



noviembre de 1998

2

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

ÍNDICE

I.	METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LA LÍNEA BASAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL	1
	Introducción	3
	1. Situación de los procesos	5
	2. Evaluación de resultados.....	9
II.	APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA POR PAÍSES	13
	Bolivia.....	15
	Brasil	27
	Ecuador	39
	El Salvador	49
	Guatemala.....	61
	Haití	73
	Honduras	83
	Jamaica	93
	México	101
	Nicaragua	113
	Paraguay	123
	Perú	131
	República Dominicana.....	143

**I. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LA LÍNEA
BASAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA
REFORMA DEL SECTOR SALUD**

INTRODUCCIÓN

En la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud (RS) organizada por OPS fue adoptada la siguiente definición de RS: “Es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en 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 de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

Este documento pretende definir las características del proceso de seguimiento y evaluación de las RS.

El propósito del seguimiento de los procesos de RS es describirlos y analizarlos, señalando qué países están inmersos en ellos, en qué momento o fase de la reforma se hallan y cuáles son los contenidos de la misma. Para el seguimiento de los procesos de reforma, el documento propone considerar dos niveles: i) dinámica del proceso y ii) contenidos del proceso. El primero tiene principalmente que ver con las fases y los actores que intervienen en la RS y el segundo con las estrategias diseñadas y las acciones emprendidas.

El propósito de la evaluación de las RS es conocer hasta qué punto las reformas están efectivamente contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación comunitaria de los sistemas y servicios de salud. Esas cinco categorías básicas funcionan como criterios de logro en el mediano y largo plazo, y constituyen el marco conceptual de una serie de variables e indicadores seleccionados para medir, en el corto plazo, los resultados de las mismas.

En ambos casos, seguimiento del proceso y evaluación de resultados, las variables a considerar deben ser consistentes, fácilmente comprensibles y en número reducido para que el total de indicadores asociados resulte manejable. Por su parte, los indicadores serán seleccionados de acuerdo a criterios de:

- pertinencia
- disponibilidad
- fiabilidad
- sencillez
- posibilidad de actualizar

En muchos casos será preciso obtenerlos desagregados por niveles territoriales y por etnia. En otras ocasiones se solicitan tendencias, en tal caso se sugiere presentar los indicadores desde el año 1990. Cuando se considere imprescindible, se iniciarán registros

de datos para la construcción de indicadores actualmente no disponibles para la presente propuesta.

Las fuentes de información empleadas fueron:

- Informes de país preparados para la Reunión Especial sobre RS
- Indicadores contenidos en el Core Data Base de OPS
- Las Condiciones de Salud en las Américas (CSA) 1998
- Evaluación de la aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en la Región

1. SITUACIÓN DE LOS PROCESOS

1.1 SEGUIMIENTO DE LA DINÁMICA DE LAS RS

1.1.1 El diseño

¿Se inscribe la Reforma del Sector Salud en los planes y programas de modernización del estado, del desarrollo social y del propio sector salud?

¿Hay una entidad de carácter nacional con capacidad política y técnica suficiente encargada del diseño? ¿Cuál es y cómo ejerce esas capacidades?

1.1.2 La negociación

¿Asume la autoridad sanitaria la rectoría del proceso de negociación de la RS?

¿Qué otras entidades han participado en el proceso de negociación? En qué fase ha participado cada una de ellas y con qué influencia.

1.1.3 La implementación

¿Existe un Plan de Acción con metas, fechas y responsables para la implementación de las RS?

¿Quién(es) y como financian los estudios, los planes piloto y la implementación de RS?

1.1.4 La evaluación

¿Se definieron criterios de evaluación desde el inicio de las RS?

Si es así, en qué consisten? Si no los hay, especificar las razones

1.2 SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

1.2.1 Marco jurídico

¿Se ha modificado o se piensa modificar la Constitución y la regulación básica de salud (Leyes de Salud, Códigos Sanitarios y Reglamentos)? Si es así, cómo se ha hecho o se piensa hacer?

¿Se ha reorganizado el Ministerio de Salud y/o se han creado instituciones de regulación que afecten al sector? (ej. Superintendencias).

1.2.2 Derecho a la salud. Aseguramiento

¿Cuál es el porcentaje de población asegurada por:

- Sistema Nacional de Salud
- Sistema de Seguro Social
- Seguro privado
- Otro?

¿Existen programas específicos de aumento de cobertura, o se están diseñando? Si es así, en que consisten y qué evaluación se ha hecho de los mismos.

¿Existe o se está diseñando un conjunto básico de prestaciones? ¿A quiénes va dirigido?

1.2.3 Rectoría

¿Es la entidad responsable de la rectoría la misma que la del diseño? Si no es así, explicar.

¿Los sistemas de información entregan en forma periódica informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos?

¿La unidad responsable de RS tiene autoridad sobre los recursos humanos y los financieros?

¿La unidad responsable de RS está vinculada con la formulación y seguimiento de las políticas medio ambientales?

1.2.4 Separación de funciones

¿Existe o está en implementación la identificación de organismos responsables de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios? Identifíquelos para cada función y describa cómo funcionan.

1.2.5 Descentralización

¿Existen claramente identificados y/o se están revisando los roles de la autoridad nacional, intermedia y local en la gestión de los sistemas y servicios de salud?

1.2.6 Participación y control social

¿Existen consejos nacionales y locales? ¿Con qué función?

1.2.7 Financiamiento y gasto

¿Los sistemas de información sobre financiamiento son confiables y homologables por unidad territorial y por establecimientos?

¿Cuál es el modelo predominante de las fuentes de financiamiento y cuál se pretende que sea? (ej. cotizaciones, impuestos generales, etc.) Porcentaje de participación de cada fuente.

¿Cómo se gastan los recursos públicos en salud, desagregados para los niveles nacional, intermedio y local y expresados en porcentaje del gasto público dedicado a:

- Promoción y prevención.
- Hospitales
- Atención ambulatoria.
- Recursos humanos
- Bienes y servicios
- Medicamentos
- Inversiones?

1.2.8 Oferta de servicios

¿Cuál es la tendencia de la oferta de camas hospitalarias y de la atención ambulatoria? Se requiere la información desagregada por sector público y privado y por unidades territoriales.

¿Se han desarrollado estrategias y programas para diversificar la oferta hacia nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, atención prehospitalaria, atención en domicilio, etc.? Si es así, explicar.

1.2.9 Grupos vulnerables

¿Existe una política y programas de atención de grupos vulnerables por ingresos, riesgo específico, género, etnia y marginación?

1.2.10 Modelo de atención

¿Cuáles son los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención?

1.2.11 Modelo de gestión

¿Existen o están en desarrollo contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de atención de salud?

¿Existe la posibilidad legal, la capacidad material y se está implementando por parte de establecimientos públicos la compra y venta de servicios a terceros? Si es así, cómo se expresa? Si no es así, explicar las razones.

1.2.12 Recursos humanos

¿Ha aumentado la flexibilidad para reclutar, controlar y despedir recursos humanos? Si es así, cómo se expresa?

¿Existen incentivos al desempeño? Si es así, ¿para quién y cuáles?

1.2.13 Acreditación, certificación, calidad y ETES

¿Qué instituciones cumplen las funciones de acreditación y certificación? ¿Cómo lo hacen? ¿Ha sido adaptado su contenido a las modificaciones introducidas por la RS?

¿Ha aumentado la capacidad de elección de los usuarios entre distintos proveedores de un mismo tipo de servicio? Especifique.

¿Se evalúan las nuevas tecnologías o procedimientos antes de ser introducidas?
¿Cuál es la institución encargada de hacerlo?

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

2.1.1 Equidad en el estado de salud

Comparación de la mortalidad infantil por unidad territorial y por grupos según riesgo específico (escolaridad materna), género, etnia y marginación (urbano-rural). Presentar tendencias. [IB 97, 19]

Comparación de la mortalidad materna por unidad territorial y por grupos según riesgo específico (escolaridad, enfermedades crónicas, edad, paridad, control prenatal, tipo de atención del parto), etnia y marginación (urbano-rural). Presentar tendencias. [IB 97, 23]

2.1.2 Equidad en cobertura

Análisis comparativo de las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones en menores de 1 año por unidades territoriales y en los grupos según riesgo específico, género, etnia y marginación (urbano-rural). Presentar tendencias. [IB 97, 52, 53, 54, 55]

Análisis comparativo de las coberturas del Control Prenatal realizado por personal sanitario entrenado por unidades territoriales y en los grupos según riesgo específico, etnia y marginación (urbano-rural). Lo mismo por personas de la comunidad capacitadas. Presentar tendencias. [IB 97, 50]

2.1.3 Equidad en acceso

¿Existe información por niveles de atención y por unidades territoriales sobre:

- Población rural a más de 1 hora de un centro de atención de salud.
- Población urbana a más de 30 minutos de un centro de atención de salud.
- Porcentaje de los egresos quirúrgicos más frecuentes seleccionados que deben esperar plazos inaceptables para su resolución según criterio local?
- La información debería estar desagregada por etnias. Presentar tendencias.

2.1.4 Equidad en distribución de los recursos

¿Existe información por niveles de atención y por unidades territoriales sobre:

- Gasto total en salud per capita. [IB 97, 48]
- Gasto público en salud per capita.
- Médicos por 10.000 hab. [IB 97, 44]
- Camas UTI por 100.000 hab.
- Enfermeras profesionales por 1.000 hab.? [IB 97, 45]

La información debería estar desagregada por etnias. Presentar tendencias.

2.1.5 Equidad en el uso de los recursos

¿Existe información por niveles de atención y por unidades territoriales sobre:

- Consultas ambulatorias por 1.000 hab.
- Egresos por 1.000 hab.
- Intervenciones quirúrgicas por 100.000 hab.
- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado. [IB 97, 51]
- Egresos UTI por 100.000 hab.?

La información debería estar desagregada por etnias. Presentar tendencias.

2.1.6 Equidad financiera

¿Se han detectado y se están tratando de superar las barreras financieras reales de acceso a prestaciones básicas y efectivas? Si es así, cómo se está haciendo?

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

2.2.1 Efectividad y calidad técnica

Porcentaje de centros de salud y hospitales con programas de calidad establecidos y evaluados.

Porcentaje de centros de salud y hospitales con programas de humanización establecidos y evaluados.

2.2.2 Efectividad y calidad percibida

Porcentaje de centros de salud y hospitales con servicios de atención al paciente.

Porcentaje de centros de salud y hospitales que realizan encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

2.3.1 Eficiencia en la asignación de recursos

¿Cuál es porcentaje de la población con acceso a servicios de agua potable? Se requiere información desagregada por unidad territorial y origen urbano rural. Planes y metas a futuro. [IB 97, 13]

¿Cuál es porcentaje de la población con acceso a servicios de alcantarillado? Se requiere información desagregada por unidad territorial y origen urbano rural. Planes y metas a futuro. [IB 97, 14]

¿Cuál es porcentaje de la población con acceso a servicios de recolección de residuos sólidos? Se requiere información desagregada por unidad territorial y origen urbano rural. Planes y metas a futuro. [IB 97, 14]

¿Qué programas intersectoriales se han puesto en marcha (ej. fomento del autocuidado de la salud, educación y control para prevenir accidentes de tránsito, educación para prevenir la intoxicación por plaguicidas, etc.)?

¿Se han desarrollado estrategias y programas de reasignación de recursos para intervenir en problemas específicos, tales como erradicación de enfermedades (ej.: Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años), atención a enfermedades emergentes (ej.: SIDA), atención a patologías prevalentes (ej.: atención prehospitalaria de accidentes de tránsito)? Si es así, explicar.

2.3.2 Eficiencia en la gestión de los recursos

Porcentaje de reducción de la mortalidad infantil atribuible a programas específicos (ej.: salas de hospitalización abreviada con personal entrenado para manejar las infecciones respiratorias agudas).

Porcentaje de centros de salud y hospitales con medidas de actividad estandarizadas y funcionando.

