

# LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

PARA

## ANÁLISIS SECTORIAL EN SALUD

UNA HERRAMIENTA PARA  
LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Washington, D.C.

Marzo 2004

**Edición Especial**  
**No. 9**



INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

**Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente**

Organización Panamericana de la Salud

Lineamientos metodológicos para análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas.

Washington, D.C.: OPS, ©2004.

(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.

*Diseño y diagramación: Matilde Cresswell*

*Edición de estilo: Zaida Sequeira*

# CONTENIDOS

## *Presentación*

### **PARTE I. Aspectos conceptuales y metodológicos**

- I. Marco conceptual
- II. Utilización del instrumento de análisis del sector de la salud en la planificación sanitaria, la formulación de políticas y el establecimiento de objetivos sanitarios
- III. Metodología para el ejercicio de análisis del sector de la salud
- IV. Carta de navegación

### **PARTE II. Lineamientos metodológicos para el análisis del sector de la salud**

*Primera Sección. Análisis de la situación de salud, de sus determinantes, de la estructura y organización del sector y de la exclusión en salud*

**Capítulo 1.** Análisis de la situación de salud

**Capítulo 2.** Análisis de los determinantes de la salud

**Capítulo 3.** Análisis de la estructura, organización y políticas del sector

**Capítulo 4.** Análisis de la exclusión social en salud

*Resumen de la Primera Sección: Implicaciones del análisis de la situación de salud y de sus determinantes, de la estructura y la organización del sector de la salud, y de la exclusión social en salud para el desarrollo del sector*

*Segunda sección. Funciones del sistema de salud*

**Capítulo 5.** Rectoría

**Capítulo 6.** Financiamiento

**Capítulo 7.** Aseguramiento

**Capítulo 8.** Provisión de servicios de salud

*Resumen de la Segunda Sección: Implicaciones del análisis del desempeño de las funciones del sistema de salud para la acción y la formulación de políticas*

### **PARTE III. Del análisis a la acción**

**Capítulo 9.** Resultados del análisis del sector de la salud: implicaciones para la acción sectorial

**Capítulo 10.** Marco ordenador para la formulación de políticas y bases para una agenda de cambio

### **PARTE IV. Glosario de términos**

### **PARTE V. Anexos**

**Anexo A.** VIH/SIDA

**Anexo B.** Vulnerabilidad y preparativos para desastres



# 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) y Guyana (2003).

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 Reforma del Sector Salud de las Américas (<http://www.LACHSR.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 2003.

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 I («Análisis de la situación de salud y de sus determinantes») y II («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 una Sección III («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.

***Firmado***

## I. MARCO CONCEPTUAL

### ¿Qué es un análisis sectorial?

Un análisis sectorial es un 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.

### ¿Qué es el análisis del sector de la salud?

El análisis sectorial aplicado al análisis del 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 sectorial.

El documento de Análisis del Sector de la 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 del desarrollo de los sistemas de servicios de salud. Los resultados del proceso de 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 lograr los objetivos o prioridades nacionales de salud (1).

En las Américas, la realización de *Análisis del sector de la salud* se ha venido impulsando desde la década de 1970 (2, 3). No obstante, durante este 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 de la salud* que muchos países emprendieron o se plantearon 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 de la salud, de sus recursos y de su operación (12, 13, 14, 15).

## Objetivos del análisis del sector de la salud

Los análisis sectoriales contribuyen a mejorar los procesos de toma de decisión, planificación y gerencia en salud. Los decisores políticos y los gerentes pueden utilizarlos para la planificación estratégica incluyendo la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en salud. Sus objetivos principales pueden resumirse en los siguientes:

- Identificar los cambios en las tendencias sociales, tecnológicas, económicas y/o políticas internas y externas que inciden en la situación de salud y sobre la organización, estructura y funciones de las instituciones y los actores del sector, frente a problemas sectoriales y extra-sectoriales que afectan la salud en el corto, mediano y largo plazo.
- Impulsar la función rectora de las autoridades sanitarias, incluida la toma de decisiones para diseñar políticas, planes, programas, proyectos o intervenciones en salud.
- Desarrollar la capacidad de los países para organizar y administrar los sistemas de salud en contextos 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.
- Extender la protección social en salud, mediante la extensión de la cobertura de servicios de salud y/o la expansión de mecanismos de aseguramiento en salud, entre otros mecanismos.
- Extender la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la capacidad gerencial de los recursos humanos.
- Evaluar la ejecución y funcionamiento de 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 de la 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
- Justificar prioridades, incluidas las de inversión.



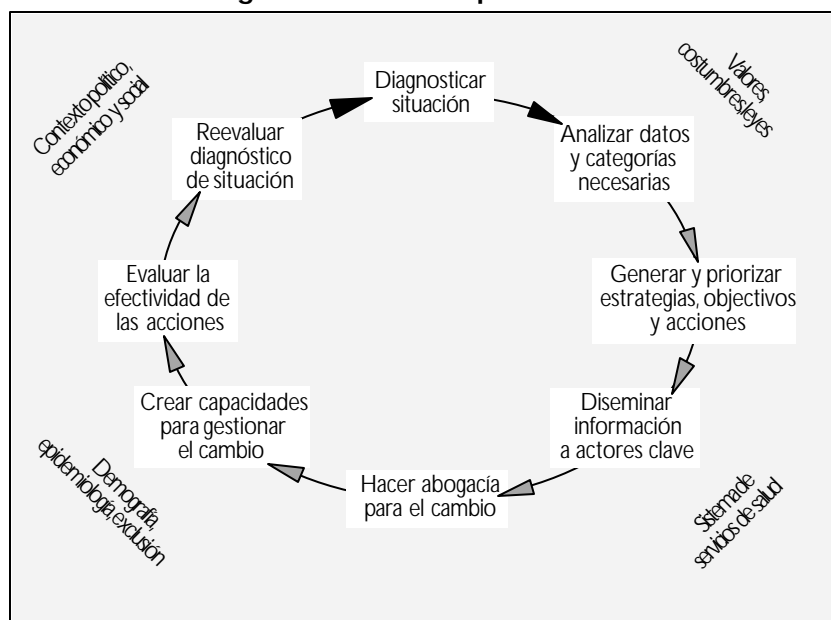
## II. UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA, LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS SANITARIOS

### Utilización del análisis del sector de la salud en la planificación sanitaria

La *planificación sanitaria* es un 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. Existen buenos manuales asequibles sobre el tema (16, 17). El ciclo básico de la planificación sanitaria es común al de cualquier ejercicio de planificación:

- Identificar necesidades y problemas.
- Priorizar estrategias, objetivos y acciones.
- Diseminar 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 por el accionar del sector; capaz de identificar y, si ello es posible, de contribuir a modificar los incentivos y 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 de la 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 de la 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 de la salud en la formulación de políticas

Para la acertada formulación de políticas de salud, los decisores políticos de cualquier nivel necesitan información por campos temáticos o por funciones, fiable, manejable y oportuna, ordenada de forma lógica y fácilmente comprensible, en torno a 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 se necesita asimismo conocer las distintas opciones y los pros y contras de cada una de ellas, lo que puede llevar a sucesivas aproximaciones y eventualmente a la construcción de escenarios.

El proceso de elaboración del análisis del sector de la salud está diseñado como un proceso de construcción del conocimiento en tres fases sucesivas: (i) la recopilación selectiva de información, (ii) la formulación de conclusiones por capítulos y secciones y finalmente (iii) 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 para compartir información; la identificación de problemas y «puntos críticos»; la discusión colectiva de posibles estrategias y la formulación de políticas; y la implementación de las estrategias seleccionadas.

## Utilización del análisis del sector de la 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 solo profesional, para un equipo o servicio, para una institución y/o para una red. Estos casos pueden ser intermedios, por ejemplo, incrementar la captación de mujeres en el programa de planificación familiar; o finales. Éstos últimos conviene diferenciarlos entre *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 la factibilidad de las propuestas (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 establecer no solamente quiénes están involucrados en su logro sino, quién o quiénes entre ellos son los responsables de alcanzarlo. Sin una asignación clara y asumida de esta responsabilidad las probabilidades de no alcanzarlo aumentan.

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 establecen (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 la factibilidad de las propuestas, a los responsables de la toma de decisiones, a los responsables de la ejecución de las acciones y a los potenciales beneficiarios de las acciones. 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 prefieran planes con unos pocos grandes objetivos o árboles de objetivos jerarquizados por niveles, que se desagregan a medida que llega al nivel local.

El proceso de elaboración del Análisis del sector de la 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 de la salud, contribuyen a la formulación de políticas basadas en el mejor conocimiento disponible.



### III. METODOLOGÍA PARA EL EJERCICIO DE ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD

#### Alcance de la metodología

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

- Análisis de los problemas de salud y de sus determinantes.
- Organización institucional del sector.
- Exclusión social en salud.
- Funciones del sistema de salud.
- Evaluación de resultados y formulación de políticas.
- Temas especiales. Por ejemplo: VIH/SIDA, salud mental, y vulnerabilidad y preparativos para hacer frente a desastres.

#### Definición del sector de la salud

A efectos de la presente metodología, el 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 (20).

La definición precedente 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.
- 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 los actores que conforman el sector de la salud, el entorno económico en el cual desarrollan sus actividades, así como en el conjunto de valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos y tecnologías, actitudes e intereses de las instituciones y actores que conforman el sector de la salud.
- 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 técnico del sector de la salud de los países y por cualquier otra persona o grupo de personas con formación equivalente, interesadas en el desarrollo del sector de la salud (por ejemplo, el personal técnico de los organismos y agencias de cooperación técnica internacional).

## Método de trabajo

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

- **Fase I: Pre-análisis y recopilación inicial de información**
  - Elaboración de los términos de referencia
  - Composición del equipo de trabajo
  - Discusión de la metodología de análisis
- **Fase II: Desarrollo del trabajo de campo**
  - Organización del trabajo
  - Preparación de los capítulos y secciones I y II del análisis
  - Preparación de los resúmenes de las secciones I y II
- **Fase III: Resultados e implicaciones para las políticas**
  - Formulación de propuestas de acción
  - Promoción e impulso de una agenda sostenible de cambio

### ***Fase I: Pre-análisis 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 donde 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 su realización (por ejemplo, la OPS/OMS). Deben responder con precisión a las preguntas contenidas en el siguiente cuadro. Además, deben establecer con claridad quienes actuarán como punto focales tanto en el nivel nacional (por ejemplo, el Ministro o Viceministro de Salud, o cargo equivalente en la región, provincia o estado de qué se trate) como en el nivel internacional (por ejemplo, el Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud de la OPS/OMS) 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 de la salud

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

#### ■ Composición del equipo de trabajo

La composición del equipo de trabajo puede variar según las características del caso: un equipo pequeño puede bastar para un análisis rápido o de actualización de alguno realizado pocos años atrás; un equipo de mayor tamaño (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 cualquier caso, 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 de la 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 a la hora 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 de la salud.

■ **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 experto (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 de la salud**

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

Lo primero será comprobar si la definición operativa del sector que se propone en la presente metodología concuerda con la que ha dado el país y, si es el caso, 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 que se considere relevante para el análisis de un país concreto deberá ser incluido. A la inversa, si alguno de los incluidos se considera irrelevante, se explicará por qué ello 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 que se añada algún otro concepto clave relevante en el país (o ámbito subnacional) de que se trate (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 de la salud**

<p><b>Equidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) En el estado de salud, implica favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible;</li> <li>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).</li> </ul> <p><b>Efectividad y calidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implica que los ciudadanos reciben servicios de salud oportunos, resolutivos, seguros (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).</li> </ul> <p><b>Eficiencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Sostenibilidad</b></p> <p>Se refiere a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) La posibilidad de los financiadores para seguir sufragando, a medio y largo plazo, el gasto sanitario incurrido o previsible (sostenibilidad financiera) y</li> <li>ii) El grado de aceptación de la población hacia los servicios de salud (legitimación social).</li> </ul> <p><b>Participación social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> </ul>
---

## ***Fase II: 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, alcance, metodología y 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 secretaría, transporte, etc.).

A partir de entonces, 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. Las notas de tales 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 como se describe en la sección final de este capítulo titulado *Carta de navegación*. En la primera fase se organizarán grupos para trabajar los temas incluidos en los capítulos de la Sección I *Análisis de la situación de salud y de sus determinantes*. Los resultados del trabajo de estos grupos serán compartidos para preparar el resumen de la Sección I, el cual será un insumo esencial para el trabajo de los grupos que se ocuparán de los temas incluidos en la Sección II, *Análisis de las funciones del sistema de salud*. Análogamente, los resultados del trabajo de los grupos que se ocuparon de los temas incluidos en la Sección II serán difundidos para preparar el resumen de la Sección II, el cual será un insumo esencial para el trabajo del grupo encargado de preparar el Capítulo 9, *Resultados del análisis sectorial: implicaciones para la acción*, y el Capítulo 10, *Marco ordenador para la formulación de políticas y bases para una agenda de cambio*.

Con frecuencia, el proceso de análisis del sector de la 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 han de utilizarse 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 clave. 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 caracterizaban a menudo por el acopio de un gran volumen de datos pero sin una orientación para 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, se formulan 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 puede concluir la existencia de una debilidad en el proceso de gestión por deficiencias en el sistema de información.

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

Conceptos	Variables	Indicadores (ejemplos)
Equidad	Estado de salud	▫ Mortalidad infantil por regiones o nivel de ingreso.
	Cobertura	▫ Porcentaje de población sin cobertura, o sin cobertura según prestaciones.
	Acceso	▫ Porcentaje de población a más de 1 h. de un centro de salud.
	Uso	▫ Porcentaje de uso de determinados servicios por nivel de estudios o de ingreso.
	Financiera	▫ Porcentaje de población sin capacidad de pago para prestaciones básicas.
Efectividad y Calidad	Calidad técnica	▫ Porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando.
	Calidad percibida	▫ Porcentaje de establecimientos con programas de desarrollo humano.
Eficiencia	Global	▫ Mortalidad en menores de 1 año/gasto sanitario per cápita por regiones.
	Asignación de recursos	▫ Distribución del gasto sanitario per cápita (corriente y de inversión) por regiones.
	Gestión de servicios	▫ Porcentaje de hospitales con presupuesto prospectivo.
Sostenibilidad	Corto plazo	▫ Gasto sanitario público / gasto público total.
	Mediano plazo	▫ Gasto público en salud / gasto total en salud.
	Largo plazo	▫ Relación entre gasto en salud per cápita y PIB per cápita.
Participación Social	Planificación	▫ p. ej. en la preparación de planes locales de salud.
	Gestión	▫ Porcentaje de establecimientos con comités o grupos locales de gestión.
	Provisión	▫ Porcentaje de establecimientos y servicios de propiedad comunitaria.
	Evaluación	▫ p. ej. ámbitos de gestión con mecanismos periódicos de rendición de cuentas establecidos y funcionando.

Tan importante como analizar cada uno de los acápite por separado, es describir las relaciones que cada uno guarda con las demás (sean dentro de su capítulo o de otros). Es decir, dotar de un carácter dinámico el análisis. 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 (cuantitativas siempre que se pueda y, si no, cualitativas) referidas, 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. Ellas 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 9 «Resultados del análisis sectorial: Implicaciones para la acción»*).

#### ■ Preparación de los resúmenes de las secciones I y II

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 cuatro capítulos incluidos en la Sección I. 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 I 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 II. Una copia de este resumen deberá ser distribuido al comienzo del trabajo de los grupos que se encargarán de la preparación de los capítulos de la Sección II.

Análogamente se procederá al término del trabajo de los grupos encargados de la preparación de los capítulos de la Sección II. 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 III, *Del análisis a la acción*.

### ***Fase III: Resultados e implicaciones para las políticas***

La Fase III comprende la elaboración de la Sección III, Capítulo 9 *«Resultados del análisis sectorial: implicaciones para la acción»* y Capítulo 10 *«Marco ordenador para la formulación de políticas y bases para una agenda de cambio»* y por consiguiente se divide en las siguientes dos etapas:

- Formulación de propuestas de acción, con base en los resultados de análisis sectorial (coherente con el Capítulo 9), y
- Promoción e impulso de una agenda sostenible de cambio, de acuerdo con los lineamientos del Capítulo 10.

Un tema que se debe considerar en el momento de elaborar los términos de referencia, es la composición del grupo (o grupos) que habrán de preparar la Sección III.

Sin perjuicio del especial apoyo que los consultores externos pueden prestar en esta fase, estos capítulos requieren personas con suficiente nivel de conocimiento y experiencia así como con suficiente cercanía, y al mismo tiempo, suficiente independencia de criterio respecto al nivel de decisión política sectorial. Una opción que se ha ensayado es que a los responsables del trabajo de preparación de cada capítulo se unan algunos participantes seleccionados así como personas del nivel de decisión político 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 lo menos importante, es recordar que el nivel de decisión político sectorial (y, en ocasiones, nacional) ha de tener la oportunidad de leer el documento de análisis y de formular propuestas (en particular sobre los *Capítulos 9 y 10*) 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 *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, pueden 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 8). Es decir, los Capítulos del 1 al 7.
- Un **meso** análisis: o un análisis a 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 (Exclusión social en salud), 5 (Rectoría), 6 (Financiamiento) y 7 (Aseguramiento).
- 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), 4 (Exclusión social en salud) y 8 (Provisión). Este último puede ser realizado en su totalidad, o pueden identificarse aspectos relevantes y analizar solamente esos (*Véase introducción del Capítulo 8*).

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 «Vulnerabilidad y preparativos para desastres», donde la aplicación de la metodología de análisis del sector se realiza específicamente en estas áreas.

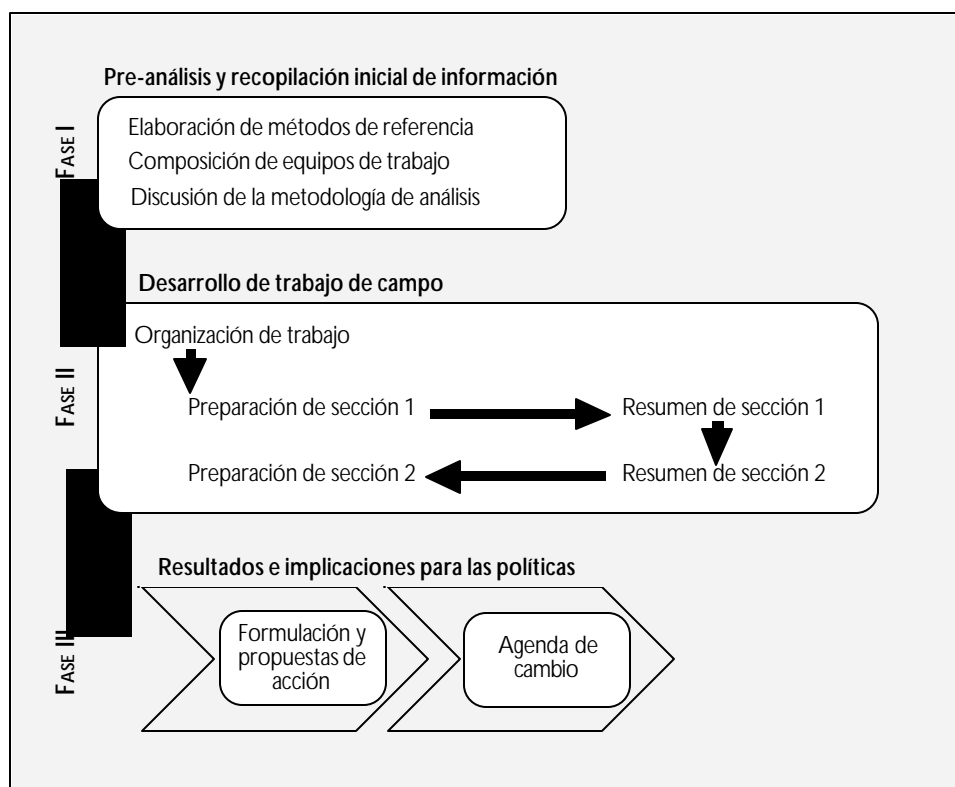
La idea no es predefinir qué áreas pudieran ser analizadas —puesto que eso dependerá de la situación particular de cada país—, sino ilustrar la flexibilidad del instrumento y proponer opciones prácticas para su utilización.



## IV. CARTA DE NAVEGACIÓN

A continuación se presenta un resumen de las tres fases y 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 I y II como insumo de las secciones siguientes.

**Figura 2: Carta de Navegación**



## Bibliografía (Parte I)

- (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 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) Pinault R. *La Planificación de servicios de Salud: Una perspectiva epidemiológica* Toray/Masson.



- (17) Alan Dever, GE. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. OPS/OMS. 1991.
- (18) Mintzberg, H (1994). *The rise and fall of Strategic Planning*. New Cork: The Free Press.
- (19) Conway, M; Slaughter, R; Voros, J (2002). *Strategic Foresight: Learning from the future and Moving to Action*. Swinburne University of Technology Victoria, Australia.
- (20) 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.
- (21) Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: WHO/EURO. 1990.
- (22) Schneider H, Libercher MH. *Participatory Development: from Advocacy to Action*. Paris: OECD; 1995:9-14.



# CAPÍTULO 1.

## ANÁLISIS DE LA 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 es el caso, en el nivel subnacional en que se desarrolle el análisis (región, provincia o estado). Ello implica describir, brevemente, ubicación, límites geográficos, extensión y densidad poblacional.

#### 1.1.1 Estructura y dinámica de la población

El conocimiento de la estructura y tendencias del crecimiento poblacional y sus repercusiones en la programación de la red de servicios de salud a la población, es importante porque los requerimientos de los servicios de salud están fuertemente afectados por el tamaño, distribución geográfica, estructura etaria y 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 etarios 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 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 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, aspectos nutricionales, población trabajadora, 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 etarios y su evolución expresa el avance en la transición demográfica. En este sentido, suele ser conveniente comparar el tamaño, la estructura etaria y las tasas de crecimiento de otros países (o provincias, regiones o estados) con características similares al analizado. Pero, lo más relevante es analizar la evolución de las mismas: hacer las proyecciones del tamaño de la población total, así como por grupos de edad y sexo será de gran utilidad.

Por otro lado, la tasa de crecimiento poblacional y su comparación con 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 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 la de la población rural y dispersa.

Las características del crecimiento natural en el país, determinado por las tasas de natalidad y de 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 en ese año) 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 varíen 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.

Adicionalmente, 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 etarios (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 —por estar al comienzo de la vida o al final de la vida (menores de 15 años y mayores de 65)— respecto al volumen de personas potencialmente productivas (grupo 15 a 64 años). Cuanto mayor sea el valor, más dependencia habrá y, por tanto, mayor carga soportarán quienes crean los bienes y servicios para toda la población. En su 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 maternoinfantil 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 etaria 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 dónde 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 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.

A menudo, los inmigrantes tienden a concentrarse en determinadas zonas geográficas (por ejemplo, barrios marginales de las ciudades) o sectores de actividad (temporeros agrícolas, economía informal, construcción, industria maquiladora, etc.). En ocasiones, muestran características culturales, étnicas, religiosas o de otro tipo que son comunes. Debido a 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. Esto determina diferentes tasas de crecimiento para la misma edad y sexo, según la población, ya sea urbana o rural. En ciertos casos, la suma de inadecuadas condiciones laborales, desarraigo y marginación, induce 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 interés particular el conocimiento de la situación de los refugiados y desplazados por la violencia en donde se presente esta situación.

## Guía Instructiva para el análisis demográfico

### Posibles preguntas orientadoras

- ¿Se observan cambios importantes en los perfiles demográficos en los últimos años?
- ¿Qué cambios significativos se observan en los distintos períodos intercensales 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 al grupo de los menores de 5 años?
- ¿El descenso de la fecundidad ocurrió 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 como indígenas y migrantes? ¿Cómo puede explicarse? ¿Qué traduce?
- ¿Cuál es el comportamiento de la mortalidad al analizarla por causa específica? ¿Y por grupos de edad y territorio?
- ¿Cuáles son los hallazgos encontrados al analizar la mortalidad de acuerdo a condiciones de vida? Destaque los indicadores considerados y disponibles para este análisis.
- ¿Existe algún estudio puntual sobre situación de salud según condiciones de vida? De existir, incorporar 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 necesaria para la información solicitada en este capítulo. También, puede encontrarse información complementaria en publicaciones regulares de la OPS/OMS (2, 3, 4).

Para los acápite 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, razón de dependencia; es recomendable, asimismo, consultar publicaciones específicas de las Naciones Unidas (5, 6). En los países donde se tiene un sistema de información sistematizado, pueden consultarse 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 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 la lógica de la reforma del sector que se considera impulsar.
- Descripción de las áreas o estudios necesarios realizar para complementar el análisis.
- Destacando la información de la que no fue posible disponer y 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 autopercebida, 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 de la salud de los países de las Américas, existe una práctica establecida de producción periódica de reportes sobre el estado de salud. Por ello, como parte del ejercicio de análisis sectorial, se recomienda recopilar y sistematizar la información de estudios existentes en el país sobre el estado de salud de la población y sus tendencias en los últimos años.

En la dimensión de *riesgos* poblacionales, el perfil de salud deberá documentar riesgos ambientales, riesgos conductuales o de comportamiento, y riesgos 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.) En general se dispone, en mayor o menor grado, de datos sobre *prevalencia* de factores de riesgo (por ejemplo, prevalencia de 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 este aspecto, como en todos los 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 autopercebida*, el perfil de salud podría tomar ventaja de la cada vez mayor disponibilidad de datos sobre la autopercepción de la salud a partir de encuestas de hogares y documentar, incluso, aspectos e indicadores de salud positiva, 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, reviste la 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, epidemiológicamente, medidas de *incidencia* y, en un sentido amplio son, por 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 (subenumeración o subregistro de mortalidad), falta de integridad de la información y 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 una estimación de ésta 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 confusor de las diferencias en la estructura etárea en los perfiles de mortalidad entre distintas poblaciones, hay necesidad de estandarizar o ajustar dichas tasas a fin de hacer tales comparaciones 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 a subregistro y 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* (a la edad 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, 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) la cual se emplea en el cálculo de los años de vida ajustados por



discapacidad (AVAD o DALY, de sus siglas en inglés) la cual 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 (bien sea entre dos periodos o entre el valor actual y uno normativo, biológicamente plausible) según la contribución específica (por ejemplo en años de expectativa de vida ganados o perdidos, AEVG y AEVP) de cada causa de muerte o riesgo de muerte a tal cambio. 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 *proxi* del estado de salud y/o marcadores de desarrollo: *mortalidad infantil*, *mortalidad de menores de 5 años* y *mortalidad materna*, expresados los tres como razones de mortalidad por población de nacidos vivos. El perfil de salud debe, por tanto, dar cuenta de estos indicadores, prestando especial atención a la posible brecha entre mortalidad registrada y estimada, a la necesaria consistencia entre datos generados por distintas fuentes y/o métodos de medición o estimación, 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 autopercebida, 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 su salud —perfil que puede quedar reflejado a partir del análisis de 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 autopercebidos 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 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 discapacidad, de 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 supuestos éticos, juicios de valor y preferencias sociales, no siempre suficientemente explícitos, tanto en su construcción como en su aplicación.

Como fuera 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 la Declaración de Alma Ata sobre la estrategia de Atención Primaria de 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 (14).

Para los efectos del análisis del sector de la 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 de la salud brinda una buena oportunidad para establecer una línea de base consensuada para cada uno de los indicadores relacionados con salud, así como para establecer la magnitud del cambio requerido para alcanzar las metas establecidas, tomando en consideración el cambio observado entre 1990 y 2000 respecto a cada indicador. 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**

- Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día (PPA).
- Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.

#### **Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal**

- Meta 3: Velar por 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**

- Meta 4: 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**

- Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

#### **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

- Meta 6: Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.

#### **Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**

- Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA.
- Meta 8: 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**

- Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible a las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable.
- Meta 11: 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**

- Meta 12: Desarrollar un sistema comercial y financiero abierto basado en normas previsibles y no discriminatorio.
- Meta 13: Atender las necesidades de los países menos desarrollados.
- Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Meta 15: Encarar los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para hacer la deuda sostenible a largo plazo.
- Meta 16: Elaborar y aplicar estrategias de empleo decente y productivo para los jóvenes.
- Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en países en desarrollo.
- Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar para que se aprovechen los beneficios de nuevas tecnologías y en particular, las de información y comunicaciones.

## Guía instructiva para el análisis del estado de salud

### 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 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 para poblaciones indígenas? ¿Y con 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 población de 65 años y más? Análisis de su comportamiento. ¿Qué ha pasado con relación a la población menor de 5 años?

- ¿Cuántos son los años de vida potencial perdidos? ¿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 etéreo (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 gestante? ¿Existen programas de atención a la gestante? Si fuera así, ¿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 fuera así, ¿cómo funcionan?; ¿con qué resultados?
  - ¿Cuáles son los principales problemas de salud de los ancianos? ¿Existen programas para hacerles frente? Si fuera así, ¿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 fuese así, ¿cuáles son los mecanismos de actuación, los actores y los escenarios dónde se desarrollan?; ¿con qué resultados?
- ¿Cuáles son las discapacidades más prevalentes en la población?
- *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)* ¿Cuál es el nivel de avance del país respecto 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 los esfuerzos para alcanzar las metas ODM? Si fuera así, ¿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, puede también encontrarse 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 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.

### ¿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 necesarios realizar para complementar el análisis.
- Destacar la información de la que no fue posible disponer y la que presentó mayores dificultades para su recolección.

## 1.3 Las desigualdades en salud

El punto más importante del análisis de 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 desigualdades en salud, es decir, comparando la distribución de aquellos 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 en 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, puede referirse 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 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.

Desde una perspectiva metodológica, el análisis de desigualdades en salud incluye comparaciones usando diversos indicadores y medidas, las cuales se estratifican con

arreglo al estado socioeconómico de los países, u otra variable indicadora de macrodeterminantes de salud. De esta forma, la salud se considera como parte substantiva de las condiciones socioeconómicas de las poblaciones. Los resultados de las comparaciones realizadas de la situación de salud entre 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 expresan 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 para 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 se espera deba tener la intervención, así como para el establecimiento de indicadores de alcance de las metas en los planes y programas sectoriales.

### **Guía instructiva para la medición de desigualdades en salud**

#### **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?
- ¿Se dispone de información confiable a nivel poblacional sobre macrodeterminantes de la salud?
- ¿Cómo estratificaría la población del país según variables de la 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 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, 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 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, 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 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 necesarios realizar para complementar el análisis.
- Destacando la información que no fue posible disponer y la que presentó mayores dificultades para su recolección.



## Bibliografía (Capítulo I)

- (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.

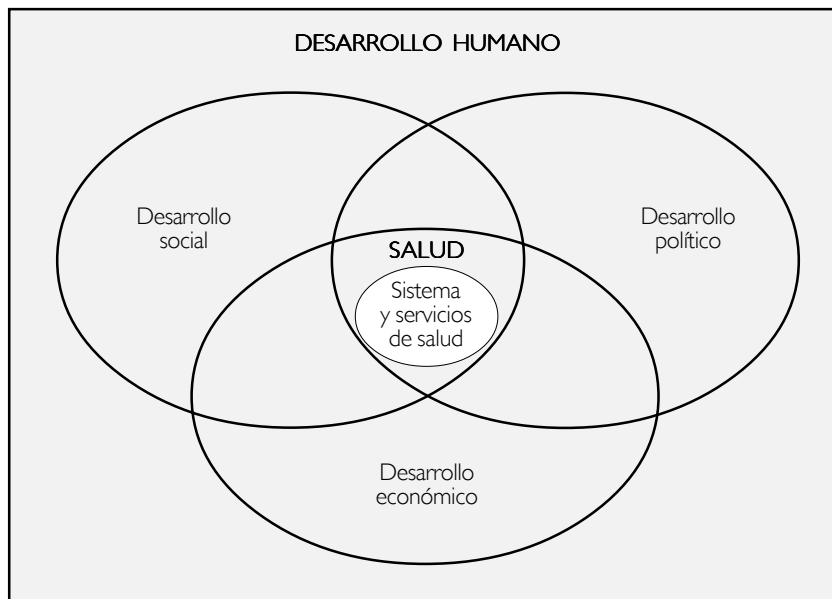


## CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

El propósito de este capítulo es ayudar a resumir y a analizar aquella 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 el sector de la 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 capítulo siguiente.

**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 significó el fin de la mayoría de los regímenes autoritarios y la generalización de la democracia. También se observó un aumento de los niveles de pobreza y el desempleo. Fenómenos como la violencia política y social, las violaciones a los derechos democráticos, las denuncias de corrupción en los más altos cargos, los conflictos fronterizos o la presión del poder ilegítimo del narcotráfico se incrementaron en varios países. Sin embargo, al mismo tiempo se afianzaba la idea de que consolidar la democracia implicaba lograr un modelo de crecimiento económico con desarrollo, capaz de insertar a la región en el mundo globalizado, sin someterse a una posición subalterna y que, además, permitiera reducir los elevados grados de inequidad existente. En ese sentido, desde finales de los años ochenta, se pusieron en marcha (o se reactivaron) dos tipos de procesos: 1) de integración subregional y coordinación regional y hemisférica; y 2) de modificación profunda de las relaciones entre sociedad y Estado.

Como ejemplos de esfuerzos de integración subregional cabe citar que:

- En 1991, el MERCOSUR (Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay) constituyó una zona de libre comercio y unión aduanera que se ratificó a fines de 1994. Dentro del MERCOSUR, se crearon varios grupos de trabajo entre ellos el de Trabajo, Empleo y Seguridad Social que, 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 a 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.
- Mantenimiento y reforzamiento de las estructuras de cooperación de los países del Caribe de habla inglesa, tales como, la Comunidad Caribeña y Mercado Común (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 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 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 estos programas ha sido desigual.

En muchos casos, estos 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 forma de coordinar políticas y actuaciones en este 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 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 una ni 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 este 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 de 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 acuerdo 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 la libertad, equidad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad compartida. Estos 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 del Capítulo 1). El éxito del logro de dichos objetivos va a depender del ejercicio de la autoridad y de la transparencia en los sistemas financieros, monetarios y comerciales.

## Guía instructiva para el análisis de los determinantes políticos

### Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existen situaciones de inestabilidad o violencia política? Si es así, analizar cómo afectan al sector de la salud.
- ¿Forma parte el país de alguna agrupación subregional o zona de libre comercio? Si es así, ¿Existen estudios sobre sus repercusiones sobre el conjunto de las políticas sociales? ¿Tales estudios están específicamente referidos al sector de la 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 es así, ¿cómo?, ¿desde cuándo?, ¿con qué acciones prácticas?
- ¿Existen formulaciones explícitas sobre la necesidad de reformar el Estado? Si es así, resumir sus principales componentes y analizar su desarrollo, incluidas las dificultades y resistencias.
- ¿Existe cooperación externa para la modernización del Estado y el sector público de la economía? Si es el caso, describir organismos, volúmenes y áreas de cooperación.
- ¿Son problemas políticos prioritarios los siguientes: 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, citar cuáles.
- ¿La pobreza es percibida como un problema político?
- ¿Es una prioridad gubernamental la lucha contra la pobreza? Si es así, ¿cómo se organiza?; ¿con qué actores?; ¿con qué estrategias?; ¿con qué resultados?
- ¿Es percibida la violencia como un problema político? Si es así, ¿quiénes la padecen (mujeres, niños, trabajadores, emigrantes, etc.)? ¿Cómo afecta al sector de la salud?
- ¿Existe un gabinete social? Si es el caso, describir su composición y analizar su funcionamiento.
- ¿En el área económica del gobierno, se percibe el sector de la salud como un sector predominantemente «gastador»?
- ¿Cuál es el papel que el Gobierno asigna al Ministerio de Salud en el contexto político del país?
- En los niveles directivos del Ministerio de Salud, ¿se conocen las recientes propuesta derivadas de las Metas del Milenio? Si es así, ¿se adoptaron iniciativas sectoriales al respecto?

### ¿Dónde obtener la información?

La mayor parte de la información mencionada se podrá obtener 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. Si se puede acceder a ellas, las secretarías permanentes de los distintos grupos de integración subregional pueden asimismo facilitar información relevante.

### **¿Cómo presentar la información?**

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

Respecto 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.

Respecto 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 bajos niveles de salud tiene que ver 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 billones adicionales por año en aportes de 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 se discute en el *Capítulo 6* de la presente guía.

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

- Producto Interno Bruto (PIB) y PIB per cápita.
- 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 interés (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 20% de población con mayor ingreso y 20% con menor ingreso).



Para conocer la política de gasto público, importa 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 defina) 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.

### **Guía instructiva para el análisis de los determinantes económicos**

#### **Posibles preguntas orientadoras**

- ¿Están identificados los desequilibrios macroeconómicos básicos o estructurales de la economía? Si es así, ¿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 medio 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 es así, ¿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 gasto corriente y qué proporción es 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 de gasto público destinada a gasto social? ¿Cuál es su evolución previsible?
- ¿Qué proporción del gasto social es gasto corriente, qué proporción es gasto de inversión?
- ¿Qué proporción del gasto social es gasto en salud?

- ¿Es el nivel de gasto en salud adecuado para hacerle frente a sus desafíos en salud?
- ¿El financiamiento proveniente de donantes es necesario 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, se puede obtener de 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 se publica periódicamente por institutos u organismos públicos dedicados a la elaboración y publicación de las estadísticas económicas básicas en forma de boletines. La información no publicada podrá utilizarse tan solo en los términos que se acuerden. Si existe, puede recurrirse 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 con más profundidad 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 es posible, se pueden escoger años seleccionados del último decenio con la 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 medio plazo, se hará después de cada cuadro.

## **2.3 Determinantes sociales**

Con 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) 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 la distribución de la pobreza.
- Problemas principales, 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).

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 con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado con una matriz de variables que incluye esperanza de vida al nacer, alfabetización, escolarización y PIB per cápita. Entre 1995 y el 2000, el Informe incluye el Perfil de Desarrollo Humano por países que, además de las anteriores, incluye variables como población con acceso a servicios de salud, agua potable y saneamiento básico, oferta calórica per cápita, distribución de prensa diaria, acceso a televisión y otros (17). Además, el Informe ofrece listas de indicadores por países para evaluar las variables incluidas en el siguiente cuadro, entre otras.

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

**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).

**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.

Existen numerosos estudios de conjunto sobre pobreza y pobreza extrema en América Latina, entre los que merecen destacarse 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 partiendo 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 al nivel de los municipios.

### **Guía instructiva para el análisis de los determinantes sociales**

#### **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 problemas principales, lineamientos básicos y propuestas de actuación a corto y mediano plazo en política social?
- ¿Es la pobreza un problema social grave? Si es el caso, caracterizar la pobreza por distribución geográfica (rural, urbano marginal, urbana no marginal, etc.) y por grupos afectados (mujeres, trabajadores eventuales, grupos étnicos, etc.).
- ¿Los grupos vulnerables están identificados en razón de etnia, género, distribución espacial o funcional o nivel de renta? Si es así, describir cuáles son y cómo se definen.
- ¿Existen políticas sociales dirigidas hacia los grupos vulnerables? Si es 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?
- ¿La protección del medio ambiente está incluida dentro de las políticas sociales?

#### **¿Dónde obtener la información?**

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

#### **¿Cómo presentar la información?**

e deberá construir un cuadro con los principales indicadores sociales y, si fuera 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 (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, September 1994*. Washington, D.C.: OPS; 1994.
- (5) Organization for Economic Cooperation and Development. *Shaping the 21<sup>st</sup> 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](http://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](http://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](http://www.paho.org/English/SHA/bsindcvr.htm)).
- (15) World Bank. *Poverty Net*. Washington, D.C.: 2001. ([www.worldbank.org/poverty/data/index.htm](http://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/](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.worldbank.org/poverty/inequal/povmap/index.htm)).

## CAPÍTULO 3.

### ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS DEL SECTOR

Los propósitos del presente capítulo son presentar una descripción global del sector de la 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 de la salud.

#### 3.1 Descripción global y marcos institucionales

##### 3.1.1 Descripción global del sector de la 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 a las acciones bajo el control directo del ministerio de salud, que en algunos países esto puede incluir principalmente las acciones tradicionales de salud pública y una parte de la oferta de servicios médicos personales. Muchas de las actividades que están encaminadas a mejorar la salud están excluidas de esa definición, e inclusive pueden estar excluidos los servicios médicos personales que prestan otros órganos del gobierno, ONGs y el sector privado. El segundo grupo de definiciones es algo más amplia. En ellas, el sector abarca todos los servicios de salud personales y no personales, así como las intervenciones de 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 la intención primaria sea el mejoramiento de la salud, incluyendo también las intervenciones de carácter intersectorial (1).

Para esta metodología se sugiere se utilice 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 a la salud.

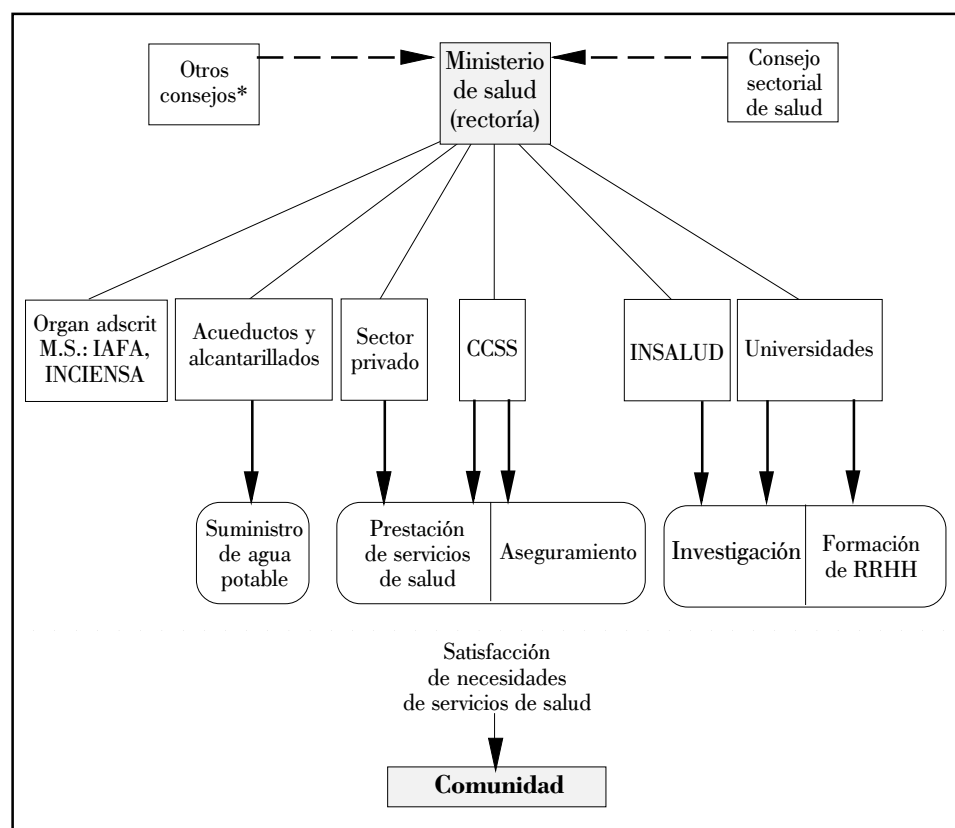
Se propone el uso de esta definición de sector por que es la mejor aportará las evidencias y conocimientos indispensables para el análisis de los procesos de formulación e implementación de las políticas, estrategias y programas de salud, permitiendo así identificar las respuestas más apropiadas para 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*.

A partir de esto, es interesante añadir un breve resumen de los hechos históricos que llevaron a la presente conformación del sector, como suelen ser, entre otras:

- Implantación del Ministerio de Salud y de 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,
- Movimientos sociales y políticos de gran significación,
- Crisis económicas de gran magnitud.

