sanitarios									
Formulación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud									
Dirección, concertación y movilización de actores y recursos									
Promoción de la salud y participación social en salud									
Coordinación política y técnica de la cooperación internacional en salud									
Participación política y técnica en organismos de integración económica a nivel regional y subregional.									
Evaluación del desempeño del sistema de salud (funcionamiento sectorial de sus instituciones)									
Monitoreo y evaluación									

Área funcional: Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Actividades	Nivel central			Nivel intermedio/regional			Nivel local		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud									
FESP 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública									
FESP 3. Promoción de la salud									
FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud									
FESP 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública									
FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública									
FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios									
FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública									
FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos									
FESP 10. Investigación en salud pública									
FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud									

Área funcional: Financiamiento

Actividades	Nivel central			Nivel intermedio/regional			Nivel local		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Formular políticas para modular y corregir las distorsiones del financiamiento sectorial									
Vigilar el proceso de financiamiento sectorial									
Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores									
Influir en la distribución presupuestaria									

Área funcional: Garantía de aseguramiento

Actividades	Nivel central			Nivel intermedio/regional			Nivel local		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Definir el contenido de los conjuntos garantizados de prestaciones									
Vigilar el cumplimiento de la cobertura de los planes, garantizando que ningún ciudadano sea excluido									
Definir el grupo poblacional, el territorio y los mecanismos de vigilancia que asegurará a la población su aseguramiento									

Área funcional: Provisión de servicios

Actividades	Nivel central			Nivel intermedio/regional			Nivel local		
	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora	Marco legal	Institución responsable por ley	Institución ejecutora
Organizar los planes de acción y redes de servicios de instituciones públicas y privadas para evitar la duplicación de servicios de salud en el país									
Establecer criterios de contratos de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados									
Definir criterios de calidad de atención a la salud									
Definir criterios de acreditación de instituciones prestadoras									
Establecer criterios de incorporación de tecnología en salud									

I. Conducción

Capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo a la política nacional de salud.

1. Análisis de la situación de salud

1.1 Recolección y disponibilidad de información

- a. Las fuentes de información sobre la situación de salud son fácilmente identificadas en el Sistema Nacional de Salud.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional efectúa evaluaciones periódicas de las necesidades de información estratégica y las hace disponibles.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional garantiza la disponibilidad de los indicadores de morbilidad y mortalidad para el nivel nacional, departamental y/o local.
- d. La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y garantiza la disponibilidad de información sobre el acceso a los servicios de salud por parte de grupos socio-económicos, división geográfica, etnia y género.
- e. La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y garantiza la disponibilidad de información sobre hábitos de vida y riesgos a la salud.
- f. La Autoridad Sanitaria Nacional promueve y garantiza la disponibilidad de información sobre riesgos ambientales.
- g. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con mecanismos y/o coordinación efectiva para el intercambio de información entre el nivel nacional y los niveles subnacionales.

1.2 Control de calidad de la información

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con instrumentos y procesos para el control de la calidad de la información.
- b. Se identifica una clara sistematización de las estadísticas poblacionales.
- c. Las estadísticas poblacionales proporcionan información de calidad.
- d. La información en salud que se recopila es oportuna y pertinente.
- e. En términos de cobertura y precisión, la información sobre morbilidad y mortalidad que se recopila es de calidad.

1.3 Capacidad institucional para la realización de análisis de situación de salud

- a. La información recopilada es analizada y sirve de insumo para generar inteligencia sanitaria (capacidad técnica).
- b. La toma de decisiones se efectúa en función de la información recopilada y analizada.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros y organizacionales necesarios para realizar el análisis de la situación de salud.
- d. La Autoridad Sanitaria Nacional difunde, por varios medios, información sobre el estado de salud de la población.

2. Definición de prioridades y objetivos sanitarios

2.1 Realización de diagnósticos focalizados en temas claves

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional promueve un diagnóstico que evidencie las brechas existentes entre las necesidades de salud y la oferta efectiva de servicios de salud.
- b. Existen Objetivos Nacionales de Salud definidos.
- c. Se utilizan las prioridades en salud, establecidas por el país, como insumo para la definición de los Objetivos Nacionales de Salud.
- d. El actual perfil de la situación de salud sirve de fundamento para la definición de los Objetivos Nacionales de Salud.
- e. Las prioridades de salud establecidas por el país concuerdan con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM's).

2.2 Capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional asume la responsabilidad de definir prioridades en salud.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con fondos, y los asigna, para viabilizar los procesos conducentes a la definición de las prioridades y los Objetivos Nacionales de Salud.
- c. La estructura organizacional de la Autoridad Sanitaria Nacional facilita la definición de prioridades y Objetivos Nacionales de Salud.

3. Formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud

3.1 Elaboración y desarrollo de estrategias, políticas, planes y programas de salud.

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional asume el liderazgo en el desarrollo de la Agenda Nacional de Políticas de Salud Pública.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional define e implementa políticas de salud.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional elabora y actualiza, periódicamente, la Política Nacional de Salud para el país.
- d. La Política Nacional de Salud define los actores y sus responsabilidades específicas para alcanzar los Objetivos Nacionales de Salud.

3.2 Difusión de las políticas, planes, programas y estrategias de salud

- a. Los entes que componen la Autoridad Sanitaria Nacional, los demás sectores del gobierno y la sociedad civil tienen fácil acceso al documento de Política Nacional de Salud del país.
- b. Frecuencia con que la Autoridad Sanitaria Nacional comparte la Agenda de Políticas de Salud Pública con los Sindicatos.
- c. Frecuencia con que la Autoridad Sanitaria Nacional comparte la Agenda de Políticas de Salud Pública con las Instituciones del Sector Privado.
- d. Frecuencia con que la Autoridad Sanitaria Nacional comparte la Agenda de Políticas de Salud Pública con los Municipios o Niveles Descentralizados.
- e. Frecuencia con que la Autoridad Sanitaria Nacional comparte, sistemáticamente, la Agenda de Políticas de Salud Pública con las Organizaciones No Gubernamentales.
- f. Frecuencia con que la Autoridad Sanitaria Nacional comparte la Agenda de Políticas de Salud Pública con las Organizaciones Comunitarias.

3.3 Monitoreo y evaluación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las políticas de salud.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional promueve mecanismos independientes de seguimiento y evaluación de la implantación de las políticas de salud.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional recopila, analiza, integra y evalúa la información proveniente de múltiples fuentes.

- d. La Autoridad Sanitaria Nacional utiliza la información proveniente del ejercicio de evaluación para definir e implementar las políticas de salud pública.

4. Dirección, concertación, movilización de actores y recursos

4.1 Concertación y liderazgo

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional promueve el logro de consenso entre los múltiples actores del sector salud para viabilizar la definición de la Política Nacional de Salud.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional lidera el proceso nacional conducente a la formulación de objetivos sanitarios y políticas sectoriales nacionales y subnacionales de salud.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional construye coaliciones y alianzas en el proceso de conducción de la política nacional de salud.
- d. El sistema interno de comunicación de la Autoridad Sanitaria Nacional difunde información sobre el ejercicio de la función rectora de la misma (dirigida al personal institucional de todos los niveles).
- e. El sistema externo de comunicación de la Autoridad Sanitaria Nacional difunde información relativa al ejercicio del rol rector por parte de esa Autoridad (dirigida a los interesados externos al sector salud).
- f. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con una definición formal de su visión y misión.
- g. La Autoridad Sanitaria Nacional difunde ampliamente su misión y visión.

4.2 Movilización de recursos

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional moviliza recursos (materiales, humanos, financieros y organizacionales) del sector salud para el cumplimiento de la política nacional de salud.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional logra resultados concretos a partir del proceso de movilización de recursos.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional coordina y colabora con instituciones académicas y sociales científicas en el desarrollo de recursos humanos para el sector salud.

5. Promoción de la salud, participación y control social en salud

5.1 Diseño y promoción de políticas de salud pública

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional dirige la elaboración de normas e intervenciones orientadas a favorecer conductas y ambientes saludables.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional define y ejecuta acciones para fortalecer los niveles subnacionales en acciones de promoción de la salud.

5.2 Fomento de la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en salud

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional estimula y fomenta el desarrollo de la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en el campo de la salud.
- b. Disposición de la Autoridad Sanitaria Nacional para solicitar aportes de la sociedad civil/comunidad para la definición de los Objetivos Nacionales de Salud.
- c. Capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional para asesorar y apoyar a los niveles subnacionales en el desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de participación social en la toma de decisiones de salud pública.

5.3 Fomento de la coordinación intersectorial

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional convoca, periódicamente, a representantes de organizaciones comunitarias, del sector privado y de otros sectores del Estado con el fin de planificar acciones dirigidas al logro de las metas en materia de promoción de la salud.

6. Armonización de la cooperación técnica internacional en salud

6.1 Negociación con donantes y otros cooperantes internacionales

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional inicia, conduce y lleva a cabo procesos de negociación con organismos de cooperación internacional en el campo de salud.

6.2 Coordinación de la cooperación internacional en salud

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional desarrolla proyectos de salud para someter a la consideración de organismos de cooperación internacional.

- b. Incidencia de los recientes proyectos de cooperación en el desarrollo y formulación de las políticas del sector.

6.3 Monitoreo y evaluación de las contrapartes en proyectos de cooperación internacional

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional monitorea la contraparte internacional en proyectos de cooperación.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con profesionales capacitados en el seguimiento sistemático de los proyectos de cooperación internacional.

7. Participación política y técnica en organismos internacionales, regionales y subregionales

7.1 Articulación política y técnica con organismos internacionales, regionales y subregionales

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional participa activamente, como portavoz y representante del sector salud, en organismos internacionales, regionales y subregionales.

7.2 Implementación de acuerdos subregionales, regionales y globales

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional coordina, supervisa e implementa, en el país, acuerdos y compromisos subregionales, regionales y globales.

8. Evaluación del desempeño del sistema de salud

8.1 Medición del logro de metas

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional define metas que sirven como punto de referencia para la evaluación del desempeño del sistema de salud.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con mecanismos para medir el logro de las metas establecidas.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional cuenta con la capacidad técnica y organizacional para conocer cómo se está avanzando en el logro de las metas.

8.2 Medición de los recursos utilizados y estimado de la eficiencia del sistema de salud

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional asigna recursos técnicos y financieros para medir los recursos del sistema de salud que se utilizan para alcanzar las metas.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional asigna recursos técnicos y financieros para definir la información que se requiere para estimar la eficiencia del sistema.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional asume, como su responsabilidad y competencia, la determinación de la eficiencia con que se utilizan los recursos para alcanzar las metas.

8.3 Evaluación del desempeño y retroalimentación

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional identifica sus debilidades para ejercer, de manera efectiva, la función rectora.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional identifica los puntos operativos críticos del sector salud que pueden representar cuellos de botella para ejercer la función rectora.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional asume como su competencia la evaluación del desempeño del sistema de salud.
- d. La Autoridad Sanitaria Nacional elabora e implementa políticas para mejorar los logros y/o la eficiencia a partir de la evaluación del desempeño.

II. Regulación

Diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y la garantía de su cumplimiento.

1. Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora

1.1 Desarrollo y perfeccionamiento del marco legal

- a. El marco legal confiere a la Autoridad Sanitaria Nacional el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencias especializadas.
- b. La modalidad directa o por medio de agencias reguladoras existentes favorece la equidad en el acceso a bienes, productos y servicios de salud.
- c. La modalidad directa o a través de agencias reguladoras existentes favorece la participación de los distintos sectores involucrados.
- d. La modalidad directa o a través de agencias reguladoras existentes favorece la transparencia en términos de rendición de cuentas.
- e. La Autoridad Sanitaria Nacional incide en la formulación de regulaciones de salud.
- f. El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Servicios de Salud.
- g. El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Tecnologías en Salud.
- h. El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Alimentos.
- i. El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Medicamentos e Insumos Médicos.
- j. El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de Ambiente.
- k. Existen leyes que carecen de reglamentación en el ámbito sanitario, o en otros ámbitos que influyen sobre la salud.
- l. La Autoridad Sanitaria Nacional actualiza las regulaciones dirigidas a la protección de la salud y seguridad de la población con el objetivo de responder mejor a las necesidades cambiantes.

1.2 Efectividad del marco legal

- a. El marco legal existente es efectivo en el ejercicio de la función regulatoria.
- b. El ejercicio de la función regulatoria ha resultado ser positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional coordina intersectorialmente para ejercer la función regulatoria.

1.3 Capacidad institucional para ejercer la función regulatoria

- a. Las dependencias que componen la Autoridad Sanitaria Nacional tienen conocimiento de las regulaciones.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional asume la función regulatoria.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional es autónoma, en términos de presiones políticas y económicas, en la formulación de las regulaciones.
- d. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce una función regulatoria eficiente en función de recursos humanos capacitados.
- e. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce una función regulatoria eficiente en función de recursos humanos disponibles suficientes.
- f. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce una función regulatoria eficiente en función de recursos financieros disponibles.
- g. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce una función regulatoria eficiente en términos de las instalaciones.
- h. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce una función regulatoria eficiente en función de insumos y tecnologías.

2. Fiscalización y control

2.1 Capacidad de la Autoridad Sanitaria Nacional de hacer cumplir las regulaciones

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional hace cumplir las regulaciones mediante mandatos claros y procedimientos establecidos en las regulaciones aplicables.
- b. La Autoridad Sanitaria Nacional hace cumplir las regulaciones mediante la existencia de sanciones efectivas en relación con la magnitud del daño a la salud individual o colectiva.
- c. La Autoridad Sanitaria Nacional es reconocida como «la autoridad» por los diversos actores involucrados.
- d. La Autoridad Sanitaria Nacional hace cumplir las regulaciones mediante la interacción con los fiscalizados, en términos de difusión de normas y procedimientos aplicables.
- e. Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de servicios de salud.
- f. Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de tecnología.
- g. Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de alimentos.
- h. Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de medicamentos.

- i. Se identifican procedimientos de monitoreo o evaluación en el sector de ambiente.
- j. La Autoridad Sanitaria Nacional comparte su función fiscalizadora con otras instituciones.
- k. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en función de recursos humanos capacitados.
- l. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en función de recursos humanos suficientes.
- m. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en función de recursos financieros suficientes.
- n. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de las instalaciones.
- o. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce eficientemente su función de fiscalización y control en términos de insumos y tecnología.

2.2 Coordinación y transparencia

- a. La Autoridad Sanitaria Nacional ejerce la función de fiscalización y control con transparencia.
- b. Los diversos sectores involucrados perciben que la Autoridad Sanitaria Nacional ejerce su función fiscalizadora con un alto nivel de transparencia.
- c. Las instancias centrales asisten a los niveles subnacionales en la función de fiscalización y control.
- d. El desempeño global de la función fiscalizadora es positivo en términos de la interrelación que existe entre las funciones de regulación y control.

3. Regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria

3.1 Regulación del sector farmacéutico

- a. La ASN mantiene y actualiza el registro de medicamentos expedidos al público en función de los principios de seguridad y eficacia.
- b. Existen normas para la importación, comercialización, publicidad, distribución y consumo de medicamentos.
- c. La ASN desempeña un rol activo en la evaluación, o en la supervisión de la evaluación, de los medicamentos genéricos.
- d. La ASN implanta medidas de control de precios para garantizar la disponibilidad y acceso a los medicamentos por parte de la población.

3.2 Regulación y control de equipos y dispositivos médicos

- a. La ASN mantiene y actualiza el registro de equipos y dispositivos médicos en función de los principios de seguridad y eficacia.
- b. Existen normas para la importación, comercialización, publicidad, distribución y uso de equipos y dispositivos médicos.
- c. La ASN toma medidas de control de precios para garantizar la disponibilidad y acceso a los equipos y dispositivos médicos por parte de la población.

3.3 Regulación y evaluación de tecnología sanitaria

- a. Existen normas para la evaluación de las tecnologías en salud.
- b. Existen organismos públicos o privados dedicados a evaluar las tecnologías en salud.
- c. La ASN utiliza la información producto de las evaluaciones para el desarrollo de recomendaciones atinadas acerca de la tecnología disponible o sobre proveedores y usuarios.

4. Regulación y control sanitario de bienes y servicios

4.1 Normativas de Bienes de Consumo

- a. Existen normas sanitarias para la importación, comercialización, distribución y utilización de bienes de consumo.
- b. La ASN fiscaliza el cumplimiento de estas normas.
- c. La ASN dispone de mecanismos y recursos institucionales para ejercer eficazmente esta función.

4.2 Permisos sanitarios de establecimientos públicos

- a. Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos.
- b. Las normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos son completas, pertinentes y actualizadas.
- c. La ASN fiscaliza el cumplimiento de estas normas.
- d. La ASN cuenta con los mecanismos y recursos institucionales para ejercer eficazmente esta función.

5. Normativas para el control sanitario del medio ambiente

- a. La ASN tiene un alto grado de injerencia en la regulación del medio ambiente.
- b. Existen normas completas, pertinentes y actualizadas para la protección contra riesgos ambientales.
- c. La ASN fiscaliza el cumplimiento de las normativas ambientales que inciden en la salud.
- d. La ASN tiene un alto grado de coordinación y colaboración con las autoridades ambientales para reducir los factores de riesgo a la salud.

6. Regulación y certificación de recursos humanos en salud

6.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud en el país

- a. La ASN caracteriza la fuerza de trabajo en salud existente en el país, identificando las brechas a cubrir en materia de composición y disponibilidad, de acuerdo al perfil epidemiológico y demográfico.
- b. La ASN tiene un alto grado de coordinación con otros sectores y niveles involucrados.

6.2 Fijación de estándares y criterios para la acreditación y certificación de profesionales de salud

- a. La ASN determina procedimientos de certificación de profesionales de salud.
- b. La ASN utiliza mecanismos eficaces para garantizar la calidad del recurso humano en salud.

6.3 Fijación de estándares y criterios para la acreditación de instituciones formadoras de profesionales de salud

- a. Las instituciones formadoras de profesionales de salud cuentan con procedimientos de acreditación y los implementan.
- b. Los mecanismos utilizados para garantizar la calidad de los programas de formación de profesionales de salud son eficaces.

III. Modulación del financiamiento

Garantizar, Vigilar y Modular la Complementariedad de los Recursos de Diversas Fuentes para Asegurar el Acceso Equitativo de la Población a los Servicios de Salud.