Porcentaje de centros de salud y hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores, y que a su vez, pueden expandir el marco de gasto utilizando para ello los nuevos ingresos.

Porcentaje de centros de salud y hospitales que han negociado compromisos de gestión con otros niveles.

Análisis comparado de:

- Promedio de días de estada.
- Número de egresos por cama.
- Porcentaje de cesárea respecto del total de partos.

Grado de uso de quirófano (porcentaje de horas de utilización respecto a horas disponibles).

Información desagregada por unidad territorial y expresada en tendencias.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

¿Existe información por niveles de atención y por unidades territoriales sobre:

- Gasto total en salud per capita y como proporción del PIB. [IB 97, 48, 49]
- Gasto público en salud per capita y como proporción del gasto público y del gasto total en salud.
- Gasto fiscal en salud per capita y como proporción del gasto público en salud, del gasto total en salud, del gasto público y del PIB.
- Gasto per capita en medicamentos?

Presentar tendencias.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Porcentaje de centros de salud y hospitales con consejos de salud funcionando.

II. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA POR PAÍSES

BOLIVIA

Revisado a 30 de Octubre de 1997

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

En la legislatura 1993-97 se reformó la Constitución Política del Estado. Tras ello se promulgaron varias leyes, algunas de las cuales incidieron en el sector salud.

La Ley de Participación Popular transfirió a los municipios la propiedad de la infraestructura de la red de servicios en su territorio y los recursos financieros (transferidos con base poblacional), para la inversión, el mantenimiento y la administración de la misma. También se transfirió la propiedad de los recursos generados por la venta de servicios, obligando a que se destinen al funcionamiento de la red municipal de atención a la salud. Se mantuvo el financiamiento centralizado de los Recursos Humanos y de los programas nacionales.

La Secretaría Nacional de Salud (SNS)¹ fue incorporada al Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Ley de Ministerios de 1993. La SNS propuso un Nuevo Modelo Sanitario Nacional (NMS), dirigido a readecuar el sector salud al nuevo marco legal.

El NMS se promulgó por Decreto Supremo de 8 de febrero de 1996 y se convirtió en el instrumento legal de reordenamiento del sector salud. El NMS caracterizó el Sistema Público de Salud (SPS) como descentralizado y participativo, y como un instrumento político, técnico, administrativo y popular del sector frente a la situación de pobreza y los problemas de salud actuales. Planteó que las políticas y planes de salud se enmarcan en el concepto de Desarrollo Humano y que Salud debe coordinar sus acciones con Educación, incorporando las variables Género, Etnia, Generación, Urbanismo y lucha contra la pobreza entre otras. Estableció la estructura y organización del sistema de salud, las formas de gestión y las responsabilidades de los distintos actores. Definió el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de entidades públicas y privadas regidas por la SNS que realizan actividades vinculadas con la salud, el cual incluye al sistema público de salud, a los servicios de salud de la seguridad social, a los de las entidades privadas con y sin fines de lucro, a los de las entidades religiosas y a la medicina tradicional. Y enfatizó el concepto de Gestión Compartida con Participación Popular en Salud².

Se estableció, además, un Programa de Acciones Estratégicas (PAE) que incluyó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Seguro de Enfermedad de la Tercera Edad, y los

1 La Ley N1 1788 de 16 de septiembre de 1997, de Organización del Poder Ejecutivo, ha reestructurado la composición y atribución de los Ministerios. Por Resolución Ministerial N1 83 se aprueba la nueva estructura orgánica del Ministerio de Salud y Previsión Social (antigua Secretaría Nacional de Salud).

2 El Plan Operativo de Acción 1997-2002 del nuevo Gobierno, incluye el apartado Salud, con políticas del Seguro Básico de Salud, Políticas del Escudo Epidemiológico Boliviano y Fortalecimiento del Seguro Social a corto plazo. La instancia responsable de la conducción y coordinación del proceso de Reforma Sectorial es el Gerente del proyecto de Reforma..

Programas de Erradicación de la enfermedad de Chagas, de Control de la Malaria y de Tuberculosis. No hubo mención explícita a la evaluación.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

En el marco de la reforma de la Constitución Política del Estado se promulgaron diversas leyes que afectaron al sector salud. Entre otras, la Ley de Descentralización Administrativa (LDA), la Ley de Participación Popular (LPP), la Ley de Pensiones, la Ley del Medicamento, de Sangre, de Discapacidad y de Violencia Intrafamiliar, y la Ley del Nuevo Modelo Sanitario. La Ley de Ministerios integró la SNS en el Ministerio de Desarrollo Humano.

El sector público de salud de Bolivia atiende en forma regular al 40% de la población. Un 30% de la población tiene acceso regular a la atención privada. El restante 30% carece de acceso regular debido a falta de oferta, factores culturales, inaccesibilidad económica, geográfica y funcional. Esta población recurre en gran medida a la medicina tradicional. El 42% de la población rural no asiste a los servicios formales de salud. Un 10% de la población es atendida principalmente por las ONG's en el primer nivel.

La Seguridad Social en salud (SS) está formada por 8 Cajas de salud y dos seguros integrales con régimen especial. La principal es la Caja Nacional de Salud (85% de la cobertura de la SS), cuyo principal financiador es el Estado Boliviano. Los beneficios y calidad de la atención varían de una a otra caja. En algún caso (por ejemplo, en la provisión de los servicios cubiertos por el seguro de maternidad - niñez) existe coordinación con los servicios provistos por la SNS. Los servicios sanitarios de la SS se orientan a los aspectos médico asistenciales, reparativos y de rehabilitación, están concentrados en las áreas urbanas (sólo 4% de sus servicios están en áreas rurales). La nueva Ley de Pensiones produjo cambios en el subsector de salud de los trabajadores: se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP's) en la gestión de riesgos de profesionales (hasta el año 2001, año que la Ley prevé la existencia de Fondos de Pensiones específicos para la gestión de estos riesgos).

Bolivia cuenta con un 70% de población indígena. Los Aymaras constituyen el 23,5% de la población. El 10% de ellos acude sistemáticamente a la medicina tradicional; a la medicina occidental lo hace del 11 a 65%. Los Quechuas son el 34% de la población, y los de peor nivel de salud. Entre ellos el acceso a la medicina occidental varía entre 11 y 70% entre provincias (en algunas zonas hasta 85%). Hay dos provincias donde 14 y 20% de las personas respectivamente no acceden a ningún tipo de servicios, ni siquiera la medicina tradicional. Los Guaraníes son el 2,8% de la población; sólo 9% tiene agua potable y 51,2% no usa servicios sanitarios.

La SNS se constituyó en la entidad *rectora* del sector salud en lo técnico y científico. La conformación del Consejo Social y del Consejo Nacional de Desarrollo creó instancias de coordinación intersecretarial a nivel del Ministerio de Desarrollo Humano. Los Sistemas de Información se intentaron fortalecer creando el Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS), un sistema de información integrado y descentralizado que cuenta con varios subsistemas, incorporando tecnología apropiada, estandarizando los registros de

captación de datos e instaurando comités de análisis de información. La implantación de este sistema ha avanzado sobre todo en las instituciones de la SS.

La Ley de *Descentralización Administrativa* (LDA) transfirió la administración de los recursos humanos a los gobiernos prefecturales de cada departamento, manteniendo el financiamiento central. En la práctica, a nivel local se produjo una descentralización por factores de producción, de modo que el personal de salud es de gestión y financiamiento central y la infraestructura y gastos de funcionamiento son locales, intermediados y fiscalizados ambos por los usuarios y la población.

La SNS tiene 3 niveles administrativos: i) el nacional o central, del que emanan políticas, aspectos técnicos normativos y de regulación en materia sanitaria; ii) el regional, que vela por el cumplimiento de la ejecución de políticas, estrategias y programas de salud a nivel departamental y, iii) el local, que operativiza las acciones de salud. A nivel de gestión se definieron dos tipos: la sectorial y la compartida.

La gestión sectorial tiene 2 instancias: la SNS (regulación, vigilancia del sistema de salud, garante del derecho a la salud, administra los programas nacionales) y la Dirección Departamental de Salud (DIDES, 9 en todo el país), dependiente administrativamente de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano y del prefecto departamental, y técnicamente de la SNS (implementación de las políticas, planes y programas, conducción del sistema departamental de salud, adecuación de las normas centrales a las especificidades departamentales, elaboración de los planes departamentales de salud y vigilancia de la equidad, seguridad, calidad, eficacia, eficiencia y universalidad de la atención en salud). Las DIDES pueden tener unidades desconcentradas para supervisión, vigilancia epidemiológica y apoyo directo a la red de servicios, a los municipios y a los Directorios Locales de Salud (DILOS) que, en algunos Departamentos, son denominados UGES (Unidades de Gestión Sectorial). También se les conoce como Distritos de Salud, coordinadores intermunicipales, subregiones de salud, etc.

La Gestión Compartida se realiza a través de los DILOS. Está encaminada a la concertación, negociación y coordinación para la conducción y adecuado desarrollo del sistema de salud de un municipio. Los DILOS están formados por el gobierno local, un representante sectorial de salud (de la prefectura del Departamento) y un representante de los usuarios o comunidad organizada. La gestión de cada establecimiento de la red está orientada por el DILOS y supervisada administrativamente por el municipio y técnicamente por la UGES. Los DILOS tienen autonomía para incorporar en la red pública de atención a los proveedores de medicina tradicional y establecer convenios marco con las ONG's y con la Iglesia (deben hacerlo también con el Ministerio de Hacienda y la SNS).

Por su parte, la LPP obligó al municipio a elaborar en forma participativa con la población sus planes de desarrollo económico y social, incluyendo salud y crea un organismo elegido popular e independientemente para fiscalizar la ejecución del plan y el correcto uso de los recursos denominado Comité de Vigilancia.

El sistema de salud de Bolivia tiene seis *fuentes de financiamiento*: Tesoro General de la Nación (TGN), Municipios, Empresas, Hogares, Cooperación externa y ONG's. En 1996, un 4,1% del presupuesto público se dedicó a salud. Los municipios con menos de 5000 habitantes deben conformar una Mancomunidad Municipal para la recepción de recursos.

Del total de recursos de coparticipación se destinó a salud el 2,7% en 1994. Para 1996 entre el 6 y el 10% de los ingresos municipales se invierten en salud, aunque hay algunos que destinan hasta el 30%. El aporte del TGN se destinó en un 85% al pago de los salarios y el 15% restante a gastos operativos. Las familias pagan un arancel en el sector público descentralizado que básicamente financia los medicamentos e insumos necesarios para el diagnóstico, el tratamiento y el sostenimiento de los servicios. Una encuesta de presupuestos familiares en 1990 reveló que los gastos de salud representaban el 4% de sus gastos totales (rango de 2,4 a 4,9%). Un 40% se destinó a compra de medicamentos.

En 1996 existían 2.279 establecimientos sanitarios (2.007 pertenecientes a SNS, ONGs e Iglesia y 272 a la SS) con 1,6 camas por mil habitantes. Su distribución difiere mucho por Departamentos, Municipios, áreas rurales o urbanas. En el sector Privado con fines de lucro, el 50% de laboratorios no tienen controles regulares de calidad y un tercio no tiene permiso de funcionamiento ni personal calificado. Los hospitales tienen dificultades de organización (sólo uno de los de La Paz ha logrado acreditación con estándares mínimos de atención) y les falta inserción en la planificación y organización del sistema de salud. Parte de su oferta la utilizan los seguros de salud.

El Decreto Supremo que estableció el Seguro de Maternidad y Niñez, vigente a partir de 1996, especifica que se otorgará a las mujeres gestantes la necesaria asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. Los recién nacidos y menores de 5 años recibirán asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria correspondiente, en los casos de EDA e IRA con o sin neumonía. Para disponer de este seguro, el municipio en el que residan deberá adscribirse al Seguro mediante convenio suscrito entre el Gobierno Municipal y la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano a través de la Dirección Departamental de Salud, homologado por la SNS. El financiamiento de este seguro proviene del 3% de la coparticipación tributaria otorgada a los gobiernos municipales.