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



Nota: \* Secretaría de Políticas para Alimentación y Nutrición (SEPAN); Consejo Nacional de Rehabilitación; Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA.

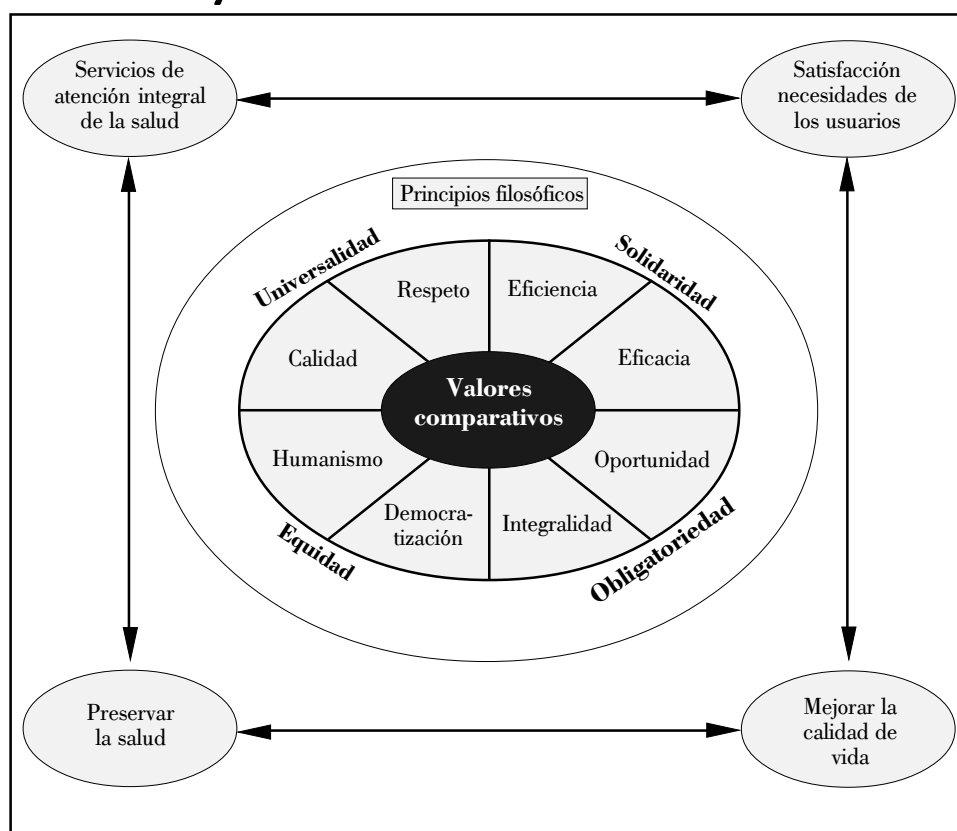
Fuente: Análisis del Sector Salud de Costa Rica.

Por considerar que las sociedades crean formas de organizar los sistemas de salud de acuerdo a grandes aspiraciones y valores fundamentales que comparten sus ciudadanos, es esencial conocer esos valores y cómo ellos se manifiestan como principios orientadores y se concretizan en reglas institucionales y en organizaciones que le dan vida concreta 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 consolidación de los mismos.



Las aspiraciones y los 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, ya 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 principios políticos es buscar la definición conceptual de salud presente en la Constitución Política del país o en otras leyes fundamentales, y apuntar cuando fueron introducidos y cuales ha sido los cambios principales realizados en los últimos diez o veinte años. Los mismos documentos legales pueden establecer si la protección de la salud es o no es 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 de la salud de Costa Rica**



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

Además de los valores y principios, un abordaje analítico comprehensivo 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 crítico en la presente metodología. Por lo menos cinco grandes grupos de actividades deben ser considerados (3):

- Las industrias de base química e biotecnológica, como las de fármacos, vacunas, derivados de sangre y insumos para diagnóstico, y las empresas importadoras de esos productos.
- Las industrias de base física, mecánica, y electrónica, como las de equipamientos e instrumentos médico-quirúrgicos, prótesis, y materiales de consumos en general, y las empresas importadoras de esos materiales.
- Las industrias de producción de servicios hospitalarios, ambulatorios, de diagnóstico y tratamiento complementario, considerando inclusive su papel como propulsora 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 desarrollo científico y tecnológico.

### **3.1.2 Caracterización del sector y de las políticas de salud**

La definición del sector, de los distintos subsectores y de las organizaciones que lo constituyen y de las relaciones entre ellos se menciona en la Constitución o en leyes generales de salud o códigos sanitarios. Esas leyes suelen establecer las relaciones entre el subsector público gubernamental y los organismos del seguro social o los de educación y formación de los recursos humanos. Aun que casi todas las Constituciones y Leyes de los países de la Región establezcan la salud con un derecho básico de la población, la realidad apunta a que los gobiernos y las sociedades han tenido mejores resultados en establecer la legislación sobre esa materia, que en 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 en forma de 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 de la salud y la organización concreta del sistema según el abordaje adoptado en la moderna literatura (4) en relación a la evolución y consolidación de los sistemas de protección social («Estados Benefactores»). Esta 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 más clásica tipología 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 suele ser útil intentar ubicar el sistema de salud del país, siempre reconociendo que toda clasificación tiene sus 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 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, ya sea 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**

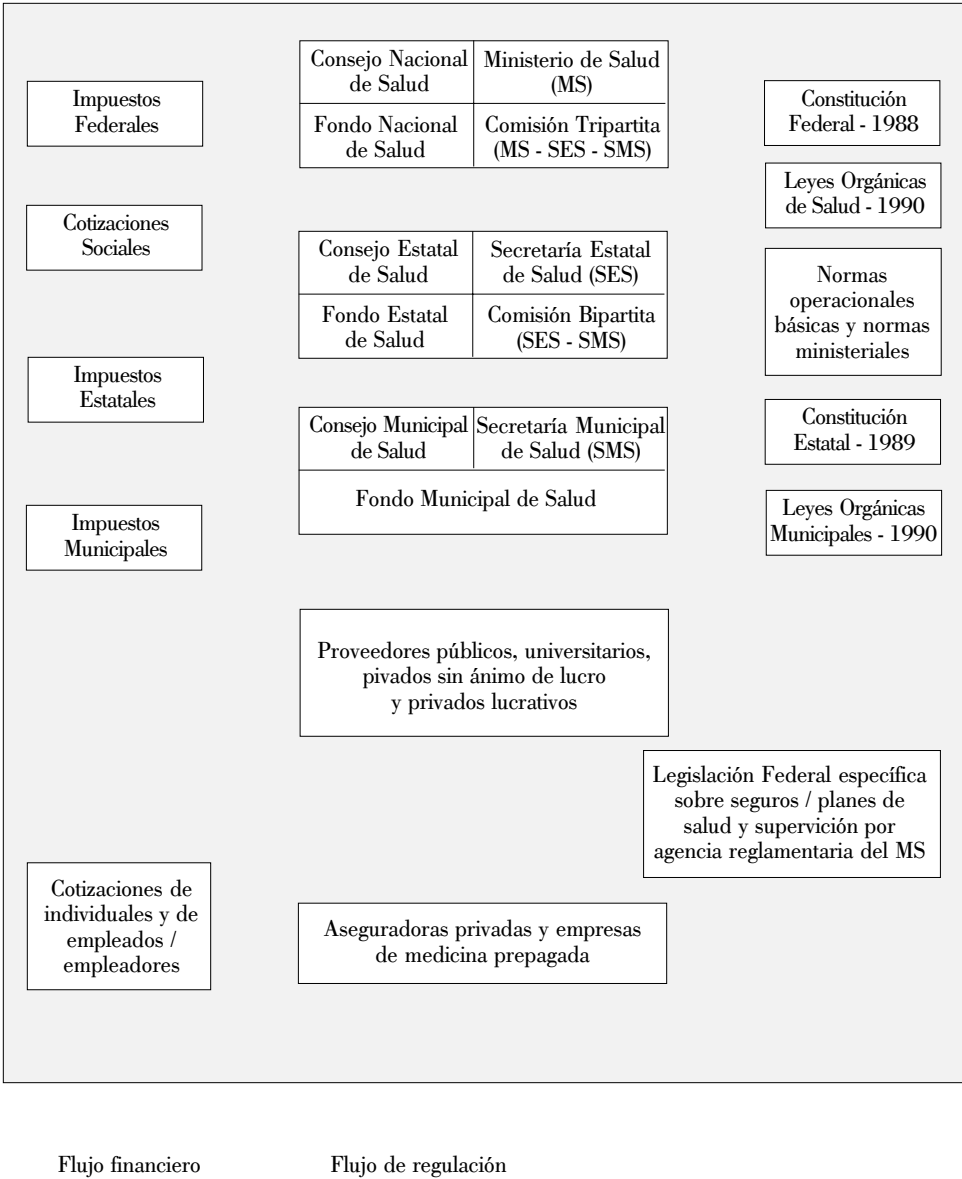
**y sus marcos de referencia en los estados benefactores**

- Régimen comercial o de mercado: Esta 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. Para esos últimos, se caracteriza 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 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 a incorporarse al mercado del trabajo) y los planes de beneficios y prestaciones son 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); grados variados de integración/separación entre financiamiento y provisión, con esa última operativizada mediante varias combinaciones de servicios propios y compra a los prestadores públicos y privados. Esta basado en el marco «corporativista-estatista» del estado benefactor, basado en el principio de subsidiariedad, donde el Estado interviene cuando la capacidad de la familia para atender 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 derechos sociales asociados a clase y posición en el mercado de trabajo, por lo que sus efectos redistribuidos 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: caracterizados 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. Esta basado en el marco «social-demócrata» del estado benefactor, con separación explícita de los derechos sociales de la inserción en el mundo del trabajo. Todos pagan, todos están afiliados, todos están ligados con lazos de solidaridad al sistema y por lo tanto, estarán dispuestos a aportar. Los programas de beneficios pueden estar ajustados a las diferentes expectativas de los diversos grupos de la sociedad, por lo cual, todos los miembros disfrutan de iguales derechos, pero los beneficios que perciben pueden estar diferenciados. Asimismo el sistema se hace cargo directamente 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 sector que está generalmente definida en la Constitución es el reparto 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) también. Todos los países de la Región tienen en curso algún proceso de descentralización de las responsabilidades operativas,

técnicas, administrativas y, con frecuencia, también financieras en salud, a los cuales se suma una tendencia de los establecimientos de salud a la operación aislada, sin trabajo conjunto en función de estrategias de red, que crea condiciones de fragmentación y autarquización del sistema sanitario, que es crítico que sean registradas y analizadas. 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 conviene registrar y contrastarlos con la práctica cotidiana. Por tanto, resulta indispensable conocer el conjunto de dichas leyes, cuya lectura es esencial para construir el marco de referencia y la nomenclatura del sector 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 ellas, como en el ejemplo de la *Figura 3.3*.

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



Finalmente, 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 problemas principales y las estrategias relevantes para el gobierno central en este campo. En los países de administración federal es frecuente que este esquema se replique al nivel de cada entidad federativa. Por lo tanto, es importante conocerlos y describirlos. En el ámbito estrictamente sectorial, 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, y es importante describir brevemente sus propósitos, contenidos, componentes, valores, modo y estructura de operativización 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. (Véase *Cuadro 3.2*).

La mayor parte de los países de la Región también han desarrollado, desde los años 70, 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 de 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).

#### **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).

Estas iniciativas, basadas al principio en un impulso a la privatización, descentralización y reducción del tamaño del Estado se fueron cambiando en los años recientes por estrategias de reconstrucción («capacity building») y revalorización del Estado, pero en un marco totalmente distinto que atribuye prioridad a las funciones de regulación de mercados, redistribución de la riqueza y garante 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.

Durante los últimos quince o veinte años, se observa que la mayoría de los procesos de reforma del sector salud se han 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 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 análisis completo de las reformas sectoriales, tanto en sus aspectos históricos como en el ámbito de las propuestas futuras. Eso es especialmente relevante ya que existe un lapso de tiempo entre un conjunto de intervenciones o cambios que es frecuentemente demasiado largo para que los efectos sean observados en los plazos cortos que se utilizan para 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.

Si es 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, asociándolas a los movimientos que se dieron en la formulación de la agenda política, la construcción de la coalición socio-política sustentadora de los cambios, la implementación de nuevos marcos legales, las transformaciones concretas en las funciones<sup>1</sup> del sistema, y en el análisis y la evaluación de la propia reforma. Esos hechos se pueden presentar en forma sintética en la forma presentada en el *Cuadro 3.3*.

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

Fases		1º	2º	3º	Nº
Años de inicio y final					
Marcos / Eventos más simbólicos					
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 la articulación y superposición entre ellos en los procesos políticos reales, donde las fases/etapas suelen ser concurrentes.

### 3.1.4 Identificación de las principales organizaciones sectoriales

Tan importante como conocer el marco institucional suele ser 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 atención de salud a las personas. Las organizaciones públicas pueden ser gubernamentales (de nivel central, intermedio y local)

<sup>1</sup> La definición de esas funciones se trata de forma integrada más adelante en ese mismo capítulo, y en detalle en la Parte II de esta metodología.

o del seguro social y las entidades privadas pueden ser aseguradoras o proveedoras, con o sin ánimo de lucro. La historia de cada una de las organizaciones individualmente se puede presentar en forma breve, en la forma de cuadros cronológicos o tablas. Es conveniente destacar los hechos fundamentales de las últimas dos o tres décadas.

### **Cuadro 3.4: Principales organizaciones del sector de la salud**

#### **Subsector público:**

- Gobierno Central:
  - Ministerio de Salud
  - Ministerio de Educación
  - 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

#### **Subsector privado:**

- Aseguradoras:
  - No lucrativas (abiertas, de grupos específicos)
  - Lucrativas (abiertas, de grupos específicos)
- Prestadores de Servicios:
  - No lucrativos (ONGs; Beneficencias, otros)
  - Lucrativos (individuales/médicos; establecimientos)
- Universidades/Escuelas de Medicina, Enfermería y otras profesiones de salud
- Industrias/Empresas importadoras de equipamientos, instrumentos, medicamentos, materiales y insumos de salud

## **3.2 Análisis institucional**

Diversos enfoques son posibles para efectuar el análisis institucional de un sector específico, todos dedicados al conocimiento y entendimiento del complejo de estructuras, reglas y normas que rigen y gobiernan el funcionamiento y la operación de ese sector. Para los propósitos de la presente metodología, se ha escogido un enfoque sistémico combinado con el análisis de las funciones básicas para el funcionamiento y desarrollo del sector y sus interrelaciones. Ello debido al creciente consenso de considerar que el papel del Estado es crucial en la mejora del desempeño global de los sistemas de salud y el impacto de sus políticas sectoriales, y al mismo tiempo, de considerar 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 implantado de forma pura por esos países, donde se pueden identificar cuatro distintos modelos organizativos, según se trate de un sistema único o compuesto de subsistemas, conforme presentados en el Cuadro 3.5 (12).

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

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



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. Así, el Estado es el principal proveedor de servicios de salud, tanto preventivo como curativo, y también realiza las funciones de financiamiento y aseguramiento al interior del sistema. 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 de esa misma forma, pero la diferencia sustantiva es que su cobertura se limita a los indigentes y a los no «derechohabientes» en 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.

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 el Estado y a veces con exigencia de copagos para el otorgamiento de algunas prestaciones específicas. La población bajo su responsabilidad es muy variable en la Región, con coberturas que van de menos de 20% a un 98% de la población total del país. En los casos de cobertura casi-universal por una agencia única de Seguro Social, con plan de aseguramiento uniforme (como en Canadá y Costa Rica), el sistema asume algunas de las características de un sistema único, como la integración entre provisión, aseguramiento y financiamiento. En los sistemas mixtos, cuando el Seguro Social solo cubre un segmento de la población, este subsistema tiende a poseer mayores recursos que el subsistema público, y la calidad percibida por los usuarios es por lo general 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 prepaga). Este conjunto de actores privados está orientado predominantemente a la población de mayores ingresos y centrado en servicios de carácter curativo. Por lo general ofrece condiciones de atención más expeditas 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 su financiamiento utiliza mecanismos heterogéneos 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 sus 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 ellos gastan la mayor cantidad de los recursos que destinan a salud.
- b) El otro conjunto de actores privados es aquél sin fines de lucro, formado entre otros por ONGs, organizaciones de servicio a la comunidad (Cruz Roja, Rotarios, etc.), proveedores de medicina tradicional y sistemas comunitarios (microseguros). Están orientados principalmente a atender las demandas de salud de los de 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 va 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** o 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.
- La **segmentación** o 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 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.
- 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 (con relación a sus ingresos, suelen pagar proporcionalmente más los más pobres).
- Mecanismos débiles o poco desarrollados de **regulación** que dificultan la definición de las reglas del juego entre los agentes (usuario - prestador de servicios) del sistema.

### 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 sobre 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, en razón de que los formuladores de las políticas y los planificadores sanitarios requieren de métodos de análisis y monitoreo del desempeño de las funciones para informarse si las mismas se están cumpliendo apropiadamente, y si un cambio en la forma en que se desarrollan una o más de las funciones 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 consideradas 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 sectorial, 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 eficientización de su aparato*.

El ejercicio de la capacidad rectora en salud incluye tareas substantivas e indelegables al quehacer de los ministerios de salud, como la autoridad responsable de velar por el bienestar público en materia sanitaria. Lo que se pretende enfatizar es que la gestión de la rectoría sectorial, luego de recoger el consenso de la sociedad en materia de salud, se ejercita desde el gobierno: en el Estado mismo y desde ahí hacia la sociedad.

Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la «*autoridad sanitaria*» y en ese carácter son los entes responsables primarios de ejercer la rectoría sectorial. Sin embargo, se observa en diversos países una tendencia a no concentrar todas las dimensiones de la rectoría sectorial en una sola organización, siendo el concepto de «*autoridad sanitaria*» *entendido como un conjunto de actores de gobierno en salud*. Esa concepción llevó 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

#### **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, en su monopolio del derecho de decidir para toda la sociedad y el uso legal del poder de coerción que la democracia le confía, para que las decisiones sean acatadas.

y de alto nivel técnico y científico, con mayor poder de conducción y autonomía, y capacidad de delegar funciones operativas.

La rectoría no es una función monolítica sino un proceso de gobierno que abarca diferentes áreas de intervención y dimensiones. Ante la diversidad de actores y la amplitud del objeto y dimensiones de rectoría en salud, resulta necesario explicitar mejor el sujeto y ámbito de la autoridad sanitaria de acuerdo a las particularidades de cada país. Así, es esencial para la presente metodología incluir una descripción y caracterización de las organizaciones que conforman la autoridad sanitaria, identificando cuales ámbitos de la función rectora les corresponde desempeñar. Por ser un fenómeno común a muchos países de la Región, hay que destacar la creación (o no) de entidades semi-autónomas de supervisión y vigilancia de las operaciones de aseguradoras públicas y privadas, en general denominadas Superintendencias, con énfasis en sus atribuciones legales y administrativas, subordinación al Ministerio de Salud o de Hacienda/Finanzas y fecha de creación.

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 a 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 de los problemas individuales de salud y 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 promover la «protección social», que garantice planes de salud con financiamiento sostenible para la población, 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 en su caso, en cada uno de los subsistemas existentes, la recaudación de dichos recursos ya 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 esa metodología se adopta un conjunto de definiciones operativas que llevan a denominar financiamiento como la captación de fondos desde la sociedad (empresas y hogares), el Estado y donantes/prestataarios nacionales y 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).

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 proveedoras privadas 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 obtener 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 lo planea hacer, es importante referirlo e incorporar sus principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

### 3.2.2.3 Aseguramiento

La función de aseguramiento sanitario 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, sea en forma de 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 practica 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.

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—. El *Cuadro 3.9* muestra la forma en que la función de aseguramiento se presentó históricamente y los valores ético-ideológico-políticos y modelos financieros de manejo del riesgo en que se basan.

En la mayor parte de los países de LAC la responsabilidad de 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 ya sea por nivel de gobierno (federal, regional o local), o por población cubierta (seguro social, Ministerio de Salud, FFAA). Por tanto es fundamental describir y analizar las responsabilidades legales de cada una de éstas, asociadas con sus fuentes específicas de financiamiento, la proporción de la población cubierta, las prestaciones aseguradas y la capacidad operacional de implementar 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 a todos los

ciudadanos. Hay situaciones en que los derechos son distintos 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.

### Cuadro 3.9: Modalidades de aseguramiento

- **Aseguramiento universal o institucional-redistributivo:** La condición de asegurado se asimila a la de ciudadano (cobertura universal), la contribución se realiza a través de impuestos (algunas veces complementadas con cotizaciones deducidas de los salarios), los derechos garantizados en forma de prestaciones, servicios y beneficios suelen ser amplios y no excluyentes, no predeterminados o poco explicitados. La gestión se realiza mediante un organismo público único o dominante. Sus valores ideológicos y ético-políticos se basan en los **concepto-clave** de **igualdad** de derechos y de **solidaridad** de quienes más ganan con quienes menos ganan, de las generaciones más nuevas con las más viejas, y de los sanos con los enfermos. El **manejo del riesgo es colectivo** —mezcla (*pool*) integrada por toda la población— y la operacionalización financiera es por el **gasto público o fiscal**.
- **Aseguramiento ocupacional o corporativo:** Los trabajadores y empresarios cotizan obligatoriamente una proporción de los ingresos, bajo supervisión gubernamental o mediante normas establecidas por el Gobierno, a cambio del cual reciben un conjunto de prestaciones y beneficios normalmente reguladas por ley, que pueden ser diferentes en función de diversos esquemas de afiliación. La cobertura es limitada a los contribuyentes y sus dependientes y pueden haber uno o múltiples organismos gestores (públicos, mutuales o privados). Está ética, ideológica y políticamente basado en los **conceptos-clave** de **subsidiariedad** de la intervención publica al rol de la familia/comunidad, **equivalencia** contribución-beneficios, **mérito/desempeño** en el mercado de trabajo, y **vínculo** (*membership*) con un estrato ocupacional, en un contexto de solidaridad limitada y restringida al propio grupo, entre los trabajadores activos y los retirados, de los de mayores ingresos con los de menores ingresos, y de los de menores con los de mayores riesgos de enfermarse. El **manejo del riesgo es colectivo**, pero la mezcla (*pool*) está integrada sólo por una parte específica de la población- los trabajadores formales y sus dependientes. Su operativización financiera es predominantemente por **reparto**, en algunos casos combinado con capitalización colectiva.
- **Aseguramiento individual, «particularista» o residual:** El asegurado paga una prima en función de su riesgo sanitario individual, o el empleador y los empleados comparten el pago de primas definidas por cálculo actuarial con base en los riesgos del grupo, a cambio de las cuales acceden a un conjunto de prestaciones fijadas en una póliza. La vinculación es voluntaria y las coberturas son diferenciadas según contrato y prima. Está ética, ideológica y políticamente basado en el **concepto-clave de responsabilidad individual**. Se caracterizan por la existencia de múltiples gestores, financiadores, aseguradores y proveedores, y su operativización financiera es por **capitalización**, o sea los aportes integran un fondo, individual o de un grupo cerrado, que sólo puede ser usado en condiciones previamente determinadas. Determinados países adoptan esa modalidad también para extender el aseguramiento a grupos de la población «excluidos» del mercado de consumo de servicios de salud, a través de **«subsidios a la demanda»** para contratación de pólizas de seguro. En estos casos, el aseguramiento se basa en la focalización, clasificación y jerarquización de los beneficiarios a través de pruebas de medios (*means test*) para comprobar pobreza o insuficiencia de recursos para compra de los seguros, selectividad en los gastos, y restricción de las prestaciones (paquetes limitados).

### 3.2.2.4 Provisión de servicios

La función de provisión consiste en la atención directa a las personas, es decir la realización concreta de los actos técnicos propios de profesionales sanitarios y no sanitarios basados en la aplicación del conocimiento científico. Puede ser de distintas naturalezas: (a) promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación; (b) se desarrolla en y desde establecimientos sanitarios de muy diverso tipo: en lugares de vivienda y trabajo, consultas en el domicilio de los médicos, enfermeras o personal de nivel elemental o intermedio, unidades básicas de salud, ambulatorios especializados y hospitales complejos donde se utilizan tecnologías sofisticadas y costosas; (c) mediante diferentes modalidades: ordinaria, de urgencia, a domicilio, en consulta o con internamiento. Suele ser útil distinguir entre las funciones de salud pública y las actividades de atención de nivel primario (que se realiza en el domicilio o en establecimientos que ofrecen apenas los servicios denominados básicos), secundario (que conlleva a internamiento o acceso a unidades ambulatorias de especialidades médicas) y terciario, formado por los hospitales o servicios de alta especialidad.

Los proveedores pueden ser de muchos tipos. Habitualmente se clasifican en públicos, privados sin ánimo de lucro y privados con ánimo de lucro, porque se considera que su lógica de actuación se diferencia en consecuencia a su naturaleza de propiedad jurídica.

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

**Cuadro 3.10: Síntesis de las funciones de los sistemas de salud**

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

El cruce de esas cuatro funciones con el listado de las organizaciones de los subsectores 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 3.10*). Adicionalmente, el mismo cuadro puede ayudar a seleccionar aquellas organizaciones que, por su relevancia, merecerán un análisis más detallado (véase *Guía Instructiva al final del capítulo*).

La matriz permite tener en mente que, en algunos países, existen fondos gubernamentales para financiar actividades de salud distintas a los de los ministerios (por ejemplo, los fondos de emergencia/solidaridad social); que algunos gobiernos regionales y ciertos municipios tienen fondos de pensiones que ofrecen aseguramiento sanitario a los empleados en actividad y jubilados; que las FF.AA. y algunas grandes empresas públicas y, también, algunas privadas aseguran y, a veces, proveen cuidados de salud a todo o a parte de su personal; que 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; que pueden existir aseguradoras privadas con y sin ánimo de lucro; que las aseguradoras pueden proveer servicios con recursos propios o contratados (por ejemplo, usando médicos y establecimientos públicos o privados); que muchas de las normas originadas del poder público afectan a aseguradores y proveedores privados —por lo que puede ser necesario estudiar algunas pólizas de las aseguradoras privadas—.

### 3.3 Análisis organizacional

Una vez caracterizadas las funciones institucionales e identificadas las principales organizaciones que operan en el sector, el propósito de la análisis organizacional es conocer profundamente 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, habrá que analizar las instituciones del sector público que atienden población general y 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 financiación pública y aquellas otras que atiendan a colectivos importantes de población. Para cada una de ellas convendrá determinar, como mínimo, su historia, el marco normativo específico, el modelo organizativo, las políticas y programas y el presupuesto anual. Adicionalmente, si proveen servicios, convendrá determinar la 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 ciclo vital 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 la población, imagen en la prensa, entre otros.

### 3.3.2 *Marco normativo*

El marco normativo 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. Particular atención conviene prestar 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 de las respectivas burocracias para 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 de que se trate, 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); muchas veces se publican y otras 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, 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 aquellas organizaciones públicas y privadas que gestionan 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 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 desde el internamiento hacia el ambulatorio («outpatient»).

Un elemento crítico es valorar 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, y el volumen y composición del presupuesto son coherentes o no con las políticas y programas proclamados.

### 3.3.5 Recursos presupuestarios<sup>2</sup>

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 magnitud 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 sí posible en una serie histórica de la última década (pues da una idea de la evolución reciente de la organización). (Véase *la Guía Instructiva para ejemplos del cuadro*).

### 3.3.6 Recursos físicos y humanos

Respecto a la capacidad instalada, puede ser suficiente construir dos cuadros, uno de recursos físicos y otro de recursos humanos, para cada organización seleccionada, también organizados 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 definición 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 respecto a la disponibilidad de cooperación técnica y financiera, y la capacidad del país de acceder a ésta.

---

<sup>2</sup> Este apartado «Recursos Presupuestarios» y el siguiente «Recursos físicos y humanos» se incluyen en este capítulo con el propósito de brindar una información general para los casos en que la metodología del ASS solo se realiza por partes o capítulos puntuales. Para aquellos países que estén realizando la metodología completa, los capítulos de Financiamiento y Provisión se encargarán de cubrir esta información con mucho mayor detalle. Se puede, en ese caso, obviar estos apartados y dejar para más adelante la recopilación de esta información.

### 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 sub-regional, estas relaciones se extienden mas 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 a todos los países, 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 es tan grande, la cooperación externa ejerce una gran influencia en la toma de decisiones sectoriales. Por lo anterior, es importante tener claro en qué medida la cooperación externa influye como actor en la toma de decisiones, si se desea intervenir efectivamente en el sector. La extensión y grado de detalle de la sección debe reflejar dicha influencia, mereciendo mayor extensión en los países en que la cooperación externa juega un rol más expresivo, ya sea políticamente 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, por lo menos se debe establecer si existieran 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 aun 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 excreta), medio ambiente, formación de recursos humanos en salud u otros.

Además de eso, siempre es útil conocer la distribución por sectores de las cooperaciones internacionales en función de como 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 con respecto 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 por sectores de la cooperación (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 las cooperaciones sociales para los últimos 10 años (1993-2003) Se debe agregar un cuadro adicional, estableciendo el total de la ejecución anual realizada de las cooperaciones, por cuanto se debería presentar la información sobre el comportamiento y tendencia de los montos de las ejecuciones de programas y proyectos activos para los últimos 10 años. (Véase la *Guía Instructiva para ejemplos del los cuadros*).

Otra información extremadamente relevante es la utilización de los recursos originados de la cooperación internacional, por tipo de actividad y por 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, equipamiento, fármacos, desarrollo de recursos humanos y/o sistemas (recursos destinados a acciones para la gerencia). Por otra parte, se puede describir las poblaciones objetivos de los programas, esto es, si va dirigido a la madre, el niño, niñez, adolescencia, indígena, tercera edad o la población en general, así como también los programas de salud activos, tales como VIH/SIDA, diabetes, dengue y otros. (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 directa (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 la ONU se coordina con el gobierno a través de una oficina de cooperación internacional, generalmente radicada 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 becas, en apoyo mediante investigaciones y estudios técnicos (Comisión Económica para América Latina, CEPAL) y en cooperación técnica en ciertas áreas, principalmente salud, a través de la 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 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 a la cooperación técnica y financiera de los países industrializados. Muchas de las instituciones bilaterales mismas 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, en especial, cuando existe la posibilidad de lograr una efectiva cooperación técnica entre 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. Suelen apoyar a instituciones públicas, financiar o apoyar a ONGs, donar medicamentos y equipo, conceder becas, etc.

- c. **Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro:** Existen dos grandes grupos de ONGs, 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 ONGs internacionales tienen una flexibilidad muy variable. La mayoría tienen 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 de su manejo, como ser farmacéuticos.

### 3.4.2.2 Instituciones nacionales de contraparte

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

- a) las entidades que participan en la *intermediación* de los recursos y,
- b) según instituciones de *contraparte* para la ejecución de los programas y los proyectos, clasificándolas según: 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. Es importante remarcar 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 una 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 la 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 coordina la cooperación de 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 requieren 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 mejora de sistemas.

Esos mecanismos todavía no logran superar completamente el riesgo de fragmentación del esfuerzo de cooperación, ya que en general cada cooperante internacional tiene un ciclo propio de programación y 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 papel crítico para coordinar y integrar esos esfuerzos de dirección para 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. Se puede utilizar la siguiente forma de clasificación de tipos de aportes de recursos:

- a. **Préstamos:** consisten en dineros avanzados al país (prestatario) para efectos específicos, y que deben ser devueltos al prestador bajo las condiciones negociadas. Su volumen rara vez es menor a 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 durante 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 un millón de dólares, las duraciones son limitadas y pueden ser bastante importantes cuando las inversiones de capital no son muy grandes. Algunas IFI las 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 acompañan a programas negociados con el país en el 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, recogidos por la Constitución? ¿Están en concordancia con los tratados internacionales suscritos por el país? ¿Cuál es el concepto de salud establecido en la Constitución o en la legislación básica? ¿Está ahí incluido el derecho a la protección de la salud? Si fuera así, ¿en qué términos?; ¿cuándo fueron introducidos en la Constitución o legislación?; ¿hubo cambios en la última década?

- ¿Define la ley qué se entiende por «sector salud» y qué subsectores lo forman? ¿Define la ley las responsabilidades exclusivas y compartidas de los subsectores público y privado y las relaciones entre ellos? ¿Establece 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 fuera así, describir; si no, ¿cómo se establecen dichas relaciones?
- Si el país es de administración descentralizada ¿está definido el reparto de competencias sanitarias entre los niveles central, intermedio y local de la administración en materia de salud? Si no hay descentralización, ¿existen normativa 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 otro departamentos o organizaciones son relevantes? ¿Por qué?
- ¿Existen conflictos frecuentes de competencias entre los niveles central, intermedio y local de la administración en esta materia? Si fuera así, ¿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 fuera así, 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? ¿Los organismos públicos de salud están directamente referidos en las políticas de Reforma del Estado?

### **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? ¿Las definiciones principales están dadas en la Constitución, en Leyes o en Decretos y Reglamentos? ¿Cuáles son las etapas fundamentales de la 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 fuera así, ¿quienes lo forman? ¿Cómo funciona? ¿Con qué resultados? ¿Existen Comisiones Interministeriales o inter- niveles de gobierno para concertación e integración de acciones? Si fuera así, ¿Quiénes lo forman? ¿Cómo funciona? ¿Con qué resultados? ¿Existen eventos nacionales de definición de políticas y prioridades de 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 fiabilidad? ¿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 fiabilidad? ¿Se publican? ¿Se usan para la toma de decisiones? ¿Realizó el país 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 fuera así, ¿por qué? ¿Se introducirán cambios recientes en las fuentes y mecanismos de recolección de fondos? ¿Esos cambios facilitan o dificultan 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? Ídem del aseguramiento sanitario privado:
- ¿Existen políticas explícitas de ampliación de protección social en salud o de garantía de cobertura universal? Si es así, ¿cuales son sus resultados hasta el presente? ¿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 3.11: 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

Respecto al Ministerio de Salud, la(s) agencias(s) del seguro social o las principales entidades aseguradoras privadas que reciben financiación pública:

- ¿Cuál fue la fecha de creación y la fecha de la última modificación profunda de ellas? ¿Hubo algún intento previo de reforma? Si fuera el caso, ¿en qué consistió? ¿Cómo se desarrolló? ¿Cuáles fueron los resultados?
- ¿Cuáles son los valores proclamados y los fines constitutivos de la organización? ¿Cuál(es) es/son las normas de referencia? ¿Cuales son los tres o cuatro elementos fundamentales de cada norma?
- ¿Cuál es el modelo organizativo, organigrama vigente y 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 e información de las burocracias respectivas para 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 diseñadas? ¿Son conocidas al interior de la misma? ¿Se han difundido hacia fuera? ¿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 prestan atención a las personas, completar cuadros correspondientes a recursos físicos y recursos humanos.

**Cuadro 3.12: Recursos presupuestarios de la organización**

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

**Cuadro 3.13: 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 3.14: Recursos humanos de la organización**

Año	Recursos		
	No. de médicos	No. de enfermeros	No. de otro profesional 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 los 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? ¿Cuales son las tendencias esperadas en términos de cooperación para los próximos años? ¿Existen cooperaciones que se encuentran en proceso de negociación para el sector? ¿Cuales son los montos en negociación, y a que sectores están dirigidos?
- ¿Cuál es el monto global de las cooperaciones en el país? ¿Cual es el monto y la distribución por sectores? ¿Cuál es la relación de la cooperación total, el sector social y el sector salud? ¿Cuál es la distribución de la cooperación social, y cuales son los principales actores?
- ¿Cuál es la relación de la distribución de la cooperación por destino y según las categorías de gastos? (Si van dirigido a obras de infraestructura, equipamientos médicos, provisión de fármacos, asistencia técnica, desarrollo de los recursos humanos, promoción, fortalecimiento institucional, sistemas de información, administración de los programas).
- ¿Cuáles son las principales entidades financiadoras y cual es la relación de las cooperaciones reembolsables y no reembolsables? ¿Cuál es la proporción de la cooperación según actores?
- ¿Cuáles son los modelos emergentes de gestión de las cooperaciones, y cual ha sido la tendencia en los últimos tiempos? ¿Existe diferencia entre la modalidad de la gestión de la cooperación social frente a la global? (Se puede agregar una pequeña descripción de las capacidades de gestión, y los principales inconvenientes para la ejecución oportuna de los recursos).

- ¿Las modalidades de ejecución permiten terciarización ya sea de la administración, o de la entrega de las prestaciones de los servicios? Si es así, cuantificar los organismos que cuentan con la estrategia mencionada y bajo qué marcos normativos (se pueden resaltar algunas experiencias innovadoras de gestión que se estén desarrollando con éxito con algunas entidades, marcando 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? ¿Cuales son los resultados del mismo y las experiencias que se tienen al respecto? ¿Cuales 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 la información.

**Cuadro 3.15: Recursos financieros de la cooperación externa en (en US\$) 1993-2003**

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

Fuente:

**Cuadro 3.16: Montos de la ejecución presupuestaria de la cooperación externa por año de aprobación, según devolución (en US\$) 1993-2003**

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

Fuente:

**Cuadro 3.17: 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:

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

#### ¿Dónde obtener la información?

Los Perfiles de Sistemas de Salud elaborados por los países y diseminados por la OPS a través 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.lachsr.org](http://www.lachsr.org)) donde se encuentra también un listado de publicaciones y una base de datos en texto completo de 420 documentos de literatura gris.

El conjunto de temas institucionales y relacionado a las organizaciones del sector es objeto frecuente de investigación académica y operativa en muchos países y suele haber sido 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 muchas suelen ser consultadas en la Biblioteca Virtual de Salud Pública – [www.bireme.br/bvs/sp/](http://www.bireme.br/bvs/sp/)), o presentados como tesis de maestría o doctorado o informes de investigación de las Escuelas de Salud Pública, Centros de Investigación y 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 suelen ser de utilidad. Algunas están disponibles por vía electrónica ([www.cepal.cl](http://www.cepal.cl)) y otras deben ser solicitadas a su oficina de publicaciones.

La lectura de la Constitución, la Ley Básica de Salud y la Ley de Seguridad Social, esclarece buena parte de los temas mencionados. Son textos fáciles de encontrar en los ministerios de salud y en las agencias del seguro social y en las Bibliotecas de los Congresos Nacionales. Las paginas electrónicas en internet de esas mismas organizaciones también suelen ser buena fuente para encontrar esos documentos. Es común que existan documentos oficiales sobre los procesos de Reforma del Estado y Reforma del Sector Salud que pueden ser muy útiles. Adicionalmente, 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. Alguna vez el Poder Legislativo publica boletines y periódicos o dispone de «webpage» con síntesis de los principales temas debatidos y aprobados en el Congreso Nacional.

En los ministerios de planificación, se pueden encontrar las leyes de planeación y los 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 a estos documentos añade información privilegiada sobre las relaciones federativas e inter- gubernamentales. La información financiera y sobre gastos puede recabarse en los ministerios de finanzas; la referida 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 referida a la función de provisión, en los 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 de 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 suelen publicar memorias financieras y de actividad 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 suelen acceder 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 protagonistas de intentos de reforma institucional previos porque puede permitir orientar el análisis en torno a los puntos críticos 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 de las oficinas de cooperación del ministerio de salud de los países, de las unidades de proyecto, de los organismos internacionales tales como, OPS, UNICEF, y otras que se encuentran en proceso de ejecución de los proyectos. Con respecto a la gestión, se puede entregar preguntas a los directivos de los organismos donde se pueda obtener de las propias entidades cooperantes. Para aquellos que corresponde al sector salud y que no son canalizados por los órganos estatales, pueden recurrirse directamente a esas entidades o a los ejecutores potenciales. Por ejemplo, las ONGs Internacionales que benefician directamente a otras ONGs locales.

Para obtener información sobre proyectos específicos de agencias bi-laterales o multi-laterales puede ser necesario acudir, si fuera el caso, al propio organismo donante o de préstamo, o a la Unidad Técnica Coordinadora del Proyecto en ámbito nacional. El Banco Mundial ([www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)) y el Banco Interamericano de Desarrollo ([www.iadb.org](http://www.iadb.org)) también tienen páginas electrónicas que presentan información actualizada sobre proyectos en ejecución y ya concluidos y publican series de estudios y documentos sobre los procesos de reforma y las estrategias específicas para cada país que suelen consultados «on line» ([www.worldbank.org/healthreform](http://www.worldbank.org/healthreform), [www.worldbank.org/healthflagship/index/htm/](http://www.worldbank.org/healthflagship/index/htm/) y [www.insp.mx/lichsri/](http://www.insp.mx/lichsri/)) o ser adquiridas en librerías especializadas o solicitadas a sus oficinas de publicaciones.

### Bibliografía (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 Industria da Saude no Brasil*, Rio de Janeiro: Graal. 1980.
- (3) Adaptado de Gadelha, C., *O complexo industrial da saude e a necessidade de un enfoque dinamico na economia da saude*, 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.

## CAPÍTULO 4.

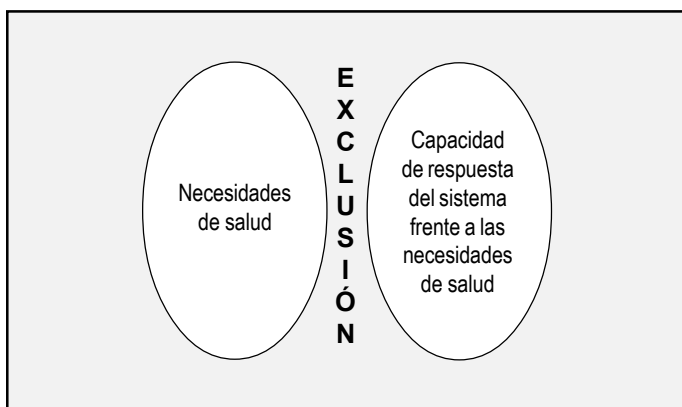
### ANÁLISIS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

La exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo. 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 accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.
- b) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad y calidad.
- c) No accede a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

Tal como se muestra en la *Figura 4.1* el fenómeno de la exclusión en salud tiene lugar en la interfase 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 4.1: 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 el nivel de consumo óptimo de ellos 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 con la necesidad de salud.

Existen casos en los que la producción, la disponibilidad y la entrega 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 países y al interior de ellos, y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector de la salud. Aún cuando 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 otorga 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 salud.

La exclusión no debe confundirse con la pobreza o con la informalidad laboral, aunque a menudo se superponen. Las principales causas de exclusión se pueden clasificar como sigue:



**Cuadro 4.1: Causas de exclusión**

<b>Causa</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Categoría</b>
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).

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. De este modo, se pueden observar grupos de población totalmente excluidos de las atenciones que entrega el sistema en su conjunto y, más frecuentemente, grupos de población que cuentan con acceso parcial a ciertos servicios de salud en ciertos períodos de tiempo pero no acceden 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 a 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 4.2: Desafíos metodológicos  
que presenta la medición de la exclusión en salud**

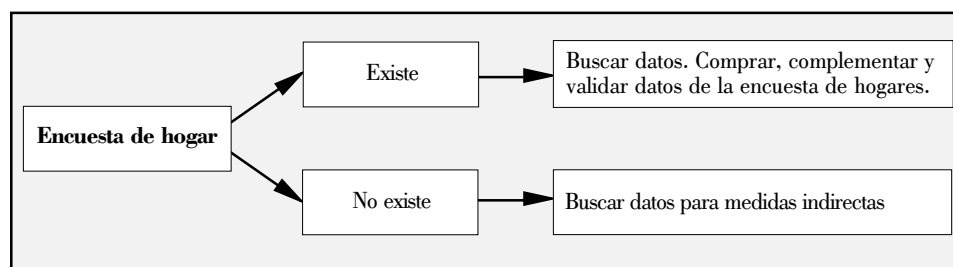
<b>Característica</b>	<b>Cómo se presenta</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Desafío metodológico</b>
<b>Multicausal</b>	La exclusión en salud aparece relacionada con diversos macro determinantes de la situación de salud.	Muchas de sus causas y posiblemente sus orígenes se encuentran fuera del sector salud.	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.
<b>Heterogénea</b>	Se pueden observar	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.