1. Formulación de políticas que permitan modular y corregir las distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad

- a. ¿Formula y establece la ASN políticas dirigidas a fomentar la equidad mediante mecanismos de redistribución del financiamiento?
- b. Evalúe en qué grado la ASN logra influir en la asignación de recursos en el sector con el fin último de incrementar la equidad. Eso incluye esfuerzos dirigidos a asegurar que las fuentes de financiamiento no sean regresivas y sean suficientes y sinérgicas.
- c. ¿Con qué mecanismos cuenta la ASN para influenciar el financiamiento sectorial hacia la equidad? Analice si son procesos de orden regulatorio, de gestión, de supervisión, de retroalimentación u otros, y si están vinculados a políticas específicas.
- d. ¿Ha logrado recientemente la ASN, mediante el desarrollo de políticas, modular el financiamiento sectorial con ese mismo objetivo?

2. Vigilancia del proceso de financiamiento sectorial

- a. ¿Tiene la ASN la capacidad de llevar a cabo una estrecha y sistemática vigilancia del proceso de financiamiento sectorial y de cómo se gastan los fondos asignados?
- b. ¿Qué mecanismos utiliza la ASN para llevar a cabo la vigilancia del financiamiento sectorial desde la perspectiva de calidad, eficiencia y transparencia? Por ejemplo: mapeo de fondos, cuentas nacionales en salud, estudios de eficiencia y calidad.
- c. ¿Brinda la ASN apoyo o retroalimentación a las instituciones del sector a partir del conocimiento adquirido en la vigilancia del proceso de financiamiento sectorial?

3. Negociación con los principales proveedores

3.1 Negociación y Coordinación con la Tesorería

- a. Evalúe el rol de la ASN en términos de su habilidad de negociación y coordinación de los recursos financieros con la Tesorería.
- b. ¿Existen canales de comunicación abiertos y fluidos? ¿Hay disposición al diálogo y a la retroalimentación entre la ASN y la Tesorería?

- c. ¿Está la ASN capacitada y potenciada para articular eficazmente sus necesidades en el diálogo con la Tesorería y con las autoridades fiscales nacionales?
- d. ¿Qué probabilidad real tiene la ANS de influenciar el origen y la macroasignación de los recursos financieros para el sector salud?

3.2 Cooperación Internacional

- a. ¿Cuál es el peso relativo de la cooperación internacional en el sector salud, en términos de su aporte financiero real al gasto y a la inversión sectorial?
- b. Evalúe el papel de la ASN en términos de su habilidad de negociación y coordinación de los recursos financieros con la cooperación internacional, tanto prestatarios como donantes.
- c. ¿Está la ASN capacitada y potenciada para articular eficazmente sus necesidades en el diálogo con la cooperación internacional?
- d. ¿Está la ASN consciente y asume la responsabilidad de que las diferentes fuentes alternativas de financiamiento externo no afecten la sostenibilidad del sistema?
- e. ¿Qué probabilidad real tiene la ANS de influenciar la asignación de los recursos de la cooperación internacional hacia el sector salud?

4. Redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado

4.1 Redistribución de Fondos entre Seguros

- a. ¿Qué mecanismos financieros puede utilizar la ASN para lograr una redistribución efectiva de fondos entre los distintos seguros de manera a garantizar el acceso equitativo? Por ejemplo, la transferencia de subsidios entre distintos regímenes (contributivo y subsidiado), la creación de fondos nacionales de solidaridad o fondos de compensación de riesgos.
- b. Evalúe el desempeño de la ASN en la redistribución de fondos entre seguros.

4.2 Redistribución de Fondos entre Niveles Regionales

- a. ¿Qué mecanismos financieros puede utilizar la ASN para lograr una redistribución efectiva de fondos entre distintos niveles regionales a fin de garantizar el acceso equitativo?
- b. ¿Ha desarrollado la ASN mecanismos distributivos del gasto a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores?
- c. Evalúe el desempeño de la ASN en la redistribución de fondos entre los niveles regionales para fomentar la equidad.

5. Definición de criterios de asignación de recursos

- a. ¿Cuál es el rol de la ASN en la definición de criterios de asignación de recursos? (Se entiende por esto el desarrollo de criterios para escoger qué intervenciones y servicios deben ser garantizados y priorizados, asignándoles así los recursos necesarios para su debida ejecución.)
- b. Evalúe el papel de la ASN en la definición y promoción del uso de criterios de asignación de recursos para establecimientos de salud públicos descentralizados o desconcentrados, en base a criterios de necesidad, desempeño e impacto.
- c. ¿Cuál ha sido el rol de la ASN en la función de compra de intervenciones, desde la perspectiva de representar los intereses de la población más vulnerable?

IV. Garantía del aseguramiento

Garantía de Acceso a un Conjunto Garantizado de Prestaciones de Cobertura de Servicios de Salud para Todos los Habitantes o a Planes Específicos para Grupos Especiales de la Población.

1. Definición de un conjunto de prestaciones

- a. ¿Informa la ASN a todos los habitantes o a cierto grupo de la población, según sea el caso, en relación a qué bienes y servicios de salud tienen derecho, bajo un plan garantizado de prestaciones?
- b. ¿Está públicamente disponible y al alcance de cualquiera la información que define el alcance de los bienes y servicios de salud garantizados? ¿Está claramente estipulado que deben tener un nivel de calidad aceptable?
- c. Cuando se actualiza o modifica el conjunto de prestaciones — como, por ejemplo en el caso de la incorporación de nuevos tratamientos para VIH/SIDA — ¿informa la ASN a la población y a los grupos de interés sobre estos cambios en los derechos?

2. Definición de Poblaciones y Territorios que serán Cubiertos por los Mecanismos de Garantía de los Conjuntos de Prestaciones

2.1 Protección de los Derechos de los Usuarios

- a. ¿Están articulados y publicados los derechos de los usuarios en relación al conjunto de prestaciones?
- b. ¿Existe una instancia formal que se encarga de la protección de los derechos de los usuarios? ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas? ¿Está respaldado este proceso con una adecuada asignación de presupuesto?
- c. ¿Evalúa la ASN las encuestas periódicas de satisfacción realizadas, directa o indirectamente, como parte de los mecanismos de evaluación de los aseguradores y prestadores de servicios?

2.2 Difusión de sus Derechos

- a. Analice el grado de difusión de los derechos de los usuarios relacionados con el conjunto de prestaciones. ¿Están difundidos esos derechos en los establecimientos de salud a los que llegan los usuarios, en distintas zonas geográficas, para distintos grupos de población, en un formato entendible y que efectivamente logre transmitir el mensaje?
- b. ¿Promueve y difunde la ASN el concepto de que el usuario informado sobre sus derechos es un actor más en la tarea de fiscalización?

3. Regulación y Control del Cumplimiento Público y Privado de los Planes de Aseguramiento

3.1 Definición de Estándares de Prestación de Servicios

- a. ¿Existen y se aplican estándares para regular la calidad de la prestación de servicios por parte de la ASN?

3.2 Vigilancia del Cumplimiento Público y Privado de los Planes de Aseguramiento

La vigilancia del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento es una pieza clave de la regulación del mercado de seguros de salud. Implica que una vez que se hayan definido las reglas del juego, la ASN debe velar por el cumplimiento de los planes de cobertura tanto por las entidades públicas, como por las aseguradoras privadas. Por ejemplo:

- a. ¿Garantizan estos mecanismos de vigilancia que ningún beneficiario sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de riesgo relacionadas con la edad o con patologías preexistentes?
- b. ¿Se regula y fiscaliza la actividad y desempeño de los oferentes de aseguramiento en salud (directamente o a través de superintendencias u organismos similares)?.

Califique el rol de la ANS en la ejecución de la función de vigilancia, específicamente las siguientes acciones:

- c. Formulación, divulgación y vigilancia de estrategias y normas en relación a los planes de servicios de salud, así como mecanismos de afiliación a los seguros y contenidos de las pólizas de los seguros de salud.
- d. Realización de estudios del mercado de seguros de salud, que caractericen los mecanismos de contratación, los sistemas de control de calidad, las relaciones con los prestadores de servicios de salud, la cobertura y la distribución geográfica.

3.3 Definición de Estándares de Prestación de Servicios

- a. ¿Vigila la ANS la solvencia financiera de los aseguradores, con el propósito de proteger a los consumidores de posibles faltas de solvencia que pudieran incidir en la disponibilidad y calidad de los servicios que reciben?
- b. ¿Vigila la ASN el enriquecimiento ilícito y el fraude?
- c. ¿Qué mecanismos utiliza la ASN para ello y qué tipo de acciones puede tomar para intervenir? ¿Qué suelen utilizarse más comúnmente, sanciones o incentivos?
- d. En general, ¿ha logrado la ASN que las transacciones sean transparentes y eficientes?

V. Armonización de la provisión de los servicios de salud

Capacidad de Promover la Complementariedad de los Diversos Proveedores y Grupos de Usuarios, de manera a Extender la Cobertura de Atenciones de Salud, Equitativa y Eficientemente

La función de armonización en la provisión de los servicios ocurre en sistemas de salud de múltiples actores, de naturaleza pública y privada, sobre cuya gestión hay que incidir a fin de lograr que algunos objetivos comunes sean alcanzados.

1. Planificación de Servicios con Criterio Regional o Funcional

- a. Evalúe la labor de la ASN en el proceso de armonización de los planes de acción y de los modelos de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país.
- b. Califique el rol de la ASN en la evaluación de los mecanismos de referencia y contrarreferencia y en el desarrollo de estrategias para asegurar el acceso a esa referencia y contrarreferencia.
- c. Califique el rol de la ASN en la evaluación de la duplicidad de servicios, con particular énfasis en la formulación de estrategias para evitar la fragmentación de los servicios y fomentar la equidad y el acceso.

2. Desarrollo de Mecanismos Regulatorios para Proteger al Público y Garantizar Estándares Mínimos de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud

2.1 Establecimiento de normas básicas de atención en salud

- a. Evalúe la función conductora y normativa de la ASN, en términos del establecimiento de normas básicas de atención en salud o estándares de prestación de servicios, tanto a nivel extra como intrahospitalario.
- b. ¿Sirven estas normas básicas de atención como indicadores y guías para el desarrollo de programas de calidad, para la acreditación, para la evaluación del desempeño y otros?
- c. ¿Qué mecanismos utiliza la ANS para fiscalizar su cumplimiento?

2.2 Desarrollo de Programas de Calidad

- a. ¿Ha propiciado la ASN el desarrollo de programas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud? ¿Qué mecanismos utiliza la ASN — licenciamiento, certificación, acreditación — para proteger al público y garantizar estándares mínimos de calidad?

- b. El desarrollo de indicadores para la evaluación de la calidad tiene dos lados: los indicadores para uso interno en la autoevaluación y gobernabilidad, y los indicadores para la evaluación externa, la acreditación y el control. ¿Cuáles de estos tipos se han desarrollado, o están siendo desarrollados?
- c. ¿Existe un programa de calidad reconocido formal y legalmente? ¿Cómo se relaciona con la ASN, en términos de gestión, financiamiento, auspicio y autonomía?
- d. Para que los instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios de salud sean efectivos deben ser parte de un ciclo de estándares, evaluación y cambio. ¿En qué medida la ASN está comprometida con este ciclo, que va más allá del desarrollo de estándares e incluye la evaluación periódica y la retroalimentación para el cambio?

2.3 Acreditación de Instituciones Públicas y Privadas de Salud

- a. Considerando la acreditación como una herramienta de evaluación externa, ¿hasta qué punto existen criterios y procedimientos para acreditar instituciones de salud?
- b. ¿Cuál es el grado de efectividad y aplicación de los estándares? ¿Y el grado de actualización de los mismos?
- c. ¿Existe una instancia de acreditación y evaluación de esos estándares? Determine el grado de autonomía con que actúa.

2.4 Medición del Desempeño de los Servicios en Relación al Cumplimiento de los Estándares Establecidos

- a. Califique la existencia de instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares establecidos.
- b. ¿Evalúa la ASN, periódicamente, la calidad de los servicios de salud, utilizando esos instrumentos?
- c. Califique los resultados obtenidos en la medición del desempeño y evaluación de los servicios de salud.

3. Fomento de Coaliciones y Oferta de Incentivos para la Autorregulación

- a. ¿Promueve la ASN el concepto de «autorregulación», entendido como la promoción de conductas responsables por parte de todos los actores del sector?
- b. Califique la existencia y difusión de medidas que estimulen, de manera positiva, la conducta responsable de los actores del sector, tanto en términos de ética como de eficiencia.

- c. Califique la existencia de alianzas de la ASN con grupos de interesados (grupos de profesionales de la salud, proveedores y compradores de servicios, entre otros) para el fomento de la autorregulación profesional, mediante, por ejemplo: el apoyo a buenas prácticas, la certificación de las condiciones de afiliación y el intercambio de experiencias.

4. Mediación entre Pagadores, Proveedores y Usuarios para Asegurar la Protección de estos últimos

- a. ¿Qué rol cumple la ASN en la mediación entre pagadores, proveedores y usuarios, a fin de proteger los derechos de estos últimos? ¿Existe una instancia formal que se encarga de ello?
- b. ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de reclamos y la adjudicación de quejas?

5. Normatización de la Incorporación Tecnológica para la Planificación y la Asignación de Recursos

- a. Evalúe la capacidad de la ASN de emitir normativas sobre la incorporación tecnológica, para su utilización en la planificación y la asignación de recursos.
- b. ¿Mantiene actualizada la ASN la normatización de la incorporación tecnológica, en función de las evaluaciones de las tecnologías sanitarias y de otros insumos?

6. Capacidad Institucional de Fiscalización y Control de los Servicios de Salud

- a. ¿Con qué capacidades institucionales cuenta la ASN para enfrentar la responsabilidad de armonizar la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios?
- b. Califique la capacidad de la ASN de aplicar estándares en la medición del desempeño de los servicios de salud en términos de:
 - Recursos humanos capacitados
 - Recursos humanos suficientes
 - Recursos financieros suficientes
 - Insumos y tecnología adecuada
 - Periodicidad del monitoreo

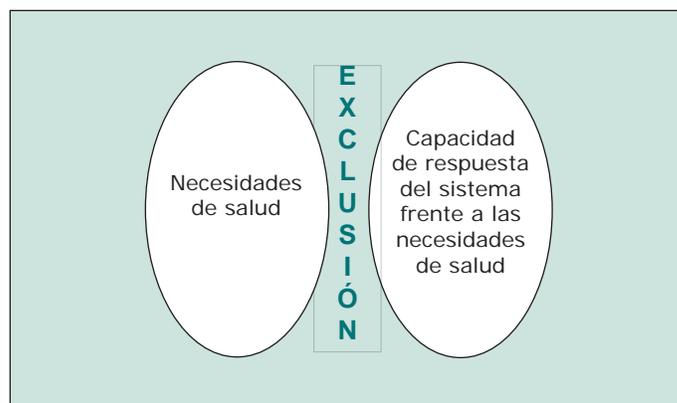
ANEXO C. ANÁLISIS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

La exclusión en salud se puede definir como la negación, a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada, del derecho de satisfacer sus necesidades de salud. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente. A partir de esta definición se desprende que existen diversos grados de exclusión en salud, representados por situaciones en las que el individuo:

- a) No tiene acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.
- b) No tiene acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud, en condiciones adecuadas de oportunidad y calidad.
- c) No tiene acceso a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermarse y las consecuencias de estar enfermo.

Tal como se muestra en la Figura C.1, el fenómeno de la exclusión en salud tiene lugar en la interface que se produce entre las necesidades — percibidas y no percibidas — de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a esas necesidades.

Figura C.1: La exclusión social en salud



Esta definición general conlleva especificidades distintas, dependiendo del tipo de bien requerido para la satisfacción de las necesidades de salud. Si los bienes requeridos son bienes públicos o meritorios, la principal función del sistema de protección de salud es incentivar el consumo y garantizar el financiamiento y la disponibilidad de estos bienes, de modo que la comunidad obtenga un nivel de consumo óptimo, desde el punto de vista social. Si los bienes requeridos son bienes asegurables, la principal función es garantizar su financiamiento y disponibilidad y proveer información que oriente la demanda.

Dentro de este marco conceptual, «acceso» se entiende como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca se deben dar dos condiciones:

- a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.
- b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud, entendiendo por producción, el proceso de elaboración del bien o servicio; por entrega, el proceso de transferencia del bien o servicio desde el productor al proveedor; y por disponibilidad, el proceso mediante el cual el bien o servicio es puesto efectivamente al alcance del individuo que tiene la necesidad de salud.

Existen casos en los que la producción, la entrega y la disponibilidad del bien o servicio se traducen en un solo acto, como es el acto de atención médica. Sin embargo, en la mayoría de los casos se pueden identificar procesos separados de producción, entrega (que para muchos bienes, involucra compra y transporte) y disponibilidad, como en el caso de los medicamentos.

Las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes o servicios de salud constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión en salud.

Una característica importante de la exclusión en salud es que se trata de un fenómeno multicausal y complejo, que presenta grandes variaciones entre los países y al interior de ellos, y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Aunque no está bien estudiada, existe una clara relación entre la exclusión en salud y las siguientes variables:

- Pobreza.
- Desigualdad entre grupos sociales.
- Discriminación racial.
- Desempleo, subempleo y empleo informal.
- Insuficiencia de la red de servicios que provee el Estado.
- Debilitamiento de la red de protección social tradicional, sin un reemplazo adecuado.
- Bajo gasto en salud.
- Fallas en la estructura de los sistemas de protección de la salud.

Otro aspecto relevante de la exclusión en salud es su heterogeneidad, es decir, la existencia de gradientes importantes en la situación de exclusión en salud entre los países y al interior de ellos. Se pueden observar, así, grupos de población totalmente excluidos de las atenciones que entrega el sistema en su conjunto y, más frecuentemente, grupos de población que cuentan con un acceso parcial a ciertos servicios de salud, en ciertos períodos de tiempo, pero no tienen acceso a otras atenciones de salud que demandan y/o necesitan. Un ejemplo de esto es la exclusión, en algunos países, de grupos mayoritarios de la población, de la atención en enfermedades crónicas no transmisibles (2). Este aspecto es importante de considerar, porque generalmente se esconde tras los promedios nacionales o regionales.

Ambas características, la multicausalidad y la heterogeneidad, plantean desafíos metodológicos a la caracterización de la exclusión, en particular en lo que se refiere a su medición.