El Seguro Nacional de Vejez se creó por Resolución ministerial en 1997. Se dirige a los mayores de 65 años, a los que se prestará la atención en Salud establecida en el Código de SS, y se dispone su atención prioritaria y selectiva en servicios ambulatorios y hospitalarios. Este seguro se financia por la lotería nacional de beneficencia.

En Bolivia los servicios de salud se organizan por niveles de atención. Hay tres niveles: el primer nivel comprende la capacidad resolutive del individuo, la familia, la comunidad, los puestos de salud, centros de salud, y policlínicos, incluyendo el internamiento transitorio; el centro de salud se declara como eje de este nivel; en él se incluye la medicina tradicional. El segundo nivel comprende la internación hospitalaria básica y la consulta especializada en los hospitales distritales o básicos. El tercer nivel es el de alta especialidad, ya sea de consulta u hospitalización (hospitales generales, especializados e institutos nacionales de referencia y apoyo técnico). En total, 29 hospitales especializados y 81 generales incluyendo los de la seguridad social y los psiquiátricos.

Hay aranceles en el subsector público, como mecanismo de recuperación de costos y autosostenibilidad del sistema. Son gratuitas las acciones de prevención, promoción y educación, y de control y vigilancia de enfermedades, así como la mayoría de los servicios

de atención primaria. Existen programas nacionales subvencionados: tuberculosis, malaria, inmunizaciones, diarreas, cólera, alimentación suplementaria con vitamina A y sulfato ferroso, cuyo alcance se ve limitado por problemas de acceso físico a los servicios.

Desde la Ley de *Descentralización* se ha realizado transferencia de personal a las Prefecturas Departamentales y se han publicado normas para la reorganización de los Departamentos, pero se está aún en fase de reorganización de las redes de servicios de salud por municipios y de su dotación. A las zonas rurales más pobres o dispersas se envían profesionales en régimen de contratación temporal o en esquemas de año de provincia, con alta inestabilidad, rotación y gasto de capacitación. Hay escasez de técnicos básicos y medios en áreas rurales, ya que no existen mecanismos o políticas de gestión de recursos humanos. Debido a la alta rotación, en menos de 2 años se pierde más del 50% del personal capacitado. Durante el primer semestre de 1997 se logró concertar una propuesta de Decreto Supremo sobre la reorganización del sistema nacional de administración de personal que define las Normas Básicas para la gestión de Recursos Humanos tanto a nivel nacional como departamental. Ha crecido la oferta de formación de personal de salud por universidades privadas.

Está en proyecto la acreditación de instituciones educativas. Y se están redefiniendo los organismos de regulación y reglamentación de la práctica profesional de la mayoría del personal de salud. No hay información sobre *acreditación* de centros sanitarios, *calidad* o *evaluación de tecnologías en salud*. Desde 1990 funciona el Programa de Medicamentos Esenciales y se están desarrollando Normas de Buenas Prácticas de Manufactura y Guía de Inspecciones.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. El registro de nacimientos y defunciones se hace mediante pago, y se cree que hay importante subregistro de los mismos. Se calcula que apenas 20% de las defunciones son certificadas a nivel nacional. Los únicos datos disponibles son los relativos a enfermedades de notificación obligatoria o problemas de salud objeto de programas de atención y control.

En el censo de 1976 la *Tasa de Mortalidad Infantil* (TMI) se estimó en 151 por mil nacidos vivos. En 1992 este valor se redujo a 75 por mil. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (1994) confirmó esta tendencia y para 1996 se estimó una cifra de 68 por mil. La TMI es superior en el área rural (94 por mil) que en la urbana (58 por mil), y en los niños sobre las niñas. Entre departamentos para 1992 la TMI osciló de 52 en Santa Cruz a 118 en Potosí, mostrando en todos ellos grandes diferencias entre medio rural y urbano (rural entre 74 en Tarija y 129 en Potosí, y urbano entre 46 en Santa Cruz y Tarija y 103 en Oruro). Entre ellos la brecha se acentuó en el periodo 76-92. En general, la TMI es mayor entre los niños indígenas. Diarreas e IRA ocupan el primero y segundo lugar como causas de mortalidad infantil.

La *Tasa de Mortalidad Materna* fue de 390 por cien mil nacidos vivos para el periodo 1990-94 (ENDSA 94). Las diferencias persisten entre área rural (524) y urbana (274) y entre regiones (602 en el altiplano, 293 en el valle y 110 en el llano). En el área rural del altiplano llega a 887. Las principales causas de mortalidad son hemorragias, toxemia, infecciones, parto obstruido y aborto (27-35%).

En cobertura. En 1996 la cobertura del *Programa Ampliado de Inmunizaciones* en menores de 1 año fue de 82% para DPT3, 82% para Polio y 98% para sarampión. Las diferencias entre departamentos persisten, con menos cobertura en La Paz y Beni, en general. Los niños indígenas tienen menores tasas de cobertura.

En 1996, el *Cuidado Prenatal* por personal sanitario capacitado es asequible al 53% de las gestantes (en 1994 fue del 26,9%, con un promedio de 1,97 atenciones por embarazo).

En acceso. No hay información sobre distancia de la población a los recursos sanitarios.

En distribución de los recursos. En el sector público hay 4,1 médicos por diez mil habitantes (rango entre 2,4 y 6,8). En el sector SS hay 9,6. Hay 1,7 enfermeras por diez mil habitantes. La mayor parte de los recursos están en el eje de mayor desarrollo económico. Alrededor del 80% de especialistas se concentran en las áreas urbanas del país y en el tercer nivel.

Alrededor del 20% de los municipios del país no tiene personal calificado de salud (la atención se presta por personal comunitario). Desde hace 20 años se han capacitado parteras, promotores de salud y otros recursos comunitarios. Mucho de este personal se ha perdido, aunque más de 5.000 parteras y promotores se consideran activos en el sistema. Con la puesta en marcha de los seguros universales las cifras se están modificando en 1997. Por ejemplo, se ha incrementado la atención institucional del parto en más de un 20% en el segundo semestre de 1996, y hay 1,5 camas por mil habitantes el sector público y 1,87 camas por mil asegurados en subsector seguridad social.

En el uso de los recursos. En promedio se dieron: 0,63 consultas/habitante y año en 1995 (incluyendo el sector privado que informa) y 3,4 egresos hospitalarios por 100 habitantes (rango de 1,5 a 5,4 según departamentos). El porcentaje de ocupación fue de 41% en 1996. La cobertura al parto por personal entrenado fue del 28% (aunque otras cifras indican 40% de partos sin atención profesional y 57% de partos domiciliarios).

Equidad financiera. Los programas de atención gratuita (mujer, niño, anciano) son programas de superación de barreras financieras.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Sin información sobre centros de salud y hospitales con programas de calidad y humanización.

Efectividad y calidad percibida. Sin información sobre centros de salud y hospitales con servicios de atención al paciente y encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. Las cifras de cobertura de agua potable son muy discordantes. Según el censo de 1992, el abastecimiento de agua en las urbes llegó al 84% de los hogares, alcanzando un 92% en algunas ciudades. La disponibilidad de servicios sanitarios se situó alrededor del 50%. En la zona rural el acceso al agua varió entre 4% en el departamento de Beni y 33,6% en el de Santa Cruz, con un promedio de 24% para el país. Las coberturas de población según algunas fuentes son del 71% (58,2% según otras) con 88% a nivel urbano y 43% a nivel rural (24% según otras). Sólo cuatro de las ciudades principales cuentan con instalaciones de tratamiento de aguas residuales. No se controlan las descargas de la industria y minería.

Igualmente son discordantes las cifras para población cubierta por *sistemas de alcantarillado* y disposición de excretas: 62% (44,5%) a nivel nacional, con un 77% a nivel urbano y 39% (17% a nivel rural).

Siete de las nueve ciudades principales cuentan con servicios efectivos de recolección y *disposición de residuos sólidos* con una cobertura del 60% a nivel nacional. Actualmente se está implementando una segunda fase que abarcará 7 ciudades intermedias mejorando la cobertura hasta un 70% de la población nacional. El grupo con más problemas es la

población rural dispersa que abarca 25.000 personas. Se espera alcanzar coberturas importantes con ellos mediante microempresas autosostenibles capacitadas en manejo de residuos sólidos hacia el 2010.

En cuanto a programas intersectoriales, se está trabajando en la elaboración de un Perfil Nacional de Sustancias Químicas de forma interinstitucional. A nivel de municipios descentralizados, se trabaja coordinadamente de forma intersectorial.

En función de las reformas estructurales y la transformación de la SNS, Se ha transferido personal supernumerario del nivel central hacia las regiones y se consiguió un crecimiento del número de trabajadores en salud mediante negociación con el Ministerio de Hacienda.

En la gestión de los recursos. Sin información sobre reducción de la mortalidad atribuible a programas específicos. Sin información sobre centros de salud y hospitales con medidas de actividad estandarizadas, aunque parece estar mejorando la información sanitaria. Sin información sobre centros de salud y hospitales con capacidad de cobro a terceros. Sin información sobre compromisos de gestión. Con la última información disponible, el promedio de días de estada es de 5,8 días y el de ocupación es de 41%.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El *Gasto total en salud per capita* es de US\$ 44 (4,3% PIB), 30% del cual es asignado a nivel local. Si no se contase la cooperación externa, el *gasto per capita* sería de US \$ 37,5, un 4% del PIB. El *gasto público en salud* (TGN, municipios y SS) es de US\$ 23 (2,5% PIB). La financiación del gasto en salud se reparte: SS el 35%, hogares 32%, TGN 15%, cooperación externa 15% y municipios 3%. El Gasto en medicamentos es de US\$ 8,5 por habitante y año (0,9% PIB). La SS tiene rangos muy amplios de gasto per cápita, desde 121 Bs en la Caja Nacional de Salud hasta 1.009 en el seguro integral de Cordecruz. Presentan un promedio nacional de 163 B (US\$ 40 per capita).

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Sin información sobre centros de salud y hospitales con consejos de salud funcionando.

BRASIL

Revisado a 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

El proceso de Reforma Sanitaria del Brasil se desencadenó a mediados de la década de los 80, a partir más de conceptualizaciones político-ideológicas que de orden económico, y de la constatación de demandas insatisfechas por parte de la población. Sus orientaciones, originadas dentro del propio sector, son el producto de la reflexión participativa entre usuarios y prestadores.

La gran articulación alcanzada por el sector, que involucra a Secretaría de Salud, profesionales del área y representantes de la sociedad civil organizada, con la formalización de foros privilegiados de discusión, negociación, participación y control social, ha permitido su constante perfeccionamiento y su consistencia a pesar de los cambios ocurridos en la dirección de diversas instituciones sectoriales.

En 1995, la propuesta de Reforma del Estado por parte del gobierno incorpora al sector salud en los planes de mejora de la eficiencia de la gestión y de la capacidad de regulación de éste.

En 1997 se redefinen los objetivos de la política, expresados en el Plan de Acciones y Metas prioritarias para el bienio 1997-1998, cuyos puntos principales son la estabilización del financiamiento, la descentralización y reestructuración del sistema y la fiscalización de los gastos. Las acciones están orientadas hacia la prevención (con énfasis en la atención básica), a la mejora de la calidad de los servicios y al incremento de la participación ciudadana (fortalecimiento de los Consejos de Salud).

El Ministerio de Salud asume el liderazgo en el proceso de reforma, cuya operacionalización recae en los niveles gestores Federal, Estatal y Municipal, bajo la evaluación de los respectivos Consejos de Salud.

Para reforzar el desarrollo del sector, se firmó un acuerdo de financiamiento entre Ministerio de Salud (MS), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Banco Mundial (BM) para un proyecto (REFORSUS) que tiene como objetivos la recuperación física y tecnológica de la red de servicios, y el desarrollo de capacidad de gestión del sistema en los diferentes niveles.