#### 4.1 Instrumentos para caracterizar la exclusión

El mejor método de medir exclusión es a través de encuestas domiciliarias. Sin embargo este método presenta limitaciones, en particular su alto costo; el que habitualmente no indague acerca del 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 se deben usar en primer lugar. Si no (y también para comparar, complementar y validar los datos de ellas cuando existen) se deben utilizar datos procedentes de fuentes secundarias, sobre todo los referidos 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 4.2*.

**Figura 4.2: El empleo de las encuestas de hogar para caracterizar la exclusión**



La medición puede realizarse utilizando indicadores propios del sector de la salud (indicadores internos) o externos a él. Los indicadores internos más útiles para medir exclusión en salud son aquéllos ligados al proceso de atención. Algunos indicadores de resultado proporcionan también buenas aproximaciones de 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 población total.<sup>1</sup>
- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado por origen étnico; por quintiles de ingreso.
- Porcentaje de niños que abandonan el programa de vacunas o la 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.<sup>2</sup>
- Porcentaje de mujeres embarazadas que no cuentan con el número normado de control prenatal respecto del total de embarazadas; por quintiles de ingreso; por origen étnico; por lugar de residencia (urbano/rural).
- Porcentaje de población sin acceso a agua potable/alcantarillado [respecto del total de población; por quintiles de ingreso; por origen étnico; por lugar de residencia (urbano/rural)].
- Número de médicos y enfermeras por cada 1.000 habitantes.<sup>3</sup>
- Porcentaje de cobertura de la red de salud por regiones o urbano/rural.
- Distribución territorial de la red asistencial.
- Mortalidad materna por quintiles de ingreso; por ubicación geográfica (urbano/rural); por origen étnico.
- Mortalidad infantil por quintiles de ingreso; por ubicación geográfica (urbano/rural); por origen étnico.
- Años de vida perdidos por discapacidad por quintiles de ingreso.

Por su parte, los indicadores externos más útiles para medir exclusión en salud son:

- Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social con relación al total de población y por sexo; por quintil de ingreso; por origen étnico.
- Porcentaje de personas no cubiertas por algún sistema de aseguramiento con relación al total de población y por sexo; por quintil de ingreso; por origen étnico.
- Porcentaje de trabajadores informales respecto de 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 respecto del 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) con relación a la población total y por sexo y origen étnico.

<sup>1</sup> O el 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.

<sup>2</sup> O la tasa de abandono multiplicada por el tamaño de la familia promedio (se es conocida) y dividido por el porcentaje de niños en edad de recibir vacunas de un grupo interesante para la exclusión.

<sup>3</sup> Se extiende una norma nacional de cama por habitante se sugiere utilizarla para definir los déficits, siempre y cuando se explice dicha norma.

- Gasto público en salud como porcentaje del PIB.<sup>4</sup>
- 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 Ginni.

Existen además otros indicadores internos y externos que reflejan aspectos de la exclusión en salud relacionados con grupos específicos de población. Ellos son:

- a) Para medir la cantidad de personas que no accede a los servicios de salud por razones étnicas o culturales:
  - Porcentaje de población de origen indígena/afro-descendiente u otra no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud.
  - Demanda asistida por origen étnico/idioma hablado.
- 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 resolutive 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 salud de acuerdo a 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 en el nivel subnacional y el promedio diferenciado urbano/rural?
  - ¿Cuál es la distribución territorial de la red de salud pública, privada y de la 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 según capacidad resolutive.
  - Indique si existen vías de transporte para acceder a los centros de salud más cercanos y el porcentaje de funcionalidad de dichas vías, cuantificando su disponibilidad en el tiempo (por ejemplo: abierto la mitad del año; una vez a la semana; etc.).
- Existencia de barreras.
  - Indique el costo de traslado al centro de salud más cercano.

<sup>4</sup> 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.

- ¿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 la afiliación, costo de los planes, cobertura de los planes, 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 (doble o múltiple cobertura).
- ¿Cuáles son las barreras que explican de la brecha entre cobertura legal y 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 afro-descendiente?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena y/o afro-descendiente se encuentra bajo la línea de pobreza?
- ¿Qué porcentaje de la población de origen no indígena/afro-descendiente se encuentra bajo 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, diferenciado por idioma y etnia.
- ¿Qué porcentaje de la población de origen indígena se atiende en la medicina tradicional?
- ¿Cuál es la tasa actual de desempleo?
- ¿Cuál es el porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores?
- Indique la composición de los trabajadores informales por categoría laboral, sexo e ingresos.
- Indique el porcentaje de trabajadores migrantes internos y una estimación de la cantidad de población excluida por esta causa (estimación tamaño familiar).
- Indique el porcentaje de los migrantes externos en relación con la población total del país, su distribución territorial y su porcentaje con 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 listan a continuación los más comunes.

- Unidad de estadísticas del Ministerio de Salud.
- Unidad de epidemiología del Ministerio de Salud.
- Unidad de estadísticas- 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, 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-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.

### **¿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 sea posible, mapas de nivel nacional y subnacional (regional, provincial, departamental) indicando 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 exclusión, así como un texto narrativo para aquellas preguntas orientadoras u otros aspectos que no hayan sido apropiadamente cubiertos en las tablas y el texto anteriores 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 ingresos y para distintos grupos de trabajadores informales, analizar si tienen o no protección social en salud, incluyendo la protección tradicional.
- Los resultados deben servir para proponer una agrupación de la población excluida según grados de exclusión.
- Dónde se disponga de información sobre disparidades en la calidad de la prestación por grupos de población definidos por los criterios usados para caracterizar la exclusión (basada por ejemplo en indicadores como índice de satisfacción usuaria y porcentaje de establecimientos de salud certificados y acreditados) 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 mayores dificultades para su obtención; (b) un listado de otros indicadores que se utilicen para medir exclusión en el país y que no se encuentren en el listado sugerido; (c) descripción de estudios requeridos para complementar el análisis en caso de ser necesario.

## 4.2 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) Aquéllas destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos.
- b) Aquellas destinadas a fortalecer la demanda por prestaciones.
- c) Aquellas 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*).

Un resumen de las estrategias que efectivamente se han implementado en la Región se presenta en el *Cuadro 4.3*.

**Cuadro 4.3: 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	
<b>1) Destinadas a mejorar la oferta de servicios</b>		
▫ 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	X	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
<b>2) Orientadas a fortalecer la demanda</b>		
▫ 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
<b>3) Orientadas a optimizar el marco regulatorio</b>		
▫ 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).



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. Las condiciones capaces de modificar el resultado de las mismas se denominan condiciones del entorno y se resumen en el *Cuadro 4.4*.

**Cuadro 4.4: 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 estrategia 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:

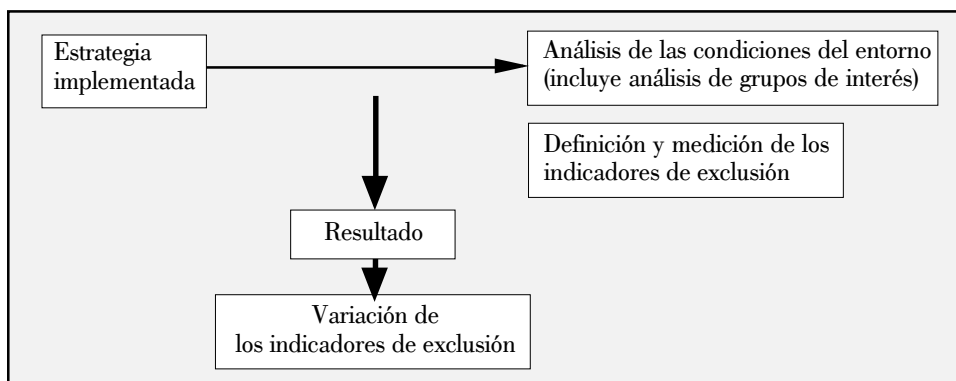
**Cuadro 4.5: Variación de indicadores de exclusión en salud**

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 4.3*.

**Figura 4.3: Metodología de análisis para evaluar el resultado de las estrategias implementadas**



## **Guía instructiva para el análisis de las estrategias implementadas para reducir la exclusión social en salud**

### **Posibles preguntas orientadoras**

- Del total de estrategias puestas en funcionamiento, ¿existe(n) alguna(s) que claramente haya(n) modificado la situación de exclusión? Si es más de una, se sugiere hacer un listado.
- ¿Se están planteando nuevas estrategias que pudieran afectar la situación de exclusión, distintas a las comprendidas en la tabla 9?
- Del total de estrategias ejecutadas, ¿existe alguna(s) que claramente hayan modificado la oferta de servicios de salud o de otros con impacto en salud?
- Del total de estrategias llevadas a cabo, ¿existe alguna(s) que claramente hayan modificado la demanda de servicios de salud o de otros con impacto en salud?
- Del total de estrategias implementadas, ¿existe alguna(s) que claramente hayan modificado la regulación del sector salud o de otros relacionados con impacto en salud?
- De las estrategias implementadas y las modificaciones obtenidas, ¿cuáles sugieren modificaciones en indicadores relacionados con 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.), qué influyen las estrategias identificadas?

### **¿Dónde obtener la información?**

Teniendo en cuenta el carácter fundamentalmente cualitativo y analítico de este apartado, a continuación se propone 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, en este caso deben identificarse los resultados para construir indicadores que se relacionen con exclusión).
- Incluir análisis de interesados en el inicio y durante la implementación de las estrategias analizadas, 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 han modificado el resultado de las estrategias implementadas, puede ayudar. Conviene incluir gráficos comparativos con

la variación de indicadores debido a 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 indicadores, mencionando los indicadores, su porcentaje de variación y el período de tiempo transcurrido. El grupo puede anexar columnas que ayuden a explicar el entorno tras presentar los cuadros anteriores, se presentará el análisis en forma de texto narrativo. Si la información de los cuadros antes citados 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 (Capítulo 4)**

- (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).



## RESUMEN DE LA PRIMERA SECCIÓN:

### IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y DE SUS DETERMINANTES, DE LA ESTRUCTURA Y LA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD, Y DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL DESARROLLO 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 hacer frente los sistemas de servicios de salud. El análisis de la estructura y dinámica de la población, junto con el análisis de las migraciones, ha de ponerse en relación con el *análisis de la situación de salud (ASIS)* permite caracterizar las prioridades en salud de los distintos grupos poblacionales. Ello permite determinar cuáles de ellos son más vulnerables frente a determinados riesgos y daños así como estimar la cantidad y el tipo de servicios requeridos para un determinado país, región o localidad. (Véase el apartado correspondiente del *Capítulo 8*). Y también permite aproximarse a variables como la capacidad de las distintas poblaciones para financiar los propios servicios de salud.

Por su parte, el ASIS debe 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 ASIS caracterice el estado de salud en sus diversas dimensiones —mortalidad, morbilidad, discapacidad, riesgo— sea por medio de la descripción de un perfil de salud basado en indicadores universalmente estandarizados o mediante su contraste con hitos o *benchmarks* establecidos por acción política internacional como, por ejemplo, las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Adicionalmente, el ASIS debe documentar la presencia y extensión de las desigualdades en salud en sus diversas dimensiones: socioeconómica, de género, étnica, cultural; aplicando un enfoque analítico que haga explícita la asociación entre estado de salud y macrodeterminantes de la salud. En ambas aproximaciones analíticas, el ASIS 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 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 sector (por ejemplo, la tradición normativa o el nivel y las modalidades del gasto público social).

A su vez, el sector de la 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, muy relevante para la formulación de planes, programas y objetivos de salud en el sentido en que se plantea en la Parte III de esta Metodología.

## **Implicaciones del análisis de la estructura y la organización del sector**

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

Para ello es indispensable comprender bien 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 de aplicación 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.

A continuación, el análisis de la historia, peso relativo, mandatos y proyectos de las principales instituciones de salud, del seguro social y del subsector privado ayuda a comprender mejor dónde y por qué se sitúan los problemas nuevos y viejos y, en ocasiones, la razón de la persistencia de estos últimos pese a los eventuales intentos pasados por tratar de solucionarlos. En ese sentido, si el país ya ha emprendido 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 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 ello se puede contrastar con: (i) las prioridades institucionales públicamente expresadas por estos 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.

Un elemento crucial del análisis es el modo en que la exclusión social en salud ha sido reconocido como problema y afrontado por los principales actores institucionales.

## **Implicaciones del análisis de la exclusión social en salud**

Se puede decir que, así como el principal objetivo de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de las personas, la principal función del sistema de protección social en salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayor falla de cualquier sistema de protección de salud ocurre cuando no es capaz de garantizar que los bienes o servicios de salud, o que indirectamente afectan la salud,<sup>1</sup> alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta por él. Por lo tanto, desde el punto de vista de los sistemas de protección de salud, la exclusión se expresa en brechas de cobertura, es decir en el porcentaje de la población que, requiriendo un bien o servicio no accede a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema.

Aunque no hayan utilizado explícitamente el término, muchas de las estrategias implementadas en América Latina y El Caribe han afectado la exclusión en salud. Si bien gran número de las políticas desplegadas durante los últimos veinte años en la mayoría de los países ha estado orientado a contener costos y disminuir el gasto en salud dadas las restricciones presupuestarias producto de las crisis económicas, sí se han implementado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la participación local en la administración del sistema, reducir barreras financieras y culturales de acceso a las atenciones de salud y mejorar la cobertura de salud para los grupos vulnerables.

De ese conjunto de políticas, aquéllas orientadas específicamente a mejorar el acceso a las atenciones de salud, o a aumentar la cobertura de los sistemas de protección de salud, se relacionan directamente con la reducción de la exclusión. Un listado que no pretende ser exhaustivo se ofrece en el apartado correspondiente del Capítulo 4 el cual se puede utilizar para identificar cuáles se han utilizado, o se desean implementar, en un país (o provincia, región o estado) concreto. No obstante, las medidas restantes también pueden haber tenido efectos sobre la exclusión, aunque no hayan sido implementadas con ese propósito específico.

El documento conteniendo las implicaciones del análisis de la situación de salud y de sus determinantes, de la estructura y la organización del sector de la salud, y de la exclusión social en salud para el desarrollo del sector, debe ser considerado un insumo esencial para el trabajo de los grupos que abordarán los temas incluidos en la Sección II: 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.

<sup>1</sup> Nótese que esta definición no se enmarca dentro de las prestaciones o servicios ofrecidos tradicionalmente por el sector salud, sino que incluye un conjunto más amplio de acciones tendientes a satisfacer necesidades de salud, como saneamiento básico o agua potable.





## CAPÍTULO 5.

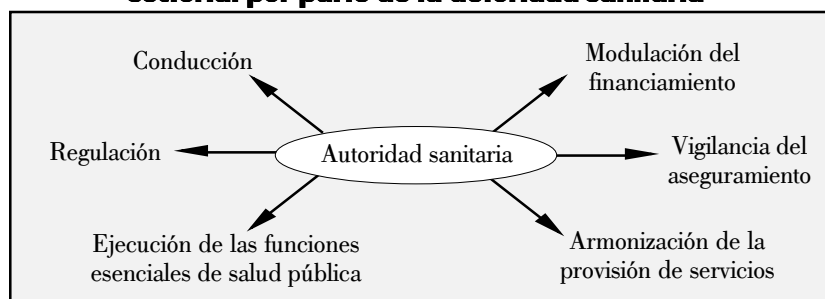
### RECTORÍA

Este capítulo tiene como propósito orientar el análisis de la rectoría sectorial que le compete a la autoridad sanitaria nacional. El primer apartado aborda la definición y descripción de las responsabilidades de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria. El segundo apartado reflexiona sobre la necesidad del fortalecimiento institucional de la autoridad sanitaria para ejercer la rectoría.

#### 5.1 Dimensiones de la rectoría sectorial

La evolución que ha experimentado la organización de los sistemas de salud y la naturaleza del quehacer del sector salud, así como la conciencia creciente de la importancia del papel que tienen otros sectores sobre el estado de la salud de las personas, han ido enfatizando la importancia, cada vez más clara de una serie de tareas indelegables de la autoridad sanitaria, cuyo conjunto constituye la acción rectora sectorial. 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, la estructura organizacional y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo (1).

**Figura 5.1: Las dimensiones de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria**



Sin desconocer que pueden adoptarse otras taxonomías sobre el particular, la OPS/OMS, a través de la iniciativa de Salud Pública en las Américas, ha propuesto una agrupación de las dimensiones de la rectoría sectorial en seis grandes áreas de responsabilidad y competencias institucionales. Dependiendo del grado de descentralización del sector, así como las características de la separación de funciones que asuma la organización institucional en cada país, estas dimensiones se ubicarán en uno u otro nivel de la autoridad sanitaria (nacional, intermedio o local) y, veces, se compartirán entre más de uno de ellos. Esta taxonomía fue formalmente aprobada por el Consejo Directivo de la OPS/OMS en 1997 (2).

Las principales dimensiones de la rectoría del sector de la salud que competen a la autoridad sanitaria son:

1. La conducción de la política general de salud y de 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 otros sectores.
2. 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.
3. La organización y ejecución de las funciones esenciales de salud pública que son competencia indelegable de la autoridad sanitaria.
4. 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 efectuar una asignación eficiente y equitativa de recursos.
5. La garantía de aseguramiento, con acceso pleno y dignidad en la atención de la salud, mediante un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a promover la «protección social en salud» y a reducir o eliminar la exclusión en salud.
6. La armonización y control de la provisión de las instituciones proveedoras de servicios de salud a fin de que presten una atención de calidad.

A continuación se presenta una descripción detallada de cada una de estas tareas que conforman el ejercicio de la rectoría sectorial por parte de las autoridades sanitarias, detallando los quehaceres necesarios para su realización, así como las características y retos previsibles para las instituciones que han de enfrentarlas.

### 5.1.1 La conducción de la política general de salud

La función de *conducción* sectorial trata de lograr una actuación de gobierno más efectiva en las decisiones de orientación y movilización de los recursos nacionales hacia un desarrollo de la salud que contribuya a niveles mayores de equidad y bienestar social.

Concretamente, significa que los ministerios de salud necesitan desarrollar y/o fortalecer su capacidad institucional para las siguientes acciones:

- Análisis de situación en salud y sus determinantes, con énfasis en la identificación de inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios.
- Evaluación periódica del funcionamiento sectorial, de la operación de las instituciones y del desempeño del sistema, con especial referencia a los procesos de reforma sectorial.

#### **Cuadro 5.1: Definición de la conducción sectorial**

La conducción de la acción 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 y calificación social de los bienes auténticamente públicos y/o meritorios en salud, precisen objetivos sanitarios viables y pongan en marcha planes estratégicos con metas factibles, que articulen 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 planteadas.

- Desarrollo de métodos y procedimientos para el establecimiento de prioridades en materia de problemas de salud, poblaciones vulnerables, programas e intervenciones.
- Formulación, análisis, adecuación y evaluación tanto de las políticas públicas que influyen sobre la salud como de las políticas sectoriales.
- Construcción de consensos nacionales sobre el desarrollo estratégico del sector.
- Establecimiento de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales.
- Dirección, concertación y/o movilización de recursos y actores sectoriales.
- Abogacía a favor de la salud.
- Aliento de la participación social en salud.
- Coordinación de la participación de los organismos multilaterales y bilaterales.
- Participación política y técnica en el ámbito político-económico, a fin de promover un mejor tratamiento de los intereses de la salud de la población y del sector en esos foros.

La conducción en salud es un proceso esencialmente político. Se trata de un proceso de extraordinaria complejidad aunque relativamente simple en los resultados que busca. El resultado es una propuesta política, técnicamente consistente, socialmente ética y estratégicamente viable.

En resumen, el carácter político del proceso de conducción, le confiere no sólo viabilidad, sino la *governabilidad*, lo que permite unir viabilidad con factibilidad. La conducción es más necesaria cuando los objetivos significan cambios de la situación existente. En esa circunstancia las *estrategias* que se diseñen procurarán especialmente construir viabilidad y factibilidad; o sea, construir situaciones diferentes de poder que generen apoyos y doten de capacidad operativa.

### 5.1.2 La regulación sectorial

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 reguladora 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 están siendo cada vez más requeridas para garantizar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en función de principios de solidaridad y equidad. No obstante, existen tendencias a restringirla a los aspectos esenciales en función de la expansión del mercado (4).

La regulación es un proceso complejo que incluye el diseño y la generación de normas, así como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación. A partir de lo anterior es posible distinguir la función normativa en materia sanitaria, que corresponde al diseño y emisión de las normas correspondientes, de la tarea de fiscalización y control de las mismas.

En términos generales, para que un ministerio o secretaría de salud pueda ejercer su *función normativa* a cabalidad, debe contar con representatividad política y social, solvencia y autoridad técnica y deberá desempeñar sus tareas de un modo transparente, sometido al escrutinio social con relación a las decisiones que adopte.

La *función fiscalizadora y de control* es fundamentalmente técnica y apunta 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 la 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 (5).

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 desempeñarse por órganos diversos, la evidencia muestra casos en que órganos eminentemente fiscalizadores desempeñan, a su vez, funciones de tipo normativas; tales son, por ejemplo, las circulares, instrucciones o normas de carácter general impartidas por las Superintendencias. Con todo, estas expresiones deben ser vistas como actos de ejecución de directrices superiores emanadas de la autoridad sanitaria o de la ley, más que como una intromisión en las funciones normativas que corresponde a aquellas. La eficacia global de la regulación depende de la eficacia parcial de ambas funciones.

### 5.1.3 Las funciones esenciales de salud pública

Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

De esta manera, el Estado, a través de la autoridad sanitaria, moviliza a la sociedad en general y a los diversos agentes sociales en los sectores pertinentes, para conseguir el cumplimiento de las funciones de salud pública. Aunque las funciones esenciales de salud pública son una responsabilidad indelegable de la autoridad sanitaria, pueden ser compartidas en su responsabilidad y ser ejecutadas en forma desconcentrada en colaboración con, o directamente, por los niveles subnacionales del Estado.

La definición de las funciones esenciales de salud pública (FESP) se sustenta en el concepto de salud pública como una acción colectiva del Estado y la Sociedad Civil para proteger y mejorar la salud de los individuos y las comunidades. Las FESP han sido definidas como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública (6). Las FESP plantean una noción que va más allá de las intervenciones de base poblacional o de las intervenciones comunitarias y que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de salud de calidad. De acuerdo con este enfoque, la salud pública no es concebida como sinónimo de responsabilidad del Estado en salud, ya que el trabajo en esta área se extiende más allá de las tareas propias del Estado y no comprende todo lo que el Estado debe y puede hacer en materia de salud.

Según la complejidad y la variedad de las situaciones sociales y de los sistemas de salud, se pueden identificar un gran número de funciones de salud pública. Sin embargo, es posible, de acuerdo a criterios previamente acordados, definir un número limitado de funciones esenciales de salud pública, manejable desde el punto de vista operativo, que permitan su organización y análisis comparativo en los países de la Región. En el marco de la iniciativa «La Salud Pública en las Américas», fueron identificadas once funciones esenciales (FESP), que se detallan en el *Cuadro 5.2*. Producto también de esta iniciativa fue la elaboración de un instrumento de medición del desempeño de las FESP (6), el cual

permite orientar la medición del desempeño de las autoridades sanitarias en materia de salud pública.

En el marco del análisis sectorial, el instrumento de medición de las FESP podrá ser utilizado como uno de los insumos para el análisis de la rectoría, complementando la metodología sugerida en este capítulo.

**Cuadro 5.2:**

**Funciones esenciales de salud pública (FESP)**

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

#### **5.1.4 La orientación del financiamiento**

El pluralismo en las fuentes y los cambios en las formas de financiamiento de la atención a la salud, (creación de fondos autónomos, incremento de la participación de financiadores descentralizados, mayor peso relativo de los recursos privados, focalización de los recursos públicos en los grupos postergados y los subsidios a la demanda), están generando nuevos esquemas de responsabilidad estatal e individual en los cuales las prácticas de contratación y competencia plantean desafíos importantes a la capacidad rectora del sector.

Asimismo, la combinación de los procesos de cambio que han hecho avances para superar la segmentación del aseguramiento y la fragmentación de la provisión de servicios a que dan lugar los esquemas de financiación y organización segmentados, (servicios públicos no ligados a contribuciones específicas, seguros contributivos de salud de carácter obligatorio del tipo de los seguros sociales, las mutuales o las obras sociales y esquemas privados de seguro de salud o de práctica prepagada) plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios o secretarías de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial. Esencialmente hacen que recaiga sobre la autoridad sanitaria la responsabilidad de:

- a) establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes;
- b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial,
- c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial (7)

Se plantea que dentro de la modulación del financiamiento, existe una subfunción esencial de «tesorería» relacionada con el establecimiento de reglas del juego en la colección, manejo y asignación de recursos nacionales. Los ministerios o secretarías de salud pueden jugar un papel central en el origen y macro asignación de los recursos financieros; para ello deben legitimarse antes mediante una administración más eficiente de los recursos que se les asignan y jugar un rol más protagónico en los temas en que están especializados y no tienen agencias sustitutas.

Damos por entendido que para garantizar el adecuado ejercicio de las actividades relativas a la modulación del financiamiento se requiere contar con una institucionalidad básica —un diseño previo de políticas públicas y de reglas del juego generales— pero también se requiere ejercer una estrecha y sistemática vigilancia de la forma en que se gastan los fondos asignados, de manera que cada una de estas fases pueda ser retroalimentada.

Un elemento que parece central para el ejercicio de la rectoría en materia de financiamiento, está relacionado con la determinación del conjunto de bienes y servicios de salud cuya disponibilidad o acceso se considera esencial garantizarle al conjunto de la población, que refleje un nivel de servicios de calidad aceptable.

A partir de ello, corresponderá a la autoridad sanitaria informar a la población acerca de qué bienes y servicios deberían ser financiados y por qué —es decir, explicitar las buenas razones que la sociedad tendría para asignar financiamiento público a determinados consumos de bienes y servicios de salud y a otros no, estimulando así el consumo de los primeros y desestimulando el consumo de los últimos—.

También le corresponde a la autoridad sanitaria regular el mercado de bienes y servicios de salud de tal modo que los recursos financieros privados disponibles se asignen preferentemente al consumo de bienes y servicios útiles para el fin que dicen perseguir.

Si lo anterior no fuera suficiente, corresponde estimular que las personas destinen parte de sus rentas, específica y obligatoriamente, a estos propósitos —arreglos previsionales clásicos, seguridad social, pre-pagos, seguros públicos o privados, etc.— con base en una definición previa del conjunto de bienes y servicios de salud socialmente caracterizados. Si no hay quienes pueden financiarlo por sus propios medios, proveer financiamiento público para esas personas, al igual que garantizar el consumo de aquellos bienes que, siendo deseable su consumo, aún en ambientes suficientemente informados y regulados, no son consumidos por la población, o lo son en cantidad insuficiente.

Y, finalmente, asegurar el financiamiento para la provisión de los bienes y servicios socialmente definidos para las personas que los requieran, cuando las señales dadas todavía no han sido suficientes para lograr una adecuada respuesta del mercado para la provisión a esos grupos de población, o no han podido ser oportuna y correctamente identificados para proporcionarles los subsidios que requieren para financiar sus propios consumos.

### **5.1.5 La garantía del 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 plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o específico para ciertos grupos especiales de la población. Para ello es necesario desarrollar la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir los contenidos de los planes garantizados

que tienen carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el o los esquemas de seguridad social en salud, que sean de responsabilidad pública.

También se requiere desarrollar mecanismos de vigilancia del cumplimiento de dichos planes de cobertura, tanto por entidades públicas como por entidades privadas de aseguramiento y/o provisión de servicios, garantizando que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido de los esquemas de aseguramiento, por situaciones de riesgos étáreos o de patologías preexistentes y contar con los mecanismos que hagan posible la compra o prestación de servicios para dar cumplimiento a tales planes garantizados (8).

Los esquemas actuales de protección social en el ámbito de la salud, que consisten en sistemas de asistencia social y de seguridad social, no bastan para hacer frente a los actuales y nuevos problemas de exclusión (9). 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 lleve a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de buena calidad.

Es responsabilidad de los ministerios o secretarías de salud, construir y preservar el carácter solidario del sistema, que no se da en forma espontánea. Para ello, en los seguros públicos que introducen mecanismos de mercado en la cotización y asignación de recursos financieros, es necesaria la creación de fondos nacionales de solidaridad y compensación de riesgos.

Como ente rector, le corresponde al ministerio o secretaría de salud definir las políticas, regulaciones y otros mecanismos necesarios para velar por el cumplimiento del plan básico de servicios de salud. La definición de estos mecanismos dependerá de varios factores, siendo el más importante, la mezcla público-privada de las entidades aseguradoras y de los prestadores de servicios.

Una de las principales tareas de las autoridades sanitarias, como parte de la función de aseguramiento, será definir las reglas del juego para que las transacciones del mercado sean transparentes y eficientes; tarea que cobra mayor importancia a medida que crece el número de aseguradores privados y por consiguiente se hace más necesaria su acción para corregir los desequilibrios del mercado. En este contexto, igualmente es necesaria la regulación, no solo del intermediario financiero (más explícitamente el asegurador) sino también del proveedor directo de los servicios.

Esta regulación debe incluir la formulación, divulgación y vigilancia de estrategias y normas con relación al plan básico de servicios de salud, así como los mecanismos de afiliación a los seguros y los contenidos de las pólizas de seguros de salud que pueden determinar el acceso a los planes de salud. (Véase el *Capítulo 7 «Aseguramiento en Salud»*).

### **5.1.6 La armonización de la provisión**

Las tendencias a la descentralización y a la sustitución del ámbito gubernativo 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 (10).

Cuando se dan estas tendencias descentralizadoras o privatizadoras en la provisión de servicios, los ministerios o secretarías de salud necesitan desempeñar un conjunto de nuevas tareas que pueden resumirse como sigue:

- Definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios, que estén descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto.
- 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.
- Definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y definir, con criterios de complementariedad, la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública.
- Brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios, 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.
- 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.
- Establecer mecanismos de contrato o 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.

Con el propósito de extender la cobertura de forma eficiente y equitativa, el Estado debe ir más allá de coordinar a los proveedores: debe garantizar la provisión, financiándola y entregándola, si es necesario. La capacidad de compra es un recurso central para operar la armonización; permite, en última instancia, decidir qué proveedores contratar, bajo qué condiciones, orientados a qué espacio geográfico, población y servicios.

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.

## **Guía instructiva para el análisis de la rectoría sectorial**

### **Posibles preguntas orientadoras**

A continuación se presenta un listado de preguntas orientadoras para el análisis de la rectoría sectorial dividido en siete acápite: el primero enfoca el análisis en la autoridad sanitaria como entidad rectora, y los otros seis corresponden al análisis de las funciones de rectoría.



- a. **Contexto: Relación entre el desarrollo del Estado y la Autoridad Sanitaria (AS).** Presente un resumen de la *base jurídico-institucional de la autoridad sanitaria*, con particular atención en los siguientes elementos:

- *Composición:* ¿Qué instituciones constituyen la AS? ¿Están formalmente definidos sus roles?
- *Fundamento legal:* ¿Tiene la AS un reconocimiento jurídico, formal y específico en el país? Describa si se ha actualizado en los últimos 5 años el marco jurídico que da su mandato a la autoridad sanitaria.
- *Concentración e integración:* ¿Opera la AS como un sistema integrado, funcional y descentralizado? ¿Ha sido la AS ajustada a cambios operados en la organización y funcionamiento del Estado en los últimos 5 años?
- *Funcionamiento integrado del sector:* Evalúe el comportamiento del funcionamiento integrado del sector y su tendencia en los últimos 5 años. ¿Qué papel ha jugado la AS en el mantenimiento o mejoría del funcionamiento integrado del sector?
- *Resultados:* ¿Qué papel ha jugado la AS en el mantenimiento o mejoría de la salud de la población en los últimos 5 años? ¿Qué papel ha jugado la AS en reducir las inequidades en la situación de salud y el acceso a los servicios de salud en los últimos 5 años?

Separación de funciones: ¿Se ha decidido separar dentro de la AS las funciones de compra de las de prestación de servicios? Si es así, comente sobre los resultados que han dado los esfuerzos por conseguir esta separación. ¿La función de compra se ejerce en un departamento específico dentro de la institución? ¿Cuál es el grado de autonomía jurídica de los proveedores públicos?

Liderazgo: ¿Reconocen y aceptan las instituciones gubernamentales y la sociedad civil a la AS como ente rector del sector? ¿Con qué capacidades de negociación y concertación se cuenta?

- b. **Conducción de la política general de salud.** Se trata de analizar la capacidad de la AS para formular, organizar y dirigir la *ejecución de la política nacional* de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles y de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos.

Aspectos generales de la conducción:

- ¿Existe una definición formal de la visión y misión de la AS?
- ¿Están identificados los procesos críticos de apoyo a la rectoría dentro de la AS?
- ¿Están identificados los puntos operativos críticos que pueden representar cuellos de botella para realizar las funciones rectoras?
- ¿Existen estrategias de comunicación interna y externa dirigidas al personal institucional y al sector, respectivamente, sobre el desarrollo de las funciones rectoras y el ejercicio del rol rector?

Análisis de situación y priorización:

- ¿Cuenta la AS con información sobre la situación de salud, servicios, demografía, epidemiología e impacto, precisa, específica y actualizada, para tomar decisiones de políticas de salud?
- ¿Existe un sistema de información?

- ¿Existe un diagnóstico que mida las brechas regionales entre las necesidades de salud y la oferta efectiva de servicios de salud?
- Identifique las capacidades y los medios con que cuenta para usar dicha información y tomar decisiones de calidad, incluyendo el establecimiento de prioridades técnicas, financieras y de impacto.
- Valore si la AS cuenta con las capacidades y medios para traducir sus prioridades en políticas, planes, programas, proyectos y presupuestos.

#### Políticas públicas:

- ¿Cuenta la AS con una política explícita y conformada por un consenso amplio de actores? ¿En la formulación de la política de salud pueden participar, o han participado, representantes de sectores de la sociedad civil y las comunidades?
- ¿Existe un documento reciente que contenga la política de salud del país? ¿Ha sido divulgado y se conoce el documento?
- Defina qué se entiende por política de salud. Por ejemplo: ¿Contiene la política:
  - una priorización de los problemas de salud de la población;
  - un análisis de la carga de enfermedad y/o de las brechas de atención;
  - elementos de costo efectividad; y
  - políticas claras sobre las intervenciones claves para cada problema prioritario de salud?
- ¿Existen planes y programas estratégicos? ¿Y objetivos sanitarios? Comente.
- ¿La política aclara quiénes son los actores y cuáles son sus responsabilidades en las acciones, con quién deben relacionarse y actuar, y para qué lo hacen?
- Evaluación: ¿Existen y se ejercitan mecanismos independientes de seguimiento y vigilancia de la aplicación de la política sectorial? ¿Existen oportunidades y medios para la fiscalización social (por la sociedad civil y las comunidades) de la política en salud?

#### Dirección, concertación y movilización de recursos y actores:

- ¿Qué medios, credibilidad y capacidad tiene la AS para negociar con otros actores (públicos y privados) y alcanzar consensos en las políticas y normas sectoriales?
- Evalúe los *procesos* de articulación de los actores, tanto del sector público como privado, de establecimiento de mecanismos participativos y la habilidad de movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.
- Evalúe los *resultados* de sus esfuerzos por movilizar dichos recursos y actores.
- Coordinación internacional: resuma los resultados de la movilización de cooperación internacional para desarrollar políticas de salud y promover los intereses del sector.
- Resultados: describa los resultados que se han tenido en la definición de políticas, planes, programas y proyectos, así como en la identificación de prioridades de salud. Defina tanto logros como debilidades; proponga posibles acciones para lograr mejoras.

#### Promoción y participación:

- Califique el grado de apoyo de la AS a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a fortalecer conductas y ambientes saludables.
- ¿Cuenta la AS con una definición escrita de su política de promoción de la salud?
- ¿Existe una instancia de coordinación con la que pueda convocar la AS a representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado, con el fin de planificar acciones dirigidas a alcanzar las metas en materia de promoción de la salud?
- Califique el grado de desarrollo de estrategias de la AS para la reorientación de los servicios de salud con enfoque en prevención, incluyendo procesos de fortalecimiento de atención primaria de la salud, el desarrollo de recursos humanos con enfoque en prevención, u otros.
- ¿Tiene la AS capacidad técnica, conocimientos y experiencia para fortalecer los niveles subnacionales en acciones de promoción?

#### Cooperación internacional:

- ¿Cuenta la AS con las capacidades y recursos para conducir, negociar y llevar a cabo procesos de cooperación internacional en el área de salud?
- ¿Cuenta con las capacidades necesarias para el desarrollo de proyectos de cooperación?
- ¿Garantiza la AS que todo proyecto de cooperación es evaluado sistemáticamente junto con su contraparte internacional? Si es así, ¿Cuenta con profesionales en el sistema de salud capaces de participar en esta evaluación?
- ¿Han incidido proyectos de cooperación recientes en el desarrollo y formulación de políticas del sector?

- c. **Regulación sectorial.** Se trata de evaluar la capacidad de la AS para llevar a cabo la regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud. Resuma fortalezas y debilidades, logros alcanzados y deficiencias identificadas en las siguientes áreas:

#### El desarrollo y perfeccionamiento del marco regulatorio:

- ¿Qué medios tiene la AS para asegurar el cumplimiento de las políticas y normas del sector?
- ¿Existe un marco legal adecuado que permite y garantiza a la AS el ejercicio de las funciones normativas y fiscalizadoras?
- ¿Posee la AS la capacidad institucional suficiente (conocimientos, habilidades y recursos) para ejercer las funciones normativas?
- ¿Impulsa la AS esfuerzos de coordinación y armonización legal entre sectores para fortalecer y mejorar el marco regulatorio en materia de salud?

#### Capacidad de hacer cumplir la normativa: Fiscalización

- ¿Cuenta la AS con procesos sistemáticos y mecanismos para hacer cumplir la normativa existente? (por ejemplo, guías escritas de apoyo a la fiscalización, supervisión de procedimientos de fiscalización, identificación de responsables, monitoreo de cumplimiento).

- ¿Posee la AS la capacidad institucional suficiente (conocimientos, habilidades y recursos) para ejercer las funciones de fiscalización?
- ¿Educa e informa la AS acerca de la normativa sanitaria, la importancia de su cumplimiento y de los procedimientos aplicables para tal fin?
- Califique el desempeño global de las funciones normativa y de fiscalización.

Ámbitos de acción de la regulación sanitaria y la fiscalización:

- Evalúe el ejercicio de regulación sanitaria y fiscalización por parte de la AS en los siguientes campos, con énfasis en la actualización de las normas y su aplicación efectiva.
  - Mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros público y privados de salud.
  - Insumos para la producción de servicios (tales como medicamentos, equipos y dispositivos médicos).
  - Tecnologías sanitarias.
  - Bienes de consumo que guardan relación con la salud.
  - Condiciones sanitarias de establecimiento públicos y del ambiente.
- Evalúe el ejercicio y eficacia de la regulación técnica y fiscalización por parte de la AS en las siguientes áreas, con énfasis en la actualización de las normas y en su aplicación efectiva:
  - La prestación de servicios de salud.
  - La certificación y el ejercicio de las profesiones de salud y los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud.
- Normas básicas para la atención en salud. ¿Se han establecido y actualizado? Resuma el desarrollo de programas de garantía de calidad; los procesos de formulación y aplicación de marcos de acreditación y licenciamiento de instituciones prestadoras de servicios y la evaluación de tecnologías sanitarias.

Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en salud en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

- ¿Proveen los cuerpos reguladores del nivel central asistencia a los niveles subnacionales para la generación de normas y reglamentos de protección de la salud?
- ¿Proveen orientación y apoyo a los niveles subnacionales en materia de fiscalización de salud?

- d. **Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública (FESP).** Dada la gran amplitud de este tema, se presentan a continuación algunas posibles preguntas y sugerencias para orientar el análisis del desempeño de las once funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria. Un instrumento completo para dicho análisis se encuentra en la publicación *«La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción»* diseminada por la OPS/OMS en 2002.

#### **FESP 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud**

Describe el desempeño de la AS en esta área, con especial énfasis en las siguientes características:

- Existen guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud.
- Se realiza la evaluación de la calidad de la información.

- Se cuenta con apoyo experto y recursos para el seguimiento del estado de la salud.
- Se cuenta con apoyo tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de la salud.
- Se brinda asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública.

### **FESP 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública**

- Evalúe la capacidad del sistema de vigilancia para identificar amenazas a la salud pública. ¿Existe un sistema de información que brinde información en tiempo real?
- Describa la competencia y conocimientos sobre epidemiología existentes en la AS.
- Evalúe la capacidad de los laboratorios de salud pública.
- Evalúe la capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de los problemas de salud pública de la AS.

### **FESP 3. Promoción de salud**

- ¿Existe un apoyo por parte de la AS a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer comportamientos y ambientes saludables?
- ¿Desarrolla la AS la planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud? Explique.
- Comente sobre el grado de reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.

### **FESP 4. Participación de los ciudadanos en salud**

- ¿Promueve la AS el fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública? ¿Promueve el fortalecimiento de la participación social en la salud?
- Describa si la AS brinda asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en salud.

### **FESP 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública**

- ¿Existe la definición nacional y subnacional de objetivos sanitarios?
- Describa el proceso de desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública.
- ¿Fomenta la AS la capacidad institucional de gestión de los sistemas de salud pública?
- ¿Cuál es el grado de asesoría y apoyo técnico que se brinda a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública?
- ¿Cómo evaluaría la gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública?

### **FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud**

- Evalúe la capacidad de la AS de hacer cumplir la normativa en salud.

- ¿Cuenta la AS con los conocimientos, las aptitudes y los mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador?
- ¿Brinda la AS asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos?

#### **FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios**

- Analice el desempeño de la AS en el monitoreo y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios.
- ¿Posee la AS los conocimientos, aptitudes y mecanismos para ofrecer a la población los programas y servicios de salud necesarios?
- Describa la abogacía y acción de la AS para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios, incluyendo esfuerzos por ofrecer asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública, en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud.

#### **FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública**

- Caracterice la fuerza de trabajo en la salud pública. ¿Realiza la AS esfuerzos destinados a mejorar la calidad de la fuerza de trabajo? ¿Existen incentivos para potenciar el liderazgo en salud pública? ¿Y sistemas de evaluación de desempeño?
- ¿Estimula la formación continua y de postgrado en materia de salud pública? Y a los niveles subnacionales, ¿Qué se les ofrece en este sentido?

#### **FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos**

- ¿Desarrolla la AS la definición de estándares y la evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos? ¿Los aplica? ¿Con qué resultados?
- ¿Procura la AS una mejoría en la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud?, ¿Cómo la mide?
- Describa si se cuenta con un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en materia de salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.

#### **FESP 10. Investigación en salud pública**

- Describa el desarrollo de planes de investigación en materia de salud pública, incluyendo el desarrollo de la propia capacidad institucional de investigación.
- ¿Proporciona la AS asesoría y apoyo técnico a la investigación en los niveles subnacionales de salud pública?

#### **FESP 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud**

- ¿Ha avanzado la AS en la gestión de la reducción del impacto de emergencias?
- Evalúe el desarrollo de normas y líneas de actuación que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud; comente sobre si la AS establece alianzas con otros organismos/instituciones para ello y también si brinda apoyo a sus niveles subnacionales.