Cuadro C.1: Causas de exclusión

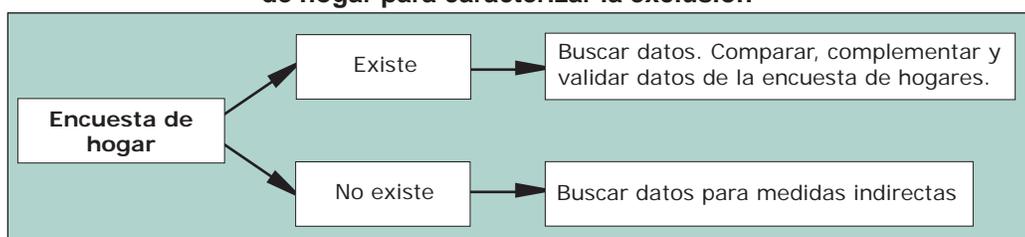
Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	a) Provisión de bienes/servicios de salud. b) Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud pero que afectan la salud.	a) Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud. b) Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	a) Provisión de bienes/servicios de salud. b) Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a) Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico. b) Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a) Geográficas. b) Económicas. c) Culturales/étnicas (auto exclusión). d) Determinadas por la condición de empleo.	a) Asentamientos humanos en sitios remotos o poco accesibles. b) Incapacidad de financiar las atenciones de salud. c) La atención de salud se provee en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con sus creencias. d) Subempleo, empleo informal, desempleo.
Problemas relacionados con la calidad de los servicios (que pueden, junto con la variable étnica, resultar en auto exclusión)	a) Problemas asociados a la calidad técnica de la atención. b) Problemas relacionados con la calidad en el trato y del lugar donde se realiza la atención de salud.	a) Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados. b) Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas.

Fuente: OPS/OMS, 2001 (1).

1. Instrumentos para caracterizar la exclusión

El mejor método de medir la exclusión es a través de las encuestas domiciliarias. Sin embargo, este método presenta limitaciones, en particular por su alto costo, el hecho de que, normalmente, no investiga sobre el sistema de protección social y que, por lo general, no llega a la población con mayores problemas de exclusión. Si las encuestas de hogar existen e incluyen la información requerida, deben ser usadas como primera opción. Si no existieran (y también para comparar, complementar y validar sus datos, cuando existen), se deben utilizar datos procedentes de fuentes secundarias, sobre todo los referentes a déficits o brechas de acceso en diversos aspectos de la atención de salud. Es lo que se denomina medidas indirectas o trazadoras. Esto se resume en la figura C.2.

Figura C.2: El empleo de las encuestas de hogar para caracterizar la exclusión



**Cuadro C.2: Desafíos metodológicos
que presenta la medición de la exclusión en salud**

Característica	Cómo se presenta	Consecuencia	Desafío metodológico
Multicausal	La exclusión en salud aparece relacionada con diversos macro determinantes de la situación de salud.	Muchas de sus causas y posiblemente sus orígenes se encuentran fuera del sector salud.	a) Resulta difícil de medir: desafío técnico de definir indicadores adecuados. b) Resulta difícil establecer el peso relativo de cada determinante. c) Resulta difícil establecer relaciones de causalidad.
Heterogénea	Se pueden observar diferentes niveles de exclusión en diferentes grupos de la población.	Muchas de sus causas y posiblemente sus orígenes se encuentran fuera del sector salud.	Es importante realizar mediciones a niveles subnacionales y locales, teniendo en cuenta los diversos aspectos de la exclusión en salud.

Fuente: *Elaboración propia.*

La medición puede realizarse utilizando indicadores propios del sector salud (indicadores internos) o indicadores externos a él. Los indicadores internos más útiles para medir la exclusión en salud son aquéllos ligados al proceso de atención. Algunos indicadores de resultado proporcionan también buenas aproximaciones en relación a la exclusión, en especial cuando ésta se asocia a inequidad. Los últimos tres indicadores de esta lista corresponden a este tipo.

- Demanda asistida.
- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado o proporción de partos institucionales aplicada a la población total.¹
- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado por origen étnico, por quintiles de ingreso.
- Porcentaje de niños que abandonan el programa de vacunas o tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura (habitualmente la vacuna contra el sarampión), aplicada a la población total.²
- Porcentaje de mujeres embarazadas que no cuentan con el número normado de control prenatal, en relación al total de embarazadas, por quintiles de ingreso, por origen étnico y por lugar de residencia (urbano/rural).
- Porcentaje de población sin acceso a agua potable/alcantarillado, en relación al total de población, por quintiles de ingreso, por origen étnico y por lugar de residencia (urbano/rural).
- Número de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes.³

1. O número de partos no institucionales multiplicado por el tamaño de la familia promedio (si es conocido) y dividido por la tasa de fecundidad específica de un grupo interesante para la exclusión.

2. O tasa de abandono multiplicada por el tamaño de la familia promedio (se es conocida) y dividida por el porcentaje de niños en edad de recibir vacunas de un grupo interesante para la exclusión.

3. Se extiende una norma nacional de cama por habitante. Se sugiere utilizarla para definir los déficits, siempre y cuando se explicita dicha norma.

- Porcentaje de cobertura de la red de salud, por regiones o por lugar de residencia (urbano/rural).
- Distribución territorial de la red asistencial.
- Mortalidad materna por quintiles de ingreso, por ubicación geográfica (urbana/rural), por origen étnico.
- Mortalidad infantil por quintiles de ingreso, por ubicación geográfica (urbana/rural), por origen étnico.
- Años de vida perdidos por discapacidad, por quintiles de ingreso.

Por su parte, los indicadores externos más útiles para medir la exclusión en salud son:

- Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social, en relación al total de la población y por sexo, por quintil de ingreso, por origen étnico.
- Porcentaje de personas no cubiertas por algún sistema de aseguramiento, en relación al total de la población y por sexo, por quintil de ingreso, por origen étnico.
- Porcentaje de trabajadores informales en relación a la masa total de trabajadores y por sexo, por quintil de ingreso, por origen étnico.
- Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.
- Porcentaje del gasto de bolsillo en relación al gasto total de los hogares (cifra global y diferenciando los hogares por quintiles de ingreso).
- Número de personas cuyo ingreso se encuentra por debajo del ingreso mínimo para el país, o número de personas que viven con menos de US\$2 al día en relación a la población total y por sexo y origen étnico.
- Gasto público en salud como porcentaje del PIB.⁴
- Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud.
- Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso.
- Distribución de los subsidios en salud por quintiles de ingreso.
- Coeficiente de Gini.

Existen, además, otros indicadores internos y externos que reflejan aspectos de la exclusión en salud relacionados con grupos específicos de población. Son los siguientes:

- a) Para medir la cantidad de personas que no tiene acceso a los servicios de salud por razones étnicas o culturales:
 - Porcentaje de población de origen indígena, afrodescendiente u otra no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud.
 - Demanda asistida por origen étnico/idioma hablado.

4. Este resulta ser un buen indicador porque se ha encontrado, en diversos estudios, que un alto gasto público se relaciona con menores niveles de exclusión, independientemente de la eficiencia de dicho gasto.

- b) Para medir el número de personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, se puede considerar el porcentaje de población rural que vive a más de una hora y el de población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención, con capacidad de resolución de problemas básicos (por ejemplo, médico al menos una vez por semana).

Guía instructiva para el análisis de la exclusión social en salud

Posibles preguntas orientadoras

- Porcentaje de la población excluida de los sistemas de protección de la salud de acuerdo con la encuesta de hogar.
- Déficit de infraestructura adecuada.
 - ¿Cuál es la cobertura de vacunación por edades?
 - ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de un año con esquema completo de vacunación?
 - ¿Cuál es el promedio nacional de egresos hospitalarios, el promedio por zonas a nivel subnacional y el promedio diferenciado urbano/rural?
 - ¿Cuál es la distribución territorial de la red de salud pública, privada y de seguridad social? Si no se cuenta con toda la información, indique la distribución territorial de la red de mayor tamaño, agregando la información disponible para las demás. Si es posible, agregar un mapa que muestre la capacidad resolutive.
 - Indique si existen vías de transporte para llegar a los centros de salud más cercanos y el porcentaje de funcionalidad de dichas vías, cuantificando su disponibilidad en relación al tiempo (por ejemplo: abiertas la mitad del año, una vez a la semana; etc.).
- Existencia de barreras.
 - Indique el costo de traslado al centro de salud más cercano.
 - ¿Qué cantidad de población (en números absolutos y como proporción de la población total) está cubierta, legalmente, por el sistema de protección de salud existente?
 - ¿Qué cantidad de población (en números absolutos y como proporción de la población total) está cubierta, en la práctica, por el sistema de protección de salud existente?
 - ¿Existe discriminación por sexo en relación a la afiliación, al costo de los planes, a la cobertura de los planes, a los copagos u otros, en alguno (uno o más) de los sistemas de protección de salud existentes?
 - Indique el porcentaje de trabajadores afiliados a más de un seguro (cobertura doble o múltiple).
 - ¿Cuáles son las barreras que explican la brecha entre cobertura la legal y la cobertura real?
 - Indique la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del PIB.
 - Indique la magnitud del gasto directo en salud como porcentaje del gasto total en salud.

- Indique la magnitud del gasto público en salud como porcentaje del PIB.
- Indique la magnitud del gasto privado en salud como porcentaje del PIB.
- ¿Qué porcentaje de la población es de origen indígena?
- ¿Qué porcentaje de la población es afrodescendiente?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena y/o afrodescendiente se encuentra por debajo de la línea de pobreza?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen no indígena/afrodescendiente se encuentra por debajo de la línea de pobreza?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena no habla español?
- Indique el porcentaje de la población de origen indígena monolingüe, en un idioma distinto del oficial/dominante, de ser posible, diferenciando por idioma y etnia.
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena se atiende con medicina tradicional?
- ¿Cuál es la tasa actual de desempleo?
- ¿Cuál es el porcentaje de trabajadores informales en relación a la masa total de trabajadores?
- Indique la distribución de los trabajadores informales por categoría laboral, sexo e ingresos.
- Indique el porcentaje de trabajadores migrantes internos y un estimado de la cantidad de población excluida por esta causa (estimado del tamaño familiar).
- Indique el porcentaje de migrantes externos en relación a la población total del país, su distribución territorial y su porcentaje en relación a la población del nivel subnacional que los recibe.

¿Dónde obtener la información?

La información requerida para caracterizar la exclusión social en salud suele encontrarse dispersa en distintos departamentos y unidades gubernamentales de los niveles nacionales o subnacionales. También en algunos centros universitarios y de estudios sobre la salud, así como en los informes de algunos organismos internacionales de cooperación técnica y/o financiera. A título indicativo, se relacionan, a continuación, los más comunes.

- Unidad de estadística del Ministerio de Salud.
- Unidad de epidemiología del Ministerio de Salud.
- Unidades de estadística y epidemiología de las direcciones regionales o locales de salud.
- Ministerio de Economía/Ministerio de Finanzas.
- Ministerio del Trabajo/Ministerio de Bienestar Social.
- Cuentas Nacionales.
- Instituto de Estadísticas y Censos.
- Instituto de Seguridad Social.
- Aseguradores (públicos, privados).

- Superintendencias (de seguros, de seguridad social, de prestadores de servicios, etc.).
- Departamentos de estadística de los Municipios.
- Oficina de OPS/OMS en el país.
- Otras agencias internacionales (UNICEF, PNUD, OIT, etc.).
- Informes de los proyectos de cooperación multilaterales o bilaterales.
- BID, Banco Mundial.
- Oficinas especializadas en estudios económico y sociales (CEPAL, FLACSO, otras).
- Universidades u otros centros académicos.
- ONGs.

Dado que la información sobre exclusión social en salud suele encontrarse dispersa y a menudo no es coincidente, es importante validar los datos y la fuente utilizada. Para ello conviene triangular los datos. La triangulación se realiza comparando los datos obtenidos de una fuente con datos de otras fuentes para la misma categoría. Se recomienda utilizar por lo menos dos o tres fuentes de distinto origen para la comparación (por ejemplo, datos obtenidos en investigaciones realizadas por centros académicos, datos de ONGs y datos de investigaciones realizadas por organismos internacionales) especialmente si existen dudas respecto a la fidelidad de los datos.

Dado que la información sobre exclusión social en salud suele encontrarse dispersa y, a menudo, no es coincidente, es importante validar los datos y la fuente utilizada. Para ello conviene triangular los datos. La triangulación se realiza comparando los datos obtenidos de una fuente con los datos de otras fuentes para la misma categoría. Se recomienda utilizar por lo menos dos o tres fuentes de distinto origen para la comparación (por ejemplo, datos obtenidos en investigaciones realizadas por centros académicos, datos de ONGs y datos de investigaciones realizadas por organismos internacionales), especialmente si existen dudas acerca de la fidelidad de los datos.

¿Cómo presentar la información?

Existen diversos modos de presentar la información, dependiendo del carácter cuantitativo o cualitativo de la misma.

Para la información cuantitativa, se sugieren gráficos o tablas que reúnan los indicadores sugeridos disponibles para cada país y, si es posible, para cada región, estado o provincia. También es muy útil agregar, cuando se pueda, mapas de nivel nacional y subnacional (regional, provincial, departamental) que indiquen en qué zonas geográficas se concentra la exclusión en salud.

Para la información cualitativa, se sugiere presentar un resumen de la situación de exclusión de acuerdo al cuadro de causas de la misma, así como un texto narrativo para aquellas preguntas orientadoras u otros aspectos que no hayan sido apropiadamente cubiertos en las tablas y en el resumen y que faciliten la comprensión del sistema.

Es importante recordar que:

- Siempre que sea posible, la información debe ser presentada para el nivel nacional y para los niveles subnacionales.
- No se debe entender sector informal y exclusión como sinónimos. Es importante caracterizar a la población de trabajadores informales de acuerdo a sus ingresos y analizar si los distintos grupos de trabajadores informales tienen o no protección social en salud, incluyendo la protección tradicional.
- Los resultados deben servir para proponer una agrupación de la población excluida según los grados de exclusión.
- Cuando se disponga de información sobre disparidades en la calidad de la prestación de servicios entre grupos de población, definidas según los criterios usados para caracterizar la exclusión (basada por ejemplo en indicadores tales como índice de satisfacción usuaria y porcentaje de establecimientos de salud certificados y acreditados), la misma deberá ser incluida.

Al principio o al final del texto puede ser muy útil presentar: (a) un listado de la información sugerida en este capítulo y que no fue posible obtener o que presentó las mayores dificultades para su obtención; (b) un listado de otros indicadores que hayan sido utilizados para medir la exclusión en el país y que no se encuentren en el listado sugerido; (c) una descripción de los estudios requeridos para complementar el análisis, en caso de ser necesario.

2. Análisis de las estrategias implementadas para reducir la exclusión

El propósito de este apartado es utilizar la exclusión como categoría de análisis y como indicador de éxito en la puesta en marcha de las estrategias para mejorar la salud de las personas.

Las estrategias que deberían formar parte de una política explícita para reducir la exclusión se pueden clasificar cómo:

- a) Las destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos.
- b) Las destinadas a fortalecer la demanda por prestaciones.
- c) Las que se orientan a fortalecer el marco regulatorio, con el fin de proporcionar a las personas, herramientas para hacer valer sus derechos en salud (empowerment).

En el Cuadro C.3, se presenta un resumen de las estrategias que efectivamente se han implementado en la Región.

Por otra parte, el resultado de las estrategias llevadas a cabo puede variar de modo considerable de acuerdo a las condiciones específicas imperantes en cada país. Esas condiciones, capaces de modificar el resultado de las estrategias, se denominan condiciones del entorno y se resumen en el Cuadro C.4.

Cuadro C.3: Análisis de las estrategias implementadas de acuerdo a su objetivo, tipo de bien que busca garantizar y sector de impacto

Estrategia	Tipo de bien		Sector de impacto
	Público	Asegurable	
1) Destinadas a mejorar la oferta de servicios			
• Refuerzo de la atención primaria		X	público
• Participación comunitaria en gestión/control de servicios		X	público
• Descentralización		X	público
• Autogestión hospitalaria		X	público
• Medicamentos esenciales		X	público
• Municipios saludables		X	público
• Estándares de calidad de la atención		X	público
• Estímulo a la oferta privada de servicios		X	privado
• Sistemas locales de salud		X	público
• Colaboración público-privada en la provisión de servicios de salud		X	ambos
• Cambios en el modelo de atención		X	público
• Instalación de redes de alcantarillado y agua potable	X		ambos
• Implementación/extensión programas de vacunación	X		ambos
• Programas de atención focalizados en grupos vulnerables		X	público
• Prevención y control de enfermedades específicas	X		público
• Campañas sanitarias	X		público
• Expansión de la atención en zonas rurales		X	público
• Participación de ONGs en la provisión			ambos
• Refuerzo de la red pública de servicios		X	público
• Mejoramiento de la gestión de la provisión		X	público
• Incentivos al desempeño		X	público
• Orientación al usuario		X	público
• Programas de alimentación complementaria	X		ambos
• Construcción de caminos, puentes, vías de acceso	X		ambos
• Programas de saneamiento básico	X		ambos
2) Orientadas a fortalecer la demanda			
• Paquetes básicos de salud		X	ambos
• Colaboración público-privada en el financiamiento de servicios		X	ambos
• Seguro Público		X	público
• Seguro Catastrófico		X	público
• Gratuidad en la atención de pobres e indigentes		X	público
• Extensión de la seguridad social a grupos no asegurados		X	público
• Microseguros		X	privado
• Paquetes de prestaciones para grupos vulnerables a precios preferentes		X	público
• Paquetes para reducción de listas de espera		X	ambos
• Subsidio a la demanda por prestadores		X	ambos
• Subsidio a la demanda por seguros		X	ambos
• Derechos de los pacientes		X	ambos
3) Orientadas a optimizar el marco regulatorio			
• Fortalecimiento rol rector del Ministerio de Salud	X		ambos
• Separación de funciones	X		público
• Elaboración marco regulatorio	X		ambos
• Creación de agencias para la fiscalización	X		privado
• Regulación subsector privado	X		privado

Fuente: Basado en información contenida en OPS/OMS, OIT (3).