Aun cuando el planteamiento de metas y plazos es explícito, no se explicitan los mecanismos de evaluación correspondientes.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

La Constitución Federal de 1988 y sus consecuencias en las Constituciones Estatales (1989) y Leyes Orgánicas Municipales (1990), así como las Leyes Orgánicas de Salud N(s) 8.080/90 y 8.142/90, configuran el marco jurídico el actual Sistema Único de Salud (SUS). Aun ellas concretan el derecho a la salud como deber del Estado, que no desconocer lo que le compete a cada uno de sus ciudadanos y organizaciones sociales.

El Estado asegura la universalidad de la cobertura, la integralidad de la asistencia y la equidad en la atención, mediante el desarrollo sectorial mixto, donde los servicios estatales (en las áreas federal, estatal y municipal) conforman el SUS y pueden ser apoyados por instituciones privadas con o sin fines de lucro. Es el nivel municipal quien se encarga de satisfacer la demanda de atención de la población, contando con el apoyo técnico y financiero de las esferas estatal y federal.

El SUS es responsable de la cobertura de toda la población en los aspectos de promoción y protección específica, así como la asistencia médica de alta complejidad. En el campo de las acciones recuperativas del nivel primario, secundario y terciario, la cobertura llega al 75 -80% de la población.

El sistema privado es responsable de la cobertura de asistencia médica primaria y secundaria de aproximadamente el 20-25% de la población, con modalidades de atención a través de pago directo e instituciones proveedoras de planes de seguros privados (medicina de grupo y cooperativas médicas con sistemas de prepago, planes de salud de empresas y seguros tradicionales de salud).

El Ministerio de Salud, como órgano gestor central del SUS, es quien ejerce la rectoría del sector, compartiendo con los estados y municipios las decisiones. El Ministerio ha definido como estrategias para la operacionalización del SUS: ampliar el proceso de descentralización de las acciones y los servicios; coordinar sistemas de redes integradas de asistencia de alta complejidad con regulación de la incorporación tecnológica de redes de laboratorios de salud pública y de vigilancia epidemiológica sanitaria; coordinar la evaluación técnica y financiera del SUS, e inducir a que gestores estatales y municipales organicen el sistema en sus respectivos ámbitos de acción, respetando su autonomía.

Existe un proyecto para generar una Red Integrada de Información para la Salud (RIPSA), que permita mejorar la calidad y oportunidad de la información, la que actualmente carece de actualización y credibilidad.

El Ministerio de Salud participa en el Consejo Nacional del Medio Ambiente, órgano multisectorial y asesor del Sistema Nacional del Medio Ambiente, cuyo funcionamiento está determinado por la respectiva legislación.

La descentralización se inicia ya en 1987, con la implantación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud, caracterizado por la regionalización de la red y la jerarquización de los servicios. En la actualidad, el Ministerio de Salud dirige en el plano federal el SUS, y en los planos estatal y municipal lo dirigen las Secretarías Estatales y Municipales de Salud, que están asociadas a otras instancias:

- a) Conferencias de Salud, con representación de todos los actores del sector y de los usuarios, para evaluar la situación de salud y proponer las directrices para la formulación de las políticas a los niveles correspondientes.
- b) Consejos de Salud, órganos deliberativos que actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de las políticas, compuestos en forma paritaria por usuarios y prestadores de servicios de salud.
- c) Comisiones Intergestoras Tripartitas y Bipartitas

El financiamiento del SUS integra el de la Seguridad Social (la cual incluye Salud, Previsión y Asistencia Social). Los recursos provienen de los presupuestos de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de contribuciones sociales. Todos los recursos transferidos por la Unión y por el Estado al municipio deben ser identificados en el fondo municipal de salud y utilizados en la ejecución de las acciones previstas en los respectivos planes de salud. Entre Enero de 1997 y Diciembre de 1998 se realizará una contribución social extraordinaria (CPMF) para aumentar el presupuesto federal en salud en aproximadamente un 30%. Se espera que este nivel de financiamiento pueda ser mantenido tras la extinción de la CPMF, mediante la identificación de fuentes alternativas de recursos para la salud.

En 1994 se gastó en hospitalizaciones y procedimientos ambulatorios el equivalente a US\$ 53,02 per capita. Si se consideran vacunación y saneamiento, el valor asciende a US\$67,7 per capita. El uso conjunto de los recursos federales, estatales y municipales, hacen que ese valor ascienda a US\$98,00 per capita. A nivel municipal, la proporción del gasto en salud respecto al total fue de 8,5% para el mismo año. No se ha podido disponer de información actualizada sobre el gasto en salud por el usuario; en 1986 se estimó que el 36% de los encuestados pagaban directamente por los servicios de asistencia médica, siendo mayor el porcentaje en el grupo de renta por encima de dos salarios mínimos.

La oferta de servicios es de carácter mixto. El 55% de los establecimientos son públicos y el 45% privados. De los establecimientos de carácter ambulatorio 65% son de propiedad pública. Los hospitalarios son principalmente privados (72%) y venden sus servicios al SUS. Recursos externos del proyecto REFORSUS serán aplicados en la infraestructura de prestación de servicios.

La atención integral a la salud de la mujer, del niño y del adolescente (con énfasis en los aspectos educativos y preventivos) ha sido definida como programa prioritario. Otros grupos vulnerables identificados son los ancianos, los indígenas y la población negra. Se busca aumentar la cobertura, mejorar los sistemas de información, realizar auditorías de muerte y mejorar de la calidad de la atención.

Desde 1994 se viene implementando el programa para la salud de la familia como base del modelo de atención, con equipos de salud centrados en la atención del grupo familiar y con gran énfasis en la promoción de la salud.

El modelo de gestión se rige por las Normas Operacionales Básicas (NOB) de los años 91, 93 y 96. En ellas se establecen las condiciones de gestión en el ámbito estatal y municipal, que los acredita para administrar directamente los recursos traspasados por el Ministerio de Salud. Además de esos mecanismos, fueron instituidos dos foros de

negociación interinstitucional: i) la Comisión Intergestora Tripartita que, integrada paritariamente por representantes del Ministerio de Salud y los órganos de representación del conjunto de los Secretarios Estatales de Salud (CONASS) y del conjunto de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), tiene por finalidad la negociación de las propuestas para la implementación y operacionalización del SUS y, ii) la Comisión Intergestora Bipartita, integrada paritariamente por representantes de la Secretaría Estatal de Salud y el conjunto de los Secretarios Municipales del Estado, que negocia y toma decisiones sobre los aspectos operacionales del SUS en el ámbito de los Estados.

La implementación del nuevo modelo de gestión establecido por la NOB-96 tiene un avance significativo con la aprobación de los valores mínimo y máximo per capita para el Programa de Atención Básica (PAB). Esos valores corresponden, en US\$ a 8,93 para el mínimo y a 16,07 para el máximo, y serán transferidos automáticamente a los Estados y Municipios, en función de cinco criterios aplicables en el índice de valoración (tasa de mortalidad infantil, cobertura vacunal en menores de 1 año, tasa de mortalidad materna, implementación de sistemas nacionales de información y presupuesto del Estado o del Municipio destinado a salud).

En algunos Estados se han desarrollado consorcios inter-municipales de salud, cuyo objetivo es reunir recursos institucionales existentes en esos municipios, para implementar servicios de referencia que aseguren atención hospitalaria y especializada a toda su población.

Los Estados puede firmar compromisos de gestión con instituciones, traspasándole todas las atribuciones respecto a recursos humanos y financieros a cambio de lo cual la institución se compromete a proporcionar las acciones de promoción de la salud, a mejorar continuamente la calidad de la atención prestada y a dar cuenta de la utilización de recursos traspasados.

Con relación a los recursos humanos, el Ministerio ha desarrollado una serie de proyectos tendientes a capacitar a los profesionales y técnicos en el Programa de Salud Familiar y en Gestión (gerentes para las diversas unidades del SUS). Este proceso está en pleno desarrollo y se coordina con los centros de formación y las CONASS Y CONASEMS.

A través de una negociación entre los diferentes niveles de gestión, se definen dos sistemas de pago a prestadores: el Sistema de Información Hospitalaria (SIH/SUS) y el Sistema de Información Ambulatorio (SIA/SUS).

Existen los índices de valoración del desempeño como mecanismos de incentivo a la eficiencia de los servicios.

El programa brasileño de fomento de la calidad y la productividad, para el período 1996-98 tiene como uno de sus componentes la evaluación y la certificación de servicios de salud. Para mejorar la calidad de los servicios, en especial en las áreas de gerencia de unidades hospitalarias, se han desarrollado algunas iniciativas. El "Instituto Brasileño de Acreditación Hospitalaria" (1995) y el "Instituto Paranaense de Acreditación Hospitalaria" (1996) son las entidades responsables de la acreditación de los servicios.

Existen mecanismos establecidos para el control y evaluación de procedimientos considerados de alta complejidad y costo para el SUS. El REFORSUS contiene ampliación de estos temas.

Los respectivos consejos profesionales son los encargados de la autorización para ejercicio profesional. Tienen cobertura nacional.

La Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud regula lo referente a medicamentos, equipamientos, productos cosméticos y de limpieza. Por su parte, el Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud es el laboratorio nacional de referencia y contra referencia para la red integrada por instituciones estatales y universitarias.

Están en estudio los aspectos referentes a la evaluación de tecnologías apropiadas.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. De acuerdo a la información disponible en el Ministerio de Salud, alrededor de un 20% de las muertes no son registradas, cifra que aumenta al 50% en las regiones Norte y Noreste. En cambio, en el Sur y Sudeste el registro es cercano al 90% y casi al 100% en las áreas urbanas. Por otro lado, un 17,8% de las causas de muerte son mal definidas (20,6% en el Norte y 42,1% en el Noreste). Se hace uso de proyecciones demográficas para definir las tendencias de las tasas de mortalidad general y específicas por edad.

La tasa de mortalidad infantil presenta una tendencia a la disminución en la última década: de 56 por mil nacidos vivos en 1986 a 39 por mil n.v. en 1996. En la zona urbana, esta variación fue de 51 a 32 por mil n.v., mientras que en la zona rural fue de 69 a 61 por mil n.v. en el mismo período. Los valores máximos se verificaron en el Noreste (64 por mil n. v.) y los mínimos en el Sur (25 por mil n. v.) en 1996.

De acuerdo al nivel de escolaridad materna, la mortalidad infantil relativa a madres con menos de un año de estudio, es de 93 por mil n. v; para las madres con cuatro años de estudio, es de 42; para las de 5 a 8 años, es de 38; para las de 9 a 11 años, es de 28; y sobre 12 años de estudio, la tasa desciende a 9 por mil n.v.

La mortalidad post-neonatal ha ido disminuyendo su importancia relativa en la zona urbana, pero aún representa los dos tercios de las muertes en la zona rural.

La mortalidad materna ha presentado una tendencia a la declinación entre los años 1982 y 1991, de 156 a 114,2 por cada 100 mil n.v. De estas muertes, el 44,5% se asoció a un alto riesgo reproductivo por deficiencias de calidad de la atención, porcentaje que asciende a 59,1 en la zona rural. En 1989 la distribución de este indicador entre las regiones muestra que el Norte presenta una tasa de 380 por 100.000 n.v.; el Nordeste, 153; el Centro - Oeste, 134; el Sudeste, 97 y el Sur, 96, siendo el promedio nacional en ese año de 124 por 100.000 n. v.

En cobertura. En 1996, de acuerdo a datos OPS, la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el menor de un año alcanzó al 75% para la tercera dosis DPT, a 79% para la tercera dosis Polio y al 100% para Sarampión.

La cobertura de Control Prenatal realizado por médico o enfermera presentó en la década 86-96 un aumento del 74% al 85.6%.

No se dispone de información desagregada por unidad territorial, etnia o marginación

En acceso. No existe información disponible sobre los tiempos de desplazamiento hacia los centros de atención ni los tiempos de espera para la resolución de intervenciones quirúrgicas.