Resumen: Si se requiere, se puede presentar un resumen de la evaluación de las FESP según las prioridades de acción siguientes (11):

- *Desarrollo de políticas de salud.*
- *Recopilación y divulgación de datos para políticas públicas en materia de salud.*
- *Prevención y control de enfermedades.*
- *Acción intersectorial para mejorar la salud.*
- *Desarrollo de recursos humanos y creación de competencias institucionales para la salud pública.*

De esta forma, se agruparían los resultados de la evaluación de cada FESP en estas categorías, con el propósito de sintetizar el análisis y facilitar la identificación de intervenciones prioritarias.

- e. Orientación del financiamiento.** La responsabilidad de la AS en esta área conlleva 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.

Evalúe la *capacidad institucional* (capacidades y recursos técnicos, financieros y políticos) de la AS para:

- Formular las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento del sector promuevan el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todos los habitantes.
- Modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial
- Desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.

En la práctica, ¿Puede la AS utilizar eficazmente el otorgamiento de financiamiento como *herramienta política*? Comente. ¿Cuál ha sido el resultado de los esfuerzos de la AS al usar el financiamiento como herramienta para asegurar que otros actores le den cumplimiento a la política sanitaria?

Describa qué esfuerzos se han hecho para focalizar el gasto en salud sobre los *grupos de población más vulnerables*. ¿Qué logros ha tenido?

¿Cuenta con recursos y capacidades la AS para vigilar la calidad, eficiencia y transparencia del financiamiento sectorial? ¿Qué resultados han tenido los esfuerzos por resolver la *movilización de recursos intersectoriales*? ¿Cómo se ha manifestado el liderazgo de la AS en este sentido?

Evalúe el grado en que los niveles regionales y locales están preparados técnicamente para adoptar una mayor *descentralización* en la gestión presupuestaria.

- f. Garantía del aseguramiento.** Se entiende por garantía de aseguramiento, la 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 la población.

Evalúe: (i) las capacidades y los recursos técnicos, financieros y políticos de la AS para las siguientes tareas que son propias de la garantía del aseguramiento, así como (ii) los resultados logrados por la AS en las mismas:

- Definición de los contenidos de los planes garantizados de cobertura básica o los esquemas de seguridad social en salud que sean de responsabilidad pública. Por ejemplo ¿Cuenta la AS con los mecanismos para definir estos contenidos?

- Definición de poblaciones que serán amparadas por el (o los) esquemas de asistencia y/o seguridad social. Por ejemplo ¿Están identificados los problemas de salud por grupos poblacionales más propensos a causar o experimentar gastos catastróficos?
  - Regulación y fiscalización de seguros, que incluye el desarrollo por parte de la AS de mecanismos de vigilancia del cumplimiento de los planes de cobertura tanto por entidades públicas como por aseguradoras privadas. Por ejemplo ¿Garantizan estos mecanismos que ningún beneficiario sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de riesgo étáreos o de patologías preexistentes? ¿Se regula y fiscaliza la actividad y desempeño de los oferentes de aseguramiento en salud (directamente o a través de superintendencias u organismos similares)?
  - Regulación y fiscalización de servicios comprados con seguro de salud, que se refiere a la elaboración de políticas, regulaciones o normas que rijan y vigilen la actividad y el desempeño de los prestadores de servicios dentro del esquema de aseguramiento. Por ejemplo ¿Existen y se divulgan estas políticas/regulaciones/normas? ¿Cuál es el papel de los usuarios en la fiscalización de la actividad y desempeño de los prestadores de servicios dentro del esquema de aseguramiento?
  - Desarrollo —cuando se trate de modalidades de aseguramiento público— de la capacidad de compra de servicios públicos y/o privados de atención a las personas, mediante fórmulas de pago agregadas, de manera que se pueda dar cumplimiento a los conjuntos de prestaciones o planes garantizados de cobertura. Por ejemplo ¿Cuál es la capacidad de compra de la AS de servicios públicos y/o privados de atención a las personas? ¿Están identificados los procesos críticos de apoyo a la función de compra dentro de la AS?
- g. **Armonización de la provisión.** Esta función se refiere a la capacidad de la AS para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
- Evalúe el rol de la AS en la definición de los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios de salud que estén descentralizados o desconcentrados, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto.
  - Describa la labor de la AS en el proceso de armonización de los planes de acción y los modelos de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país.
  - ¿Se han establecido mecanismos de contrato o 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 términos de procesos como de resultados?
  - ¿Con qué capacidades institucionales cuenta la AS para enfrentar la responsabilidad de armonizar la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios? ¿Ha desarrollado la AS mecanismos distributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores? Plantee posibles estrategias para fortalecer su capacidad institucional.



### **¿Dónde obtener la información?**

Véase el epígrafe correspondiente del apartado 5.2.

### **¿Cómo presentar la información?**

Véase el epígrafe correspondiente del apartado 5.2.

## **5.2 El fortalecimiento institucional de la autoridad sanitaria para ejercer la rectoría**

En América Latina y el Caribe, con algunas excepciones, la autoridad sanitaria —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 en exclusividad, la gestión directa de la provisión de servicios. Los ministerios y secretarías de salud son instituciones débiles en general y aún más débiles para el conjunto de funciones requeridas en el redimensionado rol de 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 la salud en particular. Su problemática institucional no radica centralmente —aunque se reconoce la importancia de este tipo de problemas— en las bondades 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 de la salud es débil*, por la distancia que tiene respecto de los centros de poder político donde se toman las decisiones de fondo sobre temas cruciales como son la definición de prioridades de inversión y las asignaciones presupuestarias para los sectores sociales. Se trata de un sector con financiamiento permanentemente regateado y cuestionado, que además está entre los primeros a ser recortado al producirse presiones derivadas de las políticas de ajuste de la economía nacional.

Un nuevo perfil de los ministerios o secretarías de salud deberá irse construyendo, por una parte, desde el contexto determinado por la modernización del Estado, como a partir de los cambios generados por su propia dinámica y quehacer, en los modelos de organización, gestión y atención de salud; modificando los modelos exclusivamente centrados en la prestación de servicios asistenciales por otros orientados al aseguramiento universal y al reconocimiento de los derechos ciudadanos, y de esta manera lograr alcanzar condiciones de vida saludables, conforme a valores y principios de solidaridad y universalidad.

Con tal marco de referencia sobre lo que es y debe atender la rectoría de la salud, como función nuclear de la autoridad sanitaria en el Estado moderno, en un sector reformado, es fácil concluir que los ministerios y secretarías de salud necesitan fortalecer su capacidad rectora sectorial y su papel de liderazgo intersectorial, para poder ejercer las funciones correspondientes, mediante mejoras en aspectos tales como los siguientes (13):

- La interpretación de la situación de salud y el análisis de tendencias que permitan formular políticas y estrategias de salud que en su ejecución y sus resultados se

orienten a logros sustentables económicamente, e irreversibles socialmente, en busca de la equidad.

- La formulación y conducción de la ejecución de políticas que permitan aumentar la equidad en el acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud, favoreciendo la solidaridad social en la solución de los problemas de salud.
- La revalorización política, técnica y social de la formulación e implantación de las prácticas, funciones y servicios de salud pública.
- El perfeccionamiento del papel regulador y normativo, permitiendo la flexibilidad necesaria para la identificación y solución de problemas nacionales y locales, en el marco del proceso de descentralización de la provisión de los servicios.
- El favorecimiento de políticas y procesos que permitan el incremento continuo de la calidad de los servicios para aumentar la satisfacción de la población.
- La utilización de la investigación como proceso para la toma de decisiones y perfeccionamiento tecnológico del sistema de salud.
- La contribución para que la participación social sea efectiva en la comunidad y en los diferentes organismos relacionados con la salud que conforman el sector.
- El fomento y uso efectivo de la comunicación social para que se promuevan hábitos y estilos de vida saludables y se prevengan los riesgos contra la salud.
- El fomento de la investigación en salud pública y en especial en servicios de salud para focalizar las políticas de salud hacia la búsqueda de mayor equidad.
- La evaluación del nivel de satisfacción de la población con el objeto de vigilar el efecto de las políticas sobre los usuarios de los servicios.
- El desarrollo de las capacidades de análisis de las demandas y conflictos surgidos desde la sociedad civil y de las respuestas ofrecidas y sus consecuencias en las políticas públicas en salud.

El desarrollo de estas tareas requiere nuevas capacidades profesionales, amplio desarrollo de instrumentos legales que les den fundamento y sistemas técnicos para operacionalizarlas, así como una reorganización de la estructura y el funcionamiento de los ministerios y secretarías de salud para poder cumplir con dichos cometidos. En muchos de los casos no se trata sólo de una reorganización administrativa sino más bien de una reingeniería profunda, relacionando al menos los desarrollos en los campos de legislación, reorganización, liderazgo político, capacidad técnica y bagaje instrumental, para el fortalecimiento institucional; que requiere la inversión de recursos y esfuerzos.

### **Guía instructiva para el análisis del fortalecimiento institucional de la autoridad sanitaria**

#### **Posibles preguntas orientadoras**

- Transformación del perfil funcional: ¿Se ha modificado el papel de la AS para desempeñar adecuadamente el rol rector del sector?
- Reorganización de estructura y funciones de la rectoría: Describa el grado de desarrollo y adecuación de los procesos, estructuras y funciones de la AS para la ejecución de las funciones de rectoría sectorial. ¿Cuenta la AS con personal con capacidades técnicas para implementar las diversas funciones de la rectoría sectorial? ¿Existen programas y procesos de capacitación técnica y gerencial para adaptar al personal para la rectoría? ¿Cómo se ven separadas estructural y

funcionalmente la función normativa (de establecimiento de leyes y normas) de la función fiscalizadora (de vigilancia y garantía del cumplimiento)?

### **¿Dónde obtener la información?**

Gran parte de la información necesitada provendrá de los mismos ministerios de salud en los países. Algunos estarán disponibles en documentos oficiales y publicaciones del sector; otros en boletines y revistas de circulación general. Es importante la consulta de documentación no publicada y entrevistas específicas con diversos actores del sector, tanto dentro como fuera del ministerio de salud, tales como los ministerios de finanzas, planificación, la seguridad social, las superintendencias de regulación y control de las aseguradoras y otros. De igual manera las representaciones de la OPS/OMS cuentan con mucha información complementaria.

Si el país participó en la iniciativa «La salud pública en las Américas», habrá realizado el ejercicio de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) y la autoridad sanitaria nacional contará con los resultados, que serán un insumo fundamental para este análisis.

Si éste no fue el caso, se sugiere un procedimiento cualitativo de evaluación de los temas incluidos en los apartados anteriores, aplicando una metodología de consenso al interior del grupo encargado de preparar este capítulo. Ésta se podrá complementar con publicaciones nacionales o internacionales, preferiblemente si tienen revisión por pares y entrevistas a informantes clave.

Si se han llevado a cabo reformas sectoriales en torno a la rectoría, deberán consultarse las leyes y reglamentos correspondientes. Otras fuentes pueden ser los organismos de cooperación bilateral o multilateral que estén participando en el fortalecimiento o reestructuración de las autoridades sanitarias para el ejercicio de la rectoría.

### **¿Cómo presentar la información?**

Si el país ya realizó un primer ejercicio de evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, el correspondiente informe contendrá una presentación estandarizada de los temas incluidos en este capítulo.

Si no fue así, se sugiere seguir apartado por apartado y epígrafe por epígrafe los temas incluidos en el capítulo, resumiendo las respuestas a las preguntas orientadoras en forma de párrafos breves y frases cortas. Las respuestas estarán basadas en hechos o en opiniones ampliamente compartidas y comúnmente aceptadas. En todo caso, se evitarán las opiniones no fundadas y los juicios de valor. Donde proceda, se sugiere usar una matriz DAFO para resumir el análisis.

Recuerde que dada la gran extensión potencial de los temas tratados en este apartado, importa mucho el carácter sistémico, sintético y analítico de la presentación. Fijar inicialmente una extensión máxima al capítulo (por ejemplo, 15 a 20 páginas a doble espacio) puede ser una buena idea.

## Bibliografía (Capítulo 5)

- (1) Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud. *La salud pública en las Américas*, Washington, DC. 2000.
- (2) Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud «*La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial*». XL Reunión del Consejo Directivo de OPS. Documento CD40/13. Washington, DC. 1997.
- (3) 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.
- (4) Ferreiro, A., Sierra, L. «*El papel de las Superintendencias en la regulación de los Seguros de Salud: los casos de Chile, Argentina, Perú y Colombia*», Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. 2001.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. «*Funciones Esenciales de Salud Pública*». XLII Reunión del Consejo Directivo de OPS. Resolución CD42.R14. Washington, DC, 25 al 29 de Septiembre de 2000.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. «*La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*». OPS/CDC/CLAISS. Washington, DC. 2001.
- (7) Oyarzo, C., Vergara, M. «*Desarrollo de la Capacidad Rectora de la Autoridad sanitaria en materia de financiamiento Sectorial*», (documento borrador), Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. 2000.
- (8) Hurtado, M. «*La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Papel de los Ministerios de Salud en el contexto de la Reforma*», 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 8, Washington, DC. 1998.
- (9) Rosenberg, H., Andersson, B. «*Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*», Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), 2000: 118-124.
- (10) Barillas, E. «*Armonización de la provisión de servicios de salud*», (documento borrador), Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. 2001.
- (11) Categorías de prioridades de acción del Banco Mundial, según se detalla en pag. 199 de «*La salud pública en las Américas*», OPS/OMS, Washington, DC. 2002.
- (12) Jaramillo, 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) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1997. Op. Cit.

## CAPÍTULO 6. FINANCIAMIENTO

El análisis del financiamiento y 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 garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad. El reto real de la reforma del sector de la 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 de la salud y 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 tanto las posibilidades para alcanzar las metas establecidas (2).

Las conclusiones derivadas del análisis del financiamiento y 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 de 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, 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 están siendo utilizados por el sistema de salud? ¿De dónde provienen dichos recursos? ¿Es la composición de recursos existente sostenible? ¿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— será un instrumento de mucho valor para informar a los formuladores de políticas, ya que ayuda a dilucidar la pregunta más amplia relativa a: ¿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, la efectividad y la equidad en las contribuciones para financiar el sistema de salud, así como en la distribución de los beneficios que se producen (5).

Países en diferentes regiones del mundo han encontrado que la estimación de Cuentas Nacionales de Salud (CNS) es una herramienta útil para obtener estos datos y lo que es más importante, permite informar a los formuladores de políticas sobre aspectos tales como: ¿Garantiza esta estructura financiera el acceso a 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 asignándose a problemas de salud específicos? (6)

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) se definen como «una herramienta que sigue el flujo de los fondos a través del sistema de salud, desde sus fuentes, por medio de los agentes financiadores, hacia los proveedores y las funciones. Intenta determinar **quién** paga por la atención de 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 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 privado.

A partir de la elaboración de las CNS, y del análisis conjunto con información referente a la prestación de los servicios de salud —tales como los patrones de utilización de 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 gasto del sector, la disponibilidad de CNS en el país brindará una ventaja en el sentido de que ya se cuenta con los datos recopilados y organizados (8). Por tanto y a efectos de simplificar el proceso de recopilación de información, los lineamientos de este capítulo brindan dos opciones:

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

## 6.1 Análisis del financiamiento

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

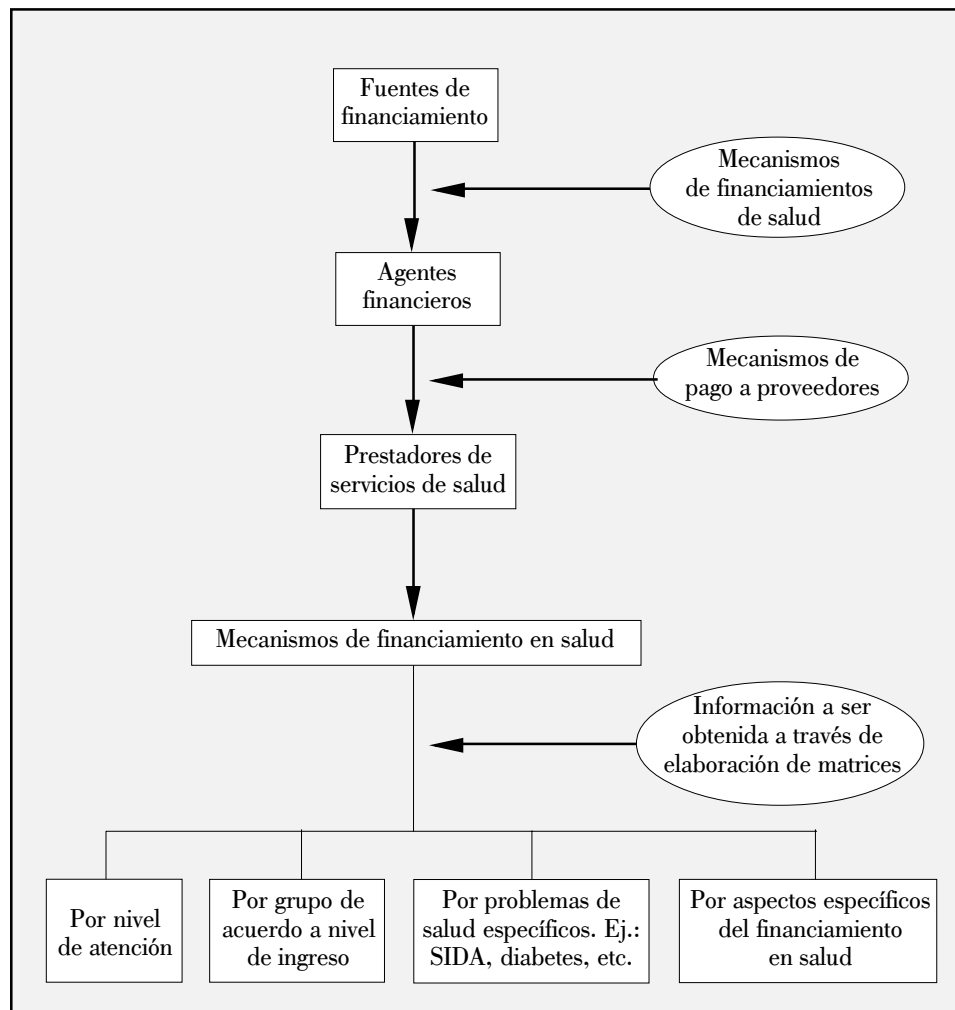
El primer elemento que deberá analizarse es el esquema de flujos financieros que permitirá establecer la composición y relación entre (i) las **fuentes de financiamiento**, (ii) los **agentes financieros**, y (iii) los **proveedores de servicios y bienes de salud**. En condiciones ideales, el análisis debe referirse no solo a los datos financieros, sino también incluir 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 6.1*. 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 estas transferencias a cada nivel. Los mecanismos de

financiamiento en salud son los usados para movilizar los recursos financieros hacia el sistema de salud —de fuentes de financiamiento a 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.

**Figura 6.1: Flujos financieros en el sistema de salud**



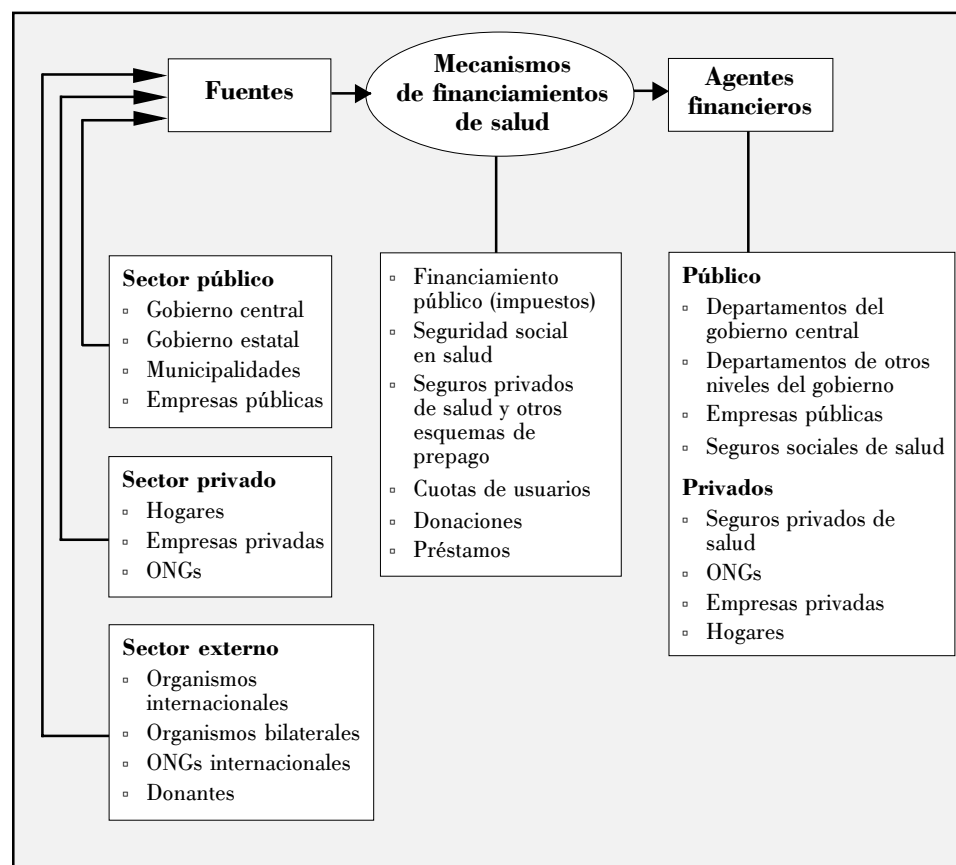
La asignación real de los recursos a las funciones y programas de salud se manifestará a la hora de realizar el análisis con las matrices de distribución por grupos de ingresos, por problemas de salud, por nivel de atención (ver *Guía Instructiva para el análisis del gasto*). El país podrá definir qué 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 de la salud (10).

Un análisis concentrado en los actores económicos permite responder a la pregunta: de dónde provienen los recursos financieros y dónde están usándose. Un análisis complementario de los mecanismos de financiamiento así como los mecanismos de pago a los proveedores, facilita la identificación de algunos de los factores que influyen en 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 la cantidad de servicios prestados 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 para cambios en las políticas para influir en una mejor asignación de los recursos para ayudar a mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Reconociendo el hecho de que el ejercicio no se realiza de una manera lineal, pero con información que quizá esté parcialmente disponible, las Figuras 6.2 y 6.3 proponen un camino para seguir los flujos financieros.

**Figura 6.2: De las fuentes a los agentes de financiamiento (a través de los mecanismos de financiamiento sanitario)**



### 6.1.1 Fuentes de financiamiento

Las principales categorías de fuentes de financiamiento son: **sector público**, el **sector privado** y el **sector externo**. Dentro de cada uno de ellos, hay tantas particiones propias del país, según sea pertinente para las decisiones de políticas, así como factibles 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 la cooperación externa arroja una estimación somera sobre la sostenibilidad del sistema de salud en el país, en particular cuando esos recursos pagan por los gastos ordinarios (recurrentes o de operación). Los recursos públicos pueden provenir del gobierno central, los gobiernos estatales y del nivel descentralizado, representado aquí como 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 el nivel de los ingresos familiares, tiene el potencial para proporcionar información valiosa para evaluar la equidad del sistema de financiamiento (12). En cuanto a los mecanismos de financiamiento sanitario, las **contribuciones domésticas** pueden adoptar cualesquiera de las siguientes modalidades:

- pago de impuestos generales, que se destinen eventualmente al gasto sanitario;
- cotizaciones a un seguro social;
- primas a algún tipo de seguro privado;
- copagos por servicios asegurados;
- pagos directos por servicios prestados (directamente relacionados con su demanda de la salud) y
- 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 del 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 algún 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 y que eventualmente serán pagados, ya sea por el sector público o el privado.

### 6.1.2 Mecanismos de financiamiento en salud

Una representación simplificada de los mecanismos de financiamiento sanitario presentados en la *Figura 6.2* indica las diferentes opciones por medio de las cuales los recursos se transfieren a los agentes financieros. Hay seis mecanismos tradicionales principales 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 6.1* 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 objetivo de estos subsidios son los grupos considerados vulnerables, debido a la pobreza o a dolencias específicas (13).

**Cuadro 6.1: Mecanismos de financiamiento: ventajas y desventajas**

<b>Mecanismo de financiamiento</b>	<b>Características</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>	<b>Recomendaciones</b>
<i>Financiamiento público</i>	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.
<i>Tarifas que pagan los usuarios</i>	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 en 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.
<i>Seguro privado</i>	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.
<i>Programa nacional de seguro social</i>	Financiamiento 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.
<i>Subsidios</i>	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.

### 6.1.3 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 de la administración de los fondos para la provisión, en la forma de transferencias a proveedores. En este contexto, los agentes se caracterizan por tener la función de «asignar los recursos» (en inglés, «*resource allocation*») en el sentido en 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 última clasificación se refiere a compañías productivas propiedad del Estado; para aquellas propiedades compartidas, el criterio de inclusión es que más del 51 % esté en manos del Estado.

En el sector privado están las compañías aseguradoras, empresas privadas (que provean servicios de salud a sus empleados o efectúen pagos directos a proveedores), y los hogares. Esta última situación se refiere a cuando los individuos efectúan un pago directo a los proveedores de servicios y bienes de salud, en cuyo caso los hogares desempeñan 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 para abordar en las fases de estimación y en particular en el análisis de las CNS. Estudios sobre el 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 (15).

### 6.1.4 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 (16). Existen seis mecanismos principales, que son:

- a. por presupuesto,
- b. por viáticos,
- c. por admisión (ingreso),
- d. honorarios por servicios prestados,
- e. por capitación (pago per cápita),
- f. por pago basado en el caso (grupos de diagnóstico).

En cada país puede existir cualquier tipo de mecanismo y combinación de estos 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 respecto a la calidad y cantidad de 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.

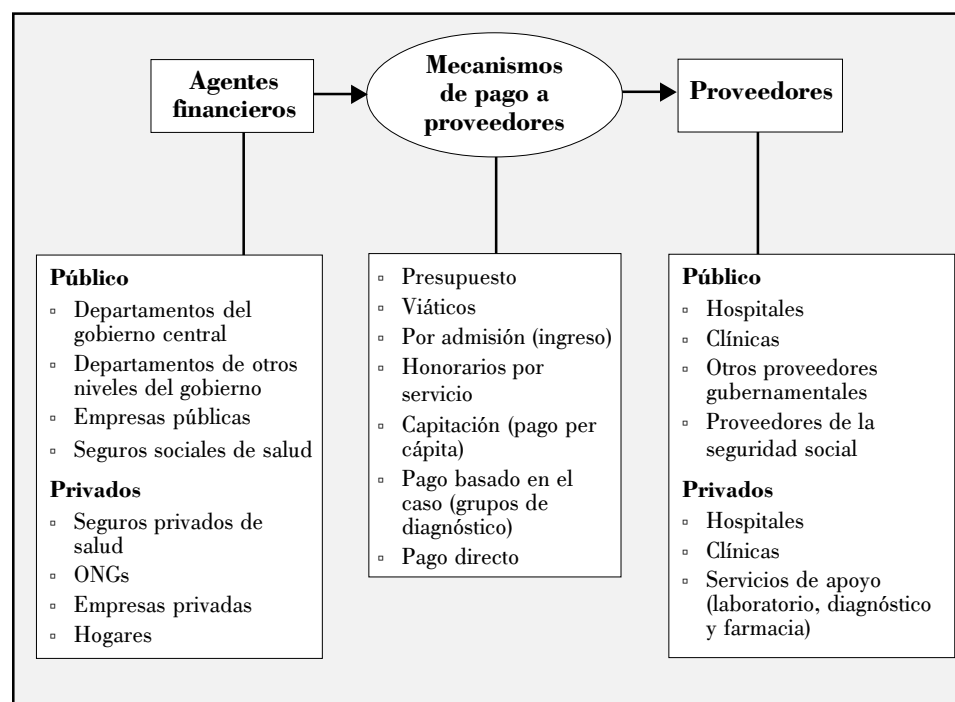
Por lo tanto, un análisis de los mecanismos de pago a proveedores que están siendo usados en el país será útil para evaluar los incentivos e identificar las modificaciones necesarias para influir en las preferencias de los proveedores, de modo que contribuyan al alcance de las metas del sector de la salud (17). La *Figura 6.3* presenta esta función del financiamiento dentro del sistema de salud.

### 6.1.5 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 muestra 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.

**Figura 6.3: De las fuentes a los agentes de financiamiento (a través de los mecanismos de financiamiento sanitario)**



## Guía instructiva para el análisis del financiamiento

- **Flujos financieros.** Elabore el esquema del 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, (18) 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 varias de las variables mencionadas en el *Capítulo 2*. Revise las series históricas de financiamiento, en términos corrientes y reales, para evaluar su comportamiento. Debe observarse la ausencia de información accesible, actualizada y confiable en cualquiera de las secciones básicas y debe recalcarse 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 puedan limitar el financiamiento. Por ejemplo, la capacidad de los empleadores y trabajadores en el sector formal para mantener el financiamiento mediante contribuciones obligatorias, depende tanto de la estructura del mismo sistema de contribuciones como de factores económicos, mientras la capacidad de los diversos segmentos de la población para pagar el pago directo puede depender de la cantidad de ingresos disponibles para ellos o en 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 cuanto a 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 mirar más de cerca 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 para 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 las finalidades para las cuales se usan (por ejemplo, el impacto de las subvenciones que van a instituciones en 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 cuales se usa y de las condiciones colocadas en el préstamo (por ejemplo, préstamos orientados para financiar nuevos establecimientos, sin evaluaciones previas adecuadas, pueden sobrecargar el presupuesto público con costos recurrentes y limitar las posibilidades para financiar la inversión designada a reemplazar o mejorar las instalaciones existentes). Algunos países han reintroducido impuestos o tarifas específicas 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 el financiamiento declaradas por las instituciones con lo que los datos revelan. Identifique las opciones de cambios en las políticas, para influir en una mejor asignación de los recursos y ayudar a mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Presente un resumen que contenga los resultados principales y las implicaciones claves sobre las políticas, para utilizar posteriormente en 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.** Algunas de las preguntas orientadoras que se pueden plantear a la hora de realizar el análisis de la información recopilada son:
  - ¿Es posible identificar con exactitud los principales flujos financieros en el sistema de salud y, en particular, aquellos que vinculan las fuentes financieras con agentes financieros, los proveedores y los servicios prestados realmente?
  - ¿Existen cálculos de la proporción que cada uno de los mecanismos de financiamiento en salud aportan para el financiamiento del sistema en su totalidad? ¿Son actuales? ¿Son fiables?
  - ¿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 en el sector privado formal, los consumidores, los empleados públicos, los individuos que trabajan por su cuenta, etc.)?

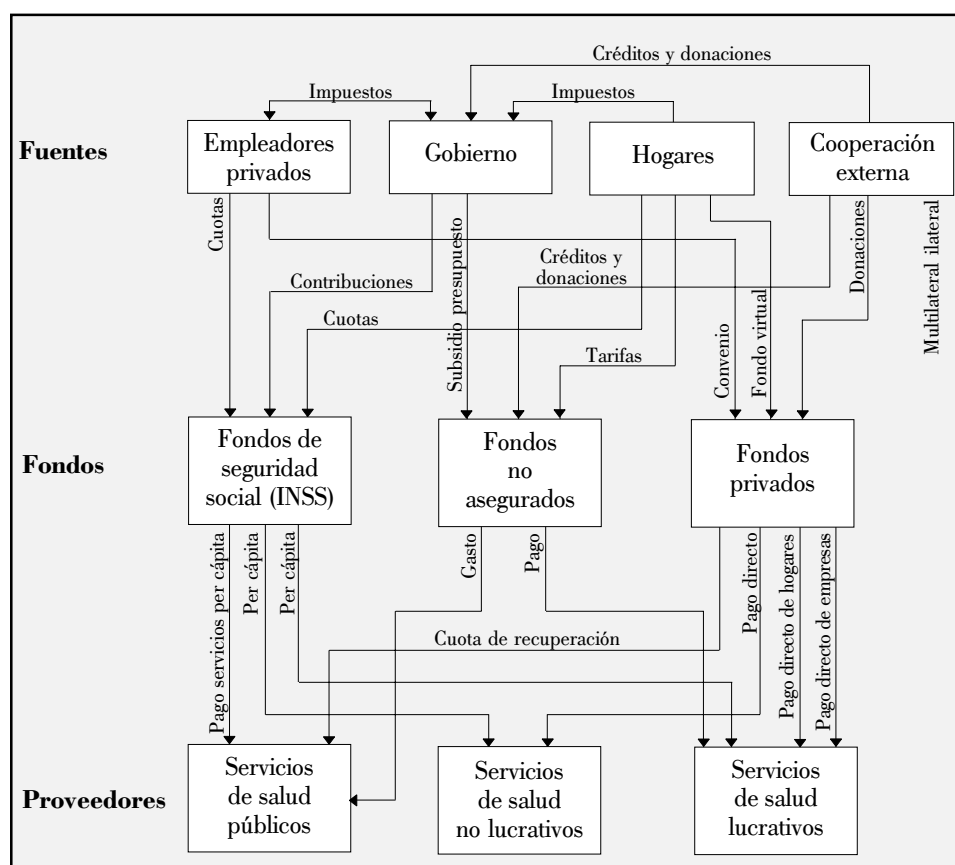
- ¿Se ha producido recientemente algún cambio sustancial o se espera que ocurra cualquiera en un futuro próximo, en los flujos financieros o en las modalidades de financiamiento de los sectores ya mencionados? ¿En ese caso, cuáles son estos cambios?
- ¿Hay impuestos o contribuciones específicas para financiar parte del gasto de salud del sector público? En ese caso, descríbalos.

### ¿Dónde obtener la información?

La información necesaria para el esquema de los principales flujos financieros puede obtenerse a partir de los ministerios de finanzas, de planificación o de política económica. También de los ministerios de salud y las oficinas de seguridad social. La mayoría de la información necesaria debe solicitarse directamente a las unidades en las cuales se obtuvo la información para el análisis institucional y de organización; en consecuencia, aunque cada capítulo fuera a ser preparado por un analista diferente, la creación del diagrama de flujo inicial debe emprenderse conjuntamente. Gran parte de la información necesaria para trazar el flujo de los servicios puede obtenerse a partir de las unidades consultadas y obtener información para el análisis de la prestación de los servicios (*Capítulo 8*), para lo cual la información debe intercambiarse con el analista responsable de ese capítulo.

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

**Figura 6.4: Principales flujos financieros en el sistema de salud de Nicaragua (1995)**



## 6.2 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 haya sido rastreado hasta los proveedores, las clasificaciones adicionales deben proporcionar información sobre los temas pertinentes para las decisiones de políticas en ese país en particular. Las cifras de los gastos reales y presupuestados deben diferenciarse claramente; una comparación entre los dos y, según corresponda, un análisis de las discrepancias, puede proporcionar información importante para reorientar la programación del gasto.

### 6.2.1 Gasto por subsector

Las categorías principales serán los proveedores **públicos** y **privados**. En esta última será importante diferenciar, entre los proveedores, aquellos que tienen fines de lucro de los que son sin fines de lucro. En los países donde la seguridad social es también un proveedor, debe presentarse como proveedor público, aunque distintivamente del Ministerio de Salud u otros proveedores del Gobierno. Esta norma también sugiere clasificar el gasto sanitario por las empresas públicas como parte del sector público.

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

### 6.2.2 Gasto por nivel de atención

El análisis por el nivel de atención abarca en general los tres niveles (**primario, secundario y terciario**). Los niveles se definirán de la misma manera según han sido caracterizados por cada país y los gastos para cada nivel incluidos en el análisis, serán aquellos que el país normalmente tiene 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, gasto 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 anotarse al pie de cada cuadro, o en el texto que explique lo que se observa en el mismo.

### 6.2.3 Sostenibilidad financiera

Asegurar que los sistemas de salud sean económicamente sostenibles es un elemento fundamental de las políticas del 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 que se refiere a las fuentes de financiamiento y el uso de los recursos. En este punto, es importante incluir algún análisis en los cambios esperados en la demanda de la atención así como 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 el gasto privado en salud? ¿Es esta información básica fácilmente obtenible? ¿Corresponde al pasado reciente?; ¿Se dispone de las series de tiempo de mediciones del gasto en salud requeridas en precios actuales y constantes? ¿En ese caso, durante qué período? ¿Dónde están siendo preparadas estas 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 sobre 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 de la salud.
  - 9. Comercio internacional de atención de la salud.
  - 10. Empleo total en las ramas de actividad de la atención de 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 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 cápita 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 cápita.
  - Tendencias en el 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.

- Analice los mecanismos presupuestarios, incluyendo el análisis de incentivos, transparencia y grado de descentralización.
- Analice 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 están disponibles.
  - Gasto per cápita 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 de hospitales vs. gasto atención primaria.
  - Análisis del gasto por categoría presupuestaria, incluyendo énfasis en el porcentaje total asignado a salarios y medicamentos.
  - Distribución del gasto por regiones, comparaciones entre áreas urbanas y rurales, así como comparaciones regionales específicas del gasto per cápita.
  - Distribución del gasto por edad y sexo, según disponibilidad.
  - Revisar tendencias (pref. 5 años, si hay disponibilidad) de la composición del gasto sanitario.
- Analice el **rol del sector público**, sobre la base del comportamiento del gasto sanitario. Los gastos deberían evaluarse en términos de la razón de la intervención pública en una actividad específica. Este análisis tomará los programas financiados por el gobierno y revisará cómo estos contribuyen a los objetivos de mejorar la equidad y el bienestar público y qué oportunidades existen para mejorar la intervención pública del sector. Como parte de este análisis, se aconseja evaluar el gasto público en las funciones esenciales de salud pública (FESP).
- Analice la **equidad**, con base en el 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 necesidad.** ¿Alcanzan los recursos a los más necesitados? Revise la relación entre el gasto per capita e indicadores de necesidades esenciales, u otros indicadores de desarrollo socioeconómico.
  - **Comparar resultados de salud por nivel de ingreso.** Cuando existan, utilice información sobre encuestas de hogar, u otros estudios que analicen resultados por nivel de ingreso. ¿Qué diferencias existen entre los resultados de salud de los ricos y los pobres? ¿Hasta qué punto la asignación de recursos da respuesta a esta 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 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 durante varios años, en función de la producción: egresos, consultas, servicios de emergencia, etc. ¿Cómo ha variado el gasto estimado por los diferentes servicios en el tiempo, en términos reales y corrientes? Comparaciones entre el gasto público y la seguridad social y el sector público y privado, cuando estén disponibles. ¿Ha resultado un 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 con base en 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 con 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 estos problemas y valore cómo pueden resolverse.
  - Explique si el tema de la sostenibilidad financiera del gasto total en salud y el 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 entre costo y eficiencia de las intervenciones financiadas. ¿Qué oportunidades existen para mejorar el «*value-for-money*» («valor-por-el dinero») en el sector?

### ¿Dónde obtener la información?

Información sobre los componentes detallados del gasto público en salud, a menudo puede obtenerse 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 (ONGs), 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 compañías grandes, informes de ONGs, etc.

La información sobre la sostenibilidad quizá esté disponible en los Ministerios de Finanzas, Planificación, o de 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 obtenerse del análisis de las CNS, cuando se tienen.

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 (19) 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 ingreso medio y bajo (20).

**Cuadro 6.2: Resumen estadístico del país**

<b>Población total:</b>	Número
<b>Tasa de cambio:</b>	Dólares
<b>PIB total:</b>	Dólares
<b>Gasto total del gobierno:</b>	Dólares
<b>Gasto total en salud per cápita:</b>	<b>Total</b>
Público	Dólares
Privado	Dólares
Recursos internacionales	Dólares
<b>Gasto total en salud como porcentaje del PIB:</b>	<b>100%</b>
Público	%
Privado	%
Recursos internacionales	%
<b>Gasto total en salud como porcentaje del gasto total del gobierno:</b>	
<b>Distribución por fuente de financiamiento:</b>	<b>100%</b>
Público	%
Empresas públicas	%
Privado	%
Internacional	%

**Cuadro 6.3: Fuentes de financiamiento y agentes financieros (indicar moneda y año)**

Fuentes	Agentes financieros								Total
	Sector público				Sector privado				
	Gobierno central	Otros depts. gobierno	Empresas públicas	Seguro social	Seguros de salud privados	ONGs	Empresas privadas	Hogares	
Sector público									
Gobierno central									
Gobiernos estatales									
Municipalidades									
Empresas públicas									
Sector privado									
Empresas privadas									
Hogares									
ONGs									
Sector externo									
Organismos internacionales									
Organismos bilaterales									
ONGs internacionales									
Total									

**Cuadro 6.4: Agentes financieros y proveedores (indicar moneda y año)**

Fuentes	Proveedores								Total
	Proveedores públicos				Proveedores privados				
	Hospitales	Clínicas	Otros de gobierno	Seguro social	Hospitales	Clínicas	Farmacias	Otros*	
Sector público									
Gobierno central									
Otros depts. gobierno									
Empresas públicas									
Seguro social de salud									
Sector privado									
Seguros de salud privados									
ONGs									
Empresas privadas									
Hogares									
Total									

Nota: \* 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 6.5: Proveedores y tipo de servicios (indicar moneda y año)**

Proveedores	Tipo de servicios			Total
	(A) Atención preventiva	(B) Atención curativa	(C) Funciones esenciales de salud pública	
<b>Proveedores públicos</b>				
Hospitales				
Clínicas				
Otros proveed. del gobierno				
Proveedores Seguro Social				
<b>Proveedores privados</b>				
Hospitales				
Clínicas				
Farmacias				
<b>Total</b>				

**Cuadro 6.6: Gasto per cápita  
por grupos de población (indicar año)**

		Gasto per cápita	
		moneda local	US\$
<i>por género</i>	Masculino		
	Femenino		
<i>por grupos de edad</i>	menores de 18		
	entre 18 y 49		
	mayores de 50		
<i>por lugar de residencia</i>	urbano		
	rural		
<i>por distribución geográfica</i>	región 1		
	región 2		
	región 3		
	región 4		
<i>por quintiles de gasto</i>	quintil 1		
	quintil 2		
	quintil 3		
	quintil 4		

## Bibliografía (Capítulo 6)

- (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, D.C. 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 D.C.
- (17) República de Nicaragua. Ministerio de Salud (2000) *Análisis del Sector Salud en Nicaragua*. MINSA/OPS. Managua/Nicaragua.
- (18) OECD (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.



## CAPÍTULO 7. ASEGURAMIENTO



## CAPÍTULO 8.

### 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 se ha preparado teniendo en cuenta también la posibilidad de que se decida usar 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 fiables sobre los temas tratados en alguno(s) de lo(s) apartados de que se compone.

Si se decide usar parcialmente este capítulo, se sugiere que se use siempre el *apartado 8.2. Análisis de la oferta y la demanda de servicios* porque su aplicación permitirá disponer 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.

#### 8.1 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 las 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 8.1*.

**Cuadro 8.1: 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.

Aun 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 distintas dependiendo de cada país. Las raíces de los problemas son en su mayoría de tipo multicausal. Las opciones y las estrategias para abordar estos problemas son distintas dependiendo de su factibilidad política, económica y social. Por este motivo no existe una «receta» universal para el mejoramiento de los servicios. Por el contrario, el abordaje de los problemas (tanto del nivel nacional, regional y local) requiere de un conocimiento profundo de cada realidad en particular. En este 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. La utilidad de este tipo de marcos es mayor para el análisis de organizaciones individuales o niveles organizacionales menores (véase *Cuadro 8.4: 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 el uso de los servicios, y no tanto en las necesidades y las 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 ellos deben responder considerando a las personas en su contexto familiar y comunitario.