Cuadro C.4: Matriz de análisis de las estrategias implementadas en los países de América Latina y el Caribe

Estrategia implementada*	Condiciones del entorno					
	Características del sistema (segmentación, porcentaje gasto directo, regulación, separación de funciones).	Otros grupos humanos vulnerables (identificar, especificar cómo afecta a la estrategia).	Porcentaje de pobreza	Porcentaje de población perteneciente a grupos étnicos (indígena, afro-descendiente).	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
Estrategia 1						
Estrategia 2						
Estrategia 3						

*Nota: *Estrategias del sector de la salud y también las que se han realizado fuera del sector salud pero que han tenido un impacto sobre la situación de exclusión (construcción de caminos, saneamiento, etc.).*

Para evaluar el resultado de las estrategias puestas en ejecución, se requiere conocer las condiciones del entorno y relacionar cada una de ellas, con cada una de las estrategias a evaluar a lo largo de un período de tiempo suficiente como para observar un cambio. El resultado de la estrategia puesta en funcionamiento debería reflejarse en la variación o no-variación de uno o más indicadores de exclusión en salud, de modo que se pueda construir un esquema como el siguiente:

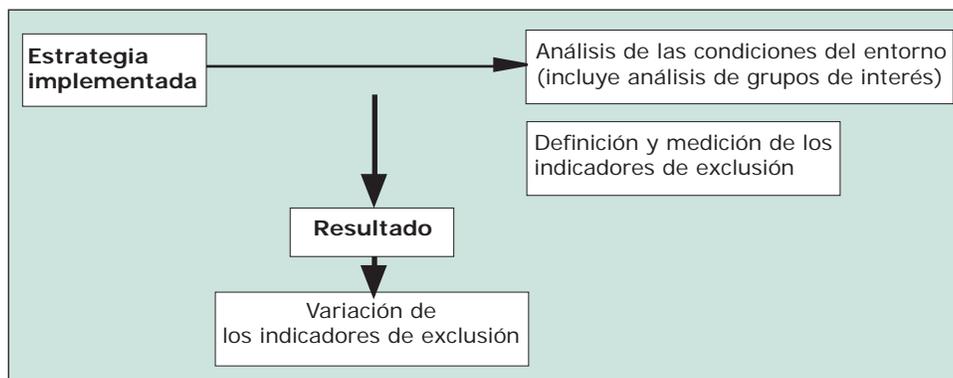
Cuadro C.5: Variación de indicadores de exclusión en salud

Estrategia	Indicador	Variación
		Aumento - Disminución - Sin variación*

*Nota: * Expresado en la unidad de medición correspondiente al indicador (porcentajes, x1.000, otros).*

Para ello, se recomienda la siguiente metodología de análisis, que se presenta en la Figura C.3.

Figura C.3: Metodología de análisis para evaluar el resultado de las estrategias implementadas



Posibles preguntas orientadoras

- Del total de estrategias puestas en funcionamiento, ¿existe(n) alguna(s) que claramente haya(n) modificado la situación de exclusión? Si fueran más de una, se sugiere hacer un listado.
- ¿Están siendo planteadas nuevas estrategias que pudieran afectar la situación de exclusión, distintas a las comprendidas en el cuadro C.3?
- Del total de estrategias ejecutadas, ¿existe(n) alguna(s) que claramente haya(n) modificado la oferta de servicios de salud o de otros servicios con impacto en salud?
- Del total de estrategias llevadas a cabo, ¿existe(n) alguna(s) que claramente haya(n) modificado la demanda de servicios de salud o de otros servicios con impacto en salud?
- Del total de estrategias implementadas, ¿existe(n) alguna(s) que claramente haya(n) modificado la regulación del sector salud o de otros sectores relacionados con el impacto en salud?
- De las estrategias implementadas y las modificaciones obtenidas, ¿cuáles sugieren cambios en los indicadores relacionados con la exclusión social?
- ¿Cuáles son las variables más relevantes del contexto político (acuerdos de paz, gobernabilidad, estabilidad de autoridades de gobierno e instituciones donde las estrategias se han aplicado, etc.), que influyen las estrategias identificadas?

¿Dónde obtener la información?

Teniendo en cuenta el carácter fundamentalmente cualitativo y analítico de este apartado, se propone, a continuación, un procedimiento para obtener y procesar la información, el cual puede contribuir a facilitar el análisis final de la misma. El procedimiento consiste en:

- Identificar informantes claves.
- Realizar entrevistas con responsables de unidades seleccionadas y/o proyectos de las instituciones para hacer un inventario de estrategias.
- Revisión de documentos e informes oficiales.
- Revisión de evaluaciones ex ante y ex post.
- Analizar estrategias de alcance nacional y planes piloto, evaluar su replicabilidad y sostenibilidad.
- Considerar grupos de estrategias que se aplicaron, de manera conjunta, en un período considerado (es posible agrupar las estrategias o es posible que una estrategia tenga varios componentes y, en este caso, deben identificarse los resultados para construir indicadores que se relacionen con la exclusión).
- Incluir el análisis de los interesados, al inicio y durante la implementación de las estrategias analizadas, y especificar si hubo cambios.

¿Cómo presentar la información?

En general, de acuerdo a los cuadros presentados, un cuadro resumen, con identificación de los grupos de interés más importantes y en qué modo se ha modificado el resultado de las estrategias implementadas, puede ayudar. Conviene incluir gráficos comparativos que muestren la variación de los indicadores debido a las estrategias puestas en ejecución en un período de 5 a 10 años. Se sugiere analizar, al menos, las tres principales estrategias desarrolladas en los últimos 10 años, de acuerdo a la matriz de análisis y, con la información obtenida, llenar el cuadro estrategia-indicador-variación. Además, se puede preparar un cuadro sinóptico de las estrategias que han producido cambios en los indicadores, mencionando estos indicadores, su porcentaje de variación y el período de tiempo transcurrido. El grupo puede anexar columnas que ayuden a explicar el entorno. Después de presentar los cuadros anteriores, se presentará el análisis en forma de texto narrativo. Si la información de los cuadros antes mencionados ha variado, se pueden describir las variaciones en la matriz de análisis. Para aquellas preguntas orientadoras u otros aspectos que no hayan sido apropiadamente cubiertos en las tablas anteriores y que faciliten la comprensión del sistema, se preparará un texto narrativo breve que enfatice lo relevante.

Bibliografía y notas (Anexo C)

- (1) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2001). Guía metodológica para el análisis de la exclusión en salud. Washington, D.C., (Documento de trabajo).
- (2) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2001). Estudio de caracterización de la exclusión en salud en República Dominicana. Washington, D.C., (Documento de trabajo).
- (3) Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1999). Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe. Documento preparado para la Reunión regional tripartita de ILO con la colaboración de PAHO. México, Nov.29-Dic.1 (mimeo).

1. Introducción

La pandemia mundial del SIDA sigue cobrando fuerza. A fines de 2001, unos 40 millones de personas en el mundo estaban infectadas por el VIH (1). Aunque la epidemia en las Américas no ha alcanzado los niveles de crisis de África (Subsahariana), se estima que hay 3 millones de personas infectadas por el VIH en la Región. En realidad, el Caribe tiene las más altas tasas de prevalencia de infección por el VIH en adultos, 2,2 por ciento, superadas solamente por las de África (Subsahariana) (2).

En ese mismo período, había aproximadamente 940.000 adultos y niños infectados por el VIH/SIDA en América del Norte, de los cuales 45.000 habían contraído la infección en 2001; 420.000 en el Caribe, que incluían 60.000 recién infectados en 2001; y 1.400 millones de personas en América Latina, de las cuales 130.000 se habían infectado ese año. Las tasas de prevalencia varían de un país a otro: en Haití, por ejemplo, la prevalencia en adultos es del 6 por ciento; en cambio, en Estados Unidos es del 0,6 por ciento y de sólo 0,1 por ciento, en Bolivia (3).

Además del extraordinario sufrimiento humano que conlleva, la pandemia se ha convertido en una causa importante de inestabilidad social, política y económica (4). Un estudio realizado recientemente en Trinidad y Tobago y en Jamaica reveló que, si no se controla, la incidencia creciente de la enfermedad conducirá a una caída del producto interno bruto y a una disminución del nivel de ahorro interno (5). Además, la infección por el VIH/SIDA en la Región podría dar lugar a una «generación perdida» como ha sucedido en África (Sub-Sahariana), en donde gran parte de la población en edad laboral ha muerto por la enfermedad, contándose entre sus sobrevivientes niños, a menudo huérfanos, y ancianos. Sin la población en edad laboral, hay pocos profesores, médicos, agricultores, trabajadores fabriles, entre otros, para impulsar el desarrollo del país (6). Por todo eso, el Grupo de Cooperación para el Desarrollo Económico de la Región del Caribe, presidido por el Banco Mundial, ha llamado a la pandemia de infección por el VIH/SIDA «un desafío y un peligro trascendental para el desarrollo» (7).

En respuesta a los efectos graves y devastadores de la pandemia, los organismos y las organizaciones internacionales han elaborado estrategias y lineamientos para los países que están combatiendo la enfermedad. En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Lucha Contra el VIH/SIDA, de junio de 2001, por ejemplo, los representantes de los países del mundo se comprometieron a cumplir con un mandado decenal para combatir la crisis de la infección por el VIH/SIDA en todo el planeta. Específicamente, se comprometieron a la prevención, a la atención, apoyo y tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, a la protección de los derechos humanos de los que viven con la infección o sus consecuencias, a la reducción de la vulnerabilidad en los grupos en riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA, a la asistencia especial a las niñas y los niños huérfanos a causa de la enfermedad, a la mitigación de los efectos sociales y económicos de la infección por el VIH/SIDA, a

la inversión en investigación y desarrollo de nuevos tratamientos o vacunas y a la asignación de recursos adicionales para la lucha contra la pandemia (8).

El tema de la infección por el VIH/SIDA en las Américas también mereció la atención debida por parte de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS en el 43er Consejo Directivo, en septiembre de 2001. El Consejo instó a los Estados Miembros a que otorguen un alto nivel de prioridad al combate de esta pandemia, procurando vincular los modelos de atención integral con estrategias sólidas de prevención primaria, y faciliten las respuestas interinstitucionales e intersectoriales nacionales y regionales (9).

Por último, en la sede de la OMS (10), finalizó recientemente un amplio proceso de consultas regionales sobre la «Estrategia mundial del sector sanitario para el fortalecimiento de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA», cuyo objetivo era generar consenso técnico sobre elementos esenciales de esta estrategia y prever los desafíos a la ejecución y las consecuencias prácticas para la acción — a escala mundial y regional — de manera a mejor apoyar a las autoridades de los Estados Miembros en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA.

La responsabilidad de llevar a cabo estas estrategias y los compromisos afines conciernen al sector sanitario de cada país. Los sistemas de salud deben tomar las riendas para evitar que se siga propagando la pandemia, brindar atención, tratamiento y apoyo a todas las personas infectadas por el VIH/SIDA en el país y velar por la protección de los derechos humanos de las personas que padecen la enfermedad y de sus familias. A fin de adoptar medidas eficaces e integrales para combatir la infección por el VIH/SIDA, le corresponde al sector sanitario realizar una serie de tareas: vigilancia y evaluación, financiamiento, legislación, prestación de servicios y coordinación con otros sectores. Este capítulo proporciona un resumen de esas tareas; recursos adicionales son mencionados al final del capítulo.

2. Políticas y programas nacionales: legislación y monitoreo

El total apoyo y compromiso de los gobiernos nacionales es imprescindible para que se adopten medidas eficaces contra la pandemia de infección por el VIH/SIDA. Para conseguir tal apoyo, es necesario tener conocimientos profundos de la situación epidemiológica propia de cada país.

2.1 Vigilancia epidemiológica

La vigilancia de la infección por el VIH/SIDA puede proporcionarle a los países información detallada acerca de la prevalencia e incidencia de la infección en diversos sectores de la población. Sin embargo, tal vigilancia epidemiológica es compleja y exige la recolección de datos biológicos y sobre comportamientos. En el primer decenio de la pandemia, muchos países sólo concentraron los datos de los casos certificados de SIDA. Aunque dicha información fue útil para seguir el virus, no les permitió el seguimiento de los casos posibles, fuera por medio de la vigilancia de la población infectada por el VIH o de los datos recogidos sobre los comportamientos de riesgo. Los sistemas de vigilancia actualmente vigentes están superando progresivamente esa limitación.

La vigilancia de los productos biológicos consta de dos actividades, conjuntas o separadas: 1) el tamizaje regular de la sangre donada y 2) el seguimiento de la infección por el VIH, mediante análisis de sangre de determinados grupos de población de alto riesgo o representativos de un segmento más grande de la población general. Los grupos en riesgo son los pacientes en tratamiento por infecciones de transmisión sexual (ETS), los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatal (11).

Los datos de vigilancia sobre grupos de alto riesgo a menudo se obtienen mediante pruebas anónimas o programas de orientación y pruebas voluntarias (OPV). La prueba anónima puede producir resultados relativamente imparciales, ya que evita el hecho común de que las personas que no quieren conocer su estado se rehúsen a someterse a las pruebas. Por otro lado, participar en OPV le proporciona a quienes conocen su estado de infección, medios para evitar infectar a otros, y a las personas con resultados negativos en las pruebas, la posibilidad de protegerse ellas mismas (12, 13). Para reducir los riesgos en los grupos de alto riesgo, los programas de OPV pueden promover menos compañeros sexuales y el uso más frecuente de condones en las personas infectadas. La prueba también le proporciona a las embarazadas el acceso al tratamiento, lo cual reduce el riesgo de transmisión de madre a hijo (14). Cuando las pruebas se combinan con la orientación, se puede mitigar el miedo a la muerte y al desamparo. Los programas que ofrecen OPV también suelen aconsejar a las personas acerca del estigma relacionado con la orientación sexual y sobre los programas de rehabilitación y tratamiento del abuso de drogas.

La vigilancia conductual puede adoptar cualquiera de estas dos modalidades: 1) encuestas transversales repetidas en la población general y 2) encuestas transversales repetidas en subgrupos demográficos definidos. Estas encuestas recogen información acerca de los comportamientos sexuales y del consumo de drogas. Otras fuentes de información proporcionan datos de los casos de infección por el VIH/ SIDA, notificados por médicos o laboratorios, a una autoridad sanitaria central o regional, el registro de defunciones en bases de datos de estadísticas demográficas nacionales y datos de prevalencia e incidencia de ETS y tuberculosis.

Preguntas que se sugieren como guía

- ¿Se lleva a cabo la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH/SIDA en el país? En ese caso, ¿se recogen datos conductuales y biológicos?
- ¿Quién controla la información de la vigilancia epidemiológica?
- ¿Cómo se resuelven las preocupaciones sobre la confidencialidad?
- ¿En qué forma y con qué regularidad se recogen los datos?
- ¿Quién tiene acceso a los datos?
- ¿Se llevan a cabo actividades tales como verificaciones al azar, para certificar que la información sea exacta y actualizada?
- ¿Cómo se transmite la infección por el VIH en el país?
- ¿Quién contrae la infección por el VIH (qué grupos)?

3. Legislación

Se necesitan leyes que rijan el acceso a la atención de salud para que amparen el acceso garantizado a la atención de la infección por el VIH/SIDA. Varios países han elaborado textos sobre asuntos ligados a la infección por el VIH/SIDA para incorporarlos en las leyes sanitarias vigentes. A continuación se presentan algunos ejemplos (15).

- Políticas y reglamentos para estandarizar las pruebas diagnósticas y clínicas de VIH, especialmente en lo que se refiere a la confidencialidad y a las prácticas de difusión de la información.
- Reglamentación de las relaciones entre los sectores público y privado para asegurar la prestación de atención y la remisión de pacientes entre los diferentes establecimientos asistenciales.
- Políticas nacionales sobre fármacos y listas de medicamentos esenciales.
- Reglamentación y normalización del uso de los tratamientos indicados contra la infección por el VIH (como el antirretroviral).
- Leyes que protegen los derechos de las personas con infección por el VIH/SIDA y de sus familias.
- Leyes o políticas que exigen la vigilancia y evaluación regulares de los programas contra la infección por el VIH/SIDA.

Los países también pueden legislar con la finalidad de intervenir en materias que pueden aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH/SIDA, tales como: 1) sexo, raza, sexualidad y pobreza, y 2) estigma y discriminación (16).

Sin embargo, la aplicación de las leyes vigentes no siempre es rigurosa (17) y el plazo entre la aprobación de las leyes y su aplicación varía de país a país. La exposición de los legisladores a estrategias legislativas establecidas y aplicadas puede fortalecer su capacidad para cumplir mejor con las exigencias de las autoridades nacionales, dictadas por la epidemia. También puede ayudarles, el comprender los factores culturales, religiosos, políticos y económicos que pueden impedir la formulación y aplicación de leyes sobre la infección por el VIH/SIDA en sus propios países.

Preguntas que se sugieren como guía

- ¿Qué tipo de leyes particulares sobre la infección por el VIH/SIDA se han aprobado?
- ¿Cuánta fuerza tienen las leyes, y a quién se aplican?
- ¿Cuáles son las consecuencias del no cumplimiento de esos reglamentos y políticas?
- ¿Se están formulando otras leyes o políticas relacionadas con la infección por el VIH/SIDA?
- ¿Qué se puede aprender de las leyes de otros países, para aplicarlo en su país?
- ¿Cómo garantizan las leyes vigentes o propuestas la protección de los derechos humanos?

4. Servicios: prevención y tratamiento

El sector sanitario es responsable de prevenir el contagio de la infección por el VIH/SIDA en las personas que todavía no han contraído la infección y de garantizar el acceso equitativo al diagnóstico, tratamiento y apoyo de todos los afectados por la infección por el VIH/SIDA. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento deben ser complementarios y parte integrante de las medidas generales contra la infección por el VIH/SIDA.

4.1 Prevención

La prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH) del VIH es un componente imprescindible de la estrategia de control del SIDA, especialmente por el hecho de que las mujeres representan el 50 por ciento de los adultos VIH-positivos en el Caribe y 30 por ciento en América Latina (18). La tercera parte de las embarazadas infectadas por el VIH transmitirá el virus a sus lactantes durante el embarazo, el nacimiento o por medio de la leche materna, a menos que haya intervenciones preventivas.

Las estrategias para prevenir la TMH suelen abarcar los siguientes componentes (19):

- prevención primaria del VIH en las mujeres en condiciones de embarazarse;
- pruebas voluntarias combinadas con orientación sobre opciones reproductivas;
- tratamiento antirretroviral (ARV) durante las últimas semanas del embarazo o alrededor del parto para las embarazadas VIH-positivas;
- evitar la lactancia materna, y
- tratamiento ARV de la madre precisamente antes del parto, y de la madre y el lactante justo después del parto.

Se han expresado muchas opiniones en el sentido de que es preciso, por motivos médicos y éticos, que los programas de intervención en materia de TMH combinen dos modalidades: 1) prevención de la transmisión, como se describe anteriormente y 2) terapia antirretroviral muy activa (terapia ARMA) en el caso de madre VIH-positiva. Según estudios médicos (20, 21), el tratamiento ARMA, administrado a las embarazadas VIH-positivas, disminuye la transmisión perinatal y protege al lactante de la infección a lo largo del período posnatal, incluso si son amamantados. El énfasis en la reducción de la carga viral materna también puede reducir la tasa de transmisión adulta en la comunidad. Sin tratamiento, esas mujeres no sobrevivirán para ver crecer a sus hijos. Administrar el tratamiento a las madres prolonga la supervivencia libre de la enfermedad y los aportes sociales actuales de las mujeres en edad fecunda.