En distribución de recursos. El gasto total en salud per capita alcanzó en 1993 los US\$ 110.83. Para 1997 el gasto per cápita fue de US\$258 (aunque la metodología de cálculo y las fuentes de origen fueron diferentes). En 1989 el gasto público en salud llegó a US\$95.6 per cápita, con gran declinación los años siguientes llegando en 1992 a US\$ 62.71 per cápita. No se dispone de información respecto a la distribución por unidades territoriales, niveles de atención y etnia. Para 1997 se estima en 13.1 el número de médicos por 10.000 habitantes y en 4.2 el de enfermeras. En general, los profesionales de todas las categorías se concentran en las regiones más desarrolladas y en las capitales de los estados, siendo el Norte la región más desprovista (5% de los profesionales laboran allí). Asimismo, la distribución intra-regional es muy desigual. No hay información disponible sobre las camas UTI.

En el uso de los recursos. No hay información disponible sobre el número de consultas ambulatorias por 1.000 habitantes. En cuanto a los egresos por 1.000 habitantes, en 1995 fueron: para el grupo de 0 a 14 años, 52.6; de 15 a 59 años 97.2; y mayores de 60, 197.2. No hay información disponible sobre intervenciones quirúrgicas. En 1996, el 95.9% de los partos en la zona urbana fueron atendidos por personal entrenado y en instituciones de salud, llegando a 78,2 el porcentaje en zona rural. El dato general para 1995 alcanza al 92%. No hay información disponible respecto a egresos de camas UTI.

Equidad financiera. El SUS garantiza, por mandato constitucional, la universalidad de la cobertura y la equidad en el acceso a la atención de salud. No obstante, existe la preocupación de buscar nuevas fuentes de financiamiento que reduzcan la posibilidad de que la población deba asumir el costo de atenciones de salud.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Existen numerosas iniciativas tendientes a la mejoría de la calidad de la atención materno-infantil, como el "Hospital Amigo del Niño" (80 hasta la fecha) y el proyecto "Maternidad Segura" (acreditación de maternidades). Sin embargo no hay información acerca de su cobertura ni su estado de evaluación. Tampoco respecto a los programas de humanización.

Efectividad y calidad percibida. No hay información disponible respecto al porcentaje de centros de salud u hospitales con servicios de atención al paciente ni realización de encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. En 1995 el 76.2% de la población estaba cubierta por la red de abastecimiento de agua potable (en zona urbana 90.4% y 16.6% en zona rural). La distribución según regiones muestra que la mayor cobertura se presenta en la región

Sudeste (95.5%), seguida por la Sur (93.1%), Nordeste (83.5%), Centro - Oeste (81.9%) y Norte (69.8%).

El 59.9% de la población está conectada al sistema de alcantarillado o a fosa séptica (un 70.9% en zona urbana y un 13.8% en zona rural). De acuerdo a las regiones, la cobertura mayor está presente en la región Sudeste (87.1%), seguida por la Sur (72%), Nordeste (46.7%), Norte (45.5%) y Centro - Oeste (41.8%).

El 72% de los municipios brasileños realiza recolección regular de residuos sólidos (en área urbana 86.7% y en áreas rurales 10.4%). Del material recolectado, sólo el 5.5% de residuos recolectados reciben algún tipo de tratamiento (compostaje, reciclaje, incineración).

Se han definido una serie de programas intersectoriales dirigidos a mejorar la salud de la población: agentes comunitarios en salud (45 mil agentes capacitados a diciembre de 1996); Municipios Saludables; educación masiva para la prevención específica de enfermedades como el SIDA; Programa de Comunidades Solidarias, cuyo objetivo final es la reducción de la mortalidad infantil (coordina los esfuerzos de los sectores salud, educación, agricultura, saneamiento y otros programas gubernamentales como alimentación y medio ambiente); campañas educativas dirigidas a escolares, con relación a saneamiento básico y erradicación del vector del Dengue; trabajo intersectorial con el empresariado tendiente a fomentar la lactancia materna; Programa de Asistencia Integral de la Mujer (PAISM), donde están interviniendo grupos organizados de mujeres, el Ministerio de Justicia y el Instituto Nacional del Cáncer.

Se están desarrollando programas específicos con reasignación de recursos con apoyo financiero externo dirigidos a: la salud de las poblaciones indígenas del Amazonas; la prevención del uso indebido de drogas; control de zoonosis (Dengue, Malaria, Chagas, Fiebre Amarilla); la eliminación de la Lepra; el control de las enfermedades diarreicas agudas y la IRA a través del Programa de Asistencia Integral del Niño (que incorpora mejoras del tratamiento ambulatorio, el refuerzo de la lactancia materna y la capacitación de agentes comunitarios).

En el área de salud mental se está promoviendo la ampliación de la red extrahospitalaria de atención psiquiátrica y la implementación de los servicios de asistencia psicosocial en los municipios.

Existe un programa orientado al manejo de la anemia falciforme en la población negra y se han planificado acciones específicas en el área de los discapacitados.

En la gestión de los recursos. No se dispone de información respecto al impacto en salud que han producido algunos programas específicos, debido a lo reciente de su implementación. Existe interés por fomentar el uso en centros de salud y hospitales de medidas de actividades estandarizadas pero no se cuenta con información cuantitativa al respecto ni sobre el porcentaje de centros con capacidad de compra a terceros o que negocian compromisos de gestión.

De acuerdo a un estudio realizado en 1995, el promedio de días de estada fue de 5.5 para los menores de 15 años; 5 para los de 15 a 59 años y 7.1 para los mayores de 60 años. No se dispone de la información sobre número de egresos por cama. El porcentaje

de cesáreas ha aumentado de un 31.6% en 1986 a un 36.4% en 1996, siendo máximo el porcentaje en Sao Paulo (52%), lo que ha sido relacionado con el aumento de la esterilización (4 de cada 5 esterilizaciones se realizan durante la cesárea). No se dispone de información respecto al grado de uso de los quirófanos.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Para 1994, el gasto total en salud per capita ascendió a US\$258, representando un 7.4% del PIB. El gasto público en salud ha ido en disminución desde US\$ 96.5 per capita en 1989 a US\$ 62.71 per capita en 1992, sin disponerse de cifras respecto al porcentaje que representa del gasto público total.

No se dispone de cifras respecto al gasto per capita en medicamentos.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Los consejos de salud están instaurados en cada una de las instancias de gobierno. En el ámbito federal funciona desde 1990; en el ámbito estatal, están implementados en los 26 estados y el Distrito Federal y, en el ámbito municipal, cerca de 3.000 municipios tienen consejos en actividad.

ECUADOR

Revisado a 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

La primera propuesta de Reforma Sanitaria (RS) fue realizada por el Consejo Nacional de Modernización (CONAM), dentro del marco de la Ley de Modernización, que incluyó la propuesta de reforma de la Seguridad Social para el período 1992-1996. La propuesta establecía la competencia entre prestadores públicos y privados, eliminando la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores formales al seguro público (IESS).

El Consejo Nacional de Salud (CNS), presidido por el Ministerio de Salud, elaboró una propuesta alternativa, integrando en ella la opinión de todas las instituciones del sector público y privado y la sociedad civil, desde el nivel central hasta el local. Esta propuesta se orientó a la organización de un Sistema de Salud, donde el Ministerio de Salud Pública (MSP) pasaba a cumplir las funciones de ente regulador y conductor, responsable de las acciones de salud pública. También se planteaba la necesidad de desarrollar un seguro de salud para ampliar la cobertura de atención médica, en base a los principios de equidad y solidaridad, y una gestión descentralizada.

En Junio de 1993 se inició el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en Ecuador (FASBASE) en 41 áreas definidas como prioritarias. Éste proyecto se fundamenta en la estrategia Atención Primaria de Salud, impulsada por el MSP desde 1988. En 1995 se le incorporó un componente orientado a la mejora de los servicios de urgencia en las zonas urbanas. A mediados de 1997 se inició el diseño de un nuevo proyecto, orientado a la Modernización y Desarrollo de las redes integrales de Servicios de Salud (MODERSA), en el contexto de la propuesta de RS. Tanto FASBASE como MODERSA tienen financiamiento del Banco Mundial.

La suspensión del funcionamiento del CNS impidió la continuidad de la RS. Debido a la restricción presupuestaria, se retomó la idea de recuperar costos en los hospitales públicos y se intentó transferir los servicios hospitalarios a los municipios, medida que se suspendió por un amplio rechazo social.

En febrero de 1997, el gobierno de transición intentó retomar el proceso de RS, pero se enfrentó con conflictos derivados de demandas salariales, que lograron ser resueltos en Julio de ese año.

En Mayo de 1997 se realizó una consulta popular que dio como resultado la resolución de convocar a una Asamblea Constituyente a fines de año, con el objetivo, entre otros, de viabilizar la reforma del estado y, entre ellas, la del sector salud.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

Desde fines de 1996, la Comisión Especial de Salud del Congreso Nacional ha venido analizando propuestas vinculadas al sector salud. Están en estudio proyectos de ley relacionados con la regulación de las empresas privadas de salud y medicina prepagada, y sobre descentralización y participación popular, en los que se establece la participación de los municipios, consejos profesionales y organizaciones comunitarias en las acciones de salud.

En conjunto, el sector público cubre aproximadamente al 59% de la población, principalmente en atención hospitalaria. Se estima que el MSP cubre al 30%; la Seguridad Social al 18%; la Junta de Beneficencia (JBG), la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y otras privadas sin fines de lucro al 10%; las Fuerzas Armadas y la policía cubren al 1%, varias entidades privadas lucrativas cubren a un 10%, y el 30% restante no recibe atención médica formal regular.

El organismo oficial del Estado responsable de la formulación de políticas y normas en material de salud es el MSP. Sin embargo, cada una de las entidades del sector funcionan independientemente y sin coordinación, formulan sus propias políticas de salud, manejan su propio financiamiento, definen su modalidad de atención y su población beneficiaria. Esto ha dificultado que el MSP ejerza un rol regulador en el sector. De hecho, a Julio de 1997 no existía una política nacional de salud de aplicación sectorial. El Ministerio de Salud tiene políticas y planes que orientan la acción institucional, pero su coherencia con las realidades epidemiológicas y la distribución de recursos es discutible y la mayoría de las decisiones han sido inestables debido a la inestabilidad gubernamental.

El MSP es el mayor ejecutor de prestaciones integrales de salud y posee la red más amplia de servicios, con más del 50% de la infraestructura total instalada en el país.

La seguridad social está encabezada por el IESS, que atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (el 28% de la Población Empleada Activa del país) en lo que se conoce como el Seguro General. La afiliación familiar a los trabajadores del área rural la realiza el Seguro Social Campesino. La cobertura de este seguro incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria.

Las Fuerzas Armadas y la Policía tienen servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares, y funcionan con la modalidad de seguro de salud.

La JBG y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil atienden la recuperación de la salud de población de medianos y escasos recursos de la región de la costa. La SOLCA presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las principales ciudades del país. La Cruz Roja atiende emergencias y regula los bancos de sangre.

Las organizaciones privadas con fines de lucro tienen establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para la población con capacidad de pago. Existen aseguradoras y entidades de medicina prepagada privadas. Una proporción importante de la población, principalmente de escasos recursos, y sobre todo del área rural, recurre a la medicina tradicional.

Se han hecho intentos de impulsar la *descentralización* a través de las “áreas de salud”, que constituyen la unidad básica de organización y gestión local de los servicios de salud del MSP. Las 180 áreas del país incluyen centros y subcentros de salud, y hospitales cantonales, que son el primer nivel de referencia en los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Es un esquema de descentralización técnica y desconcentración de la ejecución de algunas acciones administrativas, programación y ejecución del presupuesto. Las áreas de salud ejecutan sus planes de intervención de acuerdo a su capacidad resolutoria, en base a APS y con un fuerte componente de participación comunitaria.

Por su lado, el IESS tiene un esquema de descentralización de los aspectos administrativos, en las grandes regiones.