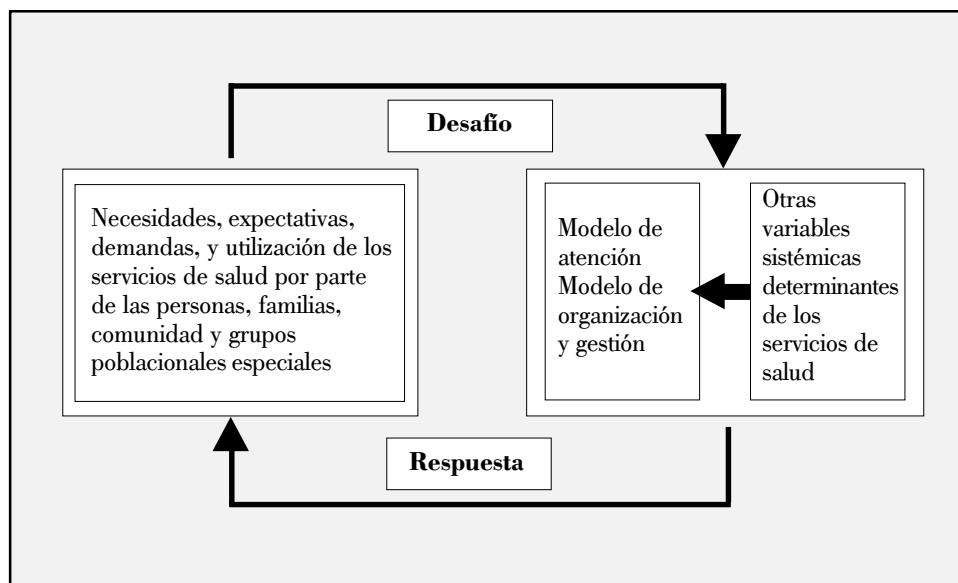
Para entender mejor el nivel de adecuación de la respuesta de los servicios, el marco conceptual plantea además el análisis diferenciado tanto del modelo de atención de salud como de los modelos de organización y gestión de los servicios de salud. En términos generales, el modelo de atención de salud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

El análisis más importante es el del modelo de atención de 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 en el sentido inverso 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 de la provisión propiamente tal, las cuales inciden en el comportamiento de los servicios. Los componentes básicos del nuevo marco conceptual se resumen en la *Figura 8.1*.

**Figura 8.1: 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 un análisis de la prestación de servicios de salud que abarca los siguientes componentes:

- El análisis de la oferta y demanda de los servicios.
- El análisis del modelo de atención.
- El análisis de la organización y gestión de los servicios.
- El análisis de los recursos humanos del sector.
- 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 ve como necesario y se dispone de tiempo y medios, debe seguir con el análisis de los modelos de atención y de organización y gestión de los servicios. A continuación, 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.

## 8.2 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.

### 8.2.1 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, en 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. Esta 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 destinada 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.

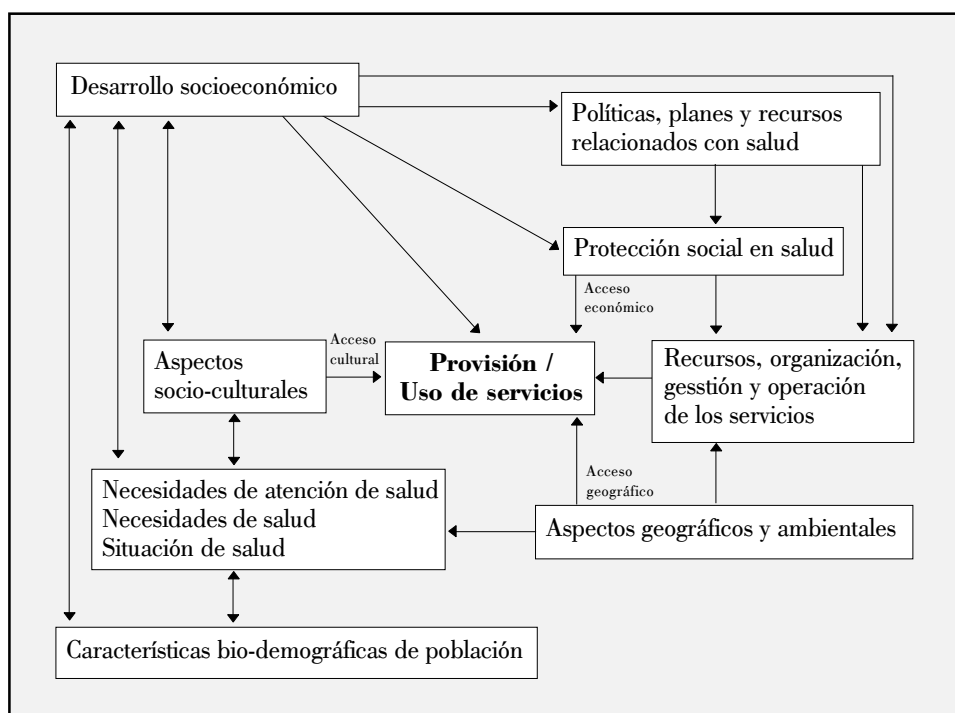
Los problemas de salud de la población representan necesidades de atención de salud. El análisis de la *demand*a requiere considerar información tanto sobre necesidades y factores determinantes como sobre el uso efectivo de los servicios por parte de las poblaciones objetivos.

La estimación 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 de salud (utilización o uso) está influido por la interacción entre diversos factores que afectan (ya sea facilitando u obstaculizando) la demanda o bien influyen en la oferta institucional de servicios.
- De 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 8.2* sintetiza los componentes o grupos de factores que de un modo u otro influyen en el acceso y uso de servicios de salud.

**Figura 8.2: 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 luego 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 para 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 para y necesidades de consumidores potenciales).

La relación entre la necesidad y la utilización de la atención de salud puede sintetizarse en el modelo expuesto en el *Cuadro 8.2*. 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 de salud de la población (6).

**Cuadro 8.2: Modelo de relaciones entre necesidad, recurso y uso\***

Uso	Necesidad alta		Necesidad baja	
	Recursos altos	Recursos bajos	Recursos altos	Recursos bajos
<b>Alto</b>	Balance apropiado de distribución de recursos	Compensación por alta productividad del recurso	Desbalance por uso excesivo del recurso	Desbalance con alta productividad del recurso
<b>Bajo</b>	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 cubriendo 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.

### 8.2.2 Estimación 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 como (aproximación de la) *oferta* a los recursos dispuestos para proveer esos bienes o servicios.

Esta sección se ocupa tanto en el recurso asistencial disponible como en 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:

- el recurso que se utiliza (recursos humanos, financieros, físicos, tecnológicos).



- como está distribuido (geográficamente, por sectores según propiedad público o privada y por niveles de atención).
- la población objetivo, la cual varía según cada tipo de servicios de salud incluido en la oferta específica de cada tipo de atención.

La disponibilidad y características de los establecimientos de salud permiten sintetizar la *existencia y distribución del recurso asistencial*. Si la desagregación de información lo permite, es importante consignar ese recurso según 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 condiciones de infraestructura, como disponibilidad de lugares de atención (como salas de atención de urgencia, atención odontológica, vacunación, curación o educación). En el primer nivel de atención también destacan las bodegas de alimentos y la cadena de frío de las vacunas. En el caso del equipamiento médico, lo habitual a consignar son: máquinas de radiología por tipo, ecotomógrafos; equipamiento de laboratorio básico; sillones dentales, congeladores y equipos de climatización o calderas, entre otros. (Para un análisis en profundidad, véase el *apartado 8.5*).

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 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 funciones de enfermeras universitarias (Para un análisis en profundidad, véase el *apartado 8.4*).

Importa asimismo la estimación de 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 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.

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

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 imagenología y laboratorio, anatomía patológica, acciones del banco de sangre, también se incluyen acciones de apoyo como lavandería, esterilización, central de comidas y otras).

## Guía instructiva para el análisis de la oferta de los servicios de salud

Dados los objetivos de este tipo de análisis sectorial, y a pesar de la gran multiplicidad de elementos de la oferta y demanda afectos a revisión y discusión, se busca que la presentación del resultado del análisis sea sintética, pero 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 que hace 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, así como proyecciones demográficas fiables?
  - **El área geográfica de influencia** corresponde a la población objetivo 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 establecimientos: humano, financiero, físico y tecnológico. Póngase especial énfasis en el personal clínico y equipamiento de apoyo diagnóstico terapéutico (por ejemplo, equipamiento de imagenología, 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, también considerar 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 8.3* como ejemplo).

**Cuadro 8.3: Análisis de oferta:  
Indicadores generales de disponibilidad de recursos**

<b>a. Recurso humano</b>	<b>Áreas o regiones</b>
No. de médicos por 1000 hab.	
No. de enfermeras por 1000 hab.	
No. de auxiliares de enfermería por 1000 hab.	
No. de adontólogos por 1000 hab.	
Otro personal de salud	
<b>b. Recursos físicos</b>	
No. de centros de salud por 1000 hab.	
No. de centros de salud por km <sup>2</sup>	
No. de salas de atención por 1000 hab.	
No. de servicios de rehabilitación por 1000 hab.	
No. de abmulacias por 1000 hab.	
No. de ambulancias por km <sup>2</sup>	
<b>c. Recursos físicos</b>	

- **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. Esto 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 existen. Si no existen también es importante destacarlo.
- **Distribución geográfica del recurso según establecimientos.** Descríbala. Téngase en cuenta la posibilidad de que algunos estén organizados en redes. En el caso de los recursos físicos del nivel primario, además de número de establecimientos, importa consignar la disponibilidad de salas de atención para posteriormente estimar el rendimiento de estos recursos. (Véase el *Cuadro 8.4* para ordenar y presentar esta información).
  - ¿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?

- ¿Las condiciones de infraestructura y equipamiento son 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?
- Los diferentes organismos aseguradores ¿tiene una misma distribución geográfica o se concentran en algunas zonas del territorio?

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) y que además permiten relacionar la ubicación geográfica con las otras variables demográficas, socioeconómicas o epidemiológicas.

**Cuadro 8.4: 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
<b>Sector público</b>									
<i>Hospitales</i>									
▫ Alta complejidad									
▫ Mediana (especialidades básicas)									
▫ Baja (medicina general)									
▫ Total hospitales									
<i>Centros ambulatorios</i>									
▫ Centros con especialidades									
▫ Centros de nivel primario con medicina general									
▫ Centros de nivel primario con personal residente no profesional									
▫ Total centros ambulatorios									
<b>Sector privado</b>									
<i>Hospitales</i>									
▫ Alta complejidad									
▫ Mediana (especialidades básicas)									
▫ Baja (medicina general)									
▫ Total hospitales									
<i>Centros ambulatorios</i>									
▫ Centros con especialidades									
▫ Centros de nivel primario con medicina general									
▫ Centros de nivel primario con personal residente no profesional									
▫ Total centros ambulatorios									
<i>Total centros de salud</i>									

- **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 8.5* 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?
- Los diferentes organismos aseguradores ¿presentan la misma definición de niveles de atención?
- ¿Qué porcentaje de los centros rurales y urbanos carecen 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?

**Cuadro 8.5: 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"> <li>▫ Controles de niño sano</li> <li>▫ Vacunaciones según indicaciones programáticas</li> <li>▫ Consulta de planificación familiar</li> <li>▫ Control del embarazo y puerperio</li> <li>▫ Actividades prevención cáncer cérvico uterino, mamá y otros</li> <li>▫ Programas específicos de enfermedades crónicas</li> <li>▫ Actividades del programa del adulto mayor</li> <li>▫ Otros</li> </ul>					
Consultas espontáneas de morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Consultas de adultos, niños, ginecológico, obstétrico y otros</li> <li>▫ Consultas y atención ambulatoria de urgencia</li> </ul>					
Curaciones y cirugía menor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Curaciones simples</li> <li>▫ Consultas y atención ambulatoria de urgencia</li> </ul>					
Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Laboratorio</li> <li>▫ Radiología y otros de imagenología</li> </ul>					
Atención dental	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Actividades preventivas del programa de salud oral</li> <li>▫ Atención de odontología general</li> </ul>					
Provisión de medicamentos y otros insumos médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Medicamentos esenciales y otros</li> <li>▫ Lentes, prótesis y otros relacionados</li> </ul>					
Aporte de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Programa de alimentación o suplementos: por tipo de alimento o suplemento, según población objetivo (niños, embarazadas, adultos mayores)</li> </ul>					
Promoción de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Educación comunitaria</li> <li>▫ Visitas domiciliarias</li> </ul>					
Acciones de salud ambiental (cuando se necesita o corresponde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Contribución a construcción de letrinas, depósitos de agua potable</li> <li>▫ Desinsectación de hogares</li> </ul>					

- **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 cuenten con capacidad de atención de especialidades básicas o más complejas. El *Cuadro 8.6* da un ejemplo del rango de servicios provistos en hospitales, y el *Cuadro 8.7* resume la composición de recursos humanos y su disponibilidad de horas semanales, según tipo de servicio. Ambos pueden también usarse como modelo para presentar los datos agregados de la oferta en los niveles secundario y terciario.

**Cuadro 8.6: 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"> <li>▫ Especialidades básicas</li> <li>▫ Pediatría</li> <li>▫ Cirugía</li> <li>▫ Ginecología y obstetricia</li> <li>▫ Medicina interna</li> <li>▫ Subespecialidades derivadas de la básicas</li> <li>▫ Otras especialidades</li> <li>▫ Medicina general</li> <li>▫ Emergencia</li> </ul>					
Operaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Especialidades básicas</li> <li>▫ Pediatría</li> <li>▫ Cirugía</li> <li>▫ Ginecología y obstetricia</li> <li>▫ Medicina interna</li> <li>▫ Subespecialidades derivadas de las básicas</li> <li>▫ Otras especialidades</li> <li>▫ Medicina general</li> <li>▫ Emergencia</li> </ul>					
Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Laboratorio</li> <li>▫ Radiología y otros de imagenología</li> <li>▫ Radioterapia</li> <li>▫ Bancos de sangre</li> </ul>					
Servicios de apoyo complementario	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Alimentación</li> <li>▫ Esterilización</li> <li>▫ Administración</li> <li>▫ Gestión del recurso</li> <li>▫ Manejo administrativo de pacientes</li> <li>▫ Lavandería, transporte</li> <li>▫ Mantenimiento de equipos</li> </ul>					
Consultas ambulatorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Consultas de adultos, niños, ginecológico, obstétrico y otros</li> <li>▫ Consultas y atención ambulatoria de urgencia</li> </ul>					
Provisión de medicamentos y otros insumos médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Medicamentos esenciales y otros</li> <li>▫ Lentes, prótesis y otros relacionados</li> </ul>					

**Cuadro 8.7: Composición de recursos humanos y disponibilidad de horas semanales**

Recurso humano	Horas semanales				
	Intrahospitales asistencial	Ambulatorio	Unidades de apoyo	Urgencia	Administración y otras
Médico especialista					
Médico					
Enfermera					
Paramédico					
Farmacéutico					
Nutrición					
Odontólogo					
Auxiliar dental					
<b>Total</b>					

- **Análisis de productividad.** Es el ejercicio de contrastar recursos provistos y 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 titularidad, tipo y nivel de atención, etc. (Véase el *Cuadro 8.8*).
  - **Cálculo de indicadores:** razón de producción por unidad de población objetivo; rendimiento de recursos humanos; rendimiento de 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? ¿Que recurso humano se considera crítico? ¿Se mide el rendimiento de los recursos humanos y físicos? ¿Cuál es el resultado de estas 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 8.9: Indicadores de utilización del recurso cama según tipo de hospital*). Dentro de ellos se incluyen los indicadores clásicos de utilización de las camas hospitalarias como son:
      - Camas en funcionamiento totales y por mil habitantes.
      - Estancia media, en días.
      - Porcentaje de ocupación de las camas.
      - Índice de Rotación (nº de pacientes/cama año).
      - Intervenciones por quirófano y día.
    - En *equipamiento* se realiza el mismo procedimiento, relacionando producción de prestaciones con el número de equipos de dotación.

**Cuadro 8.8: 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							

**Cuadro 8.9: 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
Clínico 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:** resulta necesario para establecer posibles causas. Estas 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 en el rendimiento entre el sector público o privado, entre distintas regiones?
  - ¿Pudiera 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?
  - ¿Cuan eficiente es el uso de los recursos hospitalarios diferenciando 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, cuales son sus variaciones según tipo de aseguramiento, región, grupo de edad, sexo, 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 de estudio, sin embargo, es habitual que los Ministerios de Salud y las Direcciones Nacionales de Estadística cuenten con registros de establecimientos asistenciales, de recurso humano, financiero y físico (especialmente equipamiento e insumos como medicamentos). La calidad de los datos es muy variable, es probable que la información sobre establecimientos hospitalarios sea más completa que lo referido 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 de censos de población, de encuestas, o de 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?**

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.

## **8.2.3 Estimación de la demanda**

Se considera que *demand*a 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 aquella que no se tradujo en una respuesta o uso de servicios).

Los métodos más frecuentes de estimación de demanda son:

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

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

El *acceso* se puede entender como la probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere. El acceso integral, para poder concretarse en forma efectiva, requiere que se produzcan una serie de condiciones que son 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 el uso efectivo de los servicios. Entre las condiciones relevantes para el acceso integral a servicios de salud efectivos 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 protección social en salud (incluyendo protección financiera para aseguramiento).
- Posibilidad de usar servicios en el momento y con la oportunidad que se les necesita (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 expresarse 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 desagregan 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 habitante, tasa de exploraciones diagnósticas por habitantes.

Otra variante de indicadores de utilización son los referidos al *acceso aproximado según cobertura* de 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 las necesidades de la población, manifestada por la demanda de servicios y, por otra, los recursos disponibles y sus combinaciones, los 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 esos programas.

El proceso de estimación normativa de la demanda consiste en la proyección de los parámetros elegidos en la población usuaria proyectada para el periodo en estudio, que puede ser el mismo año de estudio (año 0) o para 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 condiciones socio-culturales, el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y la ubicación o perspectiva de las personas con relación al sistema de salud. Hay tres perspectivas principales a considerar (*Cuadro 8.10*):

**Cuadro 8.10: Criterios con 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.

Las perspectivas de todos los grupos deben ser consideradas para evaluar la calidad. Sin embargo, la atención pertinente—decisiones clínicas de acuerdo a la mejor información científica y recursos disponibles— y la seguridad de la atención siempre deben ser consideradas, pues las consecuencias de la pérdida de la 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 factores relacionados con la demanda, se sugiere considerar los indicadores que se detallan en el *Cuadro 8.11: Conjunto de indicadores de acceso y condicionantes de acceso 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 8.11: Conjunto de indicadores de acceso y condicionantes de acceso a servicios de salud**

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

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 de 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**

- ¿Se evalúa 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 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?
- ¿Se cuantifica 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 del primer nivel?
  - ¿A quienes? ¿Cuánto? ¿Se considera que el cobro pudiera ser una barrera al acceso? ¿Para quienes?
- ¿Se cobran las atenciones a nivel secundario y terciario?
  - ¿A quienes? ¿Cuánto? ¿Se considera que el cobro pudiera ser una barrera al acceso hospitalario? ¿Para quienes?

### **■ Acceso geográfico**

- ¿Existen barreras geográficas para el acceso a los servicios de atención primaria? ¿Cuánta es la población 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 hospitales? ¿Cuánta es la población afectada por estas barreras?
- ¿Se considera que el horario de funcionamiento, o el mecanismo de asignar hora de atención pueden ser barreras para el acceso? ¿Cuál es la cobertura de estos 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 así como proyecciones demográficas?
  - ¿Se cuenta con encuestas de percepción de necesidad de atención de salud y uso efectivo de servicios? ¿Cuáles son sus resultados?
  - ¿Existen otros tipos de estudios poblacionales en 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 no tiene cobertura para los programas básicos? ¿Quiénes son, dónde se ubican? ¿Qué nivel de certeza hay en los denominadores de estos indicadores?
  - ¿Existen programas para las prioridades de hospitalización, como la atención profesional del parto?
    - ¿Se evalúan sus coberturas? ¿Qué proporción no tiene cobertura para los programas básicos? ¿Quiénes son, 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 8.4.2)*.

#### **¿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.

#### 8.2.4 Análisis de brechas de la oferta respecto a la 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. Esto a su vez levanta implicancias 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 vacunaciones y de atención profesional del parto. En este caso la brecha corresponde a la oferta que es 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, para 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 percepción de la población*, según 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 de salud y no la obtuvo. Esta fuente sirve más bien para determinar brechas respecto a servicios de salud del nivel primario.
- c. Brechas en la atención ambulatoria y hospitalaria provista a la población, respecto a *niveles normativos de referencia*. Esta última puede ser estimada por la autoridad sanitaria o por juicio de expertos, sobre la base de evidencia o experiencia.
- d. Brechas en los niveles de provisión registrados, respecto 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 la oferta respecto a la demanda de atención, que 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 detalle las brechas según los distintos tipos de atención específica que los servicios de salud otorgan 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: aquellas que se generan en programas que buscan tener cobertura universal; aquellas 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 8.12*.

**Cuadro 8.12: 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
<i>Programa de alimentación complementaria</i>			
<i>Programa de la mujer</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cobertura de control de natalidad en mujeres menores de 20 años.</li> <li>▫ Cobertura de control prenatal.</li> <li>▫ Número de controles promedio por embarazada.</li> <li>▫ Cobertura de Pap en población de 35 a 64 años.</li> </ul>			
<i>Programa del niño</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cobertura control de niño sano.</li> </ul>			
<i>Cobertura vacunación</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cobertura BCG.</li> <li>▫ Cobertura 3ra. dosis polio oral.</li> <li>▫ Cobertura sarampión.</li> <li>▫ Cobertura 3ra. dosis DPT.</li> </ul>			
<i>Programas de crónicos</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cobertura de diabéticos bajo control.</li> <li>▫ Cobertura de asmáticos bajo control.</li> <li>▫ Cobertura de epilépticos bajo control.</li> <li>▫ Cobertura atención adontológica.</li> </ul>			
<i>Programas de control de enfermedades prioritarias</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Disponibilidad de sales de rehidratación oral por caso.</li> <li>▫ Disponibilidad de tratamiento por caso diagnosticado de Malaria.</li> <li>▫ Cobertura de viviendas fumigadas contra enfermedades vectoriales.</li> <li>▫ Número de fumigaciones aéreas por km<sup>2</sup>.</li> </ul>			

- **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 presentación de brechas de oferta con relación a la demanda puede ser presentada como en el caso de Chihuahua, México, expuesto en el *Cuadro 8.13*. Para estimar la demanda se analizó la tasa egresos por 1000 habitantes del año 1993 para 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.

### 8.3 Modelo de Atención de Salud

Se entiende por *modelo de atención de salud* el contenido de la atención de salud y las características principales 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 a la atención primaria.

**Cuadro 8.13: 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).

El modelo de atención de salud de un país está condicionado por sus raíces históricas, valores sociales, al igual que 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 se da con respecto al 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 hospitalo-céntrica, por un modelo de atención de salud más orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El *Cuadro 8.14* resume estos aspectos.

El marco conceptual del modelo de atención de salud propone el análisis del contenido de la atención de salud, por un lado, y de las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios, por el otro. El *contenido* de la atención de 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 8.15* presenta algunas formas tradicionales de agrupar las prestaciones de salud.

Desde la óptica del modelo de atención de 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 paleativos. El análisis del contenido de la atención incluye el detalle del número y el nivel de gasto de las prestaciones específicas de cada grupo analizado, y la proporción de ellas con respecto al total.



**Cuadro 8.14: Evolución del modo de atención en salud**

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

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

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 es concordante 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 al 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).

**Cuadro 8.15: Formas tradicionales de agrupar las prestaciones de salud**

Tipo de agrupación de servicios	Categorías
1. Según receptor, objeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Personales (individuo).</li> <li>▫ Salud pública (población).</li> </ul>
2. Según nivel de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Fomento.</li> <li>▫ Prevención específica.</li> <li>▫ Diagnóstico y tratamiento precoz.</li> <li>▫ Rehabilitación.</li> <li>▫ Paleativos.</li> </ul>
3. Según nivel de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Electivos.</li> <li>▫ Urgencia.</li> </ul>
4. Según lugar de ocurrencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ambulatorios.</li> <li>▫ Intra-hospitalarios.</li> </ul>
5. Según especialidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Médicos.</li> <li>▫ Dentales.</li> <li>▫ Enfermería.</li> <li>▫ Obstetricia.</li> <li>▫ Nutrición, etc.</li> </ul>
6. Según duración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Agudos.</li> <li>▫ Crónicos.</li> </ul>
7. Según tipo de proveedor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Públicos.</li> <li>▫ Privados.</li> </ul>
8. Según nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Primarios.</li> <li>▫ Secundarios.</li> <li>▫ Terciarios.</li> </ul>
9. Según prestador individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Agente comunitario.</li> <li>▫ Partera/curandero tradicional.</li> <li>▫ Auxiliar de enfermería.</li> <li>▫ Enfermera, matrona.</li> <li>▫ Médico, odontólogo, etc.</li> </ul>

Fuente: OPS/OMS (1).

- *Rol de las personas, familia y comunidad con respecto 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 que son *integrales, coordinados y continuos*. La integración combina eventos e información en salud que acontecen en distintos ambientes físicos, niveles de salud, y 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, curativos, rehabilitación, además del 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 los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad (B. Starfield, 1998).
- **Continuos:** Cuidado de salud a lo largo del tiempo ya sea por un individuo o por un equipo de personas (*Continuidad clínica*). Comunicación efectiva y oportuna de información en salud (*Continuidad de registros en salud*) (B. Starfield, 1998). Duración de la atención de salud a través de períodos substanciales de tiempo.

### Guía instructiva para el análisis del modelo de atención

- Describa las principales características del modelo de atención de 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, de prevención de la enfermedad con respecto a los servicios personales, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación y paleativos:** ¿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 con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios:** ¿Los servicios de salud son pertinentes con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios?
  - **Accesibilidad de los servicios:** ¿Los servicios de salud son accesibles 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:** ¿Los servicios de salud son aceptables para los usuarios individuales y la comunidad en general?
- **Disposición de los servicios con respecto a la persona:** ¿Los servicios de salud están centrados en la persona o en el episodio de enfermedad?
- **Orientación de los servicios con respecto a la familia y a la comunidad:** ¿Los servicios de salud están 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 con relación a la mantención y recuperación de la salud, ¿Los servicios de salud utilizan estrategias que promuevan el autocuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad?
- **Nivel de integralidad de los servicios:** ¿Los servicios de salud son integrales?
- **Nivel de coordinación de los servicios:** ¿Los servicios de salud son coordinados?
- **Nivel de continuidad del cuidado de la salud:** ¿El cuidado de la salud es continuo?

#### ¿Dónde obtener la información?

Los ministerios de salud y las principales instituciones prestadoras de servicios del país tienen información disponible para este análisis. Mucha estará publicada en los

documentos oficiales, políticas nacionales de salud y otros documentos afines. También puede encontrarse 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 los efectos de ordenar la información sobre el modelo de atención y facilitar el análisis, el elaborar uno o varios cuadros como el que se presenta a continuación (*Cuadro 8.16*) puede ser útil pues permite ordenar los hallazgos en una escala cualitativa con un rango de opciones para la evaluación de cada una de estas variables relevantes.

**Cuadro 8.16: 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	Desconectados									Pertinentes
	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

A continuación se prepararán los resultados del análisis en forma de un 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 en reformar sus modelos de atención de salud, los cuales incluyen también aspectos de reorganización de los servicios.

### **Cuadro 8.17: Brasil: Programa de Salud de 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 8.18: 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 una 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.

## **8.4 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 8.19: Niveles de organización de los servicios de salud*).

**Cuadro 8.19: Niveles de organización de los servicios de salud**

Nivel de organización	Algunos ejemplos
1. Posiciones individuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gerentes.</li> <li>▫ Administrativos.</li> <li>▫ Profesionales de la salud.</li> <li>▫ Otros trabajadores de la salud.</li> </ul>
2. Grupos de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Fuerzas de tarea y comités.</li> <li>▫ Equipos.</li> <li>▫ Unidades y departamentos.</li> </ul>
3. Agrupaciones de grupos de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Divisiones de dos o más unidades.</li> <li>▫ Organizaciones profesionales.</li> </ul>
4. Organizaciones individuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ambulatorios.</li> <li>▫ Intra-hospitalarios.</li> </ul>
5. Red de organizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Organizaciones que prestan servicios geriátricos.</li> <li>▫ Organizaciones que prestan servicios oncológicos.</li> <li>▫ Grupo de hospitales afiliados.</li> </ul>
6. Sistemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Consorcio de hospitales de una misma propiedad.</li> <li>▫ Sistema de servicios de salud local, regional o nacional.</li> </ul>

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

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

- *Cuidado de la salud de base 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 las 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 una variedad amplia de políticas públicas y programas que afectan y envuelven 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 aquellas 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 a 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 a un establecimiento (oficina privada del médico, centro ambulatorio del hospital o centro de cuidados ambulatorios) y que no se quedan de una noche para otra. (OECD, 2000).

- *Servicios de salud otorgados en ambientes considerados tradicionalmente como no-clínicos:* Servicios de salud entregados en ambientes tales como escuelas, lugar 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 son además responsables por 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 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 y que buscan estimular ciertas prácticas e incentivos utilizados en el sector privado (16).
- *Separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud:* Reformas que buscan separar la función de financiamiento/aseguramiento de la salud con respecto a la función de provisión de servicios. La separación involucra una nueva forma de relacionamiento basado 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 para 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:* El 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.

### **Guía instructiva para el análisis del modelo de organización de los servicios de salud**

- Describa las principales características del modelo de organización de 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 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:** ¿Los servicios de salud están organizados con base poblacional, ya sea con base a parámetros geográficos o 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 con base en la atención primaria:** ¿Los servicios de salud están efectivamente organizados con 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 de los servicios de salud provistos de forma ambulatoria con respecto a los intra-hospitalarios?
- **Preponderancia de los servicios de salud ofertados en ambientes considerados tradicionalmente como no-clínicos:** ¿Existe un adecuado balance de los servicios de salud provistos en los ambientes tradicionalmente clínicos con respecto a los no-clínicos.
- **Nivel de integración de los componentes del sistema de servicios de salud:** ¿El sistema de servicios de salud se encuentra adecuadamente integrado? ¿Existe alguna entidad preocupada de gestionar la integración de los servicios de salud? ¿Qué funciones cumple? ¿Con qué resultados?
- **Nivel de descentralización de los servicios de salud:** ¿Los servicios de salud están descentralizados o son manejados centralizadamente? Si hay desconcentración o descentralización parcial, detalle.
- **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 hay, comente sobre el proceso de separación de éstas, incluyendo resultados obtenidos.
- **Nivel de participación social:** ¿Existe adecuada participación social en la gestión de los servicios de salud? Comente.
- **Nivel de práctica de gestión centrada en la calidad y en la evaluación del desempeño y los resultados:** ¿La gestión está centrada en el mejoramiento de la calidad de los servicios? ¿La gestión y evaluación del desempeño de los servicios están centrados en el desempeño y los resultados de los servicios? Describa procesos en esta materia.

#### **¿Dónde obtener la información?**

En los Ministerios de Salud, Direcciones Nacionales de Estadística y 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 lo referido 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 de censos de población, de encuestas, o de 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 los efectos de ordenar la información sobre el modelo organización y gestión y facilitar el análisis, el elaborar un cuadro como el que se presenta a continuación (*Cuadro 8.20*) puede ser útil pues permite ordenar los hallazgos en una escala cualitativa con un rango de opciones para la evaluación de cada una de las variables relevantes.

**Cuadro 8.20: 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.

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

#### **Cuadro 8.21: 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 8.22: 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 resolutive 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 8.23: 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 8.24: 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.

## **8.5 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 ellas 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 decisores 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

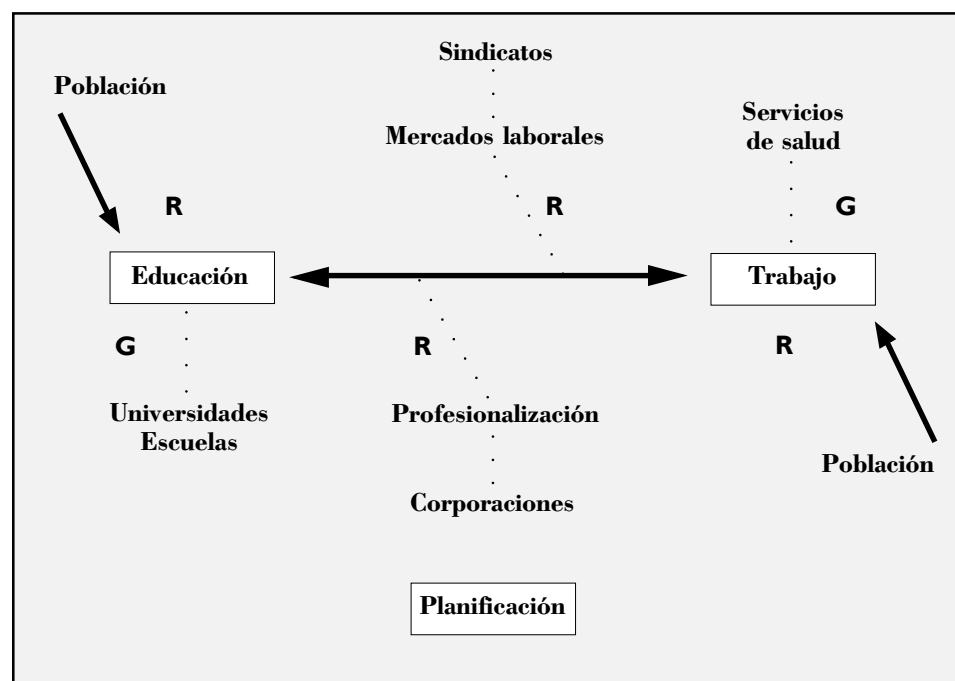
que en él se producen, están condicionadas por las características de esos actores y de los recursos humanos del sistema. La cantidad y distribución, el tipo y calidad de la formación y capacitación en servicio, las prácticas profesionales, el desempeño en la provisión de servicios así como las condiciones laborales y el grado de adhesión/conflictividad con relación a las instituciones en las que trabajan, son algunos de los ámbitos que se tocan al abordar esta temática.

Este campo complejo se constituye a partir de las necesidades de la población cuya satisfacción requiere la provisión de servicios de salud y también la formación en estas 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 de regulación, tal como puede verse en el esquema adjunto:

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

- formación de recursos humanos.
- gestión de recursos humanos y condiciones de empleo.
- regulación del ejercicio profesional.
- governabilidad y conflictividad sectorial.

**Figura 8.3: Visión del campo de desarrollo de los recursos humanos en salud**



Nota: G = Gestión; R = Regulación.

### 8.5.1 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 y el 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 saberes 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 que se da esta interacción, por la 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 los servicios*. Generalmente estas actividades son de importante volumen, pero frecuentemente desorganizadas y a impulsos de actores específicos. Es necesario relevar el papel que cumplen en el desarrollo del recurso humano, ya que frecuentemente son cruciales en la reorientación de las actividades y los cambios de actitud de los trabajadores.

### 8.5.2 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 no 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 el sistema de salud. El siguiente cuadro resume algunas de las características de ambas agendas.

**Cuadro 8.25: Doble agenda de la gestión de los RRHH en las reformas sectoriales**

Vieja agenda	Nueva agenda
<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo.</li> <li>▫ Importancia significativa del sector salud como generador de empleo.</li> <li>▫ Carreras funcionarias y estabilidad laboral en un marco regulatorio protector.</li> <li>▫ Insuficiente gestión y evaluación del desempeño.</li> <li>▫ Escasa gestión de los sistemas de compensación e incentivos.</li> <li>▫ Fragmentación de procesos laborales.</li> <li>▫ Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto.</li> <li>▫ Problemas de motivación, ausentismo, poca participación.</li> <li>▫ Retraso y rigidez normativa.</li> <li>▫ Debilidad técnica de la función de Gestión de RRHH.</li> <li>▫ Escasa visibilidad y prioridad política.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gestión pública de RRHH: no más exclusivamente administración de personal propio.</li> <li>▫ Gestión de personal en un sector cuyo empleo no crece o disminuye.</li> <li>▫ Gestión descentralizada.</li> <li>▫ Gestión de la calidad y la productividad.</li> <li>▫ Tendencia creciente, y preocupante, a gestión de empleo flexible.</li> <li>▫ Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para similares categorías ocupacionales.</li> <li>▫ Tendencia a la precarización en un marco de empleo público restringido.</li> <li>▫ Competencia por recursos financieros y por personal.</li> <li>▫ Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal.</li> </ul>

Es evidente que los objetivos de muchas reformas en cuanto a maximizar productos y resultados aparecen ligados estrechamente 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 condiciones laborales, así como a transformaciones de los *regímenes salariales y de incentivos* y 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 del mercado laboral como mecanismo de asignación y de 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.

### 8.5.3 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 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) y, también, por 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 5* correspondiente a la Rectoría se han analizado estos aspectos con carácter general, corresponde aquí relevar 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.

### 8.5.4 Gobernabilidad y conflictividad del 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, ya sean de naturaleza sindical o de 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 en general con una *aversión al riesgo* que generan las nuevas condiciones de contratación e incentivos.

Estas respuestas se traducen en general en cierto grado de conflictividad que enlentece, 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 papel de los recursos humanos en la provisión de 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 mayor dedicación en las especialidades clínico-quirúrgicas? ¿Existen prácticas en áreas de la salud pública, la 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 se reformulan los curriculum de formación profesional en pregrado, postgrado de las carreras de la salud?
- ¿Se observa una incorporación de *nuevas tecnologías* en la enseñanza y renovación de Equipos, uso de Internet, email, otros en los centros de formación profesional en el país?
- ¿Cómo se estructuran las *pasantías* de los estudiantes de pregrado (internado rotativo) por carreras?

#### ▫ Grado de participación de las instituciones de salud

- Si existe servicio social (Rural u otros) ¿Qué profesiones la cumplen? ¿En que áreas del país, urbana, rural? ¿Qué rol cumple este servicio?
- ¿Se relacionan 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 en 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 flujos de recursos humanos.

#### ▫ Flexibilización de relaciones individuales de trabajo

- ¿Existen indicadores de trabajo flexible vs. estable en el sector? Por ejemplo: no. de contratos a término, contratos por producto, discrepancias entre número de profesionales registrados y número de plazas ocupadas.

#### ▫ Enfoque hacia aumento de productividad

- ¿Existen experiencias de medir la productividad del trabajo y la calidad de los servicios?



- ¿Cuáles son los parámetros posibles para evaluar experiencias de mejora de productividad del personal?
- **Regímenes salariales, de incentivos y sistemas de evaluación de desempeño**
  - ¿Cómo se le compensa por su trabajo? De que manera se determina el valor del trabajo y su relación con 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 de ingresos y 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 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 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 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 en relación a Recursos Humanos se encuentra en general en poder de los organismos que la producen (oficinas de personal, de pagos, admisión y titulación en las universidades) y tiene en general usos administrativos, aunque su recolección y sistematización puede tener 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 8.26* presenta un conjunto de datos básicos con los principales indicadores que pueden utilizarse para el análisis, así como las posibles fuentes de información.

### **¿Cómo presentar la información?**

La información cuantitativa se deberá presentar resumida en forma de graficas 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 innovativas exitosas, si las hubiere.

Si el país se encuentra en ese momento inmerso en un proceso de reforma que afecta sustancialmente uno o varios de los aspectos incluido 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, bien en el texto o como un anexo.

## **8.6 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 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 del modo que en cada caso determinan el marco normativo y los modelos organizativos de las instituciones y organizaciones que lo forman (Véase el *Capítulo 3*).

**Cuadro 8.26: 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"> <li>▫ Número de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, auxiliares; según población.</li> <li>▫ Relación especialistas vs. generalistas (médicos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Encuestas de hogares.</li> <li>▫ Encuestas de establecimientos.</li> <li>▫ Censos.</li> <li>▫ Registros de los servicios de salud.</li> <li>▫ Colegios profesionales o equivalentes.</li> </ul>
Contrato de trabajo, modalidades de contratación (por tiempo definido, tendencias a la precariedad).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Modalidades de contratación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Encuestas de hogares.</li> <li>▫ Encuestas de empleo.</li> <li>▫ Encuestas de establecimientos.</li> <li>▫ Registros administrativos de servicios de salud.</li> </ul>
Formación de los recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Matrícula por carrera y por año.</li> <li>▫ Egresos por carrera y por año.</li> <li>▫ Número de escuelas por carrera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ministerio de Educación.</li> <li>▫ Sistemas universitarios o equivalentes.</li> <li>▫ Asociaciones académicas (de escuelas).</li> </ul>
Productividad del personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Indicadores a ser definidos, por internación, ambulatorios, atención primaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sistemas de información de los servicios de salud.</li> <li>▫ Estudios de casos.</li> </ul>
Remuneraciones y salarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ En dólares o cualquier manera de asegurar comparabilidad, para médicos, enfermeras, técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Encuestas de hogares.</li> <li>▫ Encuestas de establecimientos.</li> <li>▫ Registros administrativos de los servicios de salud.</li> </ul>
Ubicación laboral institucional (lugar donde trabajan).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Instituciones según niveles de atención y subsector de pertenencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Encuestas de establecimientos.</li> </ul>

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

## 8.6.1 La red de establecimientos de salud

### 8.6.1.1 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 8.2. «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 citación 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.

#### **8.6.1.2 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 disparidades de uso de servicios análogos operando 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 8.2. «Análisis de la oferta»*.

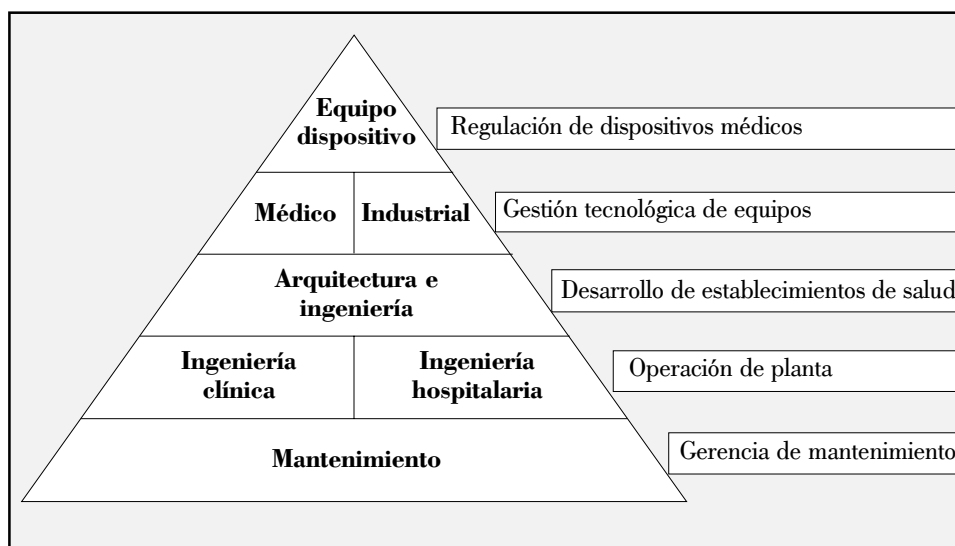
### **8.6.2 Edificaciones y equipamiento**

El análisis de la cantidad, estado, nivel de complejidad tecnológica incorporado y distribución de los edificios y los 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 satisfactoriamente sus funciones.

Sin embargo, recientemente se señaló que la infraestructura del sector está sumamente deteriorada y obsoleta en la mayoría de los países públicos (los cuales representan un 44,5% del total) en 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 o en deficientes condiciones de funcionamiento o no se usa.
- Fondos destinados a conservación y mantenimiento que rara vez sobrepasan 4% del presupuesto de operación y, en la mayoría, ni llegan a 1%.
- En determinada subregión, 75% del personal de mantenimiento es empírico y el personal profesional solo representa 6% del total.