Preguntas que se sugieren como guía (22)

- ¿Existen normas de política nacional sobre la incorporación de la prevención de la TMH en los servicios prenatales corrientes?
- ¿Están las embarazadas en contacto con el sistema de salud?

- ¿Están los programas en condiciones de proporcionar orientación y pruebas del VIH de calidad (23) a cualquier embarazada que opte por aceptarlas?
- ¿Están los programas en condiciones de proporcionar medicamentos y sucedáneos de la leche materna a las mujeres VIH-positivas?

Como la transmisión del VIH es por relaciones sexuales sin protección, y no exclusivamente por las relaciones sexuales en sí, la educación y la distribución de condones son elementos indispensables de una estrategia útil de prevención.

En muchos países, la educación sobre la infección por el VIH/SIDA se ha limitado, normalmente, a las campañas de «información, educación y comunicación» (24). Estos programas suelen valerse de una serie de mecanismos para educar a la población, que a menudo comprenden la comunicación interpersonal y las campañas en los medios de comunicación masiva (25). En algunos países, hay campañas educativas coordinadas sobre prácticas sexuales menos peligrosas o actividades para cubrir ciertos grupos de riesgo, tales como los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas inyectables. Es importante evaluar los tipos de educación sobre el VIH/SIDA promovidos por un país, además del grado de éxito de dichas campañas educativas. Por ejemplo, en una encuesta regional del UNICEF en 20 países de América Latina y el Caribe, se encontró que el 28 por ciento de los encuestados tenía poca información, en el mejor de los casos, acerca de la educación sexual o los medios para prevenir la infección por el VIH (26). La misma encuesta reveló que solamente el 62 por ciento de los entrevistados estaban conscientes del uso de la profilaxis (condones) en la prevención de la transmisión del VIH.

El empleo de los condones también es importante, considerando que, cuando se usan correcta y sistemáticamente, son sumamente eficaces para prevenir la infección por el VIH y determinadas infecciones de transmisión sexual en hombres y mujeres (27). Los sistemas de salud tienen que hacerse cargo de la disponibilidad y calidad de los condones (28).

- Los condones, sean de fabricación nacional o importados, deben estar disponibles en el país, en cantidades suficientes para la población sexualmente activa.
- Los condones deben ser distribuidos en todo el territorio del país y ser de fácil acceso para los que los necesiten. De preferencia, los condones deben estar al alcance de quienes tengan probabilidades de tener relaciones sexuales.
- Deben ser asequibles y de alta calidad para que la protección sea eficaz.

En algunos países, una modalidad primaria de transmisión de la infección por el VIH/SIDA es el uso de drogas inyectables (UDI). Ya que el consumo de drogas es ilegal en casi todos los países, la información acerca de la prevalencia de la transmisión de la infección por el VIH/SIDA como consecuencia del UDI es difícil de obtener. Sin embargo, afrontar este comportamiento de alto riesgo es un componente importante de la estrategia de prevención de la infección por el VIH/SIDA. Los programas para reducir la práctica de compartir agujas, sea mediante campañas educativas o mediante el suministro de agujas limpias, han surtido efecto en algunas zonas. Las campañas para promover el sexo sin riesgo entre los usuarios de drogas inyectables también han tenido éxito. No obstante, muchos gobiernos no respaldan tales programas para no brindar ayuda a las personas que incurrir en comportamientos ilegales.

Preguntas que se sugieren como guía (30)

- ¿Hay una política nacional sobre la inclusión de mensajes de prevención de la infección por el VIH en los programas educativos de las escuelas?
- ¿Sabían las personas cómo se transmite la infección por el VIH y cómo se puede prevenir?
- ¿Existen programas para reducir cualquier concepción errónea y llegan esos programas a sus audiencias destinatarias?
- ¿Hay una política nacional sobre el mercadeo social de los condones?
- ¿Son siempre accesibles y asequibles los condones?
- ¿Es confiable la calidad de los condones al momento de llegar al consumidor?
- ¿Hay políticas nacionales, regionales o locales sobre la prevención de la infección por el VIH/SIDA entre los usuarios de drogas inyectables?
- ¿Hay programas o campañas para reducir el comportamiento peligroso relacionado con el UID?

También es muy importante controlar los bancos de sangre nacionales. La sangre para transfusiones se obtiene de donantes voluntarios no remunerados únicamente en una proporción pequeña de los países y territorios de las Américas. A nivel nacional, sólo cinco países informan que el 100 por ciento de las donaciones de sangre proviene de donaciones voluntarias. Sólo 16 países — ocho en el Caribe de habla inglesa, seis en América Latina y Canadá y Estados Unidos — informan que someten el 100 por ciento de las unidades donadas a la detección del VIH, del virus de la hepatitis B (VHB) y del virus de la hepatitis C (VHC). Los datos de la Región, excluidos los de Canadá y Estados Unidos, indican que el 99 por ciento de todas las unidades de sangre recolectadas se someten a la detección del VIH y el VHB, y el 60 por ciento, a la del VHC. Esto significa que, anualmente, alrededor de 50.000 unidades se transfunden sin haber sido sometidas a tamizaje en relación con el VIH y el VHB, y unas 1.500.000, con el VHC. Una consecuencia trascendental de esta situación es la inequidad en la calidad de los servicios de los bancos de sangre y de los productos sanguíneos que se transfunden. Los datos recogidos por la OPS destacan la importancia de someter a tamizaje la totalidad de las unidades de sangre recogidas por los bancos, para prevenir las infecciones transmitidas por transfusión (31).

Preguntas que se sugieren como guía (32)

- ¿Hay normas de política nacional sobre la detección del VIH en la sangre donada?
- ¿Existe una política nacional con respecto a la donación de sangre de voluntarios no remunerados y a los bancos de sangre?
- ¿Se somete a tamizaje previo la sangre de los donantes para reducir al mínimo las donaciones peligrosas?
- ¿Cómo se tamiza el suministro de sangre? ¿Se tamiza sistemáticamente?

4.2 Tratamiento

Una vez que las personas están infectadas por el VIH, hay una cantidad de servicios que los sistemas de salud pueden proporcionar, como parte de un sistema operativo para satisfacer las necesidades tan variadas de las personas con infección por el VIH y de su familia (33, 34, 35).

- Manejo clínico: diagnóstico temprano y certero, incluidas las pruebas; tratamiento apropiado y seguimiento.
- Atención de enfermería: promoción de prácticas idóneas de higiene y nutrición, cuidados paliativos, asistencia domiciliaria y educación a las personas que cuidan a los pacientes en la casa y a la familia, promoción de la observancia de precauciones generales.
- Orientación y apoyo emocional: apoyo psicosocial y espiritual, que comprenda la reducción del estrés y la ansiedad, planificación para disminuir los riesgos y facilitar la adaptación de las personas, aceptación del estado VIH-positivo y su divulgación a otras personas, actitud positiva hacia la vida y planificación del futuro de la familia.
- Apoyo social: información, proporcionar o enviar compañeros que proporcionen apoyo, servicios de bienestar social, ayuda espiritual y asesoramiento legal.

4.3 Terapia antirretroviral

La terapia antirretroviral combinada (también conocida como terapia antirretroviral muy activa o ARMA) es el «patrón de oro» para el tratamiento de la infección por el VIH. En realidad, la OPS recomienda el empleo de este tratamiento ARMA, en lugar de los regímenes subestándar de tratamiento dual o de monoterapia.

Un manejo integral de la infección por el VIH/SIDA determinará los pacientes que tienen más necesidad de comenzar el tratamiento, para que los pacientes que reciban la terapia ARMA obtengan la mejor calidad en la atención. El objeto del tratamiento es reducir la transmisibilidad del VIH al bajar la carga viral de los pacientes. Se ha documentado, mediante pruebas concretas, la reducción de la carga viral en la sangre y en los humores de los pacientes en terapia ARMA (36). Como el grueso de la transmisión de la enfermedad ocurre en un subconjunto relativamente pequeño de la población, la reducción de la infecciosidad de este grupo puede tener resultados notables (37).

Sin embargo, la eficacia de la terapia ARMA depende del suministro confiable y asequible de los medicamentos. En general, la terapia ARMA ha alcanzado un costo prohibitivo en casi todos los países. Las recientes negociaciones y cooperación con la industria farmacéutica han logrado la reducción del precio de estos medicamentos, aunque para muchos países este precio reducido quizá esté, todavía, fuera de su alcance.

Algunos países han empezado a fabricar los medicamentos localmente, desafiando las leyes de patentes internacionales. En Cuba, por ejemplo, se producen antirretrovirales genéricos, con materias primas importadas, en una industria farmacéutica estatal. Actualmente, Cuba está elaborando inhibidores genéricos de transcriptasa inversa de nucleósidos y de proteasa, y están en marcha sus planes para producir otros

fármacos. De igual manera, Brasil produce siete de los antirretrovirales más comúnmente usados y los distribuye gratuitamente a casi 60.000 personas con SIDA (38).

Otros países se han asociado formalmente, ya que las asociaciones obtienen más poder de negociación con la industria farmacéutica, logrando reducir aún más los precios. Una de dichas asociaciones es el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe (HTCG), integrado por los directores de los programas nacionales de SIDA de 12 países de la Región, que pretende lograr que se ofrezca una reducción de los precios, no sólo a los países que pueden comprar grandes volúmenes, sino también a los países más pequeños, que están pagando precios elevados por sus medicamentos antirretrovirales (39). Asimismo, la Comunidad del Caribe (CARICOM) acaba de lanzar una campaña de negociación con las empresas farmacéuticas, para adquirir los antirretrovirales a bajo precio, usando un fondo rotatorio regional que le proporcionaría a los laboratorios una exención del pago de impuestos y derechos (40).

De todas maneras, muchos países aún dependen del financiamiento de donantes para obtener los medicamentos. Ha sido solamente en fecha reciente, que los organismos donantes han estado dispuestos a apoyar las intervenciones contra la infección por el VIH mediante «tratamientos», como la terapia ARMA. Tradicionalmente, los donantes habían preferido apoyar exclusivamente los programas de prevención, puesto que estos últimos han demostrado una eficacia más elevada en relación a los costos.

4.4 Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y oportunistas

Un programa integral contra el VIH/SIDA también suele abarcar la profilaxis, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones oportunistas (41), tanto para prevenir la transmisión, como para ayudar a las personas infectadas por el VIH a mantenerse sanas y llevar vidas productivas por más tiempo. La relación entre las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH se ha demostrado en diversos estudios transversales y en casos y testigos desde los años ochenta (42). El tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual reduce, en los pacientes, tanto la carga viral como su sensibilidad a la infección por el VIH.

En las personas infectadas por el VIH, también es imprescindible el tratamiento de las infecciones oportunistas, de las cuales la tuberculosis es la más común (43). Por ejemplo, de 200 pacientes que presentaron infección por el VIH en un consultorio rural en Haití, el 46 por ciento presentaba comorbilidad por tuberculosis (44). Los pacientes con infecciones concomitantes por el VIH y la tuberculosis que recibieron tratamiento para la tuberculosis — incluso sin haber recibido tratamiento antirretroviral contra la infección por el VIH — a menudo siguieron siendo asintomáticos por varios años.

Preguntas que se sugieren como guía

- ¿Está disponible en el país la terapia ARMA? En ese caso, ¿para quién?
- ¿Cómo obtiene el país los medicamentos antirretrovirales?
- ¿Cómo se vigila la calidad de los medicamentos?

- ¿Qué mecanismos se usan para distribuir los antirretrovirales?
- ¿Es habitual someter a las personas infectadas por el VIH/SIDA a diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y oportunistas y darles tratamiento?

5. Atención integral

Hay varios elementos que definen lo que es preciso abarcar en programas integrales de alta calidad de prevención y tratamiento de la infección por el VIH/SIDA. Promover la más alta calidad significa considerar los programas contra la infección por el VIH/SIDA como un proceso continuo necesario, desde la prevención, las pruebas y la orientación, hasta el tratamiento de las infecciones oportunistas y con antirretrovirales en los casos indicados, y los cuidados paliativos al final de la vida. Estas actividades se están realizando en diferentes niveles en los países de América Latina y el Caribe, pero hace falta apoyarlas y ampliarlas para que se proporcione un programa integral que promueva la equidad en la atención de la infección por el VIH/SIDA.

5.1 La atención integral como estrategia

La atención puede servir de estrategia para expandir los efectos de la prevención, es decir para ayudar a lograr que las personas que no están infectadas no contraigan la infección por el VIH, y que los que están infectados no transmitan el VIH a otros y no se reinfecten. Los programas de atención integral están destinados a abarcar una gran variedad de servicios: orientación, intervenciones médicas, manejo de las necesidades de servicios sociales, apoyo nutricional, cuidados paliativos, apoyo del duelo y asistencia a las personas que cuidan a los pacientes. Estos programas no sólo mejoran la prevención primaria, sino que, inherentemente, son de valor para la prevención secundaria y terciaria (45).

La atención integral de la infección por el VIH/SIDA debe estar disponible y ser proporcionada en todos los niveles del sistema de salud, incluidas la atención domiciliaria, comunitaria, primaria, secundaria y terciaria. Cada uno de estos niveles puede ser referido a un proceso continuo de atención para las personas con infección por el VIH/SIDA, basado en una secuencia lógica de hechos que facilitan la asignación de prioridades y la edificación de puentes para que se lleven a cabo intervenciones de complejidad creciente en los diferentes niveles del sistema de salud. Sin embargo, y para que la red de atención integral funcione adecuadamente, se necesita: a) definir papeles y funciones en cada punto del proceso continuo de atención de la infección por el VIH/SIDA; b) establecer servicios y movilizar debidamente los recursos imprescindibles para desempeñar dichos papeles y funciones; y c) erigir puentes para unir los puntos del proceso continuo de atención de la infección por el VIH/SIDA (46).

A efecto de que los programas de atención integral de la infección por el VIH/SIDA sean eficaces y sostenibles, hay que convenir en ciertas normas asistenciales y aplicarlas. Estas normas deben reflejar los niveles óptimos y deseados de calidad, acceso y cobertura de la atención de la infección por el VIH/SIDA (47). Una vez establecidas, las normas tienen que producir indicadores para las finalidades de vigilancia y evaluación.

La atención integral de la infección por el VIH/SIDA sólo se puede prestar proporcionando una gran cantidad de intervenciones en el sistema de salud completo. Sin embargo, la mayoría de los países no puede prestar todos los servicios necesarios dentro del marco de sus sistemas locales de salud. En el mejor de los casos, estos servicios se pueden instituir incorporándolos progresivamente. Por otro lado, es posible que algunos cuenten con recursos suficientes para ofrecer una disponibilidad más amplia de intervenciones en cada nivel asistencial. La complejidad y diversidad de los servicios variarán según la infraestructura sanitaria actual y el acervo de recursos financieros, técnicos y humanos. Pero, aún en las zonas donde los recursos son limitados, habría que poder prestar una calidad de atención que asegure la sostenibilidad y el mejoramiento de la calidad de vida y la productividad de las personas infectadas por el VIH/SIDA (48).

5.2 El marco conceptual: modelo por escenarios de atención y niveles (construyendo paso a paso) (49)

Las opciones de atención apropiadas y viables, que corresponden a los diferentes niveles del sistema de salud se esbozan en el Modelo por escenarios de atención y niveles (Construyendo paso a paso) de la OPS (50). La norma mínima de atención que los países deben procurar tener se esboza en el escenario I. La variedad y especialización crecientes de los servicios, conforme a un aumento de los recursos (físicos o de infraestructura, financieros, técnicos y de servicios de apoyo) y las aptitudes (proveedores de servicios de salud capacitados) se presentan en los escenarios II y III. Los escenarios propuestos son:

- Escenario I: En estos establecimientos, se cuenta con capacidad para hacer pruebas y con medicamentos básicos, tales como la isoniazida para la profilaxis, que previene la activación de la tuberculosis latente, o con cuidados paliativos, en cantidades limitadas en todos los niveles del sistema de salud (primario, secundario y terciario). Las intervenciones se centran en actividades de prevención secundaria, como la profilaxis de las infecciones oportunistas o evitar los comportamientos potencialmente perjudiciales y el deterioro físico adicional y proporcionar alivio sintomático. El tratamiento antirretroviral está disponible, para la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH, en el nivel secundario del sistema de salud.
- Escenario II: En estos establecimientos, se cuenta con capacidad para hacer pruebas y con medicamentos en todos los niveles, incluidos algunos antirretrovirales en el nivel secundario del sistema de salud. Se proporciona la atención del escenario I además del tratamiento etiológico de las infecciones oportunistas. Algunos medicamentos demasiado costosos, como los medicamentos antitumorales, no están disponibles en los niveles primario y secundario del sistema de salud.
- Escenario III: En estos establecimientos, se prestan los servicios anteriores y la totalidad de los tratamientos antirretrovirales y los servicios especializados.

En cada paso, los elementos se deben leer de arriba hacia abajo: los elementos se colocan en secuencia; el primer elemento ilustra el primer componente de atención que hay que abordar. En condiciones ideales, se proporcionarán los componentes totales en cada nivel del sistema de salud. Los cimientos básicos en que se sustentan los servicios del escenario I deben estar en su sitio antes de pasar al siguiente nivel.

El contar con los servicios en un escenario particular debe servir de estímulo para avanzar al próximo nivel. La meta última es obtener la norma de atención presentada en el escenario III. Es particularmente imprescindible garantizar el financiamiento con solidaridad y sostenibilidad, no sólo para beneficio de los servicios de salud, sino también para la población.

5.3 Un método integral para el empoderamiento

Otro aspecto de la aplicación de la atención integral es la función que desempeña el paciente en las decisiones médicas. A fin de que la atención integral produzca efecto como estrategia contra la infección por el VIH/SIDA, es importante asegurar que se consideren los factores sociales determinantes de la salud, especialmente en lo que se refiere a las relaciones de poder referentes al género en la comunidad de un paciente, que pudieran dificultarle actuar de manera independiente. Es necesario que los programas contra la infección por el VIH/SIDA adopten un sistema que proporcione poder de decisión a los pacientes en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA, apoyados en la investigación y que tengan repercusiones de fondo en la reforma de los sistemas sanitarios (51).