Cada institución tiene su particular fuente de *financiamiento*, conforme la población que atiende. El MSP se financia con recursos fiscales provenientes de impuestos generales, rentas de la explotación petrolera, tasas y contribuciones especiales y los aportes de la cooperación internacional. La atención médica del IESS tiene como fuente principal los aportes de empleados y empleadores, equivalente al 3.4% de la nómina. La restricción económica ha llevado a plantear la necesidad de aumentar los aportes a un 6 u 8%, lo que incrementaría en un 50% los ingresos actuales y permitiría garantizar el financiamiento de las prestaciones de salud.

El Seguro Social General se financia en forma tripartita con el 1% del valor de la nómina, sistema que es subsidiado por el Programa General del IESS y por el Estado. Las demás instituciones públicas reciben aportes estatales y de otras fuentes diversas. El sistema privado se financia por el pago directo de las familias, que se constituye en la principal fuente de financiamiento del sector.

En 1993, el 65% del gasto en salud fue realizado por el sector privado y el 37% por el sector público (17% por IESS, 15% MSP y alrededor de 4% por otras instituciones).³

En 1995, de los 3.462 establecimientos de salud, el 86.3% eran ambulatorios. De ellos, el 51.4% pertenecían al MSP; el 32.6% al IESS y Seguro Social Campesino; y el 16% restante a las demás instituciones del sector. Del total de 474 establecimientos hospitalarios, el 26% corresponde al MSP y el 62.7% al sector privado. No se explicitan modificaciones en la oferta de servicios.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud siguen sus propios lineamientos de políticas, sin que exista coordinación entre ellos y por otro lado. El modelo de atención es medicalizado, orientado a lo curativo y con una tendencia creciente al uso de tecnologías de alto costo. Se espera que esto se modifique como resultado de las propuestas de FASBASE, en relación a las prestaciones de nivel primario, y que se logre una red integrada de servicios como propone el proyecto MODERSA.

En lo que se refiere a la *gestión de recursos*, cabe señalar que el vigente Decreto Ejecutivo 915 (Registro Oficial No. 391 del 5 de marzo de 1981) establece la gratuidad de

3 Echeverría, R. El Proceso de la Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Documento elaborado para el CEPAR-Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, bajo auspicio de USAID. Quito, Julio 1997.

los servicios básicos de salud en los establecimientos del MSP. En el año 1994 se emitió un Decreto de Cogestión y Autogestión Hospitalaria que autorizaba el cobro en los hospitales del MSP. Durante la presente administración, el Ministro de Salud Pública ha emitido una disposición mediante la cual prohíbe cualquier tipo de recuperación de costos en las unidades de salud de esta entidad hasta que exista un Reglamento del citado Decreto. Sin embargo, en la práctica, los hospitales cobran en base a tarifas establecidas por las direcciones de los mismos.

Con el apoyo de agencias extranjeras, se está intentando organizar un programa de Mejoramiento de la Calidad de la atención de los servicios de salud y planificando la capacitación en el área de gestión. La Universidad Nacional de Loja está desarrollando un plan de educación permanente en coordinación con el sector salud y educación. El MSP realiza capacitación de personal en la aplicación de normas técnicas y actividades sistemáticas.

La Dirección de Control Sanitario, dependiente del MSP, es la entidad encargada de la regulación de las prestaciones de salud en general, del registro de títulos y del control de la práctica de los profesionales universitarios en ciencias de la salud.

El Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, ha desarrollado desde 1995 actividades orientadas a mejorar la calidad de la atención. En la actualidad se han focalizado intervenciones en 7 provincias, en forma prioritaria. Dentro del proceso de Fortalecimiento del nivel provincial se iniciará el proceso de acreditación de dos hospitales en la ciudad de Guayaquil, como acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud en las grandes ciudades.

En cuanto a los mercados de fármacos y de tecnologías en salud, no existe regulación eficiente.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. Para 1995 el valor del subregistro estimado para la mortalidad general fue de 13.5%, correspondiendo 15.2% a los hombres y 11.25% a las mujeres. Los valores dados por el Instituto Ecuatoriano de Estadística (INEC) son más altos para 1990-95, indicando un subregistro de 25.8% en la mortalidad de los hombres y 23.7% para las mujeres. Esto explicaría la paradoja de que las provincias con mayor pobreza y necesidades insatisfechas presenten las tasas más bajas de mortalidad.

La *mortalidad infantil* registrada por el INEC y corregida por registro tardío de nacimientos, fue de 20.4 por mil nacidos vivos en 1995, observándose una tendencia descendente pues en 1990 fue de 28.1 y en 1987 de 37.4 por 1000 n. v. Para 1994 la mortalidad estimada por la ENDEMAIN-94 fue de 44 por 1000 n. v. para 1994. Para el periodo 1984-94 la estimación de la ENDEMAIN-94 en las provincias de la sierra y de la costa fue de 49.8, 45.5 en la sierra y 50.8 en la costa. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades respiratorias y las diarreas.

La *mortalidad materna* registrada por el INEC en 1995, y corregida por registro tardío de nacimientos, fue de 62.7 por 100.000 n. v. , mientras que la estimada por la ENDEMAIN-94 fue de 159 por 100.000 n. v. El promedio para el quinquenio 91-95 resultó en 101.1, con amplias diferencias regionales: en tres provincias la tasa sobrepasa 200 y en dos provincias está alrededor de 75. En el grupo de las adolescentes, la mortalidad por causas maternas, aun cuando ha disminuido respecto a 1990, es de 76.8 por 100 mil n. v. (1995).

En cobertura. Las coberturas del *Programa Ampliado de Inmunizaciones* han ido en ascenso desde 1990. La cobertura de DPT3 ha aumentado desde 75% a 88% en 1996; la cobertura de tercera dosis Sabin de 77 a 89%, y la antisarampionosa de 67 a 79%.

No se dispone de información respecto a la cobertura de Control Prenatal realizado por personal sanitario entrenado.

En acceso. No existe información en relación a tiempos de desplazamiento ni a listas de espera para resolución quirúrgica.

En la distribución de los recursos. Para 1995, la relación de médicos por 10.000 habitantes fue de 13.3, siendo mayor en las regiones Insular y de la Sierra (16.6 y 16.0 respectivamente), que en la Costa (11.5) y en la región Amazónica (8.1 médicos por 10.000 hab.)

La disponibilidad nacional de enfermeras por 10 mil habitantes es de 4.6. El 68.5% de ellas se concentran en las provincias más desarrolladas del país.

La disponibilidad de camas totales llega a 1.6 por 1000 habitantes, y se mantiene estable desde 1988. No existe información acerca de camas UTI.

Equidad en el uso de los recursos. A nivel nacional, se registra una *tasa de egresos* de 50.9 por mil hab. en 1995, con una variación entre regiones y provincias que va desde 78.0 en Pastaza hasta 21.3 en Sucumbíos (ambas provincias corresponden a la región amazónica). La variación entre regiones es de 53.9 en la Sierra, 49.6 en la Costa, 43.8 en la Región Amazónica y 55.0 en la Región Insular.

El porcentaje de *partos atendidos por personal entrenado* llegó a 66.5% en 1995, pero con diferencias que van desde 81.4% en la zona urbana a 34.6% en la zona rural. Estas diferencias son aún más marcadas si se comparan Guayaquil (96.6%) o Quito (95.2%) con el sector rural de la Costa (41.1%) y de la Sierra (33.1%).

No se dispone de información respecto a egresos UTI ni a intervenciones quirúrgicas.

Equidad financiera. No se cuenta con información respecto a intentos de superación de las barreras económicas de acceso a prestaciones de salud.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. No hay información sobre establecimientos de salud que hayan establecido programas de calidad o de humanización.

Efectividad y calidad percibida. No hay información respecto a establecimientos de salud que cuenten con servicios de atención al paciente o que realicen encuestas de percepción de usuarios.

2.3 Eficiencia

Eficiencia en la asignación de recursos. En 1996, los *servicios de agua potable* presentaban una cobertura del 69.7%, mayor en la zona urbana (80.6%) que en el área rural (50.9%).

La población con acceso a *servicios de alcantarillado* alcanzaban en 1996 al 41.7%, siendo mayor en la zona urbana (61.4%) que en la rural (10.4%).

El promedio nacional de *recolección de residuos sólidos* alcanza al 51.6%, siendo en el sector urbano de 69.6% y en la zona rural de 7.5%. Los cuales son depositados, en su mayor parte, sin condiciones de seguridad para la salud.

Se estableció el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR) con el que se espera lograr una cobertura universal rural para el año 2005.

Se están realizando acciones *intersectoriales* en el campo de la violencia intrafamiliar. En 1995 se aprobó la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia y se creó la primera Comisaría de la Mujer. Actualmente están funcionando 5 Comisarías y en 1998 se crearán

12 Comisarías más en diversas cabeceras cantonales del país. La violencia contra la mujer y la familia no ha sido reconocida aún como un problema de salud pública.

En 1997, siete de los 205 municipios participan en la estrategia de Municipios Saludables. Por su parte, en Cuenca existe una propuesta participativa con miras a convertir al Azuay en una “provincia saludable”. Específicamente, los municipios de Riobamba y Tena han emprendido acciones para constituirse en municipios saludables. En cinco cantones de la provincia de Loja se está desarrollando un proyecto de “Espacios Saludables” con apoyo financiero de la Embajada de Holanda y la conducción técnica de OPS.

Existen en desarrollo programas de erradicación de enfermedades por parte del MSP: tuberculosis, dermatosis (lepra, leishmaniasis), enfermedades tropicales (malaria), Chagas, dengue, oncocercosis, rabia, SIDA y ETS. Se le ha dado continuidad al programa de control de la hipertensión.

La estrategia de Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está enfocada al manejo de los niños con IRA y diarrea.

Existen programas de ayuda alimentaria: “Promoción de módulos de desarrollo lechero en el área de desarrollo rural integrado”; “Atención primaria de salud y mejoramiento del saneamiento básico” para una serie de provincias, dirigido a embarazadas, lactantes y niños; “Colación escolar para mejorar la enseñanza en zonas prioritarias”; “Apoyo integral para el sector urbano marginal de Quito”, dirigido a mujeres.

En la gestión de los recursos. No existen datos sobre porcentaje de reducción de la mortalidad infantil atribuible a programas específicos ni sobre centros de salud y hospitales con medidas de actividad estandarizadas.

No hay datos cuantitativos sobre la recuperación de costos por parte de los hospitales públicos. Tampoco se cuenta con información sobre negociación de compromisos de gestión a otros niveles.

En 1995 se registró un promedio de *días de estada* de 5.9 y en 1996 el *porcentaje de cesáreas* respecto del total de partos fue de 34%, cifra un tercio superior a la presentada en el año anterior (aunque las cifras son parciales e incompletas por problemas de registro).

El rendimiento o giro de cama en 1995 fue de 33, observándose la cifra más alta en la provincia de Sucumbíos (66) y la más baja en la región Insular (24); en la región de la Sierra fue de 32, en la Costa de 33 y en la Amazonia de 39. No se dispone de información sobre el uso de quirófanos.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

La evolución del *gasto en salud como porcentaje del PIB*, entre 1985 y 1993, se presenta en la siguiente tabla:

	% PIB		
subsector	1985	1990	1993
público	1.9	1.89	1.86
privado	2.5	3.3	3.3
total	4.4	5.19	5.16

Fuente: Echeverría, R. El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, 1997.

Los estudios realizados sobre gasto sanitario indican que son los hogares más pobres los que más gastan en salud en términos porcentuales, aunque en valores absolutos el gasto en salud aumenta con el ingreso.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

No se dispone de información respecto al porcentaje de centros de salud y hospitales con consejos de salud funcionando.

EL SALVADOR

Revisado a 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

En el contexto del Programa de Modernización Pública del Gobierno, el Plan de Desarrollo para el quinquenio 1994-1999 intenta realizar una profunda reorganización y modernización del sector gubernamental.