**Figura 8.4: Infraestructura física y tecnológica de los servicios de salud**



- No existen programas de reposición de equipos basada en el ciclo de vida útil de los equipos 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

#### **8.6.2.1 Políticas sobre instalaciones y equipos**

Para valorar la existencia de servicios propios de mantenimiento (in-house) y de 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:

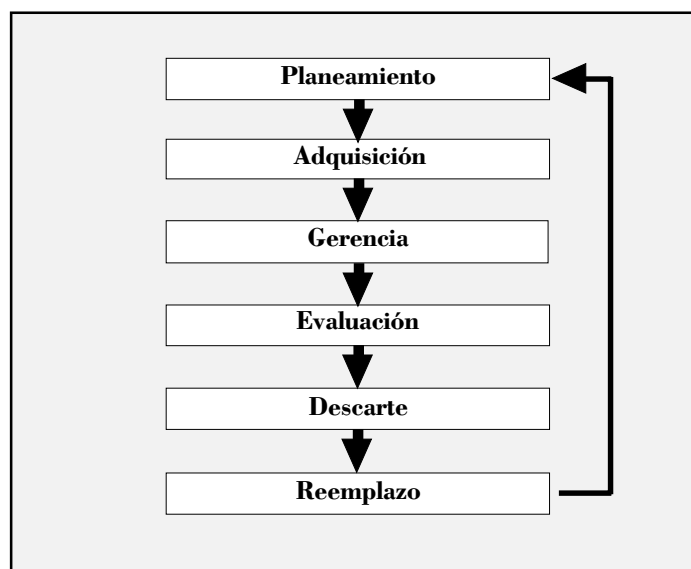
- Programa de gerencia de mantenimiento.
- Sistema de inventario y control de equipos.
- Programa de seguridad y notificación de incidentes con equipos.
- Normas y procedimientos de mantenimiento actualizadas.
- Disponibilidad de personal técnico calificado.
- Supervisión de los contratos con las compañías 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.
- Financiación suficiente para inversión de reposición de edificaciones y equipo.
- Financiación suficiente para la inversión nueva considerada indispensable.

### 8.6.2.2 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 habrán de incluir estudio del costo de operación durante el ciclo de vida útil y el uso de información sobre problemas, alertas y notificación de incidentes previo a la adquisición de los equipos, así como de las necesidades de mantenimiento y costo de productos fungibles y reactivos que se requieran.

También se valorará si existen disparidades de equipamiento médico para el mismo tipo de establecimiento, no justificables en razón de la demanda potencial (por ejemplo, si para un centro de salud urbano del mismo nivel de complejidad, en una zona se cuenta con radiología básica o toma de muestras y en otras zonas, no; o si, para un hospital regional en una zona, se cuenta con bloque quirúrgico de doble circulación y esterilización centralizada y en otra, no). Esto puede ser relevante para evaluar instituciones análogas dependientes de distintos proveedores actuando en una misma zona (por ejemplo, entre el hospital regional (provincial o departamental) dependiente del Ministerio de Salud, el hospital del Seguro Social y el de una aseguradora privada).

**Figura 8.5: Gestión tecnológica de equipos**



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 del suministro eléctrico, dotación de los quirófanos, supervisión y mantenimiento de las fuentes radioactivas hospitalarias o la inadecuación de los vehículos de transporte sanitario).

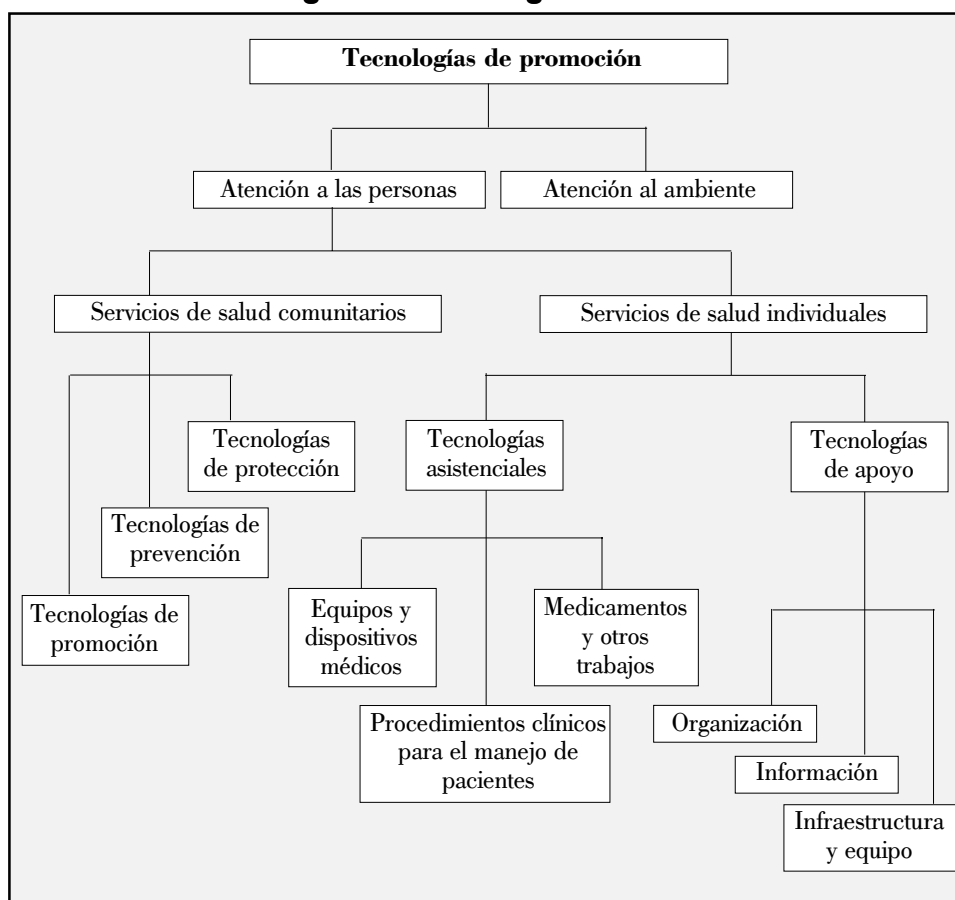
### 8.6.3 Evaluación de las tecnologías en salud

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, adicionalmente, 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 se presta». Es decir, toda la práctica clínica y el modo en que se organiza. Por su especificidad, los medicamentos suelen tratarse 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 que surgió de la suma de tecnologías inicialmente independientes; el éxito de un programa de detección precoz de un determinado tipo de cáncer depende no solo 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.

**Figura 8.6: Tecnologías en salud**



En consecuencia, reducir el concepto de tecnología en salud al de equipamiento 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 interés creciente 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 tecnologías, incluyendo el corto y mediano plazo, así como los efectos directos e indirectos, deseados e indeseados (17).

Uno de los principales problemas sanitarios de algunos países de la Región es la escasez de equipamiento médico y suministros debido a las dificultades que encuentran para financiar su compra. Otro de los elementos es la carencia de capacidad reguladora que permita garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los equipos y dispositivos médicos que se usan en los servicios de salud y por la población en general. A continuación, se plantean problemas de distribución geográfica y funcional adecuada y de 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 consentir sobre las tecnologías que les van a ser aplicadas (18).

Por sus repercusiones sobre la ética, sobre la calidad de la asistencia, sobre los modelos organizativos y sobre 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, se han creado o están en vías de crearse organismos públicos o privados dedicados a su evaluación.

Las tecnologías en salud han de 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 los pacientes, el personal sanitario y la sociedad). Adicionalmente, se han de comparar con tecnologías alternativas y se ha de valorar su costo y su impacto económico y social. En las fases experimentales de una nueva tecnología, suele evaluarse preferentemente seguridad y eficacia; en la fase de desarrollo, se determina efectividad, utilidad e impacto previsible; en la fase de aplicación, se determinan la efectividad y el impacto realmente ocurridos y la aceptabilidad.

Todo lo anterior es de aplicación 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 elevado costo (por ejemplo, la tomografía axial computarizada o las salas de hemodinamia) o de elevado riesgo (por ejemplo, cirugía extracorpórea con personal poco entrenado) requiere condiciones especiales para su planificación, gestión, empleo y mantenimiento. La alta tecnología suele ir ligada 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 8.27*. Por todo lo anterior, en algunos países existen criterios indicativos para la ordenación y el uso racional de la alta tecnología.

**Cuadro 8.27: Alta tecnología: algunos ejemplos**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Cirugía cardíaca</li> <li>▫ Neurocirugía.</li> <li>▫ Cirugía maxilofacial.</li> <li>▫ Cirugía pediátrica.</li> <li>▫ Cirugía plástica y reparadora.</li> <li>▫ Cirugía laparoscópica.</li> <li>▫ Cuidados intensivos neonatales.</li> <li>▫ Unidades de quemados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Unidades de trasplante.</li> <li>▫ Hemodiálisis.</li> <li>▫ Litotricia.</li> <li>▫ Tomografía axial computarizada (TAC).</li> <li>▫ Resonancia magnética nuclear.</li> <li>▫ Radioterapia.</li> <li>▫ Medicina nuclear.</li> <li>▫ Hemodinamia.</li> </ul>
---	---



Gran parte de los conceptos anteriores sobre evaluación de las tecnologías en salud también son de aplicación a las tecnologías de información y comunicación en salud, las cuales, en función de su especificidad tratan separadamente en el epígrafe siguiente.

#### **8.6.4 Tecnologías de información y comunicación en salud**

El mayor desafío en el análisis y la evaluación de factibilidad e 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 de diagnóstico (incluyendo imágenes médicas) y terapéutica, 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. Comprende tele conferencias entre proveedores, y transmisión de imágenes de alta resolución y de señales biológicas para diagnósticos a distancia y, también, para tratamientos (por ejemplo, intervenciones de tele cirugía robótica).
- Educación a distancia, o tele educación y tele capacitación 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 perspectiva: ¿la evaluación va a considerar solamente el pasado (evaluación retrospectiva) o va 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 en su mayor parte tienen que ver 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, 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, la implementación y el 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 solo 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 se han comparado con la práctica habitual, y (d) si las TIC se han adaptado a las condiciones concretas del sitio donde se aplican en vez de implantarse simplemente las opciones tecnológicas más recientes.

### **8.6.5 Medicamentos y productos sanitarios**

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

Al existir diversos conjuntos de indicadores para analizar y evaluar este sector (23, 24) el propósito de esta sección es facilitar alguna información básica de la que se pueda extraer ciertas categorías útiles para el análisis (incluido, en su caso, un análisis en profundidad) y evaluar 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 de la salud emprendidas en América Latina y el Caribe, no han incluido el desarrollo de una política expresa de medicamentos, aunque hay excepciones (por ejemplo, Nicaragua, Panamá, Honduras, Brasil y Chile). En diciembre de 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 dieron cuenta del 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% de total de las compras, mientras que las compras del sector privado superan el 88% (25).

#### **8.6.5.1 Producción**

En América Latina y el Caribe, el sector farmacéutico constituye un mercado en expansión, que se concentra 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 (salvo 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 (salvo en Cuba). La implementación de políticas de sustitución de importaciones por producción propia de medicamentos 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 buena práctica de fabricación; sin embargo el número de inspectores farmacéuticos en los últimos años sigue siendo limitado y la vigilancia en su implementación continúa siendo débil. El sistema de certificación de la 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 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 por reactivar la Red Latinoamericana de Laboratorios Oficiales de Calidad.

Respecto 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 alguna otra no incluida 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 que lo hacen tienen un peso muy pequeño en el mercado (26, 27).

#### **8.6.5.2 Regulación farmacéutica y registro**

Durante la década de los 90 y aún actualmente, la gran mayoría de los países están revisando la legislación sobre el tema: la mayoría de los cambios se refieren 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 8.28*). 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 con el registro de medicamentos genéricos. En algunos países se reconocen automáticamente los medicamentos registrados en otros, bien porque están elaborados de acuerdo con farmacopeas reconocidas, bien por estar comercializados en algún otro país además del de origen. Los costos del registro pueden variar mucho entre 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, lo han incluido como requisitos para el registro de esos productos.

#### **8.6.5.3 Regulación económica y precios**

Pocos países mantienen el control de precios sobre los medicamentos y la tendencia es que el 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 países, algo muy notable dada su fuerte dependencia respecto a los mismos proveedores. El intercambio de información de precios de medicamentos, tanto en el nivel del consumidor como en el nivel de 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 hacia el aumento de los medicamentos

### **Cuadro 8.28: 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 prácticas 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 Prácticas 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.

que pueden expendirse sin receta así como a su comercialización en establecimientos que no cuentan con farmacéutico (por ejemplo, los supermercados).

Las tendencias a la venta de medicamentos sin receta y a la 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 uso racional del medicamento.

De acuerdo con la información más reciente disponible, el precio medio de los medicamentos en un país puede ser hasta 66,3% superior al precio medio en el país vecino (28).

#### **8.6.5.4 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 frente a la imposición sobre 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 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 uno 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; 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 que este medio se hace más accesible. La investigación de las pautas de prescripción y el 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.

#### **8.6.5.5 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 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 a 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.

El definir los medicamentos que va a garantizar 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 listados básicos. Es necesario que los medicamentos incluidos en la lista se revisen periódicamente, de acuerdo a su costo y a su utilidad. Algunos países están instaurando modalidades de copago para ciertos medicamentos del cuadro básico principalmente en el nivel hospitalario.

Se han producido numerosas publicaciones sobre revisión de los principios y estrategias referidas 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, es ya 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 8.29: 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 han 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 vigilancia de la terapia medicamentosa. Este enfoque, con la excepción de las escuelas de farmacia de los Estados Unidos, se agrega a los enfoques de manufactura farmacéutica y de bioquímica que tiene muchas escuelas de farmacia en América Latina. Continúan siendo pocas las oportunidades aún 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 se plantea 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.* ¿Hay establecido un 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 fue el peso relativo del financiamiento nacional y externo de instalaciones y equipos?
  - *Programación funcional.* ¿Hay 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? ¿Incluye 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 8.30* puede ayudar a realizar este análisis.

**Cuadro 8.30: Distribución de instituciones proveedoras de atención de salud**

Instituciones/Subsector	Centros	Hospitales	Camas	Camas/hospital	Personal/cama
<i>Subsector público</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gobierno central.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud.</li> <li>- FF.AA.</li> <li>- Otros.</li> </ul> </li> <li>▫ Seguro Social.</li> <li>▫ Gobierno regional.</li> <li>▫ Gobierno local.</li> </ul>					
<i>Subsector privado</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sin ánimo de lucro.</li> <li>▫ Con ánimo de lucro.</li> </ul>					

- **Disparidades no justificables.** Documente la existencia de disparidades no justificables en:
  - El número de instalaciones y de camas del nivel secundario.
  - El número de instalaciones y de camas del nivel terciario.
  - El número de establecimientos y el equipamiento del nivel primario entre las poblaciones atendidas por los distintos proveedores principales

- El número de camas hospitalarias y el equipamiento entre hospitales de similar nivel de complejidad entre los distintos proveedores
- **Accesibilidad geográfica.** Evalúe si existen poblaciones con problemas graves no resueltos de accesibilidad a servicios esenciales.
  - ¿Existen disparidades no justificables en función de la demanda potencial en cuanto al número de instalaciones de nivel primario entre zonas geográficas dentro del país (o región, provincia o estado)? ¿Y entre medio urbano y rural? Si fuera el caso, documéntelo.
  - ¿Existen disparidades no justificables en cuanto al equipamiento del nivel primario entre medio urbano y rural? Si fuese el caso, utilice las categorías sugeridas en el texto.
  - ¿Existen disparidades no justificables en cuanto al equipamiento 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 decisión sobre la calidad y seguridad de los equipos.
  - ¿Se realizan estudios de 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 equipamiento

- Evalúe la **capacidad** 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, ¿hubo financiamiento suficiente para las remodelaciones y ampliaciones de edificios y la reposición equipos? Cite porcentajes aproximados sobre total del presupuesto de gastos
  - ¿Dispone la institución (la red de servicios) de un inventario de equipamiento biomédico? ¿Y de los equipos de radiología? ¿Existe inventario de algunos equipos como fuentes radioactivas o 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 equipos especializados para la calibración de equipo 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 las tecnologías sanitarias? Si fuera así, resuma sus principales elementos.
- **Nivel tecnológico.** Evalúe si el nivel tecnológico del país (o la región, la provincia o el estado) está acorde con sus necesidades sanitarias. ¿Hay exceso o defecto 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 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 fuera así, ¿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 de determinadas tecnologías, 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.** ¿Hay estudios sobre la variabilidad no justificada de determinados procedimientos o tecnologías comunes? Si fuera así, cítense.
- **Investigación.** ¿Se incentiva la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías o nuevas aplicaciones de las ya existentes? ¿Están regulados los ensayos clínicos? Si fuera así, ¿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 el reuso 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 fiable 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 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 respecto a la forma en que 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 aumento de cobertura, reducción de tiempo de hospitalización de pacientes, mayor movimiento de pacientes y reducción de tiempos y personal? ¿Hubo facilitación de 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 de 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 puede afectar o informar a futuras políticas?

## ■ **Medicamentos y productos sanitarios**

- **Producción.** Describa la producción de medicamentos y productos sanitarios en el país. ¿Cuenta con industria nacional de productos de marca? ¿Y de genéricos?
  - ¿Existen normas de buena práctica de fabricación? Si las hay, evalúe el proceso de vigilancia de los inspectores farmacéuticos y su efectividad.

- Regulación farmacéutica y registro.
  - ¿Cuál es la fecha de publicación y cuál es la de vigencia de los acuerdos sobre patentes?
  - ¿Por cuánto tiempo se protege la patente de producto y por cuánto el de proceso en el país?
  - ¿Desde qué año se protegen las patentes de producto y el proceso en el país? En caso de que aún no exista protección de patentes, ¿está prevista una fecha para que se protejan, cuál es la fecha? La norma legal ¿prevé 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 se registra: medicamentos o presentaciones?
  - ¿Cuál es el número de presentaciones registradas? ¿Y el de presentaciones disponibles?
- Regulación económica y precios.
  - ¿Existe control directo del precio de los medicamentos? Es decir, ¿el precio es un precio administrado, 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 fuera así, descríbase.
- 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 fuera así, ¿en qué consisten?, ¿con qué resultados?
  - *Mercadeo y publicidad.* ¿Existe regulación sobre la publicidad de los medicamentos? Si fuera así, 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, descríbanse

- **Medicamentos y sector público.** ¿Existe un cuadro básico de medicamentos en el sector público? Si fuera así, ¿cómo se elabora, 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?
  - Los medicamentos del cuadro básico, ¿están siempre accesibles? Si hubiera problemas de accesibilidad estacionales o geográficos en alguna(s) institución(es), descríbase 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, descríbase brevemente.
  - *Equidad.* ¿Existen diferencias notables en el gasto per cápita en medicamentos por áreas geográficas y entre las distintas modalidades de aseguramiento sanitario? Si fuese así, ¿por qué?
- **Formación.** Describa las tendencias educativas en los últimos años de las facultades de farmacia en el país, con particular énfasis en la introducción de cambios curriculares en los campos de farmacia hospitalaria, farmacoterapéutica, aspectos sociales del medicamento y el papel del farmacéutico en la atención de 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 los cuales se presenta un surtido a continuación:

- Gerencias y responsables de los servicios de atención clínica.
- Oficina de planificación de infraestructura física o la gerencia y de los 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 datos de gasto de bolsillo en medicamentos.
- Registro de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Asociaciones de fabricantes y las corporaciones farmacéuticas pueden facilitar algunas estimaciones sobre el peso relativo de 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, proveedores principales 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 en porcentaje del total del gasto, dedicadas a inversión total (la inversión nueva sumada a la de reposición) en todas o algunas de las instituciones del sector público, diferenciando origen nacional y externo de los fondos. Adicionalmente, analizar el destino de dicha inversión por niveles asistenciales.

En el segundo epígrafe, los aspectos cualitativos o aquellos cuantitativos que se refieren a aspectos específicos, puede ser útil presentarlos en forma de ejemplos; especialmente, 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 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. Análogamente, se citarán ejemplo 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 distribución y usos 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. Los aspectos cualitativos o aquellos cuantitativos que se refieren a aspectos específicos, puede ser útil presentarlos en forma de ejemplos o casos. 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 (o provincia, región o estado) de que se trate 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 (capítulo 8)

- (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 del LAC Health Sector Reform Initiative: <http://www.americas.health-sector-reform.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, R.J; 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. 14<sup>th</sup> Meeting of the Technical Advisory Group on Vaccine Preventable Diseases, Pan American Health Organization, Foz do Iguazu, Parana, 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 1.995, 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 SEGUNDA SECCIÓN:

### 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 de la salud sectorial en cada país. Sin embargo, del análisis del modo en que se desempeña la rectoría en los países de la Región del sector 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 (o 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 que la autoridad nacional desarrolla su propia reingeniería, una coincidencia que puede introducir complejidades en el proceso. Por 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 las 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 del financiamiento y gasto

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes dentro del sistema de salud y entre los distintos subsistemas que lo forman determina 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) Sistemas de regulación débiles.

Desde la perspectiva de los temas claves en los procesos de cambio como son 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 el mismo o parecido nivel de gasto ¿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 la 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 en el mediano plazo?

En la mayor parte de los países las respuestas a estas preguntas se complementan con los temas tratados en el epígrafe siguiente

## Implicaciones del análisis del aseguramiento

La función de aseguramiento tiene un rol crucial como parte del desempeño de los sistemas de salud al establecer mecanismos para que la población asegurada comparta el riesgo financiero asociado a la enfermedad que en ocasiones puede resultar catastrófico.

En aquellos sistemas en los que la garantía de aseguramiento sea insuficiente existirá un mayor nivel de exclusión en salud, ya que, en ausencia de mecanismos de distribución del riesgo financiero de enfermar y de curar o paliar la enfermedad, la posibilidad de acceder a estas intervenciones queda reducida a la capacidad de pago del individuo y/o de su familia. Esta situación se traducirá en altos niveles de pago de bolsillo y, por tanto, en una barrera económica de acceso a la prestación.

Si las entidades aseguradoras se comportasen exclusivamente en función de criterios de beneficio, incluirían una prestación dentro del seguro, solo si los consumidores estuvieran dispuestos a pagar una cantidad —la prima— que permitiese cubrir, como mínimo el coste esperado de la prestación más los gastos de administración. Por un lado, este comportamiento genera una selección de los riesgos a cubrir por parte de la aseguradora (es decir, se discrimina a aquellos grupos de individuos de mayor riesgo de acuerdo a criterios epidemiológicos, edad, sexo o hábitos de consumo) y por otro lado, desincentiva el aseguramiento de aquellos individuos de menor riesgo debido a la cuantía de la prima. Cuanto menor sea el tamaño del colectivo a cubrir, mayor será la selección adversa de riesgos.

En este sentido, la definición de un conjunto garantizado de prestaciones constituye un mecanismo de distribución de riesgos entre la población a la vez que contribuye a mejorar la equidad del sistema. El conjunto garantizado evita poner en riesgo el patrimonio individual o familiar y garantiza que las prestaciones o servicios de salud necesarios estén económicamente al alcance del individuo que enferma y/o de su familia.

## Implicaciones del análisis del modelo de provisión para el desarrollo de planes, programas y políticas sectoriales

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 las 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 de salud debiera condicionar al 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 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 la el conocimiento de aquellos problemas de salud y necesidades de atención relevantes que podrían ser resueltas 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 aporte de recurso para incrementar la oferta, así como su eficiente distribución y mejorar 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 estrategia de aumento de cobertura de servicios, especialmente a través de asegurar beneficios básicos, incrementar la cobertura del aseguramiento de salud, que permita incluir un acceso más efectivo de los mas pobres y necesitados de atención.
- Incrementar los esfuerzos de mayor capacidad resolutive y cobertura geográfica de la atención primaria, con énfasis en la promoción y resolución de las principales necesidades de atención de salud de la comunidad.
- Organización de los programas nacionales de salud de las personas a 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 efectiva 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 de uso, con énfasis en la multiculturalidad.

Uno de los temas más importantes al reformar el modelo de prestación de los servicios de salud, es analizar las competencias de los *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 a 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. Han de 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. Han de regular asimismo 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 han de promover la innovación y el 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 ella 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 hacerse 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 deban 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 de 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 dan buenos resultados si se combinan. No parece que la introducción de co-pagos frene el gasto, si bien 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 cuidado. Un paso importante es la documentación y análisis de la variabilidad inexplicada de la práctica clínica que, normalmente, induce a la elaboración, disseminación y actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC) adaptadas al contexto y a las necesidades como un medio para reducirla. Adicionalmente, en los países desarrollados se aprecia una tendencia a evolucionar desde una planificación basada en los recursos a 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.

## CAPÍTULO 9.

### RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SECTOR DE LA SALUD: IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN SECTORIAL

En este capítulo se proporcionan algunas guías metodológicas para construir un puente entre los hallazgos de las dos primeras secciones del análisis sectorial y la tercera. Esta sección incluye, en primer término, la formulación de las implicaciones para la acción sectorial (*Capítulo 9*) como paso previo para la elaboración del marco ordenador para la formulación de políticas y, en su caso, de las bases para una agenda de cambio (*Capítulo 10*).

Al llegar a este capítulo ya se han analizado sistemáticamente tanto la situación de salud y sus determinantes (*Sección I*) como las funciones del sistema de salud (*Sección II*). Al final de ambas secciones se habrán presentado las implicaciones derivadas del análisis de los temas contenidos en ellas. En particular, el resumen de la *Sección II* presenta las implicaciones del análisis para la acción sectorial y la formulación de políticas. Por tanto, existe ya un resumen de los principales hallazgos, en términos de brechas en materia de situación de salud, de las desigualdades en el acceso a los servicios, y de las disfuncionalidades que puedan existir en la rectoría, el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios, entre otros puntos. Asimismo, se han resaltado las fortalezas del sistema, los programas exitosos y las situaciones que vienen evolucionando favorablemente y que conviene proponer como ejemplo de buena práctica, y seguir reforzando para garantizar la continuidad de su progreso.

En este capítulo se desarrollan elementos que permiten analizar: (i) las implicaciones de los valores para las políticas sociales y los procesos de decisión; (ii) la factibilidad política y social de las propuestas de cambio; (iii) el proceso de establecimiento de prioridades, objetivos y metas de salud y (iv) la capacidad institucional para implementar esas prioridades, objetivos y metas.

#### 9.1 Implicaciones de los valores para las políticas públicas: la factibilidad social de los procesos de decisión en el sector de la salud

##### 9.1.1 Los valores sociales y las políticas públicas

Los conceptos y definiciones relacionados con los valores encontrados en las ciencias sociales son variados y a veces tienen significados opuestos. Sin embargo, de una forma simple, es posible entender los valores como aquellos estándares sociales acerca de los comportamientos humanos, que se consideran correctos o incorrectos. Los valores se expresan en una sociedad, como convenciones con cierto grado de consenso, pero también los actores individuales o colectivos expresan sus valores mediante acciones o ideas.

Los conceptos que reflejan estos valores muchas veces se reflejan en la Constitución del país y 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. Una clasificación comúnmente usada de estas orientaciones filosóficas las identifica como **utilitarias, igualitarias/liberales, libertarias, o comunitarias**.

Puede haber debate cuando uno o varios grupos sociales cuestionan los valores dominantes hasta ese momento. 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 son más agudos en las 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).

Al interior de los valores sociales dominantes, la sociedad escoge las diferentes posibilidades de organizar el sector salud, ya sea a través de opciones formales (por ejemplo al votar 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, aquellos dominantes en el sector de la salud son contruidos históricamente, lo que hace que los sistemas de salud difieran bastante entre diferentes sociedades. Y, además, son cambiantes 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, el «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 de la salud, pueden cambiar a ritmos distintos que los valores sociales generales.

### **9.1.2 Algunos valores sociales que afectan al sector de la salud**

En las Américas, muchas de las propuestas de reforma del sector de la salud se han basado en «principios rectores» tales como la equidad, la eficiencia, la efectividad, la calidad, la sostenibilidad y la participación social, los cuales expresan valores sociales. Dado que estos conceptos se han desarrollado en otra parte de esta metodología, no nos detendremos en ellos aquí. Sin embargo, importa analizar los valores que están presentes en la sociedad, y que sin provenir o vincularse principalmente al sector de la salud, lo influyen, en ocasiones poderosamente. El análisis de las relaciones entre estos valores «sociales» (o «externos») y los anteriormente mencionados (o «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 primero es el **valor de la salud en la sociedad**, que tiende a ser muy alto, pero que como se ha visto en el capítulo correspondiente, puede no estar consagrado como un derecho humano fundamental, al que debe acceder toda la población, sin exclusiones ni discriminaciones.

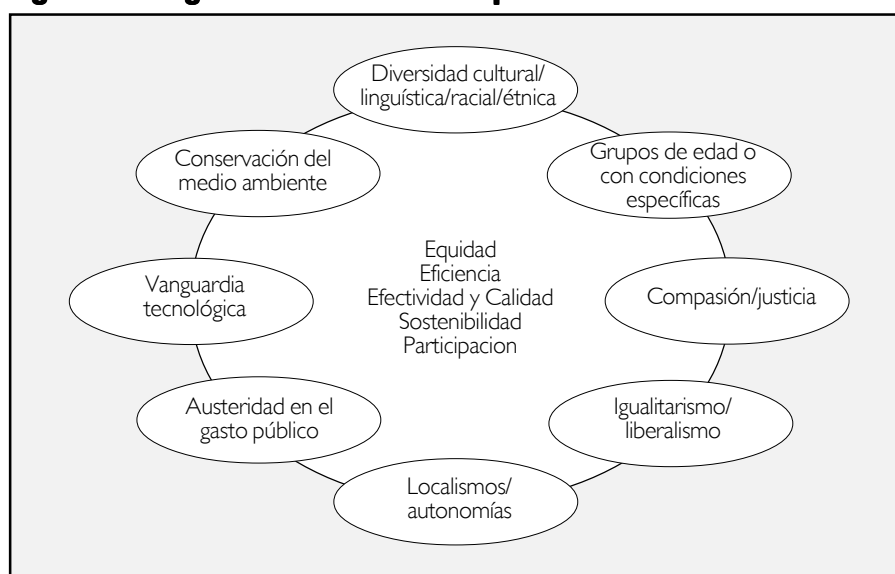
Otros valores presentes en algunas sociedades son según Donabedian (3) opciones sociales por el «*igualitarismo*» o el «*liberalismo*» (aunque esta palabra no refleja correctamente el término inglés original «*libertarian*»). En otras palabras, se trata de la preferencia por la distribución pública de los bienes y servicios en la sociedad, o por la



libertad, para que cada individuo consiga por si mismo el mayor grado posible de satisfacción a sus deseos.

Como una variante de 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 un punto de vista de contrato social y no a partir de las concepciones individuales de compasión, que conducen a las políticas sociales en forma de filantropías múltiples.

**Figura 9.1: Algunos valores sociales que afectan al sector de la salud**



También deben considerarse otros ejes valóricos, que pueden no ser compartidos por la sociedad en su conjunto y que constituyen, por lo tanto, fuente de conflictos y de competencia por recursos en los procesos de formulación de políticas.

El valor **diversidad cultural/lingüística/racial/étnica**. Algunas sociedades ponen especial énfasis en que sus instituciones, y dentro de ellas el sector de la salud, atienda 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.

El valor de los **localismos/autonomías**. 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 la 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).

El valor dado a **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 los problemas (por ejemplo, del cáncer pediátrico) aunque esto implique no tener recursos para la atención de otras patologías más prevalecientes.

El valor dado a la **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 negar un rol preponderante a estos problemas.

El valor otorgado a la **vanguardia tecnológica**. Algunas sociedades pueden estar dispuestas a sacrificar algo de la racionalidad y la eficiencia en el uso de los recursos en salud, con el fin de poder contar en el país con los mayores avances de la ciencia y la tecnología, aunque la cobertura sea limitada.

El valor dado a la **austeridad en el gasto público**. Puede interpretarse como la inversa de lo anterior, 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 al 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 de la salud a los planes de acción, debe tener incorporado el análisis de los valores en forma sistemática, es decir a través de algún método de obtención de los datos.

### **9.1.3 Los valores en los procesos de decisión**

Los valores interaccionan con otros elementos tales como intereses, motivaciones y creencias de quienes deciden, formando parte de los procesos de decisión. La resultante de esa interacción se traduce en criterios (explícitos o implícitos) utilizados para elegir qué opciones de política serán implementadas para resolver un problema particular. Esta aplicación de valores como criterios para decidir está condicionada por la percepción que los actores sociales tienen sobre los problemas identificados en el análisis anterior, los conflictos y los debates que se generan con respecto a un tema o problema en particular, y que contraponen con frecuencia motivaciones, valores, intereses y creencias de los clientes e interesados directos (5).

Las políticas expresadas en regulaciones, legislaciones, programas o planes a ser implementados, representan una determinada distribución de poder y recursos. Las decisiones de políticas son tomadas por aquellos 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 sobre la base de 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 el mismo tema o problema. Cuanto más importantes son las decisiones en términos de compromisos sociales o grupales, o en términos de recursos, las luchas pueden ser más intensas.

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), la beneficencia (promover el bien para otros) la no maleficencia (evitar hacer daño), la justicia (tratar equitativamente a la gente) y la fidelidad (mantener nuestras promesas). También se recomienda tener en cuenta reglas sustantivas que guíen las acciones y que pueden referirse a 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 para el análisis de las implicaciones de los valores para las políticas sociales y los procesos de decisión**

#### **Posibles preguntas orientadoras**

- ¿Qué valores pueden identificarse en la sociedad, comunidad o localidad que afectan o pueden afectar al sector de la salud y al desempeño del sistema de servicios de salud?
- ¿Están explicitados los valores dominantes en la Constitución Política y/o en las leyes básicas? Si es así, mencionar y comentar brevemente.
- ¿Hay un debate público sobre los valores dominantes en la sociedad? Si es así, describir brevemente resumiendo sus posibles implicaciones para el sector de la salud.
- ¿Son valores sociales reconocidos algunos de los mencionados en el apartado precedente? Si es así, ¿cuáles?; ¿cómo están influyendo en el sector de la salud?
- ¿Dispone el sector de la salud de valores ampliamente aceptados como propios? Si es así, mencionar y comentar brevemente.
- Si es el caso, ¿cómo se relacionan estos valores del sector con los valores sociales dominantes?
- Si el país se encuentra en un proceso de reforma del sector de la salud, ¿están definidos sus valores y/o principios inspiradores? Si lo están, ¿cuáles son?; ¿hasta qué punto los cambios inducidos por la reforma están siendo consistentes con los valores proclamados?
- ¿Existe regulación formal de los derechos de los pacientes, incluidos el derecho a que no se omita el tratamiento, a la confidencialidad, la privacidad, el consentimiento informado? Si es así, ¿existen procedimientos para garantizar que se cumple efectivamente?
- ¿Existe regulación formal de las condiciones en que se desarrolla la investigación en seres humanos? Si es así, ¿existen procedimientos para garantizar que se cumple efectivamente?

#### **¿Dónde obtener la información?**

Es deseable tratar de conseguir información ya recogida 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, diferentes métodos y técnicas que pueden ser utilizadas incluyen:

- Recopilación bibliográfica (fuentes primarias o secundarias).
- Audiencias públicas y reuniones con grupos comunitarios para debatir propuestas y prioridades.
- Análisis de contenido de propuestas y plataformas de partidos políticos.
- Revisión de noticias de prensa sobre salud.
- Revisión de la historia del sector salud.
- Encuestas de opinión pública.
- Entrevistas a informantes clave.
- Técnicas de grupo: grupos focales, grupos nominales (7), paneles Delfi.

### **¿Cómo presentar la información?**

Un gráfico sencillo como el que se muestra en el texto puede ser suficiente. Si se pretende establecer una relación más precisa entre algunos valores sociales dominantes y algunos de los valores sectoriales puede recurrirse a un diagrama con flechas que representen las relaciones entre unos y otros grupos de valores.

## **9.2 Análisis de la factibilidad institucional y política**

En este apartado se intenta analizar elementos que condicionan la factibilidad institucional, política y social para llevar adelante las acciones de cambio derivadas del Análisis del sector de la salud.

### **9.2.1 Análisis de la factibilidad política: el mapeo político de los actores**

Una de las consideraciones fundamentales en los planes de acción en el sector salud es que difícilmente pueden promoverse cambios que mejoren significativamente el bienestar general sin perjudicar a ninguno de los involucrados (instituciones o actores involucrados en la producción, distribución o consumo de bienes y servicios de salud). Por consiguiente, es importante identificar claramente a aquellos actores individuales o colectivos que tienen interés y pueden afectar una política, programa o proyecto que es impulsado por otros y sus percepciones de los problemas sectoriales, ya que dependiendo de los intereses en juego de cada segmento, estos interpretarán de manera diferente la información existente. Por ello, un componente importante del plan de acción debe intentar identificar y prever la participación de los actores en los procesos de cambio, así como diseñar estrategias orientadas a intervenir sobre estos actores para incrementar la factibilidad política de los mismos.

El término 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.

El mapeo político contribuye a que una vez identificados los actores, sus motivaciones, recursos, posiciones y creencias, con respecto a las políticas o decisiones en cuestión, estos se hagan evidentes y el resultado derive en estrategias dirigidas a lograr más apoyo a ciertas propuestas y contrarrestar las fuerzas opuestas. Desde el comienzo asume la necesidad de encontrar alianzas, prever conflictos y eventualmente modificar estrategias en forma contingente. Esta forma de encarar la acción pública proviene de las ciencias políticas y tiene raíces tanto en las visiones de la teoría de juegos, también llamada de «comportamiento racional en problemas con decisiones interactivas» (8) y se utiliza ampliamente en planificación estratégica, enfoques de previsión, y análisis de política. Otras técnicas son también útiles y las mismas incluyen el análisis de campo de fuerzas (*forcefield análisis*) o la matriz para explorar el ambiente externo.

Una propuesta metodológica reciente para desarrollar este proceso ha sido preparada por OPS/OMS (9, 10) con el fin de facilitar a las autoridades de salud y a otros actores una descripción del mapa de actores políticos, sus incentivos y motivaciones, preparando un marco analítico de recolección y presentación de información de tipo estratégico.

Este enfoque comienza con una definición detallada de las «políticas centrales», sus objetivos y sus estrategias. Estas «políticas centrales» serán la unidad de análisis para el resto de la metodología. La segunda etapa consiste en listar y caracterizar a los actores que potencialmente participarán en el proceso, en relación con cada una de las políticas centrales identificadas. El tercer paso es evaluar la capacidad de acción en términos de mayor o menor poder de apoyo (+) u oposición (-) a cada política específica. La cuarta fase consiste en estimar costos y beneficios (expresados en términos políticos, técnicos y económicos) de cada actor, asociados a la implantación de cada política. Este conjunto de informaciones sistematizadas permite construir un mapa de posicionamiento de los actores, sus fuerzas y sus medios de expresión con el fin de:

- Identificar oportunidades.
- Identificar amenazas.
- Seleccionar estrategias que permitan aumentar la factibilidad política de los cambios.

Debe señalarse además, que esta metodología puede complementarse con la utilización de programa informáticos específicos, tales como Policy Maker ([www.polimap.com](http://www.polimap.com)) (11) que proporcionan plantillas estándar para la recolección de información y permiten graficar las opciones y las alianzas, así como facilitar algunas sugerencias de acciones posibles.

Como toda aproximación metodológica, no debe esperarse que estas técnicas den respuestas más allá de los datos e informaciones que se les suministran. Su propósito es ayudar a ordenar la información existente, a revelar cuáles son los aspectos que deben tenerse en cuenta y a presentar estos aspectos estratégicos y cualitativos, de una manera ordenada y útil para la discusión.

## **Guía instructiva para el análisis de la factibilidad política**

### **Posibles preguntas orientadoras**

- Definición de las políticas centrales
  - ¿Qué pretenden las políticas propuestas para el sector salud y cuál es su objetivo central? ¿Cuáles son los objetivos específicos para cada uno de los contenidos de las mismas?
  - ¿Cuáles son las estrategias que se están poniendo en marcha, para el logro de los objetivos de las políticas propuestas?

- ¿Cuál es la prioridad (baja, media o alta) en cada objetivo de dichas políticas?
- ¿Es el organismo que tiene el control del sistema de salud el mismo que lidera el proceso de cambios?
- Listado y caracterización de actores
  - ¿Cuáles son los actores que pueden ser afectados directa o indirectamente por las políticas propuestas en salud y en qué intereses o en qué medida? Por ejemplo:
    - ¿Cuáles actores ven afectados sus flujos de ingresos o egresos económicos como consecuencia de las mismas?
    - ¿Cuáles actores ven afectados su poder político o su capacidad para influir en la toma de decisiones?
    - ¿Cuáles actores se ven afectados en su prestigio e imagen?
  - ¿Cuál es la capacidad de cada uno de los actores que participan en el proceso de afectar, a favor o en contra, los resultados de cada objetivo de los cambios proyectados?
  - Los beneficios individuales de los miembros de un grupo ¿Superan los costos individuales en los que tienen que incurrir para llevar a cabo la acción de apoyo u oposición?
  - ¿Cuáles beneficios dejan de percibir los actores por dedicarle recursos a apoyar u oponer el objetivo de la política propuesta?
- Evaluación de la capacidad de acción
  - ¿Cuál es el poder que les confieren las leyes a los actores?
  - ¿A qué nivel de toma de decisión se sitúa el cargo del actor?
  - ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones?
  - ¿Qué actores tienen la potestad para determinar la agenda de los procesos de decisión?
  - ¿Cuál es el monto de los recursos económicos con los que cuenta el grupo que actúa sobre la política en estudio?
  - ¿Cuál es el nivel de organización y cohesión del actor colectivo que tiene injerencia sobre la política propuesta?
  - ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor en la sociedad?
  - ¿Tiene el actor control de la información y de los medios de comunicación?
  - ¿Hay algunos de los actores que han sido identificados con capacidad de acción (alta o media), que no se ven afectados por el logro del objetivo de la política?
  - ¿Cómo afecta su decisión el hecho de que algunos beneficios o costos son inciertos, mientras que otros son seguros o ineludibles?
- Identificación de estrategias
  - ¿Cómo se puede aminorar la capacidad de acción de quienes se oponen a la política?
  - ¿Cómo se puede movilizar a los grupos que están a favor de los cambios, pero que tienen poca capacidad de acción?
  - ¿Cuáles son las acciones que se deben poner en marcha para fortalecer la capacidad de acción o el poder de los que apoyan y disminuir la capacidad de acción o debilitar a los oponentes?

- Entre los actores identificados, ¿quién es el líder con mayor poder que además tiene una posición muy a favor del objetivo de la política?
- A nivel político general ¿cuál es un líder clave que puede impulsar el cambio?

### **¿Dónde obtener la información?**

La información secundaria puede obtenerse en el Ministerio de Salud, las instituciones de seguridad social, los gobiernos regionales y la prensa nacional. La información cualitativa se obtendrá mediante el intercambio al interior del equipo técnico experto y por consultas directas a los actores con mediana y alta capacidad de acción. Una consulta de las opciones finales con algunos actores clave del sistema de salud es muy recomendable.

### **¿Cómo presentar la información?**

La metodología propone un conjunto de plantillas que pueden guiar el proceso inicial. La construcción de mapas de actores y la presentación de cuadros de opciones políticas y respuestas esperadas de los actores, constituye la forma apropiada de presentación de los resultados finales. Sin embargo, dependiendo de las condiciones concretas en que se realiza el análisis, puede ser suficiente una sencilla descripción de los actores principales y la forma como sus comportamientos están influenciando y pueden influenciar en el futuro previsible el desarrollo de los mismos.