En las últimas décadas, ha habido un cambio de orientación de la atención hospitalaria hacia la atención primaria de salud integral, centrada en la atención preventiva, así como curativa. La atención primaria de salud ha promovido progresivamente la participación comunitaria y el poder de decisión. Sin embargo, las reformas futuras pueden reducir los beneficios que se han obtenido en este frente, puesto que tienden a hacer hincapié en las «intervenciones empacadas, cuantificables y técnicas» en vez de la atención primaria integral (52). Esto es especialmente peligroso para la atención en la infección por el VIH/SIDA, ya que casi todas las medidas preventivas exigen cambios de comportamiento, para lo cual, a su vez, es necesario que los pacientes tengan derecho a decidir acerca de dichos cambios.

Preguntas que se sugieren como guía

- ¿Cuál es el escenario de “Construyendo paso a paso” que le conviene al país?
- ¿En qué medida el país proporciona atención integral? ¿Hay un acceso general a la atención?
- ¿Cuáles son las barreras a la prestación de la atención integral y cómo se pueden superar?
- ¿Consideran los modelos actuales de atención los factores sociales determinantes de la infección por el VIH/SIDA, tales como la pobreza y la desigualdad de género, e intentan resolverlos?
- ¿Cómo puede ser incorporado el ideal de conceder el poder de decisión a los pacientes, en el desarrollo de los sistemas de atención integral?

6. Financiamiento

Combatir la pandemia de la infección por el VIH/SIDA es sumamente costoso. Casi ningún país tiene los recursos financieros para brindar atención integral; muchos no tienen los recursos para financiar plenamente ni siquiera los programas más básicos. Como consecuencia, muchos países han recurrido a prestamistas y donantes internacionales para que los ayuden en este cometido.

A principios de 2002, las Naciones Unidas anunciaron una nueva fuente de financiamiento para la infección por el VIH/SIDA: el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Fondo Mundial es un mecanismo de financiamiento que administra, desembolsa y obtiene entre 7.000 y 10.000 millones de dólares anualmente, mediante una asociación pública y privada para «ayudar a reducir las infecciones, la enfermedad y la muerte relacionadas con la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en los países necesitados» (53). Subvenciona programas públicos, privados y no gubernamentales de apoyo a las intervenciones «sólidas, técnica y económicamente» para la prevención, el tratamiento y la atención. Las intervenciones viables deben estar dirigidas a una o más de las enfermedades, de tal manera que fortalezcan el sistema de salud y fomenten o aprovechen las asociaciones civiles entre la sociedad y el gobierno, dentro del país. Además, el Fondo Mundial costea programas de intervención que aborden las desigualdades sociales y de género o las prácticas conductuales que conducen a la propagación de las tres enfermedades. En la primera ronda de subvenciones, anunciada en abril de 2002, se financiaron varios proyectos en las Américas: en Haití, Argentina, Chile y Panamá.

El Fondo Mundial está financiando, particularmente, los programas que amplían el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA con medicamentos antirretrovirales. En realidad, la primera ronda de financiamiento produjo un aumento de seis veces del tratamiento antirretroviral en África (54). Los proyectos que se financiaron en América Latina y el Caribe ampliarán de igual manera el acceso al tratamiento y mejorarán las vidas de cientos de miles de personas que habitan en regiones con alta infección por el VIH/SIDA. El Fondo Mundial es una oportunidad real para que los países en la Región creen los mecanismos de atención integral, incluyendo el acceso a los antirretrovirales. El fondo solicita, periódicamente, propuestas de programas. La información sobre las condiciones para presentar una propuesta por parte de un país se encuentra en la página electrónica del Fondo: <http://www.theglobalfund.org/es/>.

Los países también se han dirigido a determinados donantes o instituciones de crédito, como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Los préstamos o las donaciones de estas entidades exigen, muchas veces, el cumplimiento estricto de normas o procesos en consonancia con la misión de la organización.

Al margen de si los recursos se reúnen en el territorio del país o se obtienen de una fuente externa, los países necesitan desarrollarse y proporcionar un mecanismo de protección financiera para las personas infectadas por el VIH y sus familias. En algunos países, esto se consigue mediante la seguridad social o un plan de seguro público o privado.

La función del seguro es proteger a los usuarios de los sistemas de salud del riesgo de tener que pagar los costos de la atención médica catastrófica. Ya que la enfermedad en sí es relativamente incontrolable, el seguro no puede proteger al asegurado del riesgo de enfermarse, sino sólo del riesgo de tener que pagar por la atención y el tratamiento, que suelen ser muy costosos, de la enfermedad o de un accidente.

El seguro es una forma de combinación de riesgos, que reduce el riesgo que asume cada beneficiario al mancomunar los riesgos de todas las personas en un grupo definido. En un período dado, para un grupo definido de personas, ocurrirá un número predecible de enfermedades o accidentes. Si se supone que cada persona en el grupo tiene las mismas probabilidades de enfermarse durante ese período, se deduce que

cada persona se enfrenta al mismo riesgo financiero individual relacionado con esa enfermedad. Si cada persona en el grupo contribuye al plan de seguro, la suma de esas contribuciones es usada para financiar los costos médicos de cualquiera que necesite los fondos del grupo durante el período en cuestión. Como las personas por lo general tienen aversión a los riesgos, prefieren pagar un costo nominal preestablecido que correr el riesgo de tener que pagar un costo eventualmente catastrófico al enfermarse (55).

Preguntas que se sugieren como guía

- ¿Cómo se financia la atención integral de la infección por el VIH/SIDA en el país?
- ¿Qué mecanismo de protección social en salud existe para las personas infectadas por el VIH/SIDA?
- ¿Hay algún mecanismo de combinación de riesgos que cubra a las personas infectadas por el VIH/SIDA?
- De lo contrario, ¿qué medidas hay que adoptar para confeccionar un plan de seguro de ese tipo?

7. ¿Dónde obtener la información?

La información epidemiológica particular sobre la situación de la infección por el VIH/SIDA en un país determinado puede ser obtenida en los sistemas nacionales de vigilancia, como se menciona más arriba. Las organizaciones internacionales de salud también recogen parte de esta información y pueden ser una fuente útil para quienes estén interesados en comparar un país con otros.

La información acerca de los servicios que se prestan en el país y por región, la estrategia nacional en materia de infección por el VIH/SIDA o la modalidad de financiamiento de la atención, el tratamiento y la prevención debe estar en poder de las oficinas o departamentos correspondientes del ministerio de salud o de la autoridad sanitaria pertinente del país.

Se puede conseguir más información sobre la infección por el VIH/SIDA en los siguientes documentos y direcciones electrónicas. Cabe señalar que esta lista no es exhaustiva y debe servir únicamente de punto de partida para cualquier investigación

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas. OPS, 53.a sesión del Consejo Directivo, Resolución e Informe (septiembre de 2001).
- OPS/OMS (2001), Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe resumido. Washington D.C.: OPS/OMS, en colaboración con ONUSIDA e IAPAC.
- Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Resolución de las Naciones Unidas S-26/2 (agosto de 2001).
- Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA. Informe de la Directora General, OMS. EB109/36 (diciembre de 2001).

- VIH/SIDA: Hacer frente a la epidemia. 53a Asamblea Mundial de la Salud, punto 12.2 del orden del día, WHA53.14 (20 de mayo de 2000).
- Intensificación de la respuesta a las afecciones asociadas a la pobreza, inclusive el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. Informe de la Directora General, OMS. EB109/3 (enero de 2002).
- Elementos clave en la atención y el apoyo al VIH/SIDA. OMS/ONUSIDA, un documento de trabajo (diciembre de 2000).
- Expansión del tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados: Directrices para un enfoque de salud pública. OMS (abril de 2002). Dir: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/isbn9243545671.pdf
- Ampliación de la respuesta al VIH/SIDA. 54 a Asamblea Mundial de la Salud, punto 13.6 del orden del día, WHA54.10 (21 de mayo de 2001).
- El marco estratégico mundial sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA (junio de 2001).

Direcciones electrónicas

- Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Documentos técnicos sobre el VIH/SIDA: <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=488>
- Información sobre el Fondo Mundial: www.paho.org/English/HCP/gfatm.htm.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): www.who.int/HIV_AIDS/about_hiv&BrochureSpanish.pdf.
- Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo: <http://www.globalfundatm.org/>.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA): www.unaids.org.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): <http://www.undp.org/spanish/temas/hiv.shtml>
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID): www.usaid.gov/pop_health/aids/.
- Banco Mundial: www.worldbank.org/aids.
- Harvard Aids Institute [Instituto del SIDA de Harvard]: www.aids.harvard.edu.

8. ¿Cómo presentar la información?

La información que se obtiene mediante el análisis del programa y de la estrategia nacionales contra la infección por el VIH/SIDA en el país debe ser puesta a disposición de diferentes tipos de audiencia, además del ministerio de salud, otras instituciones del gobierno y el público.

- La información epidemiológica conviene presentarla en un formato gráfico, ilustrando los mecanismos de transmisión, la información demográfica sobre las personas infectadas por el VIH/SIDA o las tasas anuales de prevalencia e incidencia.
- La información acerca de la estructura de los servicios, el financiamiento y las políticas se puede concentrar en un informe anual. Estos informes pueden contener diagramas de flujo describiendo la cooperación intersectorial que se ha organizado a fin de garantizar la prestación de la atención integral a la totalidad de las personas que viven con la enfermedad, y cuadros en los que se detallen las fuentes de financiamiento.
- Para atraer el interés del público, la información contenida en el informe anual se podría presentar en otro formato, como mensajes educativos destinados a ciertos grupos. Estos mensajes podrían referirse a las causas de la enfermedad y a los medios para prevenirla, así como a los recursos para la atención y el tratamiento. Hay varias modalidades educativas; su elección depende de la situación y de la cultura del país.
- Medios: televisión, radio o «anuncios de servicio público» en periódicos.
- La educación mediante las artes: artes escénicas, literatura o música. Un ejemplo es la compañía de teatro Ashe, de Jamaica, aclamada internacionalmente. Esta compañía usa guiones, canciones y danza para enseñar a los adolescentes acerca de los desafíos y problemas que surgen cuando se vuelven sexualmente activos.
- Extensión comunitaria: conferencias, seminarios, ferias de la salud o campañas de sensibilización del vecindario.
- Para los países que desean obtener financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, los informes deben adoptar el formato prescrito por las normas de propuesta del Fondo (<http://www.globalfundatm.org/proposals.html>).

Bibliografía y notas (Anexo D)

- (1) ONUSIDA, 2001, Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA y OMS. Comunicación por internet en: http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001_sp.doc.
- (2) Ibid.
- (3) Ibid.
- (4) Caribbean Group for Cooperation in Economic Development, The World Bank. «HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options». Reporte No. 20491-LAC. Junio de 2000.
- (5) Nicholls S, McLean R, Theodore K, Henry R, Camara B et al. «Modeling the macroeconomic impact of HIV/AIDS in the English speaking Caribbean: The case of Trinidad and Tobago and Jamaica». United Nations Development Program, 2001.
- (6) Wehrwein P. «The Economic Impact of AIDS in Africa». Harvard AIDS Review. Otoño 1999/ Invierno 2000.
- (7) Caribbean Group for Cooperation in Economic Development, The World Bank. «HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and Options». Informe No. 20491-LAC. Junio de 2000.
- (8) ONU (2001), Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. «Crisis mundial - Acción mundial (Junio 25-27). Comunicación por internet en: http://www.unaids.org/whatsnew/others/un_special/ARES26-2_sp.pdf.
- (9) PAHO/WHO (2001), 43.er Consejo Directivo, 53.a Sesión del Comité Regional, CD43/6.
- (10) Regional Implications of the Decisions and Resolutions of the Fifty-Third World Health Assembly and the 105th and the 106th Sessions of the Executive Board and Review of the Draft Provisional Agendas of the 107th Session of the Executive Board and the Fifty-Fourth World Health Assembly. July 18, 2000. SEA/RC53/12 Conforme a la Resolución 53.14 de la Asamblea Mundial de la Salud. Comunicación por internet en: <http://w3.whosea.org/rc53/pdf/rc53-12.pdf>.
- (11) ONUSIDA/OMS (2000). Vigilancia del VIH de Segunda generación. El próximo decenio; http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/2nd_GENERATION_FINAL.Spanish_PDF.
- (12) Voluntary Counseling and Testing Efficacy Study Group. HIV-1 risk reduction among individuals and couples receiving HIV-1 voluntary counseling and testing in three developing countries: the Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study. Lancet 2000;356:103
- (13) Roth DL et al. Int J STD AIDS 2001; 12:181
- (14) De Cock et al. JAMA 2000; 283:1175
- (15) WHO(2000). Key elements in HIV/AIDS care and support. http://www.who.int/HIV_AIDS/HIV_AIDS_Care/Key_elements_HIV_AIDS_care.htm.

- (16) UNAIDS, WHO. Fighting HIV-related Intolerance: Exposing the Links Between Racism, Stigma and Discrimination.
- (17) OPS (2001), VIH y SIDA en las Américas, una epidemia con muchas caras. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Dirección: http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/june00/map/MAP_Stats_america.pdf.
- (18) ONUSIDA, 2001, Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA y OMS. Dirección: http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001_sp.doc.
- (19) ONUSIDA, OMS, UNICEF, Banco Mundial et al. Programas Nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación, Junio 2000. Dirección: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/JC689-Guide-S.pdf>.
- (20) E. M. Connor, et al., N. Engl. J. Med. 331, 1173 (1994).
- (21) M. Bulterys et al., AIDSscience. 2(4). (2002).
- (22) ONUSIDA, OMS, UNICEF, Banco Mundial et al. Programas Nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación, Junio 2000. Dirección: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/JC689-Guide-S.pdf>.
- (23) Ibid. La calidad de la orientación se refiere a la necesidad de que los consejeros garanticen a los clientes la confidencialidad de la información y traten temas complejos, como la fecundidad en el futuro, la prevención y las opciones para alimentar al lactante.
- (24) Ibid.
- (25) Fondo de Población de las Naciones Unidas, <http://www.unfpa.org/tpd/emergencias/manual/a1.htm>.
- (26) UNAIDS–HIV/AIDS and the voices of the children: a wake up call. Dirección: http://www.unicef.org/ingles/cartilla/hivaidinfo_voices.htm.
- (27) Department of HIV/AIDS – WHO. Knowledge about HIV/AIDS/STIs. Dirección: http://www.who.int/HIV_AIDS/first.html#HIV%20Prevention.
- (28) ONUSIDA, OMS, UNICEF, Banco Mundial et al. Programas Nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación, Junio 2000.
Dirección: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/JC689-Guide-S.pdf>.
- (29) Ibid.
- (30) Ibid.
- (31) OPS (2000) Situación en cuanto a la sangre en las Américas. Dirección: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/whd2000-about.htm>.

- (32) ONUSIDA, OMS, UNICEF, Banco Mundial et al. Programas Nacionales de SIDA: Guía para el monitoreo y la evaluación, Junio 2000.
Dirección: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/JC689-Guide-S.pdf>.
- (33) Osborne, C.M., van Praag, E., Jackson, H. (1997). Models of Care for Patients with HIV/AIDS. AIDS, 11 (B), S135-S141.
- (34) Van Praag E and Tarantola D. (1999). Operational Approaches to the Evaluation of Major Program Components in Care Programs for People Living with HIV/AIDS. Geneva: WHO.
- (35) OPS/OMS (2001), Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con el VIH/SIDA en las Américas. Informe resumido. Washington D.C.: OPS/OMS, ONUSIDA, IAPAC. Comunicación de Internet en:
http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf.
- (36) Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. N. Engl. J. Med. 2000;342:921-9.
- (37) Cohen M. Preventing Sexual Transmission of HIV – New Ideas from Sub-Saharan Africa. N. Engl. J. Med. 2000;342:970.
- (38) José Ricardo Marins, ponencia presentada al Foro Regional de la OPS/OMS, The Challenge of the HIV/AIDS Pandemic for the Reform and Strengthening of Health Systems and Services in the Americas. Febrero 2002, Ocho Rios, Jamaica.
- (39) Family Health International. Impact on HIV: Linking Care and Prevention. FHI 1999. Dirección: <http://www.fhi.org/en/aids/impact/iohiv/ioh11/index.html>.
- (40) Comunicado de prensa de la OPS, en inglés. (Junio 2002). Dirección: <http://www.paho.org/English/DPI/pr020624.htm>.
- (41) CDC/ONUSIDA/OMS (1996). Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe. Boletín de la OPS, 121 (5).
- (42) Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence? UNAIDS/00.06E – WHO/HIS/2000.02 Dirección: http://www.who.int/HIV_AIDS/PDFdocuments/ConsultSTD_E.pdf.pdf.
- (43) Pozniak AL, Miller R, Ormerod LP. The treatment of tuberculosis in HIV-infected persons. AIDS 1999; 13: 435 – 445.
- (44) Farmer P, Leandre F, Mukherjee J, et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT- HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy) Bull World Health Organ 2001;79(12):1145-1151.

- (45) OPS/OMS (2001), Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe resumido. Washington D.C.: OPS/OMS, ONUSIDA, IAPAC. Comunicación de internet en:
http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf.
- (46) Ibid.
- (47) Van Praag E and Tarantola D. (1999). Operational Approaches to the Evaluation of Major Program Components in Care Programs for People Living with HIV/AIDS. Ginebra: OMS.
- (48) OPS/OMS (2001), Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con el VIH/SIDA en las Américas. Informe resumido. Washington D.C.: OPS/OMS, ONUSIDA, IAPAC. Comunicación de internet en:
http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf.
- (49) Ibid.
- (50) Ibid.
- (51) Petersen I & Swartz L. «Primary health care in the era of HIV/AIDS. Some implications for health systems reform». *Social Science & Medicine* 55 (2002) 1005-1013.
- (52) Ibid.
- (53) Paolo Teixeira, ponencia presentada al Foro Regional de la OPS/OMS, The Challenge of the HIV/AIDS Pandemic for the Reform and Strengthening of Health Systems and Services in the Americas. Febrero 2002, Ocho Rios, Jamaica.
- (54) Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, comunicado de prensa, 7 de julio de 2002, en inglés. Dirección:
http://www.globalfundatm.org/journalists/press%20releases/pr_Barcelona070702.html.
- (55) Smith P and Witter S. «Risk Pooling in Health Care Finance». Informe preparado para el taller del Banco Mundial, Resource Allocation and Purchasing in Health: Reaching the Poor, 2001. Dirección:
www.york.ac.uk/inst/che/pooling.pdf.

ANEXO E

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES¹

La realidad de la prevención, mitigación y atención a los desastres en América Latina y el Caribe es diversa y compleja. Es necesario considerar la vulnerabilidad a los desastres naturales y a los producidos por el hombre. Su efecto económico es un obstáculo para el crecimiento y desarrollo de los países y los trabajos de rehabilitación y reconstrucción desvían recursos económicos y financieros cuyo fin debiera ser el desarrollo (2).