Bajo esta perspectiva, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha definido como Política General de Salud la necesidad de contar con un sistema de salud moderno que de respuestas a las necesidades de la población de una manera integral. Para llevarla a cabo, ha establecido los siguientes componentes estratégicos:

- Reorganización y reestructuración de las instituciones del Sector Salud: entre ellas una reestructuración funcional del MSPAS que le permita adoptar un rol normativo, regulador, facilitador y financiador.
- Descentralización de los sistemas programáticos y administrativos de salud: con la transferencia de las funciones de planeamiento, administración, obtención y asignación de recursos para la provisión de servicios de salud desde el nivel central hacia las otras instancias públicas o privadas.
- Nuevas modalidades de provisión de servicios de salud: destinados a garantizar el acceso a un paquete básico de servicios de salud gratuito a toda la población.
- Readecuación del marco legal: para permitir el cumplimiento efectivo del rol regulatorio por parte del MSPAS, y garantizar la protección de la salud de las personas y del medio ambiente.
- Participación social: entendida no sólo como un agente pasivo, contribuyente en la reducción del gasto en prestaciones, sino como una estrategia indispensable para la producción en salud.

Estas acciones están orientadas hacia la estructuración de un Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de actores públicos y privados, quienes bajo la rectoría del MSPAS, dan la provisión de servicios integrales de salud a toda la población.

La coordinación y conducción del proceso de Reforma Sectorial está asignada a una división anexa al Departamento de Planificación del Ministerio de salud.

Se han diseñado planes de corto y largo plazo, además de programas piloto y estudios. Para la implementación de la RS se han planteado fases, iniciando con la implantación de la Canasta Básica de Servicios de Salud en el nivel primario y la Canasta

Ampliada de Servicios de Salud en el segundo nivel, y el desarrollo de una campaña de difusión sobre el proceso de reforma.

Se cuenta con el apoyo financiero y cooperación técnica de un importante número de agencias internacionales y gobiernos. Los principales aportes provienen de Suecia y Holanda, y del Banco Mundial y el FIS.

Desde comienzos del proceso de RS, se definieron criterios e indicadores de evaluación y monitoreo, tanto de proceso como de impacto.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

El *marco jurídico* en el que se está llevando a cabo la RS está dado por la Política General de Salud. En el Código de salud están asignadas las funciones regulatorias en materia de salud, en forma compartida entre el Ministerio de Salud y el Consejo Superior de Salud Pública, pero no se dispone de una reglamentación adecuada para hacer efectivas las disposiciones legales.

Al Ministerio de Salud le corresponde cubrir al 80% de la población; sin embargo, no toda ella accede a los servicios principalmente por barreras geográficas .

La Seguridad Social cubre al 15% de la población (trabajadores públicos y privados y sus beneficiarios). Algunas instituciones o empresas cuentan con mecanismos propios de *cobertura* a sus trabajadores y a sus beneficiarios: por ejemplo, la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), la Compañía Nacional de Alumbrado Eléctrico (CEL), Bienestar Magisterial y Sanidad Militar.

El subsector privado, a través de sus establecimientos en los tres niveles de atención, tiene una cobertura cercana al 5% de la población.

Se han implementado nuevas modalidades de provisión de servicios de salud destinadas a garantizar el acceso a un *paquete básico de servicios de salud* gratuito a toda la población. Estos son eminentemente preventivos y curativos básicos, y consideran una activa participación comunitaria. Estas acciones en el nivel primario de atención, son complementados por un *paquete de servicios clínicos esenciales*, cuyo acceso garantiza el MSPAS, el cual incluye servicios de atención de segundo nivel: partos, cirugía general, tratamiento ambulatorio y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas, tratamiento de las urgencias de traumatismos e intoxicaciones, tratamiento de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas agudas referidas por el primer nivel de atención.

El acceso a estas prestaciones será mediante subsidio estatal a los indigentes y mediante el pago directo por prestación y el pago de un seguro médico mínimo obligatorio por parte del resto de la población. Se espera actualizar y establecer los costos de la canasta básica y ampliada de salud y los requerimientos financieros a fin de lograr equidad en las prestaciones y el subsidio a los más pobres.

Le corresponde al MSPAS asumir la *rectoría* del sector.

En relación al manejo de información, se ha implementado a nivel departamental el Sistema de Recolección de Datos, mecanizando el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y apoyando con el desarrollo de una estrategia de capacitación en análisis de la información. La Red de Notificación incorpora a los centros penales, las ONG's, el Seguro Social y los hospitales privados. Además, se ha puesto en marcha el Sistema de Información Gerencial en los niveles primario (Unidades y Puestos de Salud) y secundario en la mayoría de los departamentos, esperando que se convierta en una herramienta para la toma oportuna y adecuada de decisiones.

La unidad responsable de la RS no tiene autoridad sobre recursos humanos o financieros. Desde 1995, el MSPAS, a través de la División de Administración de Recursos Humanos, está ejerciendo el rol regulador sobre las acciones del personal. Además, un representante ministerial participa en el Grupo Interinstitucional de Desarrollo de Recursos Humanos (GIDRHUS) que integran las universidades.

El MSPAS se coordina con otras instituciones para participar de las propuestas de Planes Nacionales sobre Ecología y Salud, y la unidad responsable de la reforma sectorial está vinculada con la formulación y seguimiento de políticas medio ambientales.

En un intento para *separar funciones*, se espera poder transformar el sistema de previsión social en una entidad privada y descentralizada, permitiendo al Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) dedicarse específicamente a brindar coberturas en salud.

Como parte del proceso de *descentralización* del sector, se convirtió a las cinco antiguas Direcciones Regionales del Ministerio de Salud en 18 Direcciones Departamentales y 15 Centros de Salud se transformaron en hospitales.

Está en marcha un plan piloto para impulsar la estrategia de delegación técnico - administrativa de los establecimientos del primer nivel por medio de la adjudicación de estos establecimientos a ONG's y organizaciones privadas. En la Unidad de Salud del Municipio de San Julián la prestación de los servicios está a cargo de la Fundación Salvadoreña para la Salud (FUSAL).

Promoviendo el desarrollo local de los municipios se pretende desconcentrar las fuentes de producción y descentralizar servicios básicos con modalidades de *participación social*. En ese contexto, los comités de salud, a niveles cantonales y municipales, preparan y ejecutan actividades bajo la orientación de promotores de salud, parteras empíricas u otros agentes de salud. Participan también en las estrategias de mercados saludables, salud en la comunidad y "ferias de la salud".

A nivel local se fortalecen los comités intersectoriales, quienes participan en la programación local de las actividades en las unidades de salud.

A nivel de hospitales, se han desarrollado los patronatos.

Los sistemas de información en el área de financiamiento son confiables y homogéneos. El MSPAS tiene como *fuentes de financiamiento*: i) el aporte gubernamental, que representaba en 1994 el 76.1% de los ingresos totales (en 1989 fue el 72.4 y en 1992 el 54%); ii) la cooperación externa, con un 19.1% (llegó a ser el 42.5% en 1992) y, iii) los

fondos generados por Establecimientos de Salud (Patronatos y Fondos de Actividades Especiales) con un 4.8% de participación (que había sido del 3.3% en 1989 y del 3.5 en 1992).

El 33% del presupuesto del Ministerio de Salud se destina a servicios preventivos (que incluye medicamentos e insumos); el 59% a servicios ambulatorios y hospitalarios (incluyendo medicamentos e insumos); a secretaría el 6%, y a inversiones el 2%.

La Seguridad Social destina el 20% de su presupuesto a medicamentos; el 2.4% a equipos médico - quirúrgicos y de laboratorio; y el 76.6% a remuneraciones y otros gastos.

Como una manera de mejorar la *oferta de servicios*, se ha incrementado el número de Unidades de Salud, disminuyendo el número de puestos de salud. La capacidad resolutive de los hospitales se ha aumentado mediante la incorporación de médicos de las cuatro especialidades básicas y la dotación de equipo biomédico de alta tecnología. También se han efectuado cambios en los procedimientos para la prestación de servicios en los hospitales y unidades de salud de mayor demanda: por ejemplo, citación escalonada y ampliación de horario de atención.

Por su parte, el ISSS ha impulsado el establecimiento de Clínicas Comunes, que pretenden cumplir una función de primera línea semejante a la ofrecida por el MSPAS.

Entre las nuevas modalidades de atención desarrolladas, destacan: cirugía ambulatoria, salud bronquial, y clínica de heridas y úlceras entre otras.

Se está dando impulso a las medidas de protección a los adolescentes y personas de la tercera edad desde el sector gubernamental, apoyado por el no gubernamental. Al mismo tiempo, se ha fortalecido la atención infantil, especialmente en el área de patologías inmunoprevenibles, y de la embarazada (en un intento por disminuir la mortalidad materna se está haciendo hincapié en la capacitación de las parteras empíricas y en la importancia del parto institucional).

Se han descentralizado las funciones financieras hacia los niveles departamentales mediante la asignación de fondos. Se le ha otorgado autonomía presupuestaria a 15 antiguos centros de salud, ahora hospitales, y se está planteando el diseño de mecanismos para la recuperación de costos como alternativa de financiamiento del sector.

Se está intentando proponer mecanismos de competencia internos para la asignación de recursos financieros con el fin de "premiar la eficiencia y castigar la ineficiencia".

Se está considerando el diseño de mecanismos que permitan integrar al sector privado en la compra y venta de servicios directos o indirectos de salud. En este ámbito, se han firmado convenios de compra y venta de servicios hospitalarios y diagnóstico-terapéutico entre el MSPAS y el ISSS, entidad prestadora de servicios dependiente del Ministerio del Trabajo.

En el área de *recursos humanos*, se ha capacitado en Gerencia y Planificación Estratégica local a más de 500 profesionales de la salud de los niveles locales, departamentales y central en función de mejorar la gestión. Como una medida de

descentralizar la formación de recursos de enfermería, se transfirió la Escuela Nacional de Enfermería a la Sociedad de Profesionales de la orden.

Se está llevando a cabo un proceso de coordinación entre las entidades formadoras de RRHH y el MSPAS para definir el perfil de los profesionales adecuados al modelo de atención de salud.

Las áreas de RRHH de cada hospital y departamento tiene ya la capacidad para administrar los recursos bajo su jurisdicción.

Se han desarrollado políticas de análisis de desempeño e incremento salarial como incentivo (3% por antigüedad y 5% por desempeño) y de sistemas de evaluación de los recursos humanos.

El Consejo Superior de Salud Pública es la entidad encargada de la certificación de los profesionales de salud.

En los últimos años han surgido una diversidad de instituciones prestadores de servicios, lo cual ha aumentado la capacidad de elección de los usuarios, pero su acceso tiene restricciones de origen económico.

El Ministerio de Salud es la entidad encargada de evaluar tecnologías y procedimientos antes de su introducción.

El Consejo Superior de Salud Pública es la entidad responsable de la regulación en relación a medicamentos.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. En 1994 se estimó un subregistro del 21% de las defunciones.

La tasa de *mortalidad infantil* más cercana a la realidad es la estimada por la Encuesta Nacional de Salud Familiar en 1993 (FESAL-93), y alcanzó la cifra de 41 por mil nacidos vivos. Según otra fuente, ésta habría descendido a 36 por mil n. v. en 1996. En ese mismo año, la mortalidad infantil para el sexo masculino alcanzó a 38 y para el sexo femenino a 31 por mil n. v. del mismo sexo.

Las tasas más altas en el quinquenio 90-95 se presentaron en Morazán (53.4), San Vicente (52.2), Cabañas (51) y Chalatenango (48.7 por mil n. v.).

Según los datos de FESAL-93, la mortalidad postneonatal alcanzó en las zonas rurales una tasa de 22 por mil n. v. y descendía a 13 por mil n. v. en las zonas urbanas.

Las principales causas de muerte en los menores de un año fueron las afecciones perinatales, las enfermedades infecciosas intestinales, y las infecciones respiratorias.

La tasa de *mortalidad materna* estimada para 1993 fue de 119 por 100 mil n. v. (OPS). Las principales causas en 1995 fueron hemorragia, toxemia y sepsis. Según un estudio (Jarquín), la tendencia habría sido al descenso desde una tasa de 147 por 100 mil nacidos vivos en 1990 a 99 por 100 mil nacidos vivos en 1995.