## **9.3 Decidir las prioridades y construir de la agenda de cambio**

El proceso para establecer prioridades puede ser variado y la aplicación de diferentes criterios puede resultar en diferentes jerarquizaciones. El enfoque de trabajo para establecer prioridades descansa en el hecho de que los esfuerzos para el desarrollo de la salud necesitan, en última instancia, modificar el estado de salud y los resultados de salud, ya sea reduciendo o mejorando resultados adversos, o incrementando la habilidad funcional y el bienestar individual. Por ejemplo, en ejercicios para establecer prioridades entre problemas de salud identificados, es posible utilizar criterios tales como:

- Grado de disparidades en el estado de salud de 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.

Otros criterios de priorización incluyen: el compromiso político de los decisores con mandatos o propuestas existentes, la erradicación de ciertas enfermedades infecciosas, reducir la vulnerabilidad epidemiológica, ampliar la disponibilidad de intervenciones de efectividad probada, y de intervenciones costo efectivas, realizar estimaciones del costo esperado para el control o la erradicación, y de la aceptabilidad social y cultural de algunas intervenciones (12).

Una etapa ineludible para pasar a la acción y transformar la información contenida en el *Análisis Sectorial* de políticas y planes, es seleccionar los puntos principales en los cuales se desarrollarán los esfuerzos. Es indudable que los capítulos de las *Secciones I y II* habrán mostrado la necesidad de actuar. Muchas de las brechas entre lo deseable, lo posible y la situación actual, clamarán por acción inmediata. Existen además compromisos

generados por los programas de gobierno y la sociedad reclama respuestas concretas como resultado de los análisis de factibilidad política y factibilidad social.

Sin embargo, el tiempo y las posibilidades de actuar son limitados, mucho más limitados que las necesidades detectadas. Por lo tanto, es ineludible aceptar que las políticas y los planes de acción van a concentrarse en algunos aspectos y van a dejar otros de lado. Más aún, es posible afirmar que los aspectos dejados de lado pueden llegar a ser tan críticos como para hacer muy difícil la decisión de priorizar. Por esa razón en esta sección se intentará apoyar este proceso tan difícil, ya que priorizar implica también *«postergar»*, abandonar en forma realista la pretensión de atender a todos los problemas de forma inmediata y al mismo tiempo.

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 razones de Estado y las coyunturas políticas. En la sección siguiente veremos que también es necesario aplicar un análisis específico a esos factores.

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 del equipo técnico-político.

Para 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 los departamentos 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 una 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. Tiempos para implementación previstos.
6. Potencial para interactuar con otras intervenciones.

En esta puntuación debería acordarse una escala común (se puede necesitar un taller de homogenización de criterios), como se observa en los siguientes ejemplos:



**Cuadro 9.1: Urgencia en resolver problemas**

<b>Factor 1. Urgencia en resolver el problema</b>	
<i>¿Cuál es en su visión, la urgencia en atacar este problema?</i>	
No es urgente.	0
Este problema no es crítico en lo inmediato, pero debe ser resuelto en los próximos (1-2-3) años.	1
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.	2
Este problema está en estado crítico.	3

**Cuadro 9.2: Factores externos condicionantes**

<b>Factor 4. Factores externos condicionantes</b>	
<i>¿Cuál es la evaluación que se hace de la predisposición de los actores externos hacia este problema/iniciativa?</i>	
Muy negativa/Rechazo de la iniciativa	-2
Negativa	-1
Neutral	0
Positiva	1
Muy positiva / Clima general muy favorable	2

Fuente: (18).

Una vez utilizado este sistema de puntajes se recomienda que se confeccionen tres grupos de iniciativas, poniendo puntos de corte por puntajes sumados por todos los participantes, a fin de tener los 20 ó 30 problemas o iniciativas ordenados en grupos de alta, media y baja prioridad en el puntaje inicial. Al efectuar este ordenamiento conviene prever un espacio para anotaciones de comentarios particulares, que servirán como referencia, por ejemplo: compromisos en el programa de gobierno.

Este listado, con 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:

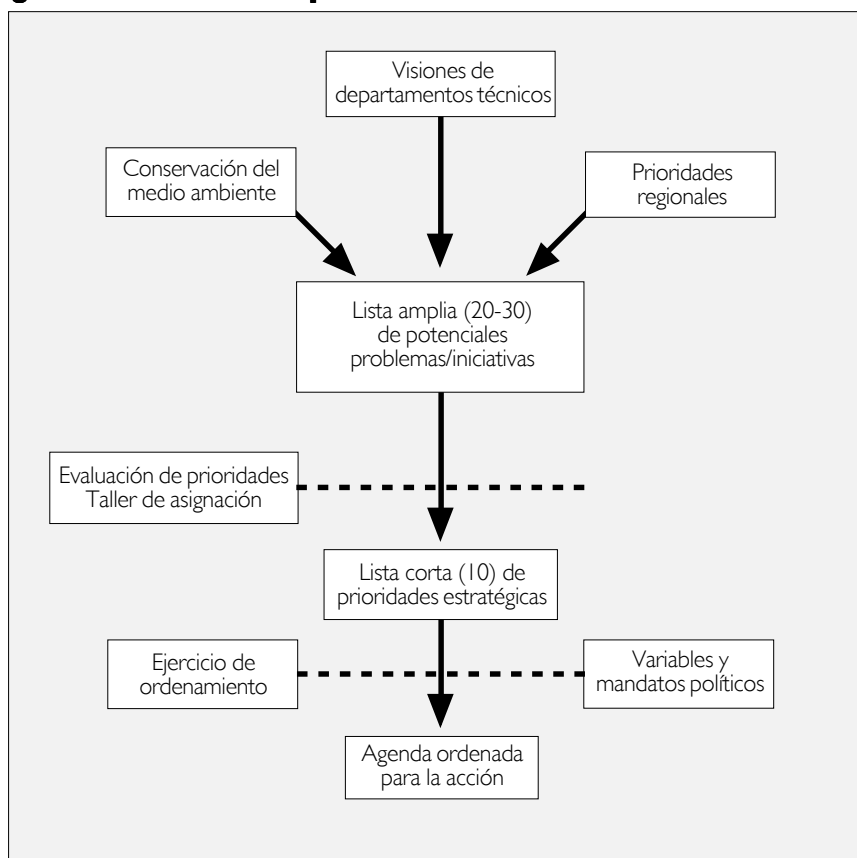
- ¿Es éste un problema o iniciativa a incluir? (Sí/No)  
(¿Si se pone en práctica puede crear diferencias significativas frente a la situación previa?)
- ¿Es este un problema o iniciativa que ha de resolver la autoridad sanitaria? (Sí/No)  
(¿O pertenece mayoritariamente al campo de acción de otros actores?)
- ¿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, de acuerdo a su importancia, los problemas/iniciativas de esta lista corta, utilizando luego los lugares (del 1 al 10, por ejemplo) para indicar las prioridades. Este ejercicio debe finalmente ser contrastado con otros factores, de tipo político, con mandatos especiales o de coyuntura que pueden variar el orden final.

El proceso puede esquematizarse como se muestra en la siguiente figura:

**Figura 9.2: Contraste de problemas/iniciativas con diferentes factores**



### **Guía instructiva para el análisis del proceso de establecimiento de prioridades, objetivos y metas de salud**

#### **Posibles preguntas orientadoras**

- Si bien la técnica explicitada contiene varios ejemplos de las preguntas que el equipo deberá formularse, conviene indicar algunas preguntas adicionales:
  - ¿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 indicadores de salud o cobertura de servicios?

- ¿Depende la intervención propuesta de factores externos (mejoramiento macroeconómico/ financiamiento externo)? ¿En qué medida (alto/mediano/bajo)?
- ¿Es esta una intervención que puede surtir efectos apreciables en un año, en cinco o en diez?
- Este problema o intervención ¿Forma parte de una red de problemas o intervenciones? ¿Cuáles deben resolverse para potenciar la solución del actual?
- ¿Cuáles problemas deben resolverse antes que el propuesto? ¿En qué medida la solución efectiva de este problema o intervención actuará sobre 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 las 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.

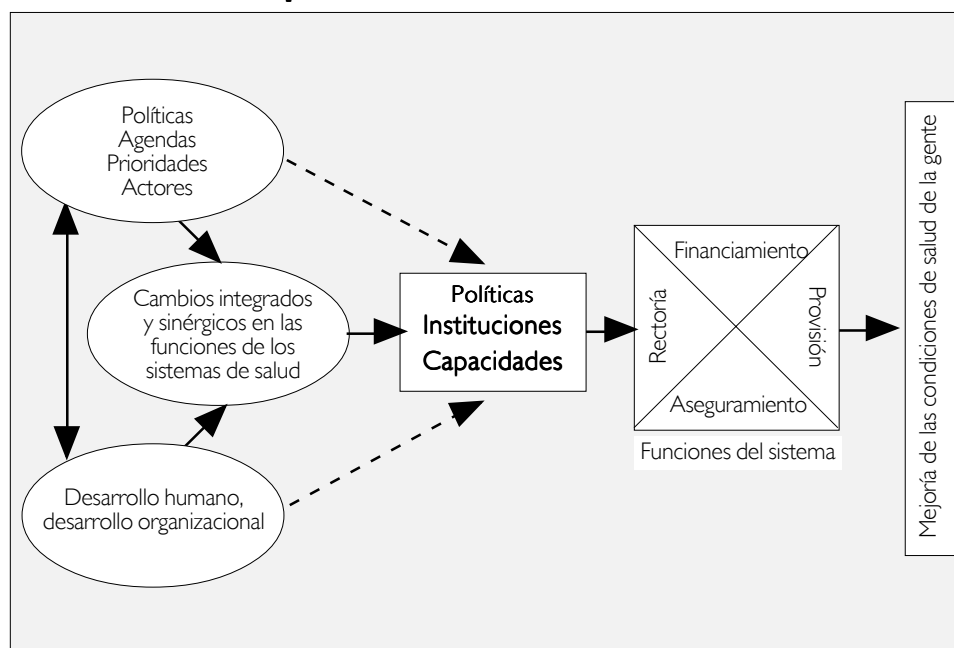
## **9.4 Desarrollo de la capacidad institucional para los cambios**

La transformación de las prioridades, derivadas del análisis del sector de la salud, en acciones capaces de producir resultados en materia de situación de salud o de desempeño de los sistemas de servicios de salud, debe verse como una cadena de procesos que requiere: (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 prioridades y desarrollo de capacidades humanas e institucionales para llevarlas a cabo, puede verse en la *Figura 9.3*.

Por lo tanto, una reflexión adicional necesaria para la acción es el reconocimiento de las capacidades (existentes y posibles de ser adquiridas) que se requieren para llevar a la acción las políticas y planes decididos. En este apartado ofrecen algunas pistas para revisar estos aspectos. El fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones para cumplir con las funciones, que contribuyen a los objetivos estratégicos, es un proceso continuo. Este proceso incluye fortalecer las aptitudes para cumplir con las funciones básicas, para definir y lograr objetivos, para aprender a resolver problemas, resolver las necesidades de desarrollo de los recursos humanos y de los sistemas gerenciales que se requieren (14).

**Figura 9.3: Relación entre prioridades y desarrollo de capacidades humanas e institucionales**



Los programas de desarrollo de la capacidad institucional tienen en general tres fases, que se van desarrollando en forma cíclica:

- a. 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, es dable esperar que existan nuevas exigencias de información, de acción coordinada con otros actores, de nuevas competencias individuales y grupales que deben lograrse.
- b. La segunda fase es la de las **estrategias y planes de acción** necesarios para cubrir las brechas detectadas en la fase anterior. Una frecuente confusión en esta etapa es 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 que muchas veces es imprescindible para liberar recursos o crear nuevas estructuras con mandatos claros acerca de los problemas que se desean atacar.
  - Los cambios del 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, como es el flujo de las decisiones: ¿Dónde se producen cuellos de botella? ¿Qué sinérgias pueden existir entre procedimientos? y a la inversa, ¿qué procedimientos son un impedimento para que las nuevas acciones progresen?

- El desarrollo del sistema de información que puede necesitar incorporar nuevos elementos, producir nuevos indicadores o cambiar los plazos en que se producen los reportes.
  - La convocatoria a actores, la creación de esquemas colaborativos formales con otros, que permita pensar en 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 expertos (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 de buenas prácticas.
- c. La última fase es la **evaluación y monitoreo** que muchas veces se olvida o se relega, salvo por exigencias formales cuando existe un proyecto o donante externo. Aquí es posible utilizar alguna de las metodologías existentes (15, 16, 17) pero debe tenerse en cuenta que los plazos y los resultados de los procesos a evaluar tienen relación con el desarrollo de la capacidad institucional y no con resultados cuantitativos (número de cursos, seminarios, participantes, etc.). Por lo tanto, los diseños cualitativos y la evaluación de los procesos es la principal herramienta. El diseño de una forma de medir los avances en la capacidad institucional será además 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 en 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) como son:

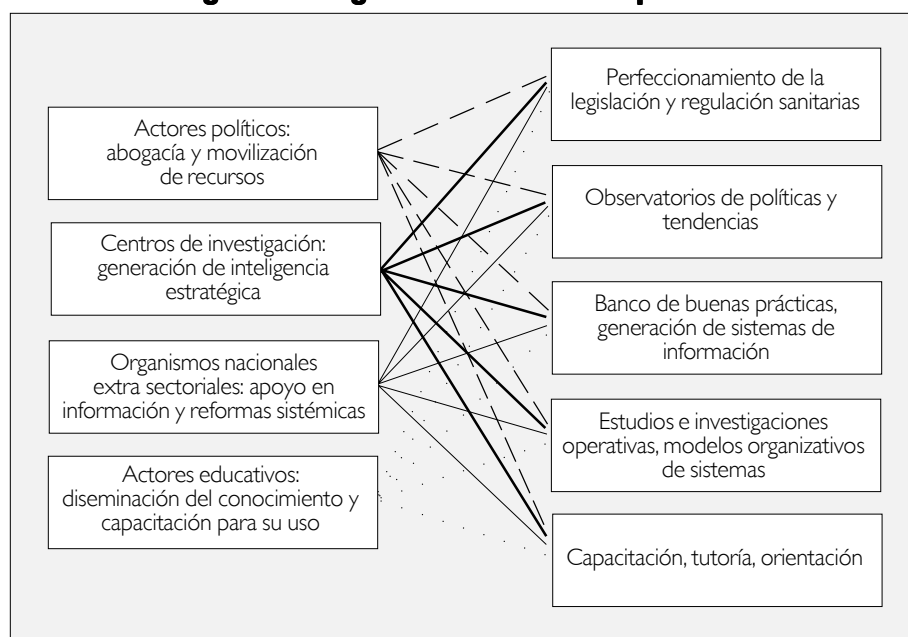
1. Asumir el proceso de creación de la capacidad institucional como algo propio y no inducido desde afuera (por donantes o agencias), así como la capacidad de confiar en los recursos propios.
2. La comprensión de lo que significa «capacidad institucional» en un contexto y frente a problemas específicos.
3. El examen de las capacidades existentes y por desarrollar, en un contexto sistémico y de desarrollo estratégico.
4. El logro de alianzas de largo plazo entre los socios de las iniciativas, creación de confianza entre instituciones en espíritu de coparticipación genuina,
5. El desarrollo del proceso, teniendo en cuenta todas las fases, a fin de interconectar los componentes; por ejemplo: el diseño de 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, la participación, la flexibilidad y 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 interpretarse 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 actores mencionado antes puede ser una guía eficaz para diseñar esta red de colaboración.

**Figura 9.4: Figuras externas 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:

- Modificar de los marcos legales y desarrollar 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 9.3: Un 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](http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-chile.doc)

### **Guía instructiva para el análisis de la factibilidad institucional**

#### **Posibles preguntas orientadoras**

- ¿Cuáles son las funciones a cumplir por la autoridad sanitaria en el futuro? ¿Cuáles de esas funciones actualmente no se han desarrollado?
- ¿Qué información permanente será necesaria en el futuro para llevar a cabo estas funciones?
- ¿Qué competencias y habilidades serán necesarias? ¿Es posible adquirirlas por capacitación o por selección de nuevos integrantes?
- ¿Es posible liberar recursos por 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 en las iniciativas que se pretenden llevar a cabo? ¿Es posible una alianza formal (convenios de cooperación) con ellos?
- ¿Qué podemos aportar en estas alianzas y qué esperamos de nuestros socios?
- ¿Cuáles son las necesidades específicas de capacitación que serán aplicadas en las nuevas funciones a desempeñar?
- ¿Cómo medir avances en el proceso de 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 las 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, tanto en referencia 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 de los puntos de convergencia.

### Bibliografía (Capítulo 9)

- (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/socialanalysissourcebook/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.americas.health-sector-reform.org/spanish/19hsrpres.pdf>).
- (10) Schmeer, K (2000) Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform. Section 2. Stakeholder Analysis Guidelines. LACHSR Initiative Washington, D.C. (<http://www.americas.health-sector-reform.org/>).
- (11) Reich, M. (1996) Applied Political Analysis for Health Policy Reform. Current Issues in Public Health En [www.polimap.com](http://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](mailto: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) Irigoin, 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](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR02/compet_labor_manual.htm) 2002.



## CAPÍTULO 10.

### MARCO ORDENADOR PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y BASES PARA UNA AGENDA DE CAMBIO

El propósito de este capítulo es tratar de apoyar la construcción de un marco ordenador para la formulación de políticas basadas en los hallazgos y recomendaciones del análisis del sector de la salud, incluidas, cuando sea el caso, las bases para una agenda sostenible de cambio. Para ello, el capítulo se ha organizado en tres apartados, el primero de los cuales trata de ubicar las políticas de salud como parte del conjunto de las políticas públicas. El segundo plantea cómo traducir las acciones, recomendadas por el análisis sectorial, en posibles opciones para la formulación de políticas sectoriales. El tercero examina la viabilidad y la sostenibilidad de la implementación de las recomendaciones del análisis.

#### 10.1 Las políticas de salud como parte de las políticas públicas

Las políticas públicas pueden comprenderse como el resultado de cursos de acción intencionales en el marco de instituciones y procedimientos gubernamentales que definen un conjunto de decisiones adoptadas, instrumentadas y llevadas a la práctica, y que determinan la adquisición, asignación, y manejo de recursos.

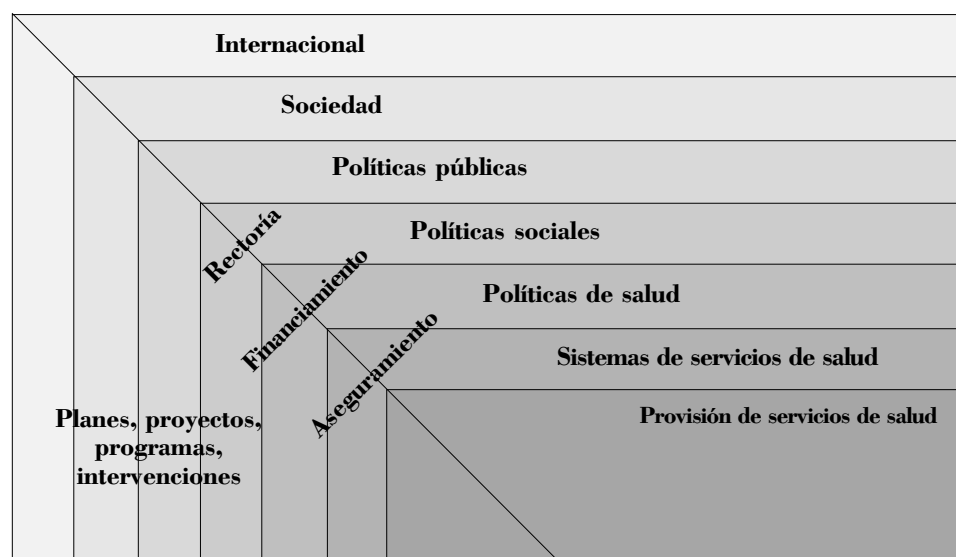
Una política pública comunica los objetivos, principios, estrategias y reglas de decisión que los gobiernos, como agentes de decisión, utilizan en su administración, y que se expresan en regulaciones, legislaciones, programas o planes a ser implementados, pero que no se limitan a estas (1). Las mismas se caracterizan porque deben ser legitimadas, contener lineamientos normativos y reguladores que se puedan hacer cumplir. De ellas se espera que resulten cambios de comportamiento institucional o individual dirigidos a lograr determinados resultados.

Las políticas públicas son intencionadas, siendo un determinado nivel o agencia del gobierno el agente de la decisión sobre los objetivos y medios para lograrlas. Dichas políticas se han definido como «aquellas actividades que se imponen en la toma de decisiones sobre asignación de recursos y quién recibe qué, donde y cuando en la sociedad»(2). Por consiguiente, implican distribución de poder y recursos por parte de quienes tienen autoridad sobre los mismos. Esta característica, a su vez, refleja sistemas de valores que a menudo contraponen motivaciones, intereses y creencias en contextos complejos y dinámicos con múltiples necesidades y limitados recursos. Sin embargo, y aunque la decisión es tomada e instrumentada por agentes institucionales, tanto la formulación como la implementación de las políticas públicas, constituyen espacios de participación ciudadana, mediante sus representantes en el legislativo, de manera individual o a través de grupos organizados de partidos políticos, profesionales, de servicios, o comunitarios, para abogar o presionar por temas que afectan sus vidas.

En consideración de lo anterior, los problemas de salud y aquellos relacionados con el funcionamiento del sector público que los regula y, en su caso, los provee son problemas de política pública y, más específicamente, de política social. Por consiguiente, las

soluciones se considerarán en términos de aquellos valores, necesidades u oportunidades que puedan ser alcanzados mediante la acción del sector público y de las políticas dirigidas a influenciar y configurar el sistema, de manera adecuada, para lograr los resultados deseados.

**Figura 10.1: Las políticas de salud como parte de las políticas públicas**



La demarcación multifactorial de los problemas de política pública involucra interacciones y efectos entre actores, con intereses con frecuencia en conflicto, y con temporalidades cambiantes, lo que hace que tanto su estructuración, como problema de política, y la identificación de alternativas de solución óptima sea ardua. Además, la diversidad de realidades nacionales y locales, así como de los marcos legales existentes exige que las soluciones se diseñen considerando estos contextos específicos, incorporando análisis de factibilidad técnica, financiera, social, así como el análisis de viabilidad política, aspectos examinados en el capítulo anterior.

Teniendo en cuenta las salvedades expresadas anteriormente, es posible sugerir algunos lineamientos generales que pudieran apoyar la formulación de políticas sociales y de salud:

- Perseguir estrategias de diseño e implementación a largo plazo que garanticen la sostenibilidad de la cobertura y el financiamiento de los programas.
- Utilizar métodos de previsión, o prospectiva, capaces de considerar aquellos elementos y tendencias en el ambiente regional y global que puedan afectar positiva o negativamente los objetivos establecidos para cada política.
- Diseñar soluciones integradas capaces de atender la complejidad e interacción de los determinantes del problema que la política intenta solucionar, ya que de lo contrario, las soluciones serán temporales.
- Focalizar los esfuerzos en aquellos grupos donde las intervenciones resultarán en mayores ganancias en salud y bienestar.
- Utilizar creatividad para diseñar enfoques que respondan a las realidades nacionales, y que incluyan estrategias dirigidas a mantener y establecer articulación y

comunicación entre programas existentes, estableciendo y consolidando alianzas con clientes e interesados.

- Invertir en la identificación, colección y análisis de datos de calidad para la formulación de políticas y estrategias, así como para abogacía.

Factores a tener en cuenta en el diseño de las políticas públicas, entre otros, son:

- La formulación de políticas públicas exige como primer requisito que el problema identificado como prioritario sea reconocido como tal y esté presente en la agenda gubernamental. Por lo tanto, el liderazgo político y la capacidad de facilitar el diálogo entre los diversos actores e interesados directos, en la definición de problemas y estrategias de solución aceptables —y por ende viables— se torna crítico para el avance de las propuestas.
- Los gobiernos tienen diversas maneras de percibir un problema y sus soluciones y, en consecuencia, también el empuje de algunos temas en la agenda política, así como los criterios implícitos o explícitos que se utilizan en los procesos de decisión que definen la política o la combinación de políticas resultante. Es decir, la aplicación de diferentes criterios (equidad, legalidad, eficiencia, sostenibilidad, etc.) resultan en la jerarquización de problemas diferentes, lo que afecta los cursos de acción y los resultados.
- La capacidad de los gobiernos para hacer buenas políticas, se define en términos del grado de gobernabilidad, y por la adecuación de los marcos legales que permiten que el Estado diseñe e implemente las medidas propuestas (3), así como la capacidad nacional para el análisis de políticas. En este sentido, es necesario subrayar que las propiedades formales de las técnicas analíticas están sujetas a las influencias del contexto político y organizacional en el que se aplican (4), y que los valores sociales, los insumos científicos, el desarrollo sistemático de la política, y la evaluación integral de los riesgos y beneficios, no siempre ejercen una influencia determinante en el resultado final.
- Los marcos teóricos y las técnicas de análisis (5) guían la exploración de diferentes caminos en la búsqueda de objetivos sociales con algún grado de racionalidad y mediatizan los resultados del análisis y la argumentación. Sin embargo, tanto el proceso de formulación de políticas como la aplicación de métodos de análisis, son a menudo ambiguos. En último término, las políticas públicas son el resultado «del proceso político y una respuesta del sistema político a las demandas que se derivan de su ambiente» (6), y que reflejan conflictos y luchas de intereses mediante debates y negociaciones entre el Estado y los actores sociales interesados.

### ***10.1.1 Planificación y establecimiento de objetivos sanitarios***

Las políticas son monitoreadas y evaluadas a través de los planes, proyectos o programas que las instrumentan, los cuales se dirigen a lograr objetivos en términos de insumos, actividades y resultados, tanto para grupos poblacionales como para el sistema que los posibilita. En este sentido, el marco de seguimiento y evaluación que se establezca para los objetivos sanitarios debe considerar asimismo medidas de desempeño de los programas o planes dirigidos a ejecutar las políticas correspondientes.

La misma demuestra que estos procesos constituyen ejercicios dinámicos y participativos de planificación, donde es palpable su contribución para galvanizar el compromiso y la responsabilidad de las comunidades y el gobierno, potenciar energías sectoriales e intersectoriales alrededor de la salud. Estas experiencias, con algunas diferencias, sugieren

que la construcción de objetivos y metas con amplia participación, suficiente base de conocimiento y fortalecimiento de sistemas de información contribuyen, además, a motivar y cohesionar los grupos, a facilitar el establecimiento de alianzas y el apoyo político, siendo además instrumentos de comunicación con el público, los decisores políticos y los líderes comunitarios.

Es posible pensar que las turbulencias y complejidades de un ambiente externo cambiante. La urgencia de los cortos plazos marcados por diversas coyunturas críticas desvalorizan la necesidad de planificar objetivos sociales, incluidos los de salud. Sin embargo, es justamente en este ambiente incierto y turbulento, donde la definición de prioridades, de estrategias claras, y de objetivos de logro factible a largo y mediano plazo resulta de mayor ayuda.

En este contexto, será necesario que el proceso y el contenido de los objetivos, tanto para los resultados en salud, como para el desempeño de los servicios de salud, asuman la solución de los problemas planteados por el análisis, como un inversión dirigida a enriquecer el capital social. Por otra parte, será ineludible reconocer el marco global de los determinantes de la exclusión social en salud con un enfoque ecológico y multisectorial, y considerar factores que contribuyan a la construcción de capacidades, a la motivación y participación, así como al establecimiento de alianzas con actores y sectores externos al sector salud.

### *10.1.2 Tipos de políticas públicas*

Es posible distinguir tres grandes tipos de políticas públicas (9): distributivas, redistributivas y regulatorias. Estas últimas pueden tomar la forma de leyes, reglas y regulaciones, decisiones operacionales, decisiones judiciales y macro políticas.

*Las 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. Por lo tanto, aunque este tipo de políticas involucran con frecuencia subsidios al sector privado, no generan grandes controversias políticas, pues se asume que las mismas se dirigen a proporcionar bienes públicos o meritorios y que no se implementan a expensas de la sociedad o en beneficio de grupos particulares. Ejemplos de políticas distributivas incluyen: diferentes tipos de subsidios (a la educación, a la protección ambiental), construcción de carreteras o de aeropuertos y otros.

*Las políticas redistributivas* son aquellas que afectan a grupos amplios de individuos pudiendo incluir la redistribución de recursos financieros, propiedades físicas y derechos individuales, y donde los efectos tienden a alinearse con la ubicación socioeconómica de estos grupos. Estas políticas se implementan con frecuencia mediante la distribución y transferencia del ingreso, impuestos y provisión de servicios. Estas políticas tienden a producir mayores enfrentamientos que las distributivas, y en general estos conflictos están basados en diferentes ideologías que definen quiénes se benefician o quiénes se perjudican como consecuencia de ellas.

*Las políticas regulatorias:* este tipo de políticas suelen estar diseñadas para influenciar las acciones, comportamientos y decisiones del sector privado, e ir acompañadas de sanciones. Se justifican porque están dirigidas a proteger el bienestar público y al igual que las políticas redistributivas, tienden a generar confrontaciones entre diversos grupos. Es posible identificar diversos tipos de políticas regulatorias: restricciones de entrada al mercado (por ejemplo, acreditación de profesionales); controles de producción (por ejemplo, cuotas lecheras), controles de precios (por ejemplo, tarifas de servicios de agua,

salud), control de calidad en la provisión de servicios (por ejemplo, regulaciones relacionadas con la inocuidad y eficacia de medicamentos y tecnologías médicas), controles que preservan el mercado (por ejemplo, leyes anti-monopólicas) y regulación social (leyes de seguridad social, seguridad en el trabajo, requerimientos de inmunizaciones, contaminación ambiental).

### **10.1.3 Abogacía y participación**

Las redes y comunidades que fundamentan posiciones compartidas por diversos grupos hacen más difícil al gobierno tomar decisiones autónomas o esconder otras por conveniencia. La revolución de la informática y la multiplicidad de grupos de interés y abogacía en los ámbitos sociales y políticos han fomentado la conformación y divulgación de argumentos provenientes de dichas redes.

La abogacía en políticas públicas refleja esfuerzos deliberados de cierta magnitud realizados por grupos organizados para influenciar políticas y programas, y modificar comportamientos organizacionales y personales, a través de medios persuasivos de comunicación y apoyados por movilización de recursos. Estos esfuerzos se dirigen a modificar o influenciar las opiniones de aquellos actores que tienen poder, autoridad e influencia para afectar las políticas y programas que afectan a un gran número de personas. Estas actividades se relacionan con los sistemas democráticos y el empoderamiento de individuos o grupos (11), entendido como el aumento de su poder para definir problemas y soluciones, y hacer que las respuestas de las instituciones estén alineadas adecuadamente con sus necesidades (12). Elementos esenciales en el proceso son: la educación de los involucrados y la construcción de la capacidad para realizar esfuerzos de abogacía que puedan reducir la asimetría de poder entre actores y traducir estos asuntos en problemas prioritarios en la agenda gubernamental.

Los procesos de formulación, legitimación, adopción e implementación de políticas, constituyen espacios donde grupos de interés, redes de actores y comunidades libran luchas con frecuencia políticas. Discernir el papel de los actores en estos procesos es esencial para comprender las políticas. En un sentido amplio, todos podemos participar en la formulación de políticas, ya sea formalmente, o a través de nuestra práctica profesional o nuestro propio proyecto personal de vida, ya que la política no es una actividad privada de una élite. La participación en la formulación de políticas se da de varias maneras, y la más común es la votación, lo que requiere una sociedad democrática y ciudadanos capaces de entender las propuestas de los candidatos y sus posibles efectos sobre su familia, comunidad y país. Otras formas de participación incluyen la pertenencia a partidos políticos, grupos de interés, u organizaciones de servicio, profesionales y comunitarias. Pueden actuar en roles directos, como representantes elegidos del legislativo, gerentes en el gobierno, analistas de política en cuerpos legislativos, en grupos de investigación de políticas académicas o semi-académicas o en los medios de comunicación.

### **Guía instructiva para el análisis de las políticas de salud como parte de la políticas públicas**

#### **Posibles preguntas orientadoras**

- La protección de la salud y la reducción de la exclusión social en salud ¿forman parte de los criterios con que se diseñan e implementan los distintos tipos de políticas públicas? Si es así, por favor citar dos o tres ejemplos. Si no es así, explicar por qué.

- Las políticas de salud y de reducción de la exclusión social en salud ¿forman parte de las políticas sociales del gobierno de una forma explícita? Si es así, por favor explicar de qué modo y citar los dos o tres ejemplos más relevantes. Si no es así, por favor explicar por qué.
- ¿Es el concepto de capital social conocido y manejado por quienes deciden las políticas públicas? Si es así, por favor citar ejemplos.
- ¿Se considera que las políticas de salud ocupan un lugar alto, mediano o bajo dentro de la jerarquía de las políticas públicas? Por favor, argumentar y citar ejemplos.
- ¿Tienen las políticas públicas y, en particular, las políticas de salud un horizonte de mediano plazo? ¿Toman en consideración a los grupos vulnerables o desfavorecidos? ¿Poseen un enfoque de género?
- Durante los procesos de establecimiento de prioridades, formulación e implementación de las políticas públicas, y en el caso de las políticas de salud, ¿cuál es el grado y las modalidades de abogacía y de participación social?
- El resultado de las políticas de salud, incluido el acceso equitativo a servicios de salud de calidad ¿es monitoreado y evaluado periódicamente por organismos del Estado o por evaluadores independientes? ¿Los resultados de las evaluaciones son utilizados para el rediseño de los planes y programas de salud?

#### **¿Dónde buscar la información?**

La composición del grupo encargado de redactar este capítulo se hace teniendo en cuenta la especial naturaleza del análisis de los temas incluidos en el mismo. La propia experiencia de sus miembros y las discusiones al interior del grupo contribuyen poderosamente a la preparación de este apartado del capítulo final del análisis del sector de la salud. Otras fuentes provienen de los Ministerios de Salud, de Planificación y de la presidencia del Gobierno. Algunos de estos documentos han sido preparados para los distintos foros y cumbres internacionales donde el país participó. Alguna de la información relevante para este capítulo ha sido recolectada por los grupos encargados de preparar el *Capítulo 2, «Determinantes políticos, económicos y sociales»* y el *Capítulo 3, «Análisis de la estructura, organización y políticas del sector»*. Otra fuente son las entrevistas a informantes clave. La consulta de los medios de comunicación generales suele aportar bastante información útil sobre este punto. Mucho del trabajo realizado para los *Capítulos 2 y 9* puede ser útil aquí así como la información recolectada en los *Capítulos 3 y 5* y los resúmenes de las *Secciones I y II*.

#### **¿Cómo presentar la información?**

Se recomienda una redacción narrativa que emplee párrafos cortos, uno para cada tema relevante, destacando los hallazgos y las propuestas para los políticos que toman las decisiones.

## **10.2 Opciones para la formulación de políticas sectoriales**

Una vez se cuente con los resultados del análisis sectorial y se hayan establecido las prioridades, de acuerdo a lo abordado en el capítulo anterior, 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 estas 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 aquí se presentan sirven como un 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 10.1: Instrumento para la ordenación de opciones de políticas sectoriales en base a las acciones prioritarias recomendadas por el análisis sectorial**

<b>Equidad</b>		
<b>Objetivos del cambio</b>	<b>Opciones de políticas</b>	<b>Acciones prioritarias</b>
Equidad en el estado de salud.	Asegurar cobertura y acceso a servicios básicos independientemente de la capacidad de pago.	Lograr consenso en torno a un conjunto básico de prestaciones.
Acceso equitativo a servicios básicos de salud.	Focalizar servicios a la población pobre.	Atención secundaria subsidiada para los pobres e indigentes.
Eliminación de barreras financieras a grupos de individuos/hogares.	Focalizar el gasto en grupos de riesgo debido a factores socioeconómicos o por discapacidad.	Proveer servicios completos de atención primaria a la población en comunidades pobres a través de mecanismos apropiados.

<b>Efectividad y calidad</b>		
<b>Objetivos del cambio</b>	<b>Opciones de políticas</b>	<b>Acciones prioritarias</b>
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.	Fortalecer las funciones de «gatekeeper» en el primer nivel de atención.	Enfatizar la reorientación y fortalecimiento de las funciones de monitoreo y regulación del ministerio de salud.
	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.	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.
	Estimular la respuesta de los recursos humanos a nuevos retos y demandas.	Diseñar programas de capacitación y entrenamiento en servicios apropiados.
	Introducir nueva legislación y regulación para apoyar las prioridades de las reformas.	Establecer procedimientos para exigir el cumplimiento con la legislación y regulación, y asegurar la disponibilidad de los recursos humanos necesarios para su implantación.
	Enfatizar la planificación en el proceso de formulación e implementación de políticas.	Mejorar las capacidades de planificación y presupuestación para orientar la asignación de recursos y revisión de programas.
	Promover mecanismos para asegurar la calidad	Establecer mecanismos para involucrar al sector privado, ONGs y otras organizaciones sociales.

<b>Eficiencia</b>		
<b>Objetivos del cambio</b>	<b>Opciones de políticas</b>	<b>Acciones prioritarias</b>
Lograr el mayor y más creativo uso de los recursos disponibles para producir servicios de calidad al menor costo.	Determinar la necesidad de servicios esenciales y la localización óptima de establecimientos, personal y servicios de salud.	Reducir el derroche debido a la subutilización de personal en el primer nivel de atención.  Establecer y utilizar servicios ambulatorios y de emergencia hospitalarios apropiados.
	Optimizar la asignación de roles y responsabilidades de proveedores públicos y privados, incluyendo la medicina tradicional.	Promover y proveer el sector privado y ONGs de incentivos para inducir mayor responsabilidad en la promoción, prevención y atención primaria de salud.  Evaluar las responsabilidades apropiadas para el sector público, ya sea mínima, moderada o máxima, y regular otros servicios.
	Asignar recursos preferentemente a las alternativas que sean costo-efectivas en términos técnicos, institucionales, legales, económicos y financieros.	Revisar las bases sobre las que se organizan los recursos, para lograr mejoras en las capacidades de planificación y presupuestación.
	Promover la descentralización sobre la base de las circunstancias y requisitos propios del país.	Evaluar la pertinencia de la descentralización/ racionalización, que puede ser lograda en varias formas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Manteniendo/modificando servicios centralizados, la toma de decisiones, incluyendo responsabilidad financiera y gerencial.</li> <li>▫ Instaurando servicios descentralizados, con la toma de decisiones y responsabilidad gerencial centralizada.</li> <li>▫ Establecimiento de servicios descentralizados y la toma de decisiones descentralizada.</li> </ul>

<b>Sostenibilidad financiera</b>		
<b>Objetivos del cambio</b>	<b>Opciones de políticas</b>	<b>Acciones prioritarias</b>
Lograr el uso óptimo de todos los recursos y establecer mecanismos que lleven a la auto-sostenibilidad del sistema de salud (a largo plazo).	Desarrollar mecanismos para la asignación de recursos a los diferentes niveles de atención con criterios de eficiencia y equidad.	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.
	Desarrollar la complementariedad apropiada del financiamiento privado y público para lograr los objetivos sanitarios y asegurar la sostenibilidad.	Adoptar el seguro social de salud como el mecanismo financiador dominante, en fases: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mejorando los servicios a ser ofertados por los programas de seguro social de salud (SSS).</li> <li>▫ Incentivando a aseguradores privados de salud a cubrir servicios que van más allá de los preescritos por el conjunto de SSS.</li> </ul>

continúa...

...continuación

<b>Sostenibilidad financiera</b>		
<b>Objetivos del cambio</b>	<b>Opciones de políticas</b>	<b>Acciones prioritarias</b>
Lograr el uso óptimo de todos los recursos y establecer mecanismos que lleven a la auto-sostenibilidad del sistema de salud (a largo plazo).	Acceder a la posibilidad de aumentar mecanismos de compartir gastos entre la atención secundaria y terciaria.	Instaurando tarifas a usuarios para prevenir el uso excesivo; los establecimientos que recauden deben conservar los fondos recaudados.
	Introducir cambios en los mecanismos de compensación a proveedores basados en el desempeño.	Reprogramar los ahorros acumulados por la disminución del derroche de subutilización y duplicación de recursos, y utilizarlos para mejorar la calidad de la atención.
	Separar la provisión de servicios del financiamiento, según sea posible.	Crear incentivos financieros para estimular a proveedores privados (incluyendo ONGs) a operar en áreas remotas y de bajo servicio.
	Focalizar el gasto social en los pobres.	Establecer procedimientos para la transparencia en los mecanismos de remuneración/compensación.  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.

<b>Acción intersectoral y participación social</b>		
<b>Objetivos del cambio</b>	<b>Opciones de políticas</b>	<b>Acciones prioritarias</b>
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.	Identificar mecanismos concretos para asegurar que los beneficiarios a nivel comunitario participen en la planificación y monitoreo de servicios.	Establecer una carta de derechos del paciente.
	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.	Identificar ONGs con destrezas apropiadas y fortalecer aquellas que participan en salud comunitaria.
	Involucrar a la comunidad (donde ya existan servicios y estructuras) en la promoción de estilos de vida saludables.	Incluir a actores relacionados con la salud de las comunidades en la formulación de políticas y programas de salud local.
	Estimular la coordinación intersectorial para atender temas de salud desde perspectivas multisectoriales.	Promover el diálogo intersectorial entre los tomadores de decisiones y otro personal técnico.
	Gestionar y monitorear los recursos para lograr eficiencias deseadas.	Instituir cambios para facilitar la evaluación de las implicaciones para la salud de políticas y programas públicos.

### 10.3 Validación y sostenibilidad del proceso de implementación de las recomendaciones del análisis del sector de la salud

El proceso de implementación de las recomendaciones del análisis del sector de la salud va a encontrar resistencias derivadas de un complejo mapa de actores interesados, donde se combinan áreas de conflicto y de consenso. Por consiguiente, es perentorio identificar y describir los grupos de interés que pueden influir en la validación y en la sostenibilidad de las estrategias, planes y acciones. A continuación se presentan algunos grupos de interés y un breve análisis de los elementos que los animan.

#### 10.3.1 Identificación y descripción de grupos de interés

*Los seguros de salud privados.* Dentro del marco de modernización del Estado y de las reformas del sector de la salud se observa que los seguros de salud privados tratan de incrementar su presencia como intermediarios entre los financiadores, los proveedores y los usuarios (14). En consecuencia, ellos persiguen crear polos a favor de transformaciones profundas y rápidas en los modelos de financiamiento, aseguramiento y provisión públicos. Los seguros de salud privados suelen ver a los seguros públicos o a los sistemas públicos de atención a las personas, como amenazas potenciales. Y tienden a criticar sus supuestas rigideces e ineficiencias. Si se promueven reformas parciales, el interés prioritario de los seguros de salud privados es captar los segmentos más rentables de población («los mejores riesgos»). Los seguros de salud privados pueden estar a favor de la implantación de planes garantizados de aseguramiento con financiación pública en dos circunstancias: (i) si se dirigen a poblaciones con escasa capacidad de pago y elevados riesgos de salud, (ii) si ellos pueden funcionar como administradores del aseguramiento obligatorio con financiación pública. Los seguros privados de salud suelen estar a favor del establecimiento de procedimientos de racionalización de costos así como de mecanismos de acreditación y de mejoramiento de la calidad de los proveedores. Lo anterior con la probable excepción de aquellas aseguradoras que se hayan integrado verticalmente con alguna red concreta de proveedores.