El «Sistema Nacional de Prevención, Mitigación y Atención a los Desastres» (SNPMAD) es un componente de las políticas públicas. Debe desarrollarse en forma coherente y ordenada para responder a la coyuntura y para desarrollar políticas de largo plazo que faciliten su implementación en la institucionalidad vigente (3).

Los lineamientos identificarán las claves de su organización, sus problemas y las estrategias de intervención.

1. Los riesgos potenciales

Los desastres naturales y los causados por el hombre ponen en riesgo la vida humana y su entorno. Las intervenciones necesarias forman parte de las decisiones políticas y técnicas que tomará la autoridad, en base a adecuados sistemas de información para identificar las causas y sus factores determinantes (4).

La vulnerabilidad de la región está determinada por sus características geográficas, sus condiciones climáticas y los tipos de desastres provocados por el hombre. En general, para todas ellas, interesa conocer la serie histórica de ocurrencia, los lugares más afectados, los estudios de vulnerabilidad de la infraestructura y de los sistemas de comunicaciones terrestres, marítimas, aéreas, radiales y telefónicas y los ensayos de evacuación de personas y de acopio y distribución de elementos de supervivencia.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existe un registro de los tipos de desastres que pueden afectar al país y su serie histórica de ocurrencia?
- ¿Están identificadas las zonas geográficas más afectadas por cada uno de los tipos de desastre?
- ¿Existen estudios de la vulnerabilidad física de la infraestructura sanitaria?
- ¿Existen estudios de la vulnerabilidad física de la infraestructura de comunicaciones terrestres, aéreas, marítimas, fluviales y de las comunicaciones radiales y telefónicas?

1. Dr. Cleofe Molina (Ministerio de Salud, Chile).

- ¿Existe un sistema nacional de acumulación y distribución de alimentos y otros elementos de supervivencia?
- ¿Se realizan ensayos de evacuación de personas en escuelas, centros laborales y hospitales?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, cuando se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

2. Características geográficas

La región tiene riesgo de sufrir terremotos, maremotos, deslizamientos de tierra y erupciones volcánicas.

2.1 Terremotos y maremotos

Interesa conocer los estudios de las fallas geológicas, el sistema nacional de registro y vigilancia de eventos, los desplazamientos humanos vinculados o no a la ocurrencia de estos fenómenos y los planes de desarrollo urbano que eviten las fallas geológicas, en el caso de los terremotos, y el alcance probable de las mareas en las poblaciones de la costa, en el caso de los maremotos.

2.2 Deslizamientos de tierra

Interesa conocer los planes de desarrollo urbano en el caso de los deslizamientos recurrentes en zonas pobladas, los planes de desarrollo de infraestructura y la prevención de daños en carreteras, aeropuertos, puertos, fuentes de agua y en los sistemas de distribución de agua y de energía, el estimado del riesgo de daño a las áreas agrícolas y los desplazamientos humanos vinculados a la ocurrencia de estos fenómenos.

2.3 Erupciones volcánicas

Interesa conocer la ubicación de los volcanes activos y apagados, las áreas dañadas por lava y por contaminación atmosférica, el sistema nacional de vigilancia, las zonas de seguridad y los planes de contingencia para evacuación de personas, evaluar los desplazamientos humanos vinculados a la ocurrencia

de estos fenómenos, y conocer los planes de desarrollo urbano y rural que eviten las zonas amenazadas y las zonas potencialmente amenazables por las erupciones volcánicas.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existe un sistema nacional de sismología y de vulcanología?
- ¿Hay registro y vigilancia de los terremotos, maremotos, deslizamientos de tierras y erupciones volcánicas?
- ¿Se han estudiado las fallas geológicas?
- ¿Se ha estudiado el alcance de las mareas?
- ¿Están identificados los cursos habituales de lava y las áreas de contaminación atmosférica producidas por las erupciones volcánicas y sus secuelas?
- ¿Se toman medidas preventivas para proteger los sistemas de comunicaciones terrestres, aéreos, marítimos, fluviales, radiales y telefónicos?
- ¿Se toman medidas preventivas para proteger las fuentes y los sistemas de distribución de aguas y de energía?
- ¿Existe un catastro de volcanes «activos» y «apagados»?
- ¿Existen planes de contingencia para evacuar personas hacia zonas de seguridad?
- ¿Cuál es el efecto en la migración interna y en los planes de desarrollo urbano?
- ¿Se evalúa el riesgo de daño a los predios agrícolas?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información, se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, la Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, cuando se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

3. Características climáticas

Interesa conocer la prevalencia e incidencia de enfermedades asociadas a los cambios climáticos, como las enfermedades transmitidas por vectores y por agua, las infecciones respiratorias agudas y digestivas y los traumatismos.

3.1 Ciclones y huracanes

Interesa describir el sistema nacional de meteorología y el sistema de alerta y de vigilancia del desplazamiento de ciclones y huracanes, así como la relación que existe entre el sistema nacional de vigilancia y los sistemas internacionales.

3.2 Ondas frías y cálidas

Interesa describir el sistema de información y de educación a la comunidad, identificar las barreras al acceso de las prestaciones de salud de los grupos de mayor riesgo biomédico y geográfico, evaluar el alcance, la eficacia y la eficiencia de los programas de atención a la salud relacionados con el manejo ambulatorio y hospitalario de las personas que sufran deshidratación e infecciones respiratorias agudas.

3.3 Inundaciones

Interesa identificar el nivel histórico de aguas en lagos y diques, el flujo de los ríos y cursos de agua, los lugares de salida de cauce, el sistema de manejo de aguas lluvias, la infraestructura vecina a las zonas de salida de cauces y los tipos de protección de orillas de las zonas de riesgo. Además, interesa describir el sistema nacional de meteorología y el sistema de alerta temprana.

3.4 Sequías

Describir los elementos de geografía humana, física y económica, el sistema de vigilancia de ríos y cursos de agua, los planes de reciclaje y exploración de aguas subterráneas y las fuentes alternativas.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Incluye el sistema de vigilancia epidemiológica las enfermedades transmitidas por vectores, las transmitidas por agua, las infecciones respiratorias y digestivas y los traumatismos?
- ¿Existe un sistema nacional de meteorología que incluye la alerta y vigilancia de ciclones y huracanes?
- ¿Está relacionado con los sistemas internacionales de vigilancia?
- ¿Está la comunidad informada acerca de las medidas de prevención individuales y familiares?
- ¿Están identificadas las barreras al acceso de las prestaciones de salud de los grupos de riesgo biomédico y geográfico potencialmente aislables?
- ¿Existen planes de contingencia para manejar la deshidratación y las infecciones respiratorias agudas?
- ¿Existen registros del nivel histórico de aguas en lagos y diques y del flujo de ríos y canales, y se conocen y controlan los lugares de salida del cauce de ríos y canales?
- ¿Cómo está y cómo se controla el sistema de manejo de aguas lluvias en el campo y en la ciudad?

- ¿Tienen las inundaciones y sequías efectos en las migraciones internas?
- ¿Existen planes de tratamiento de aguas servidas y de exploración de nuevas fuentes de aguas?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, cuando se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

4. Desastres causados por el hombre

Derivan del abuso del ambiente, de los vacíos legales y de los fracasos de la regulación. En general, es necesario describir el sistema de información y de educación a la comunidad, si existiera, identificar las áreas geográficas y los grupos humanos de mayor riesgo, identificar los agentes que con más frecuencia producen daño humano y ambiental, describir la oferta de prestaciones de salud para los diagnósticos más frecuentes y los de mayor gravedad, desde la perspectiva de la prevención, la curación y la rehabilitación e identificar las barreras al acceso de las prestaciones de salud de los grupos de mayor riesgo.

4.1 Deforestación

Interesa conocer los catastros de bosques, de áreas protegidas y de áreas deforestadas, las zonas costeras embancadas y los programas de reforestación y sus incentivos económicos y tributarios.

4.2 Incendios forestales

Interesa describir el sistema de vigilancia, el sistema de alerta temprana y de control y el sistema de educación a la comunidad para prevenir incendios.

4.3 Explotación inadecuada de agua

Interesa describir el marco legal que regula el uso de las fuentes superficiales y subterráneas, estimar el volumen de los acuíferos, enumerar las represas y estimar su volumen actual y sus tendencias históricas, y enumerar los ríos y lagos sometidos a uso intensivo y a contaminación.

4.4 Explotación inadecuada de minerales

Interesa caracterizar el marco legal de protección del medio ambiente contra los efectos de la actividad minera, la polución de la extracción y la contaminación de las plantas de tratamientos de minerales. Interesa describir el destino y tratamiento (si lo hubiere) de los relaves y de las aguas claras recuperadas y algunos efectos secundarios tales como tendidos eléctricos urbanos, cursos de agua desviados, vehículos pesados en carreteras congestionadas y orillas de lagos y de mar embancadas

4.5 Conflictos bélicos y sus secuelas

La destrucción asociada a la guerra tiene alto costo en vidas perdidas, en rehabilitación de minusválidos y en reconstrucción física. La organización militar para casos de desastres puede lograr que la organización jerárquica, la distribución de ayuda humanitaria y los sistemas de radiocomunicaciones puedan funcionar mejor. Se requiere describir el aporte al SNPMAD que hacen las fuerzas armadas en tiempos de paz, dimensionar las áreas urbanas y sus sistemas de apoyo inutilizados o dañados por la guerra, identificar los campos minados y los planes de desminado, identificar las áreas geográficas contaminadas por productos químicos, bacteriológicos y radioactivos, ubicar las bodegas de municiones y proyectiles localizadas en zonas urbanas y describir los programas de reinserción familiar, social y laboral para la población desplazada y para los discapacitados.

4.6 Contaminación por desechos

De importancia creciente por su volumen y por la opción de reciclar. Para los desechos domiciliarios, es importante considerar el incremento de los volúmenes diarios, los sistemas de transporte y los lugares de acopio y tratamiento. Para los desechos industriales, debemos considerar el marco legal y normativo y sus posibles vacíos, el tratamiento previo, los sistemas de transporte y los lugares de acumulación y tratamiento. Interesa describir el marco legal para manejar los desechos domiciliarios e industriales, el sistema de recolección, transporte, acumulación, selección, recuperación y tratamiento de desechos, distinguiendo entre ciudades grandes, pequeñas y áreas rurales. Es necesario identificar los ríos y lagos contaminados por desechos, las áreas geográficas cuya atmósfera está contaminada por material en partículas y gaseoso, el territorio contaminado por riles e identificar si hay áreas de acumulación y tratamiento de aguas industriales.

4.7 Ausencia de regulación

Los ámbitos de la construcción, el crecimiento urbano y la prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales tiene serios déficits regulatorios. Para cada uno de ellos se requiere describir el marco legal, identificar la institución encargada de la supervisión y el alcance real de sus acciones, conocer los vacíos de cobertura y las ineficacias e ineficiencias del sistema y conocer el tipo y alcance de los estudios legales y técnicos en desarrollo.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Es el marco jurídico suficiente para proteger el medio ambiente, y la regulación eficaz y efectiva?
- ¿Existen información y educación a la comunidad?
- ¿Están identificadas las áreas geográficas y los grupos humanos de mayor riesgo y es suficiente la prevención, curación y rehabilitación para esos grupos?
- ¿Existen los catastros de bosques, de áreas protegidas, de áreas deforestadas y de los cursos de agua y zonas costeras embancadas?
- ¿Existen incentivos económicos y tributarios para reforestar?
- ¿Existe un sistema de vigilancia y control de incendios forestales y es educada la comunidad para prevenirlos?
- ¿Cuál es el alcance de la regulación del uso de las fuentes superficiales y subterráneas de agua?
- ¿Están estudiados los acuíferos, las represas y los ríos en cuanto a su uso intensivo y a su contaminación?
- ¿Existe una autoridad nacional encargada de regular la protección de las personas y el ambiente?
- ¿Existe un marco legal que proteja a las personas y al ambiente de los efectos de la actividad minera?
- ¿Está identificado el destino de los relaves y de las aguas claras recuperadas?
- ¿Se evalúa el impacto ambiental de las faenas mineras?
- ¿Existe un registro nacional y un programa de asistencia para discapacitados por la guerra?
- ¿Cuál es el aporte que hacen las fuerzas armadas en tiempos de paz al SNPMAD?
- ¿Han sido identificados los campos minados y se encuentran en proceso de desminado?
- ¿Han sido identificadas las áreas contaminadas por productos químicos, bacteriológicos y radioactivos?
- ¿Existen bodegas de municiones y proyectiles en zonas urbanas?
- ¿Existen programas de reinserción familiar, social y laboral para la población desplazada y para los discapacitados? Si existen, describirlos.
- ¿Existen planes para reciclar desechos? ¿Lo permite el marco legal?
- ¿Están identificadas las áreas geográficas y los grupos de mayor riesgo?
- ¿Existen regulaciones, y se aplican, para la construcción y el crecimiento urbano?
- ¿Existen regulaciones, y se aplican, para prevenir accidentes del trabajo y enfermedades profesionales?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación:

Oficinas especializadas del Ministerio de Salud (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, cuando se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

5. Estimado de la población en riesgo

Con el SNPMAD, se espera que los desastres no produzcan daños o que estos sean cada vez menores para la población, para la infraestructura y para la continuidad institucional del estado. Los estudios incluyen:

5.1 Población total

Se necesita conocer la distribución urbana y rural, por sexo, por grupos de edad y según las etnias, desagregada para el nivel nacional, subnacional (departamento, estado, provincia, etc.) y por municipios.

5.2 Determinación del alfabetismo

Variable importante para decidir los tipos y la calidad de los sistemas de información a utilizar en las fases de preparación y administración de los desastres. Interesa el alfabetismo total y el analfabetismo por desuso, desagregado según la distribución urbana y rural, el sexo, los municipios y su cercanía a las áreas geográficas de riesgo.

5.3 Saneamiento básico

Interesa conocer la distribución de la población urbana y rural en función de la cobertura de agua potable intradomiciliaria, cobertura de alcantarillado (y destino y tratamiento de las aguas servidas) y letrización rural. Asimismo, interesa el sistema de recolección y destino final de basuras y desechos domiciliarios

5.4 Identificación de los grupos de riesgo

Interesa conocer las barreras geográficas, económicas, culturales e idiomáticas para la atención de la población rural dispersa, de la población urbana alejada de las grandes ciudades (islas y zonas fronterizas), de la población infantil (menor de 2 años y de 5 años) y de la población adulta mayor. Interesa también la población de discapacitados y la población en extrema pobreza, en general, y los marginales urbanos en particular. Es necesario conocer la línea basal de las enfermedades mentales y la forma como se organiza

el sistema de salud ante el esperado aumento de dichas patologías en cualquier situación de desastre. Además, se requiere conocer la cantidad y la capacidad de respuesta de los trabajadores de las empresas de utilidad pública y de los miembros de las fuerzas armadas y del orden.

5.5 Análisis cruzado de población, factores de riesgo y organización político-administrativa

Las áreas geográficas subnacionales serán ordenadas en forma prioritaria desde el punto de vista de la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los daños observados, corregidos por el tamaño de los grupos de riesgo amagados. En algunos casos, se identificará el daño y luego se ordenarán las unidades geográficas según la población total. En otros casos, los grupos de población serán ordenados de mayor a menor y los daños serán priorizados.

Ejemplo: La serie histórica de terremotos y los estudios de las fallas geológicas indican que los departamentos A, B, C, y D son donde hay un mayor riesgo de que se repita el fenómeno.

- Alternativa 1. Los cuatro departamentos tienen población urbana, alfabetizada y con escasa extrema pobreza. Por lo tanto, los recursos podrían ser dedicados a otro tipo de desastres, en otros departamentos.
- Alternativa 2. Los departamentos A y B tienen 60% de población rural, principalmente analfabeta; el 20% es población rural dispersa y es una zona endémica de dengue y cólera. Los departamentos C y D son principalmente urbanos, con población alfabetizada. Serán priorizados los departamentos A y B.
- Alternativa 3. La falla geológica pasa por los límites entre los departamentos, por lo tanto, serán priorizados los municipios «fronterizos».
- Alternativa 4. Los cuatro departamentos limitan con el mar. La falla geológica se asocia también con maremotos. Dada la acumulación de riesgos, serán priorizados los municipios costeros.
- Alternativa 5. El departamento C tiene principalmente población rural dispersa. Aunque tiene menos población, ha sido priorizado para dos tipos de intervenciones: a) Mejoramiento de infraestructura, principalmente comunicaciones fluviales y radiales, b) Capacitación comunitaria para facilitar el desarrollo local y el autosustento en caso de desastres
- Alternativa 6. El departamento D tiene asentada su población en zonas de acumulación de riesgos. Al terremoto se agrega el borde costero (maremoto), cerros altos (deslizamientos de tierra) con abundantes bosques (incendio forestal), faenas mineras extractivas (polución) y planta de tratamiento de minerales (polución, deslizamientos e intoxicación química). Los estudios deben incluir las medidas de prevención y mitigación, pero también hay que avanzar en estudios de alternativas para cambiar las faenas mineras, reforestar, vigilar la aparición de incendios y, eventualmente, cambiar el asentamiento humano.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Es suficiente el censo de población más reciente para conocer la estructura de población y el alfabetismo?
- ¿Se conocen las coberturas de agua potable, alcantarillado y letrización rural?
- ¿Existe un sistema eficaz de recolección de basuras?
- ¿Existen planes nacionales para tratar las aguas servidas y los desechos domiciliarios?
- ¿Están identificadas las barreras para el acceso a la atención sanitaria de la población rural dispersa, de la población urbana alejada de las grandes ciudades, de la población infantil y adulta mayor?
- ¿Se conoce la población de discapacitados y la población en extrema pobreza?
- ¿Se conoce la cantidad de trabajadores de las empresas de utilidad pública y de las fuerzas armadas?
- ¿Es posible ordenar los daños según magnitud, trascendencia y vulnerabilidad y según los grupos de riesgo?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, cuando se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

6. Análisis de la infraestructura física, organizacional, funcional y económica para enfrentar los riesgos

6.1 Infraestructura física

Los estudios necesarios para evaluar la vulnerabilidad de la infraestructura física son complejos, de larga duración y de alto costo. Pero es imprescindible realizarlos, enfatizando los siguientes aspectos:

- Vulnerabilidad hospitalaria y de la red social. Se requiere revisar los estudios de vulnerabilidad frente a terremotos e incendios, identificar las normas y comprobar el proceso de fiscalización de la estructura, arquitectura y sistemas de protección de las personas y de los equipos, así como de los procedimientos para manejo y evacuación en caso de incendios y explosiones.