*Los prestadores de servicios privados.* El gremio médico y los proveedores privados no constituyen un polo de interés monolítico. Pese a lo anterior un dato importante a tomar en consideración es que la segmentación del sector le permite, al prestador privado de servicios, discriminar precios en función de la capacidad de pago del comprador. En la medida en que los seguros privados se concentran en la parte de la población de mayores recursos, se abre la perspectiva de desarrollar una oferta médica tendiente a apropiarse de parte de las rentas que genera este grupo de población. En paralelo, la atención de la población más pobre también puede ser atractiva para los prestadores privados, en la medida en que se puedan bajar los estándares de calidad. Esto es posible porque una menor capacidad de pago, muchas veces va acompañada de los subsidios públicos que recibe este segmento de la población. Lo cual puede abrir la puerta a dinámicas de atención crecientemente discriminatorias que las autoridades de salud deben impedir, por ejemplo: estableciendo seguros de carácter universal, implementando mecanismos de certificación profesional y de acreditación y fomento de la calidad, y vinculando la entrega de la financiación pública al logro y mantenimiento de estándares de atención y trato a los pacientes.

*Los dirigentes políticos, sindicales y gremiales.* El gasto público en salud es un área particularmente atractiva desde el punto de vista de sus derivaciones políticas y especialmente de sus potenciales impactos electorales. De esta forma, el desarrollo de mecanismos dentro del Estado para la provisión de atención sanitaria puede servir de

justificación para solicitar presupuestos destinados a inversiones, compra de bienes y servicios y contratación de personal. Esto suele ser potenciado por los sindicatos y gremios del sector. Se pueden observar, de este modo, variados niveles de armonía entre el interés de la población por velar que se garantice la provisión de una atención de calidad, el de los sindicatos y gremios que presionan por un mayor gasto público en salud y el de los políticos por gestionar y administrar un mayor presupuesto. Las limitantes a esta tendencia suelen venir del lado de la sostenibilidad del gasto, del lado de la racionalidad (una parte relevante del gasto sanitario financia actividades que no tienen beneficios comprobados para los pacientes) y del lado de la equidad (una parte del gasto sanitario actual estaría mejor empleado en atender necesidades de salud más prioritarias). La dificultad radica en que estas limitantes suelen ser, a menudo, expresadas por pequeños grupos de «técnicos» y algunos decisores políticos que, aunque tratan de encarnar «la racionalidad del sistema», suelen carecer de suficiente capacidad de abogacía e influencia.

*Los gobiernos.* En general, la experiencia indica que, al interior de los gobiernos, no existen posiciones homogéneas en relación a las posibles políticas y recomendaciones a implementar en el sector de la salud. La excepción es la presencia de frentes monolíticos, mientras que la regla es la tradicional pugna entre enfoques divergentes. Sin embargo, en la Región de las Américas existen ya algunos ejemplos de cómo las políticas de salud, incluidas las reformas del sistema de salud, pueden ser políticas de estado, con vocación de continuidad de sus grandes lineamientos en el largo plazo, mediante la construcción de foros de concertación permanente o periódica de los principales actores sectoriales. Cuando esto sucede y se mantiene a lo largo del tiempo se observan impactos positivos, tanto sobre la situación de salud, como sobre otros aspectos de la vida política y social. Esto es particularmente importante en los países que cuentan con una administración federal o descentralizada del estado, y en otros, que no contando con este tipo de administración, han desarrollado procesos de descentralización de sus sistemas de salud. El liderazgo de la autoridad de salud consiste muchas veces en articular las dinámicas de concertación necesarias para llevar adelante los procesos de mejoramiento y cambio, en torno a plataformas que sean a la vez positivas para la salud de la gente y viables, en términos de la correlación de posiciones, intereses y fuerzas de los distintos actores.

*Las organizaciones no-gubernamentales.* Las últimas décadas han presenciado la aparición, crecimiento y multiplicación en todos los países de la Región de organizaciones dedicadas a trabajar en proyectos y programas sociales y de salud cuya característica distintiva es la de no formar parte del aparato de Estado. Se trata de organizaciones privadas aunque de naturaleza no empresarial, pues se distinguen por no tener fines de lucro. La mayor parte de las veces trabajan con los sectores más desfavorecidos y vulnerables. A veces, ellas actúan en esferas clásicamente consideradas propias de la actividad gubernamental como es la prestación de servicios de salud (15). En los años noventa han llegado a constituirse en actores de primera línea en la dinámica política y en la oferta de servicios en buena parte de los países de la Región (16). Las políticas públicas, especialmente en los sectores sociales, no pueden ya diseñarse o ejecutarse sin considerar el papel que cabe atribuir en determinada iniciativa o programa a las organizaciones no-gubernamentales (ONGs) (17). Uno de los grandes retos consiste en establecer los mecanismos de asociación más adecuados entre las autoridades de salud y estas organizaciones.

*La sociedad.* La participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud, el respeto de los derechos ciudadanos y la búsqueda permanente de niveles adecuados de satisfacción para los usuarios están emergiendo, cada vez con mas fuerza, como los nuevos ejes orientadores de las políticas de salud. Por tanto, resulta clara la necesidad de tener presente consideraciones de viabilidad política de las recomendaciones

propuestas, expresada en la capacidad de presión de los actores políticos no sólo para oponerse a las recomendaciones, sino que también para acomodar sus intereses al nuevo escenario de transformaciones y lograr cambios favorables, que consoliden sus posiciones de poder, sin afectar aquellas transformaciones que buscan beneficiar a la población como un todo. La experiencia demuestra que los puntos de vista de los individuos no siempre coinciden con los de las asociaciones o grupos a los que pertenecen o les representan. El punto de vista de los usuarios finales de los servicios a menudo no coincide con el de la población no usuaria, respecto del mismo servicio. De la objetivación de estas diferencias, y del análisis compartido de sus causas, a veces con los mismos grupos o colectivos implicados, pueden extraerse valiosas conclusiones para el rediseño de estrategias y acciones sostenibles.

### ***10.3.2 Validación y sostenibilidad de las recomendaciones del análisis del sector de la salud***

La validación y sostenibilidad de las recomendaciones que emanen del análisis sectorial se logrará sólo en la medida en que se haya involucrado a la sociedad civil y a los grupos de interés en la definición de éstas. Por ende, con el objetivo de lograr un consenso amplio se requiere la promoción del dialogo social. Aunque este es un tema que debe ser definido a nivel de cada país (o provincia, región o estado), a continuación se presenta un breve resumen de buenas prácticas para la implementación de un proceso de dialogo social exitoso (18).

- a. Incorporación de la sociedad civil, ONGs, representantes de la rama judicial del Gobierno, partidos políticos, así como de la rama ejecutiva.
- b. Promoción de poderes públicos transparentes, mediante la disponibilidad de información completa, confiable y disponible a todos los grupos de interés en igualdad de condiciones.
- c. Compromiso del gobierno con el proceso de implementación de las recomendaciones del análisis, que se traduce en la asignación de recursos humanos, técnicos y financieros para su cumplimiento.
- d. Definición clara de las recomendaciones del análisis, por medio de la definición de objetivos medibles y alcanzables.
- e. Integración de las necesidades y demandas de los usuarios con los niveles técnicos que las atienden.
- f. Promoción de un proceso continuo de retroalimentación, en función de las experiencias adquiridas por los niveles técnicos y los usuarios.
- g. Fortalecimiento institucional de las entidades del sector salud involucradas, para poder implementar las recomendaciones definidas y consensuadas.

### **Guía instructiva para el análisis de la validación y sostenibilidad del proceso de implementación de las recomendaciones**

#### **Posibles preguntas orientadoras (19)**

- ¿Cuáles son los grupos de interés que pueden influir en la aplicación de las recomendaciones del análisis del sector?
- ¿Se ha definido un proceso de dialogo social para la identificación e implementación de las recomendaciones del análisis del sector?

- ¿Se han incorporado los grupos de interés relevantes en el proceso de diálogo social?
- ¿Existe un compromiso explícito del gobierno con el proceso de implementación de las recomendaciones del análisis, que se traduce en la asignación de recursos humanos, técnicos y financieros para su cumplimiento?
- El marco político, económico y social, ¿apoya la implementación de las recomendaciones del análisis del sector?
- El marco legal general, ¿opera favorablemente?
- ¿Se han definido objetivos medibles y alcanzables para las recomendaciones del análisis sectorial?
- ¿Existe correspondencia entre los objetivos a alcanzar y los medios disponibles?
- ¿Existen compromiso y capacidad institucional en el sector para implementar las recomendaciones tanto en el corto como en el mediano plazo?

### **¿Dónde obtener la información?**

La composición del grupo encargado de redactar este capítulo se hace teniendo en cuenta la especial naturaleza del análisis de los temas incluidos en el mismo. La propia experiencia de sus miembros y las discusiones al interior del grupo contribuyen poderosamente a la preparación de este apartado del capítulo final del análisis del sector de la salud. Mucho del trabajo realizado para el *Capítulo 9* puede ser útil aquí. También puede serlo la información recolectada en los *Capítulos 3 y 5* así como en los resúmenes de las *Secciones I y II*. Otra fuente son las entrevistas a informantes clave.

### **¿Cómo presentarla?**

Se recomienda una redacción narrativa que emplee párrafos cortos, uno para cada tema relevante, destacando los hallazgos y las propuestas para los políticos que toman las decisiones.

## **Bibliografía (Capítulo 10)**

- (1) Dror, Y (1986) *Policy-Making Under Adversity*. New Brunswick, Transaction Books.
- (2) Easton, D.A. *Framework for Political Analysis*. Lasswell, H. (1958) *Politics: Who Gets What, When, How*. New York: Meridian Books (originally published in 1936).
- (3) Adaptado de Peter, G. (1996) *The Policy Capacity of Government* Research. Paper No. 18. Canadian Centre for Management Development. Minister of Supply and Services, Canada. Catalogue Number Sc94-61118.
- (4) Majone, G. *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven, Yale University Press, p. 119.
- (5) Quade, E.S. (1975) *Analysis for Public Decisions*. New York: American Elsevier. Stokey, E. Y R. Zeckhauser, A *Primer for Policy Analysis*. (1976 y 1995) New York: W.W. Norton.
- (6) Stone, D. (1988) *Policy Paradox and Political Reason*. Little Brown, Scott Foresman. Boston.
- (7) Véase por ejemplo: Durch, JS; Bailey, LA and Soto, MA (1997) *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring*. National Academy Press. Washington, D.C. Handler A, Issel M and Turnock B. (2001) *A conceptual*

*framework to measure performance of the public health system.* Am J Public Health, 91:1235-1239.

- (8) Algunos ejemplos incluyen: World Health Organization (1991) Regional Office for Europe. *Targets for health for all. The health policy for Europe.* Copenhagen. Commonwealth Department of Human Services and Health. Commonwealth of Australia (1994) *Better Health Outcomes for Australians. National Goals, Targets and Strategies for Better Health Outcomes into the Next Century.* U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Healthy People 2000 - 2010.* Washington, D.C. Office of the Provincial Health Officer (1995) *Health Goals for British Columbia: identifying priorities for a healthy Population.* Ministerio de Salud Pública (2001) *Salud Uruguay 2010* Montevideo.
- (9) Lowi, Theodore. Four Systems of Policy, Politics and Choice. Public Administration Review 1972; 32 (July/August): 298-310.
- (10) Lowi, Theodore. Four Systems of Policy, Politics and Choice. Public Administration Review 1972; 32 (July/August): 298-310.
- (11) McCubbin, M., Labonte, R., and Dallaire, B. (2001). *Advocacy for Healthy Public Policy As A Health Promotion Technology.* Centre for Health Promotion. <http://www.utoronto.ca/chp/symposium.htm>.
- (12) Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. y Themba, M. (1993). *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention.* London: Sage. Citado por McCubbine et. al.
- (13) Inter-American Development Bank / Panamerican Health Organization. *Caribbean Regional Health Study.* 1995.
- (14) Giordano, O y Colina J. (2000) *Economía Política de las Reformas En: La Hora de los Usuarios* Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo/Centro de Estudios Salud y Futuro.
- (15) Allison, A. and Macinko, J. (1993) *PVOs and NGOs: Promotion of Democracy and Health.* Data for Decision-Making Project. Boston.
- (16) Bresser Pereira, L.C. & N. Cunill Grau. (1997) *Lo público no-estatal en el nuevo estado del siglo XXI* Documento de referencia. Mimeo. Caracas.
- (17) Navarro, JC *Las ONGs y la Prestación de Servicios Sociales en América Latina: El Aprendizaje ha Comenzado.*
- (18) Inter-American Development Bank (2002) Seminar Proceedings. The Role of Social Dialogue on Social Reform: Implications for IDB Social Development Strategy, Santiago, Chile.
- (19) Tomado en parte de: Lashman Hall, K. (1984) *Health Sector Analysis: Issues and Methods.* Borrador. World Bank. p.53. Washington, D.C.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS<sup>1</sup>

**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, la penosidad 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.

**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<sup>2</sup>. 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. Los mismo rige en el nivel de provisión.

<sup>1</sup> La fuente de las definiciones es OPS/OMS, excepto en los casos donde se indica.

<sup>2</sup> 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.

**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.

**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)<sup>3</sup>.

**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.

---

<sup>3</sup> 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.

**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»<sup>4</sup>.

**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

**Otras variables sistémicas determinantes de los servicios de salud:** Corresponde a variables de tipo sistémicas, las cuales que 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.

**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.

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

---

<sup>4</sup> Lobo, F., Velásquez, G. «Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas». OMS/Universidad Carlos III/Editorial Civitas. Madrid. 1997.

**Reforma Sectorial:** La Reforma Sectorial (RS) se ha definido como «un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan». Aplicando rigurosamente la definición anterior, no todos los cambios introducidos en el sector podrían ser denominados RS. De hecho, la realidad en este campo es muy diversa en la Región, observándose importantes variaciones tanto en las dinámicas como los contenidos de los cambios que la mayoría de los países están introduciendo. En unos casos, los cambios son sustantivos y proyectos de RS definidos como tales están en discusión y no se han implementado todavía. En otros, se han ido introduciendo cambios en áreas como el financiamiento, el manejo de los pacientes u otros sin que se afecten las responsabilidades fundamentales de los principales actores públicos y privados. Hay casos en que los cambios son sustantivos y planificados pero se conocen bajo denominaciones distintas a «Reforma» (por ejemplo, Plan para la Modernización del Sector). Y otros, en los cuales se modifican la globalidad de las funciones de una de las instituciones públicas importantes pero no las restantes.

**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 a 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).

**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).

**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»<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Lanfond, A. «Sustaining primary health care». Save The Children Fund, Earthscan Pub. Ltd. London. 1995.

## ANEXO A. VIH/SIDA

### I. 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 del África (Sub-Sahara), se estima que hay 3 millones de personas infectadas por el VIH en la Región. En realidad, el Caribe tiene las tasas de prevalencia de infección por VIH en adultos más altas, 2,2 por ciento, superadas solamente por las del África (Sub-Sahara) (2).

En ese mismo período, había aproximadamente 940.000 adultos y niños con infección 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 comprendían 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 de 6 por ciento; en cambio, en Estados Unidos es de 0,6 por ciento, y de solo 0,1 por ciento, en Bolivia (3).

Además del extraordinario sufrimiento humano, la pandemia se ha convertido en una causa importante de inestabilidad social, política y económica (4). Un estudio realizado recientemente en Trinidad y Tabago y Jamaica reveló que, si no se controla, la incidencia creciente de la enfermedad conducirá a una caída del producto interno bruto y una disminución del nivel del ahorro interno (5). Además, la infección por el VIH/SIDA en la Región podría dar lugar a una «generación perdida», como ha sucedido en el África (Sub-Sahara), 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). En vista de esto, 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; la atención, el apoyo y el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA; la protección de los derechos humanos de los que viven con la infección o sus consecuencias; la reducción de la vulnerabilidad de grupos en riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA; la

asistencia especial a las niñas y los niños huérfanos a causa de la enfermedad; la mitigación de los efectos sociales y económicos de la infección por el VIH/SIDA; la inversión en la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos o vacunas; y la asignación de recursos adicionales a la lucha contra la pandemia (8).

El tema de la infección por el VIH/SIDA en las Américas también mereció la atención debida de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS en el 43.º Consejo Directivo, en septiembre de 2001. El Consejo instó a los Estados Miembros a que otorguen un alto nivel de prioridad a combatir 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) terminó recientemente un proceso amplio de consultas regionales sobre la «Estrategia mundial del sector sanitario para el fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud al VIH/SIDA», cuyo objeto 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—para apoyar de mejor manera a las autoridades de los Estados Miembros a combatir 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, prestar atención, tratamiento y apoyo a todas las personas con infección 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 estas tareas; recursos adicionales son mencionados al final del capítulo.

## 2. Políticas y programas nacionales: legislación y monitoreo

El apoyo y el compromiso cabal de los gobiernos nacionales son imprescindibles para que se adopten medidas eficaces contra la pandemia de la infección por el VIH/SIDA. Para conseguir tal apoyo, es preciso 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 proporcionar a los países información detallada acerca de la prevalencia y la incidencia de la infección en diversos sectores de la población. Sin embargo, tal vigilancia epidemiológica es compleja y exige recoger 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 facilitó a los países el seguimiento de los casos posibles, bien fuera por medio de la vigilancia de la población infectada por el VIH o de los datos recogidos sobre comportamientos de riesgo. Los sistemas de vigilancia en vigor están superando progresivamente esta limitación.

La **vigilancia de productos biológicos** consta de dos actividades, en conjunto o por separado: 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 los 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 mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatales (11).

Los datos de vigilancia sobre grupos de alto riesgo a menudo se obtienen de **pruebas anónimas** o por medio de programas de **orientación y pruebas voluntarias** (OPV). La prueba anónima puede producir resultados relativamente imparciales, ya que se 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 proporciona a quienes conocen su estado de infección medios para evitar infectar a otros, y a las personas con resultados negativos a las pruebas, la posibilidad de protegerse ellas mismas (12, 13). Mediante la exposición de los grupos de alto riesgo a la reducción de riesgos, los programas de OPV pueden promover menos compañeros sexuales y el uso de condones más frecuente de las personas infectadas. La prueba también provee a las embarazadas 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 de los programas de rehabilitación y tratamiento para el abuso de drogas.

La **vigilancia conductual** puede adoptar cualquiera de 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 de consumo de drogas. Otras fuentes de información proporcionan datos de casos de infección por el VIH y SIDA, notificados por médicos o laboratorios a una autoridad sanitaria central o regional, 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?
- ¿Hay actividades, como las 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 conexos 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 del VIH a efectos de diagnóstico y clínicos, especialmente con respecto a la confidencialidad y las prácticas de divulgación de información.
- Reglamentación de las relaciones entre los sectores público y privado para asegurar la prestación de atención y el envío de pacientes entre diferentes establecimientos asistenciales.
- Políticas nacionales sobre fármacos y listas de medicamentos esenciales.
- Reglamentación y normalización del uso de tratamientos indicados contra la infección por el VIH (como el antirretrovírico).
- 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 las materias que puedan aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH/SIDA como: 1) sexo, raza, sexualidad y pobreza, además de 2) estigma y discriminación (16).

Sin embargo, la aplicación de las leyes en vigor 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 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?
- ¿Qué tanta fuerza tienen las leyes, y a quién se aplican?
- ¿Cuáles son las consecuencias de no cumplir con estos 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 que se pueda aplicar a 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 a las personas que todavía no han contraído la infección y de garantizar el acceso equitativo al diagnóstico, el tratamiento y el apoyo de todos los afectados por la infección por el VIH/SIDA. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento deben ser complemento y parte integrante de las medidas integrales 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 una estrategia de control del SIDA, en especial ya que las mujeres representan 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 o el nacimiento, o por medio de la leche materna, a menos que haya intervenciones preventivas.

Las estrategias para prevenir la TMH suelen abarcar los componentes siguientes (19):

- prevención primaria del VIH en las mujeres en condiciones de embarazarse;
- pruebas voluntarias combinadas con orientación sobre opciones reproductivas;
- tratamiento antirretrovírico (ARV) durante las últimas semanas del embarazo o alrededor del parto para las embarazadas VIH-positivas;
- evitar la lactancia materna, o
- 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 curso de la 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 acento en la reducción de la carga vírica materna también puede reducir la tasa de transmisión adulta en la comunidad. Sin tratamiento, estas 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?

Ya que la transmisión del VIH es sexual 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 normalmente se ha limitado 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 las prácticas sexuales menos peligrosas o las actividades para cubrir ciertos grupos en riesgo, como los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas inyectables. Es importante

evaluar las clases de educación sobre el VIH/SIDA que promueve 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 halló que 28 por ciento de los encuestados tenían 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 apenas el 62 por ciento de los entrevistados eran 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 necesitan encargarse de la disponibilidad y la calidad de los condones (28).

- Los condones deben estar disponibles en el país, sean de fabricación nacional o importada, en cantidades suficientes para la población sexualmente activa.
- Los condones se deben distribuir en la totalidad del 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 una estrategia de prevención de la infección por el VIH/SIDA. Los programas para reducir la práctica de compartir agujas, bien sea mediante campañas educativas o del 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.<sup>1</sup> No obstante, muchos gobiernos no respaldan tales programas, para no prestar ayuda a las personas que incurren 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 en las escuelas?
- ¿Saben 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 en el 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 UDI?

También es muy importante controlar los **bancos de sangre** nacionales. En todo el mundo, 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 100 por ciento de las donaciones voluntarias de sangre proviene de donaciones voluntarias. Sólo 16 países —ocho en el Caribe de habla inglesa, seis en América Latina, Canadá y Estados Unidos— informan someter 100 por ciento de las unidades donadas a detección del VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC). Los datos de la Región, excluidos los de Canadá y Estados Unidos, indican que 99 por ciento de todas las unidades de la sangre recogidas se someten a detección del VIH y el VHB, y 60 por ciento, 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 que ha recogido 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 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, la planificación para disminuir los riesgos y facilitar la adaptación de las personas, la 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 a 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 antirretrovírica 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 monoterapia.

Un manejo integral de la infección por el VIH/SIDA determinará los pacientes que tengan más necesidad de comenzar el tratamiento para que los pacientes que reciban terapia ARMA obtengan atención de la mejor calidad. El objeto del tratamiento es reducir la transmisibilidad del VIH al bajar la carga vírica de los pacientes. Se ha documentado mediante pruebas concretas la reducción de la carga vírica en la sangre y en los humores de los pacientes en terapia ARMA (36). Ya que 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 fiable y asequible de medicamentos. En general, la terapia ARMA ha alcanzado un costo prohibitivo en casi todos los países. Las negociaciones y la cooperación recientes con la industria farmacéutica han logrado la reducción del precio de estos medicamentos, aunque para muchos países este precio reducido quizá todavía esté 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 antirretrovíricos 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 antirretrovíricos más comúnmente usados y los distribuye gratis a casi 60.000 personas con el SIDA (38).

Otros países se han asociado formalmente ya que las asociaciones tienen 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 contra el SIDA de 12 países en la Región, que pretende lograr que se ofrezca una reducción de los precios no solo a los países que pueden comprar grandes volúmenes, sino también a los países más pequeños que están pagando precios elevados por sus medicamentos antirretrovíricos (39). Asimismo, la Comunidad del Caribe (CARICOM) acaba de lanzar una campaña de negociación con las empresas farmacéuticas para adquirir los antirretrovíricos de precio bajo usando un fondo rotatorio regional que proporcionaría a los laboratorios una exención del pago de impuestos y derechos (40).

De todas maneras, muchos países dependen del financiamiento de donantes para obtener los medicamentos. Ha sido en fecha reciente apenas que los organismos donantes han estado dispuestos a prestar apoyo a las intervenciones contra la infección por el VIH mediante «tratamientos», como la terapia ARMA. Tradicionalmente, los donantes han preferido apoyar exclusivamente los programas de prevención, puesto que estos últimos han demostrado su eficacia más elevada en función de 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) para prevenir la transmisión al igual que para ayudar a

las personas con infección 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 de casos y testigos desde los años ochenta (42). El tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual reduce en los pacientes tanto la carga vírica 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 la infección por el VIH en un consultorio rural en Haití, 46 por ciento presentaban 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 el tratamiento antirretrovírico 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 antirretrovíricos?
- ¿Cómo se vigila la calidad de los medicamentos?
- ¿Qué mecanismos se usan para distribuir los antirretrovíricos?
- ¿Es habitual someter a las personas infectadas por el VIH/SIDA a tamizaje 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 los **programas integrales de prevención y tratamiento de la infección por el VIH/SIDA** de alta calidad. 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 infecciones oportunistas y con antirretrovíricos 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 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 solo 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 proporcionarse en todos los niveles del sistema de salud, incluidas las clases de 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 asignar prioridades

y edificar puentes para que se lleven a cabo intervenciones de complejidad creciente en diferentes niveles del sistema de salud. Sin embargo, a fin de que la red de atención integral funcione adecuadamente, se necesita: a) definir papeles y funciones en cada punto del proceso continuo de la 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 han de 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 proveyendo una gran cantidad de intervenciones en el sistema de salud completo. Sin embargo, la mayoría de los países no pueden 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 algunas 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 aun en las zonas donde los recursos son limitados, habría que poder prestar atención de calidad tal que asegure la sostenibilidad y el mejoramiento de la calidad de vida y la productividad de las personas con infección 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 viable 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 infraestructura, financieros, técnicos, y 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, 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 antirretrovírico 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 antirretrovíricos 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 en exceso costosos, como los medicamentos antitumoral, 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 antirretrovíricos y servicios especializados.

En cada paso, los elementos se deben leer de arriba a 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 en su totalidad en cada nivel del sistema de salud. Los cimientos básicos en que se sustentan los servicios del escenario I debe 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. En particular, es 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 surta efecto como estrategia contra la infección por el VIH/SIDA, es importante asegurar que se consideren los factores determinantes sociales de la salud, especialmente en lo que se refiere a las relaciones de poder relacionadas con el género en la comunidad de un paciente que pudieran dificultarle actuar de manera independiente. La necesidad de que los programas contra la infección por el VIH/SIDA adopten un sistema de 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 los últimos decenios, ha habido un cambio de orientación de la atención hospitalaria a 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 lugar de la atención primaria integral (52). Esto es especialmente peligroso para la atención en materia de 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

- ¿Qué escenario de *Construyendo paso a paso* es conveniente para el país?
- ¿En qué medida provee atención integral el país? ¿Es general el acceso a la atención?
- ¿Cuáles son las barreras a la prestación de la atención integral y cómo se pueden superar?
- ¿Los modelos actuales de atención tienen en cuenta los factores determinantes sociales de la infección por el VIH/SIDA, como la pobreza y la desigualdad de género, e intentan resolverlos?
- ¿Cómo pueden incorporarse el ideal de conceder el poder de decisión a los pacientes en el desarrollo de 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 prestar 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 el Paludismo. El Fondo Mundial es un mecanismo de financiamiento que administra, desembolsa y atrae entre 7.000 y 10.000 millones de dólares anualmente por conducto de 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 público, privados y no gubernamentales para apoyar las intervenciones «técnicamente sólidas y económicas» para la prevención, el tratamiento y el apoyo. Las intervenciones viables deben dirigirse 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 los 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, anunciadas en abril de 2002, se financiaron varios proyectos en las Américas: en Haití, Argentina, Chile y Panamá.

En particular, el Fondo Mundial está financiando los programas que amplían el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA con medicamentos antirretrovíricos. En realidad, la primera ronda de financiamiento produjo un aumento de seis veces del tratamiento antirretrovírico en África (54). Los proyectos que se financiaron en América Latina y el Caribe ampliarán de igual manera el acceso al tratamiento, que mejorará las vidas de cientos de miles de personas que habitan en regiones con 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, que incluyan el acceso a los antirretrovíricos. El fondo solicita periódicamente propuestas de programas. La información sobre las condiciones para presentar una propuesta de un país se encuentra en la página web del Fondo: <http://www.globalfundatm.org>.

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 a menudo exigen un 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 misma 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 con 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 se usará para financiar los costos médicos para quienquiera que necesite los fondos del grupo durante el período en cuestión. Ya que las personas en general tienen aversión a los riesgos, es mejor 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 un mecanismo de combinación de riesgos que cubra a las personas infectadas por el VIH/SIDA?
- De lo contrario, ¿qué medidas cabe 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 dado se puede conseguir de los sistemas nacionales de vigilancia, como se menciona más arriba. Las organizaciones internacionales de la salud también recogen parte de esta información y pueden ser una fuente útil para quienes estén interesados en comparar su 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 tendría que 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 indagación.

- *El reto de la pandemia de infección por el VIH/SIDA para la reforma y fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud en ALC*, documento preparado para el Foro Regional de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, febrero de 2002, Ocho Rios, Jamaica. Dirección: [http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jam\\_documpresent\\_esp.htm](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jam_documpresent_esp.htm).
- *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. Dirección: [http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB\\_Summary\\_span.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf).

- *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). Dirección: [www.who.int/HIV\\_AIDS/HIV\\_AIDS\\_Care/esp\\_w.pdf](http://www.who.int/HIV_AIDS/HIV_AIDS_Care/esp_w.pdf). (Resumen de orientación).
- *Ampliación de la respuesta al VIH/SIDA*. 54ª 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: [www.paho.org/Project.asp?SEL=PR&L\\_NG=SP&CD=docs\\_gen](http://www.paho.org/Project.asp?SEL=PR&L_NG=SP&CD=docs_gen).
  - Información sobre el Fondo Mundial: [www.paho.org/English/HCP/gfatm.htm](http://www.paho.org/English/HCP/gfatm.htm).
- Organización Mundial de la Salud (OMS): [www.who.int/HIV\\_AIDS/about\\_hiv&BrochureSpanish.pdf](http://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](http://www.unaids.org).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): [www.undp.org/VIH](http://www.undp.org/VIH).
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID): [www.usaid.gov/pop\\_health/aids/](http://www.usaid.gov/pop_health/aids/).
- Banco Mundial: [www.worldbank.org/aids](http://www.worldbank.org/aids).
- Harvard Aids Institute [Instituto del SIDA de Harvard]: [www.aids.harvard.edu](http://www.aids.harvard.edu).

## **8. ¿Cómo presentar la información?**

La información que se obtiene mediante un análisis del programa y la estrategia nacionales contra la infección por el VIH/SIDA en el país debe ponerse 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 acerca de 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 podría concentrar en un informe anual. Estos informes podrían contener diagramas de flujo que describan la cooperación intersectorial que se haya organizado a fin de garantizar la prestación de la atención integral a la totalidad de las personas que vivan 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 tratar las causas de la enfermedad y los medios para prevenirla, así como los recursos para la atención y el tratamiento. Hay varias modalidades educativas; la elección depende de la situación y 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 tienen 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 el Paludismo, los informes deben adoptar el formato prescrito por las normas de propuesta del Fondo (<http://www.globalfundatm.org/proposals.html>).

## Bibliografía y notas (Anexo A)

- (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](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](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.who.sea.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](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](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/hivaidsinfo/statistics/june00/map/MAP\\_Stats\\_america.pdf](http://www.unaids.org/hivaidsinfo/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](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., *AIDScience*. 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 la confidencialidad de la información a los clientes 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/emergencies/manual/a1.htm>.

- (26) UNAIDS–HIV/AIDS and the voices of the children: a wake up call. Dirección: [http://www.uniceflac.org/ingles/cartilla/hivaid\\_voices.htm](http://www.uniceflac.org/ingles/cartilla/hivaid_voices.htm).
- (27) Department of HIV/AIDS – WHO. Knowledge about HIV/AIDS/STIs. Dirección: [http://www.who.int/HIV\\_AIDS/first.html#HIV%20Prevention](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](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/ioviv/iov11/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](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](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](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](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](http://www.york.ac.uk/inst/che/pooling.pdf).

## ANEXO B.

### VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES<sup>1</sup>

La realidad de la prevención, mitigación y atención a los desastres en América Latina y el Caribe es diversa y compleja. Requiere 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 del país 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.

#### I. 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, basada en adecuados sistemas de informaciones para identificar las causas y sus factores determinantes (4).

La vulnerabilidad de la región está determinada por las características geográficas, por las condiciones climáticas y por 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 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 desastres?
- ¿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?
- ¿Existe un sistema nacional de acumulación y distribución de alimentos y otros elementos de supervivencia?

---

<sup>1</sup> Dr. Cleofe Molina (Ministerio de Salud, Chile).



- ¿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 WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse cuadros o tablas resumen.

## **2. Características geográficas**

La región tiene riesgos 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 urbanos que eviten las fallas geológicas para el caso de los terremotos y el alcance probable de las mareas en las poblaciones de la costa, para el caso de los maremotos.

### **2.2 Deslizamientos de tierra**

Interesa conocer los planes de desarrollo urbanos para 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, estimación 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 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, los planes de desarrollo urbano y rural que eviten las zonas amagadas y las zonas potencialmente amagables por 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, Página WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

#### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse 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 de 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 para 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 lluvia, la infraestructura vecina a las zonas de salidas de cauce 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**

- ¿El sistema de vigilancia epidemiológica incluye 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, diques, y del flujo de ríos y canales, y se conocen y se 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?
- ¿Las inundaciones y las sequías tienen efecto 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 WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

#### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse cuadros o tablas resumen.

## **4. Desastres causados por el hombre**

Derivan del abuso del ambiente, de vacíos legales y de fracasos de la regulación. En general se requiere describir, si lo hay, el sistema de información y de educación a la comunidad, identificar las áreas geográficas y los grupos humanos de mayor riesgo, identificar a 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 de 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 radio-comunicaciones 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 desmantelamiento, identificar las áreas geográficas contaminados 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 domiciliario 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, menores y áreas rurales. Se necesita identificar los ríos y lagos contaminados por desechos, las áreas geográficas cuya atmósfera está contaminada por material particulado 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 del trabajo y enfermedades profesionales tiene serios déficit 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**

- ¿El marco jurídico es suficiente para proteger el medio ambiente y la regulación es 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 estos grupos?
- ¿Existe el catastros de bosques, de áreas protegidas, de áreas deforestadas y de los cursos de aguas 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?

- ¿Están identificados 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?
- ¿Se identificaron los campos minados y se encuentran en desmantelamiento?
- ¿Se identificaron las áreas contaminados 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 identificados 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 WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

#### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse cuadros o tablas resumen.

## **5. Estimación de la población en riesgo**

Con el SNPMAD se espera que los desastres no produzcan daños o 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 urbano y rural, por sexo, por grupos etarios y clasificada según 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 informaciones a utilizar en las fases de preparación y administración de los desastres. Interesa el

alfabetismo total y el analfabetismo por desuso desagregado según urbano rural, sexo, 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

Interesan 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 adulto 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 aumento esperado de dichas patologías en cualquier situación de desastres. Adicionalmente, se requiere conocer la cantidad y la capacidad de respuesta de los trabajadores de empresas de utilidad pública y de los miembros de las fuerzas armadas y de 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 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 fallas geológicas indican que los departamentos A, B, C, y D son los de mayor riesgo de repetir el fenómeno.

- Alternativa 1. Los cuatro departamentos, tienen población urbana, alfabetizada y con escasa extrema pobreza. Por lo tanto, los recursos podrían dedicarse 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 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 casos 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 debe avanzar en el estudio 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 letrinización 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 adulto mayor?
- ¿Se conoce la población de discapacitados y la población en extrema pobreza?
- ¿Se conoce la cantidad de trabajadores de empresas de utilidad pública y de las fuerzas armadas?
- ¿Es posible ordenar los daños según magnitud, trascendencia y vulnerabilidad y según 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 WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse 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, son de larga duración y de alto costo. Pero es imprescindible hacerlos, con énfasis en 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 en lo relativo a estructura, arquitectura y sistemas de protección de las personas, de los equipos y los procedimientos para manejo y evacuación en caso de incendios y explosiones.
- Vulnerabilidad de las vías de comunicaciones: Especial relevancia tiene analizar la vulnerabilidad de carreteras, aeropuertos, puertos y los sistemas de telecomunicaciones como telefonía fija, telefonía móvil y radio-comunicaciones. Debe describir las coberturas actuales, los cálculos estructurales, sus sistemas de mantenimiento y la capacidad de respuesta para soluciones rápidas.

### 6.2 Infraestructura organizacional

En donde es importante definir la estructura y 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. Presidido por el Presidente de la República, integrado por los Ministros de Estado y podrá incorporar a las instituciones que estime.
- Funciones del Comité Nacional: El análisis funcional debe mostrar si existe una entidad central, del máximo nivel administrativo del gobierno que defina las políticas y apruebe el Plan Nacional del SNPMAD y la propuesta de presupuesto anual. Debe identificar a 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 para incluirlos en los programas de educación del Ministerio de Educación y de las demás instituciones de educación técnica y superior. Debe identificar también a la entidad que propone al Presidente de la República la declaración de estados de desastre.
- Comité territorial del SNPMAD: La descripción debe incluir las dependencias subnacionales y sus relaciones con el municipio.
- Comisiones de trabajo intersectoriales: Considerar si participa educación, información, fenómenos naturales, seguridad, salud, ambiente, suministros, infraestructura y operaciones. Tendrá instancias nacionales y subnacionales y considera la integración entre instituciones civiles y militares.
- Capacitación institucional: Consiste en capacitar a los altos niveles de gerencia del nivel gubernamental en la administración de desastres. 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 frente 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 el origen 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 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 es la creación de refugios y aplicar los planes de asistencia médica y evacuación.

### **6.4 Fuentes de financiamiento**

Puede mezclar 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: El gobierno puede obtener del Ministerio de Hacienda para casos de desastres y que representa un porcentaje acordado en la Ley anual de presupuestos (algunos países identifican partidas de hasta el 2% del presupuesto general para estos fines).
- Fondos de donaciones: Son 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 de los equipos? ¿Existen normas, y se aplican, para prevenir incendios y explosiones?
- ¿Se efectúan ejercicios regulares de evacuación?
- ¿El diseño de carreteras, aeropuertos y puertos considera la vulnerabilidad frente a desastres?
- ¿Cuál es la seguridad de los sistemas de telefonía fija, telefonía móvil y radio-comunicaciones?
- ¿Cuáles la cobertura actual de todos los sistemas de comunicaciones?

- ¿Existe un sistema nacional de mantenimiento para todas las vías de comunicaciones?
- ¿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 la propuesta de presupuesto anual?;
- ¿Quién propone las medidas operativas para ejecutar el plan del SNPMAD?
- ¿Quién propone el contenido curricular acerca de 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 y cuáles instituciones participan?
- ¿Está incluida salud, educación, seguridad ciudadana, servicios nacionales de informaciones, ambiente, suministros, infraestructura y operaciones?
- ¿Es entrenado el personal de salud y del estado en prevención, mitigación y atención a los desastres?
- ¿Considera el CN la integración entre instituciones civiles y militares?
- ¿Es la capacitación comunitaria un esfuerzo deliberado para capacitar 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?
- ¿Como 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 la selección de albergues y quién aplica los planes de asistencia médica y de 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 la Página electrónica de OPS/OMS, entre otras.

### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse 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 que aplican las instituciones públicas y privadas, asociadas 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**

Se necesita establecer si existe el SNPMAD, evaluar si su estructura es coherente con las funciones previstas e identificar los mecanismos de colaboración multidisciplinario, interinstitucional, e intersectorial. Asimismo, se requiere 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 las situaciones de desastres, orientará al analista para emitir juicios respecto de la relación entre los objetivos declarados y los resultados observados.

En la perspectiva de los procesos se 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

En la perspectiva de los resultados deberá pronunciarse acerca de cuan eficaz, eficiente y oportuna es la respuesta inmediata, con cual cobertura, oportunidad e integralidad se logra la curación y rehabilitación de las personas afectadas y en que plazos y en cual cobertura se logra la reconstrucción de las áreas afectadas por un desastre.

### **7.4 Funciones del SNPMAD**

Requiere explicitar sus funciones. Para ello se identificarán las siguientes funciones:

- Previsión de los posibles daños a la población, infraestructura física y el ambiente en general y el riesgo de discontinuidad del Gobierno y sus Instituciones.
- Diseño, aprobación y supervisión a la ejecución de los planes del SNPMAD, definición de las funciones de las entidades públicas y privadas, y 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 los trabajos para su ejecución.
- Fomento de la investigación científica y técnica para conocer las causas y asegurar el monitoreo permanente de los fenómenos que puedan 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. Análisis también, de la forma como los gobiernos regionales y locales asumen como responsables primarios de la respuesta en su ámbito territorial.

#### **Posible preguntas orientadoras**

- ¿La definición operacional del SNPMAD está considerada 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 se señalan las obligaciones a garantizar 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 para el autocuidado?;
- ¿Cuales son los procedimientos para asignar recursos?
- ¿Existe un Comité de emergencia y un Gabinete social de Ministros? ¿Adscritos a la Presidencia de la República? ¿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 la respuesta inmediata es 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.
- ¿Se ha preparado una lista de los posibles daños a la población y a la infraestructura física y al ambiente?
- ¿Se ha evaluado el riesgo de discontinuidad del gobierno y de sus instituciones en caso de desastres?
- ¿Se ha diseñado, aprobado y supervisado 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?
- ¿Hay 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 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 WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

#### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse cuadros o tablas resumen.

### **8. La unidad técnica del ministerio de salud**

En muchos países es la unidad clave para la continuidad a 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 de 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 en el 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 comprender la prevención, preparación y mitigación de 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 a 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, equipamiento y personal y la capacidad real para mitigar los efectos de un desastre. Especial relevancia tienen 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 debe incluir:

- Los riesgos potenciales identificados como prioritarios para el establecimiento
- Los sistemas de comunicaciones para coordinación interna.
- Los sistemas de distribución de personal e insumos de uso médico y alimentarios. 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 con 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, ya sean medidas administrativas o sean proyectos de inversión.

Así, se identifican los vacíos de cobertura, ineficacias e ineficiencias de los programas de prevención, mitigación y atención a desastres. Así, dado que algunos puntos críticos aparecen como susceptibles de ser abordados por proyectos de intervención, es posible elaborar una propuesta de factores de producción requeridos en cuanto a recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos y organización del sistema.

## 8.4 *La participación ciudadana*

Es vital para garantizar viabilidad, eficacia, eficiencia, efectividad y sostenibilidad en el tiempo. Asimismo, mejora la oportunidad de la 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 resultados obtenidos y objetivos fijados. Para ello se requiere determinar:

- Los objetivos previamente establecidos.
- Los instrumentos de medición.
- Los indicadores a comparar según estructura, proceso, resultado e impacto.
- El carácter voluntario u obligatorio de la evaluación.
- Si es realizada por organismo público (gubernamental o autónomo), organismo privado con o sin fin de lucro, o por asociación de organismos públicos y privados.

### Posibles preguntas orientadoras

- ¿Existe una Unidad Técnica (UT) de alcance nacional en el Ministerio de Salud?
- ¿La UT es descentralizada o desconcentrada?
- ¿Está encargada de planificar, programar, asesorar, supervisar y evaluar las acciones del sector salud?
- ¿Está radicada en el nivel político más alto del Ministerio de Salud?
- ¿Tiene contrapartes en los diferentes ministerios e instituciones nacionales descentralizadas?
- ¿Tienen 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 a 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 alimentarios?
- ¿Se aplica el Sistema SUMA?
- ¿Hay coordinación intersectorial local?
- ¿Se ha evaluado 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?



- ¿Se han identificado los vacíos de cobertura, las ineffectacias y las ineffectencias de los programas?
- ¿Es posible elaborar una propuesta de factores de producción requeridos (recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos y organización del sistema)?
- ¿Se ha incorporado al hogar, la escuela, las juntas vecinales, los centros de madres y al gobierno local?
- ¿Existe un sistema nacional de protección civil? ¿Se ha evaluado el proceso y sus resultados?
- ¿Se han determinado los objetivos, sus 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 WEB del Ministerio de Salud y la Página WEB de OPS, entre otras.

#### **¿Cómo presentar la información?**

Para la presentación de la información se sugiere hacerlo en forma descriptiva, teniendo como base las respuestas a las preguntas sugeridas, así mismo en donde se considere pertinente podrán presentarse cuadros o tablas resumen.