- Vulnerabilidad de las vías de comunicación: Es especialmente relevante analizar la vulnerabilidad de carreteras, aeropuertos, puertos y sistemas de telecomunicaciones, tales como telefonía fija, telefonía móvil y radiocomunicaciones. Deben describirse las coberturas actuales, los cálculos estructurales, sus sistemas de mantenimiento y la capacidad de respuesta para soluciones rápidas.

6.2 Infraestructura organizacional

Aquí es importante definir la estructura y el funcionamiento de las siguientes instancias:

- El Comité Nacional del SNPMAD: Es la instancia rectora encargada de establecer las políticas, planificar, dirigir y coordinar todas las actividades del sistema. Es presidido por el Presidente de la República, integrado por los Ministros de Estado y podrá incorporar a las instituciones que considere necesarias.
- Funciones del Comité Nacional: El análisis funcional debe mostrar si existe una entidad central del gobierno, de máximo nivel administrativo, que defina las políticas y apruebe el Plan Nacional del SNPMAD y la propuesta de presupuesto anual. Debe identificarse quien propone las medidas e instrumentos para hacer operativos los objetivos del SNPMAD, el ordenamiento territorial y el contenido curricular acerca de prevención, mitigación y atención de desastres que se incluye en los programas del Ministerio de Educación y de las demás instituciones de educación técnica y superior. Debe identificarse, también, la entidad que le propone, al Presidente de la República, la declaración de los estados de desastre.
- Comité territorial del SNPMAD: La descripción debe incluir las dependencias subnacionales y sus relaciones con el municipio.
- Comisiones de trabajo intersectoriales: Verificar si participan los sectores de educación, información, fenómenos naturales, seguridad, salud, ambiente, suministros, infraestructura y operaciones; si tienen instancias nacionales y subnacionales, y si toman en cuenta la integración entre las instituciones civiles y militares.
- Capacitación institucional: Consiste en la capacitación, en administración de desastres, de los altos niveles de gerencia del nivel gubernamental. Se entrenará al personal en prevención y mitigación de los mismos y en la formulación de planes y proyectos de inversión, específicos para estas áreas.
- Capacitación comunitaria: Consiste en difundir información básica hacia la comunidad y en capacitar a la dirigencia de las organizaciones de base de la sociedad civil en temas de prevención, mitigación y atención a desastres, con el objeto de estar en condiciones de responder, antes y mejor, a las emergencias.

6.3 Infraestructura funcional

Debe describir las relaciones funcionales que es necesario establecer para que los actores involucrados puedan coordinarse mejor. Incluye dos formas de relacionarse:

El estado de desastre

Es necesario identificar la base legal y describir las atribuciones que ejerce el poder ejecutivo para definir el tipo de desastre, su cobertura territorial, los plazos para informar al poder legislativo, la flexibilidad presupuestaria para ampliar el marco de gasto y la relación con los estados de pérdida de las garantías constitucionales.

Procedimientos de alerta

Evaluar las condiciones para difundir la información. El primer estado de alerta es informar a la población de la situación de riesgo y de las medidas que deben adoptarse de acuerdo a los planes predeterminados. El segundo, es disponer de lugares para albergar a la población y proteger sus bienes. El tercero, la creación de refugios y la aplicación de los planes de asistencia médica y evacuación.

6.4 Fuentes de financiamiento

Se pueden combinar varias modalidades para financiar las actividades del SNPMD.

- Fondos propios: Provenientes de las instituciones públicas, privadas y no gubernamentales.
- Fondos del presupuesto nacional: Son fondos asignados al comité nacional.
- Fondos específicos: Proviene del presupuesto que el gobierno asigna a diversas instituciones para que lo inviertan en temas relacionados con desastres.
- Fondos de emergencia: Que el gobierno puede obtener del Ministerio de Hacienda para casos de desastres y que representan un porcentaje acordado en la Ley anual del presupuesto (algunos países identifican partidas de hasta el 2% del presupuesto general para estos fines).
- Fondos de donaciones: Son de fuentes nacionales y extranjeras y fondos de crédito y de cooperación.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existen estudios de vulnerabilidad física frente a terremotos e incendios y planes de protección de las personas y los equipos? ¿Existen, y se aplican, normas para prevenir incendios y explosiones?
- ¿Se efectúan ejercicios de evacuación en forma regular?
- ¿Considera el diseño de carreteras, aeropuertos y puertos la vulnerabilidad frente a desastres?
- ¿Cuál es la seguridad de los sistemas de telefonía fija, telefonía móvil y radiocomunicaciones?
- ¿Cuál es la cobertura actual de todos los sistemas de comunicaciones?
- ¿Existe un sistema nacional de mantenimiento para todas las vías de comunicación?
- ¿Existe capacidad de respuesta para reparaciones rápidas?
- ¿Existe el Comité Nacional (CN) del SNPMAD?
- ¿Es el CN el encargado de establecer las políticas, planificar, dirigir y coordinar el SNPMAD?

- ¿Quién preside y quiénes forman parte del CN?
- ¿Quién define el Plan Nacional del SNPMAD y su propuesta de presupuesto anual?;
- ¿Quién propone las medidas operativas para ejecutar el plan del SNPMAD?
- ¿Quién propone el contenido curricular referente a prevención, mitigación y atención de desastres para los programas del Ministerio de Educación y de las demás instituciones de educación técnica y superior?
- ¿Quién propone al Presidente de la República la declaración de estados de desastre?
- ¿Cuáles son las dependencias subnacionales del CN y sus relaciones con el municipio?
- ¿Existen comisiones de trabajo intersectoriales? ¿Cuáles son las instituciones participantes?
- ¿Están incluidos los sectores de salud, educación, seguridad ciudadana, servicios nacionales de información, ambiente, suministros, infraestructura y operaciones?
- ¿Considera el CN la integración entre instituciones civiles y militares?
- ¿Es la capacitación comunitaria un esfuerzo deliberado para educar a la dirigencia de las organizaciones civiles en temas de prevención, mitigación y atención a desastres?
- ¿Quién declara el estado de desastre, bajo qué base legal y cuáles son los criterios para definirlo?
- ¿Cómo se define su cobertura territorial?
- ¿Cuál es la flexibilidad presupuestaria para ampliar el marco de gasto?
- ¿Considera la declaración del estado de desastre, la pérdida de las garantías constitucionales?
- ¿Cómo se aplican los criterios de información y selección de albergues y quién aplica los planes de asistencia médica y evacuación?
- ¿Cómo opera el uso de los fondos propios?
- ¿Existen fondos específicos asignados a diversas instituciones?
- ¿Existen fondos de emergencia y de donaciones y cuál es su modalidad de uso?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS/OMS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS/OMS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, cuando se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

7. Marco conceptual

7.1 Definición del SNPMAD

El SNPMAD es el conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos, aplicados por las instituciones públicas y privadas, en asociación con las organizaciones de la sociedad civil y los distintos niveles de la administración del estado, para reducir los riesgos de ocurrencia de desastres, atender sus daños y minimizar sus secuelas.

7.2 Principios orientadores del SNPMAD

Es necesario establecer si el SNPMAD existe, evaluar si su estructura es coherente con las funciones previstas e identificar los mecanismos de colaboración multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial. Asimismo, hay que describir los riesgos, el alcance de la voluntad política de la autoridad para reducirlos y el grado de conciencia pública para el autocuidado. También se necesita estimar el grado de involucramiento de la población y describir las fuentes de financiamiento y los procedimientos para asignar recursos.

7.3 Objetivo del SNPMAD

El análisis sistemático de los documentos oficiales y de las evaluaciones posteriores a los desastres le permitirá al analista emitir juicios respecto a la relación entre los objetivos declarados y los resultados observados.

Desde la perspectiva de los procesos, deberá evaluar tanto el alcance de la definición de las responsabilidades y funciones de los organismos involucrados, como la programación del uso oportuno, eficiente e integrado de los recursos públicos y privados requeridos

Desde la perspectiva de los resultados, deberá pronunciarse acerca de cuán eficaz, eficiente y oportuna es la respuesta inmediata, con cuál cobertura, oportunidad e integralidad se logra la curación y rehabilitación de las personas afectadas y en qué plazos y con cuál cobertura se logra la reconstrucción de las áreas afectadas por un desastre.

7.4 Funciones del SNPMAD

Es necesario explicitar sus funciones. Para ello se identificarán las siguientes:

- Previsión de los posibles daños a la población, infraestructura física y ambiente en general y riesgo de discontinuidad del Gobierno y sus Instituciones.
- Diseño, aprobación y supervisión de la ejecución de los planes del SNPMAD, definición de las funciones de las entidades públicas y privadas y de los planes de contingencia por tipos de desastres.
- Información, capacitación y educación a la población y al personal de las instituciones públicas y privadas acerca de la PMAD.

- Evaluación de la magnitud de los daños, organización y coordinación de la atención, rehabilitación y reconstrucción de las zonas afectadas, así como de los trabajos para su ejecución.
- Fomento de la investigación científica y técnica destinada a conocer las causas y a asegurar el monitoreo permanente de los fenómenos que pueden generar desastres.
- Análisis de la forma como cada institución incluye las funciones específicas del SNPMAD en sus objetivos, en su Reglamento Interno y en su propio presupuesto anual. Además, análisis de la forma como los gobiernos regionales y locales asumen su responsabilidad primaria de respuesta en su ámbito territorial.

Posible preguntas orientadoras

- ¿Está incluida la definición operacional del SNPMAD en los planes de desarrollo nacional y sectorial?
- ¿Considera la participación de las instituciones públicas y privadas y su marco regulatorio?
- ¿Está presente el derecho a la salud en los principios orientadores del SNPMAD y señaladas las obligaciones que deben ser garantizadas, mediante leyes generales y específicas?
- ¿Es coherente la estructura del SNPMAD con sus funciones previstas?
- ¿Existe voluntad política para reducir los riesgos de desastres y se identifican los mecanismos de colaboración multidisciplinario, interinstitucional, e intersectorial?
- ¿Adoptó el país la estrategia de desarrollo humano y ambiental sostenibles? ¿Cómo la aplica?
- ¿Hay conciencia pública e involucramiento de la población en el autocuidado?;
- ¿Cuáles son los procedimientos para asignar recursos?
- ¿Existe un Comité de emergencia y un Gabinete social de Ministros? ¿Están adscritos a la Presidencia de la República? ¿Están adscritos a otra dependencia? Describir su composición y sus fines.
- ¿Responde el SNPMAD a la descentralización del país? ¿Delega funciones a entidades de menor jerarquía?
- ¿Identifica las áreas geográficas por tipos de riesgo?
- ¿Enumera y prioriza los problemas y las estrategias de intervención?
- ¿Tiene objetivos, recursos e indicadores de proceso, resultado e impacto para cada institución?
- ¿Identifica las fuentes de financiamiento y define los sistemas de distribución de recursos?
- ¿Cuál es el grado de involucramiento de la población?
- ¿Hay relación entre los objetivos declarados y los resultados observados?
- ¿Están definidas las responsabilidades y funciones de los organismos involucrados?
- ¿Hay coordinación entre los recursos públicos y privados y es la respuesta inmediata eficaz y eficiente?

- Indique la cobertura, oportunidad e integralidad lograda para la curación y rehabilitación de las personas.
- Indique plazos y cobertura para la reconstrucción de las áreas afectadas.
- ¿Ha sido preparada una lista de los posibles daños a la población, a la infraestructura física y al ambiente?
- ¿Ha sido evaluado el riesgo de discontinuidad del gobierno y de sus instituciones, en caso de desastres?
- ¿Ha sido diseñada, aprobada y supervisada la ejecución de los planes del SNPMAD?
- ¿Existen planes de contingencia por tipos de desastres y se ha educado a la población y al personal de las instituciones públicas y privadas?
- ¿Quién evaluó los daños?
- ¿Quién organizó y coordinó la atención, rehabilitación y reconstrucción de las zonas afectadas?
- ¿Quién supervisó la ejecución de los trabajos?
- ¿Existe investigación científica y técnica acerca de los desastres?
- ¿Existen funciones específicas para desastres, reglamentos ad hoc y presupuesto en cada institución?
- ¿Cómo asumen su responsabilidad primaria los gobiernos regionales y locales?

¿Dónde se obtiene la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud. (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, en donde se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.

8. La unidad técnica del ministerio de salud

En muchos países, la unidad técnica es la unidad clave para la continuidad de la gestión pública en época de desastres. Otros países tienen dependencias de la Presidencia de la República para estos fines, con distintos grados de desarrollo y autonomía.

La Unidad Técnica (UT) es el organismo técnico del Ministerio de Salud, de alcance nacional, descentralizado o desconcentrado, encargado de planificar, programar, asesorar, supervisar y evaluar las acciones del sector salud que forman parte del plan de acción del SNPMAD.

Está radicada al más alto nivel político del Ministerio de Salud, depende directamente del (de la) Ministro(a) de Salud y tiene contrapartes en los diferentes ministerios e instituciones nacionales descentralizadas. Comprende la medicina de desastre, cuyo impacto será recibido en la unidad funcional básica del sector salud (Servicios de salud, Región sanitaria, Áreas de salud, entre otras), hospitales y establecimientos de la red asistencial

8.1 Contenidos de los programas

Los planes deben incluir la prevención, preparación y mitigación de los desastres, tanto en su componente intersectorial, como en las especificidades del sector salud. Aunque, en la mayoría de los países, la fase de respuesta está muy arraigada en los hospitales, la UT debe considerar la red asistencial en su conjunto. En este caso, interesa saber el alcance de las medidas de prevención, los contenidos de la preparación de la infraestructura, del equipo y del personal y la capacidad real para mitigar los efectos de un desastre. Son especialmente relevantes los estudios de vulnerabilidad de la red asistencial.

8.2 El Comité de emergencia

La UT debe organizar Comités de Emergencia (CE) por establecimiento, en cuyo proceso de capacitación y programación deben ser incluidos:

- Los riesgos potenciales identificados como prioritarios para el establecimiento
- Los sistemas de comunicación para la coordinación interna.
- Los sistemas de distribución de personal e de insumos de uso médico y alimentario. El programa SUMA facilita este componente.
- La coordinación intersectorial local. Incluye la Comisión Nacional, las Comisiones Intersectoriales, las Universidades Regionales, la Policía, las Fuerzas Armadas, la Defensa Civil, etc.
- La red de radiocomunicaciones, reforzada por telefonía, es imprescindible para mantener la línea de mando y de informaciones.

8.3 Fortalecimiento institucional

La UT debe fortalecer el componente institucional mediante un proceso participativo que, basado en las políticas nacionales, cumpla los siguientes objetivos:

- Analizar el proceso de ejecución de los programas vigentes del SNPMAD.
- Identificar sus logros e insuficiencias.
- Identificar los puntos críticos.

- Formular propuestas de intervención, sean medidas administrativas o proyectos de inversión.

Se identifican, de ese modo, los vacíos de cobertura, las ineficacias y las ineficiencias de los programas de prevención, mitigación y atención a desastres. Como algunos puntos críticos son susceptibles de ser abordados por proyectos de intervención, es posible elaborar una propuesta de los factores de producción requeridos en cuanto a recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos y organización del sistema.

8.4 La participación ciudadana

Es vital para garantizar la viabilidad, eficacia, eficiencia, efectividad y sostenibilidad en el tiempo. Asimismo, mejora la oportunidad de atención.

Tiene dos grandes ámbitos de trabajo. El primero se refiere a las personas y su participación desde el hogar, la escuela, las juntas vecinales, los centros de madres y el gobierno local (municipio). El segundo ámbito corresponde al sistema nacional de protección civil, coordinado por la Comisión Nacional y relacionado directamente con el gobierno descentralizado (gobierno regional y gobierno local).

8.5 La evaluación

Consiste en estimar la desviación existente entre los resultados obtenidos y los objetivos fijados. Para ello, es necesario determinar:

- Los objetivos previamente establecidos.
- Los instrumentos de medición.
- Los indicadores a comparar según la estructura, el proceso, el resultado y el impacto.
- El carácter voluntario u obligatorio de la evaluación.
- Si es realizada por un organismo público (gubernamental o autónomo), un organismo privado con o sin fines de lucro o por una asociación de organismos públicos y privados.

Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existe una Unidad Técnica (UT) de alcance nacional en el Ministerio de Salud?
- ¿Es la UT descentralizada o desconcentrada?
- ¿Está encargada de planificar, programar, asesorar, supervisar y evaluar las acciones del sector salud?
- ¿Está radicada en el más alto nivel político del Ministerio de Salud?
- ¿Tiene contrapartes en los diferentes ministerios e instituciones nacionales descentralizadas?
- ¿Se encuentran, en los planes, los componentes de prevención, preparación y mitigación de desastres?
- ¿Consideran los planes el componente intersectorial y las especificidades del sector salud?

- ¿Considera la UT la red asistencial en su conjunto?
- ¿Hay estudios de vulnerabilidad física y funcional de la red asistencial?
- ¿Hay Comités de Emergencia (CE) por establecimiento?
- ¿Considera la programación de la UT los riesgos potenciales prioritarios para cada establecimiento?
- ¿Considera los sistemas de comunicaciones?
- ¿Considera los sistemas de distribución de personal e insumos de uso médico y alimentario?
- ¿Se aplica el Sistema SUMA?
- ¿Hay coordinación intersectorial local?
- ¿Ha sido evaluada la red de radiocomunicaciones? ¿Hay telefonía fija y móvil como alternativa?
- ¿Cuán participativo es el proceso de ejecución de los programas vigentes del SNPMAD?
- ¿Cuán participativa es la formulación de las propuestas de intervención?
- ¿Han sido identificados los vacíos de cobertura, las ineficacias y las ineficiencias de los programas?
- ¿Es posible elaborar una propuesta de los factores de producción requeridos (recursos humanos, infraestructura, equipo, insumos y organización del sistema)?
- ¿Han sido incorporados el hogar, la escuela, las juntas vecinales, los centros de madres y el gobierno local?
- ¿Existe un sistema nacional de protección civil? ¿Han sido evaluados su proceso y sus resultados?
- ¿Se han definido los objetivos, los instrumentos de medición y los indicadores a comparar?
- ¿Quién hace la evaluación?

¿Dónde obtener la información?

Para la recolección de la información se recomienda recurrir a las siguientes fuentes de investigación: Oficinas especializadas del Ministerio de Salud. (Planificación, Emergencia, Asesoría Jurídica, etc.), Centro de documentación de OPS, Oficinas de emergencias dependientes de la Presidencia de la República, Página electrónica del Ministerio de Salud y Página electrónica de OPS, entre otras.

¿Cómo presentar la información?

Se sugiere presentar la información en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas. Así mismo, en donde se considere pertinente, se podrán presentar cuadros o tablas resumen.