En cobertura. Para el *Programa Ampliado de Inmunizaciones* en el menor de un año, las coberturas de la tercera dosis DPT son del 100% desde 1995; la tercera dosis Sabin aumentó del 94% en 1995 a 100% en 1996 y la antisarampión fue de 93% en 1995 y de 97% en 1996.

La cobertura del *control prenatal* en los establecimientos del MSPAS aumentó de 44.6% en 1992 a 55.5% en 1996. En el ISSS ésta alcanzó al 98% en 1995 y en el subsector privado se estimó entre el 95 y 100%. La población no cubierta corresponde en su mayoría a las zonas rural o periurbana.

En acceso. No hay información respecto a los tiempos de desplazamiento hacia los centros de salud ni respecto a tiempos de espera para resolución quirúrgica.

En distribución de los recursos. Se dispone de 9.1 médicos por 10 mil habitantes y de 3.8 enfermeras por 10 mil habitantes. Alrededor del 60% están concentrados en la capital del país.

En el uso de los recursos. La atención hospitalaria del parto en el MSPAS aumentó de 37.1% en 1992 a 42.1% en 1996, mientras que en el ISSS fue de 10.9 a 14% en el mismo

periodo. Considerando que el subsector privado atendió alrededor del 10% del total de partos, la cobertura total llegó al 66.3% (64.5% según otra fuente) en 1996. De acuerdo al tipo de profesional que atiende al parto, en el MSPAS en 1992, el 67.7% fue realizado por médico, el 16.2% por enfermera y el 16.2% por auxiliar de enfermería. Estos porcentajes cambiaron en 1995: 92.6, 3.2 y 4.2%, respectivamente. Tanto en el ISSS como en el subsector privado, los partos son atendidos en el 100% de los casos por médicos.

No hay información sobre consultas ambulatorias, egresos hospitalarios ni egresos cama UTI.

Equidad financiera. Según el actual marco político, se le asegura a la población el acceso gratuito a un paquete básico de prestaciones como mecanismo que permite superar las barreras financieras al acceso de servicios de salud.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. No se dispone de información sobre porcentaje de centros u hospitales con programas de calidad o de humanización establecidos y evaluados.

Efectividad y calidad percibida. No se dispone de información sobre porcentaje de centros u hospitales con servicios de atención al paciente o que realicen encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. La cobertura de servicios de agua potable en 1995 fue del 53%, siendo de 86.6% para la zona urbana y de 17.6% a nivel rural.

La población con acceso a servicios de alcantarillado alcanzaban en 1995 al 69.0%, con un 57.3% de conexión a alcantarillado y 24.5% que dispone de letrinas en la zona urbana. En el área rural, el 56.3% de la población dispone de letrinas.

En el Area Metropolitana, la cobertura de recolección de residuos sólidos es del 60%.

Se han desarrollado programas de letrización en la zona rural y la distribución de aparatos productores de cloro dip-cell para mejorar las coberturas de agua potable.

El MSPAS se ha coordinado con la Secretaría Nacional de la Familia para impulsar programas entre diferentes ministerios: Educación, Justicia, Trabajo, Interior, etc. Entre estos programas figuran las escuelas saludables; los mercados saludables, en coordinación con Municipalidades; cárceles saludables, con Justicia. Con la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados se logró desconcentrar el programa de saneamiento básico rural y aprovisionamiento de agua.

En 1997 se comenzó a ejecutar un programa sobre Aspectos Ocupacionales y Ambientales a la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano (PLAGSALUD), que se realiza en coordinación con OPS y la contribución del gobierno de Dinamarca.

El manejo de los cuadros de diarreas e infecciones intestinales se ha hecho mediante la capacitación de agentes voluntarios de salud en temas como rehidratación oral e higiene, complementarios de los promotores de la salud del MSPAS. Se ha instaurado el Programa de Vigilancia Nutricional y Monitoreo del Crecimiento, ejecutado a nivel comunitario por el promotor de salud. Se ha implementado la formación de consejeras voluntarias de nutrición y la fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales (sal yodada, azúcar suplementada con vitamina A, harina de trigo fortificada con hierro). Además se distribuye complementos alimentarios a las familias vulnerables. Estas iniciativas cuentan con apoyo legislativo y son potenciadas a través de campañas de educación en salud.

En la gestión de los recursos. Aún cuando se reconoce el aporte de las acciones preventivas y la participación comunitaria en la reducción de las patologías infecciosas intestinales, no se ha cuantificado su impacto.

En la actualidad, todos los hospitales tienen capacidad de cobrar a terceros pagadores. No están negociando compromisos de gestión con otros niveles.

En las maternidades del MSPAS, el *porcentaje de cesáreas* ha aumentado de 20 a 22.9% entre 1992 y 1996. Para ese año, ese porcentaje en el Hospital de Maternidad (el más importante) fue de 26.8% y en ISSS de 21.4%.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

En 1996 se destinó a salud el 4% del PIB.

El gasto público en salud representa el 8.9% del gasto público total. El 96% del gasto público en salud se destina a gasto sanitario público corriente

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

No se dispone de información sobre el porcentaje de centros de salud y hospitales con consejos de salud funcionando.

GUATEMALA

Revisado a 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

A fines de 1996 culminó el proceso de negociaciones, iniciado en 1994, entre el gobierno y la guerrilla, firmándose el Acuerdo de Paz. Se dieron entonces las condiciones para el diseño e implementación de un proceso de modernización del Estado y para la formulación del Programa de Modernización Económica del Gobierno. La Reforma del Sector Salud se inscribió dentro de ese proceso. Sus objetivos son mejorar la capacidad de gestión, fomentar la eficiencia, controlar el déficit fiscal e implementar programas sociales que sustenten la paz y el desarrollo económico.

Estos lineamientos fueron reforzados con la implementación de una reforma de las asignaciones a las municipalidades, de tal manera que el 90% de los traspasos (8% del presupuesto nacional) sea destinado a programas y proyectos de educación, de salud preventiva, y a obras de infraestructura y servicios públicos que mejoren la calidad de vida.

En el contexto del Plan de Desarrollo Social 1996-2000, se formularon las políticas de Salud 1996-2000, que incorporaron, orientaron y apoyaron los aspectos de la reforma y los compromisos de paz. Éstas se basan en el reordenamiento, integración y modernización del sector salud; el aumento de coberturas y el mejoramiento de la calidad de la atención; el mejoramiento de la capacidad gerencial; la promoción de la salud y los ambientes saludables; el aumento del suministro y la calidad del agua de consumo humano y del saneamiento básico rural; la participación y fiscalización social en la gestión pública y la coordinación de la cooperación externa.

Por su parte, la Reforma Sectorial (RS) iniciada en 1994, busca: a) extender las coberturas de los servicios básicos de salud, focalizándolos en los más pobres; b) aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sustentabilidad; c) reorientar la asignación de recursos; d) aumentar la eficiencia del sector público, en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios; y e) generar una respuesta social organizada, con amplia base de participación social y comunitaria. La Reforma es parte medular de las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

La Unidad de Reforma del Sector Salud se adscribe al MSPAS (el IGSS forma parte de sus planes de acción). Tiene una capacidad técnica y administrativa básica, reforzada por consultores nacionales e internacionales en áreas específicas y trabaja fundamentalmente con fondos del Estado a través de un préstamo del BID, y con apoyo financiero y cooperación puntual de otras agencias bilaterales e internacionales (OPS, Unión Europea, USAID, GTZ y otras).

El MSPAS asume - y es reconocido por las otras instituciones del sector - el papel rector del proceso de negociación de la reforma, con el respaldo legal del nuevo Código de Salud, que le asigna ese rol, y de la nueva Ley del Organismo ejecutivo. Ambas leyes han sido emitidas y entrado en vigor en 1997. También son funciones del MSPAS la regulación y vigilancia de la salud, siguiendo los principios de solidaridad, subsidiaridad y equidad.

Otras entidades que han participado en el proceso de negociación han sido el Congreso de la República, la Comisión de Salud del Congreso, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y las Municipalidades (a través del Instituto de Fomento Municipal - INFOM).

La RS incluye la ejecución de un Plan de Acción que facilite la ejecución de los programas del MSPAS y permita la desconcentración de la administración de recursos hacia las áreas de salud.

Existe un plan de 3 años denominado programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, con programas operacionales anuales, y una clara definición de metas de cooperación técnica y financiera para lograr los cambios. En este plan están incluidos los cambios en el MSPAS y el apoyo al IGSS.

En una primera etapa de implementación, se beneficia a tres de las 22 áreas existentes en el país mediante el Programa de Acción Inmediata, con el fin de garantizar la eficiencia en la ejecución de los recursos entregados, así como para fortalecer los procesos de administración estratégica local y programación local participativa, orientando los recursos con criterios de equidad y calidad.

La RS pretende, asimismo, mejorar el nivel gerencial de los trabajadores, para aumentar su capacidad de gestión administrativa, de análisis, ejecución y evaluación.

Los criterios de evaluación están definidos en los planes de cada Institución. Existe un plan de evaluación específico para las áreas piloto de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla y Chiquimula.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

Para asegurar la viabilidad y la implementación del proceso de reforma del sector, se aprobó un nuevo *Código de Salud* (en vigor desde el 7 de febrero de 1998), que define el concepto de "Sector Salud" y crea el Consejo Nacional de Salud, entidad asesora del Gobierno y MSPAS en temas de salud. El Código de Salud regula el desarrollo de los servicios de salud en los aspectos de infraestructura, recursos humanos y redes de servicios e incorpora, como aspectos prioritarios, la promoción y la protección de la salud. Actualmente se están preparando los reglamentos generales y específicos que permitirán la reorganización administrativa y técnica del MSPAS.

La reorganización del Ministerio será efectiva en mayo de 1998, con cambios fundamentales en sus funciones y estructura, lo que permitirá implementar el nuevo modelo de atención a nivel del país. No se ha creado ningún organismo de regulación

fuera del Ministerio, asignándose la responsabilidad de esta función a la nueva Dirección de Regulación, Vigilancia y Control, dentro de la nueva reorganización del MSPAS.

En Noviembre de 1996 se sancionó la Ley sobre la Prevención de Violencia Intrafamiliar, por iniciativa de la Comisión de la Mujer, el Menor y la Familia y, ese mismo año, la Ley de Protección de las Personas de Tercera Edad para un desarrollo humano con calidad.

El 25% de la población está cubierta por el Sistema Nacional de Salud (MSPAS), el 15% por el Sistema de Seguridad Social (IGSS), el 2.5% por Sanidad Militar, el 4% por ONG's y el 10% por el sector privado. El 44% de la población no tenía ningún tipo de *cobertura* formal de salud en 1995.

Existe un programa específico de extensión de servicios básicos de salud, dirigido a la población sin servicios, principalmente en el área rural. Se inició en 3 departamentos prioritarios en 1997 y se extenderá a 9 más en 1998. Consiste en dar servicios básicos de salud a la población a través de un equipo básico de personal con dos opciones de prestación: i) por los propios servicios oficiales y, ii) por prestadores de salud contratados específicamente, la mayoría de ellos ONG's. En 1997 se cubrió con estos servicios básicos a más de 150.000 personas. Para 1997 se espera alcanzar una cobertura de 900.000 personas.

Este conjunto de servicios básicos consiste en: atención materno - infantil, nutrición, control de enfermedades transmisibles, promoción y educación en salud, y mejoramiento del saneamiento básico en coordinación con otras agencias.

Este paquete va dirigido a personas marginadas del área rural y urbana que a la fecha no tienen ningún tipo de servicios y se enmarca en el Sistema Integral de Atención en Salud, (SIAS) que incluye el mejoramiento del segundo y tercer nivel de atención en las áreas prioritarias.

El SIAS presenta una serie de ejes programáticos como: el equipo básico de salud, los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, la administración de recursos, la planificación, programación y evaluación y, especialmente la Atención a las Personas a través de los: a) Servicios Mínimos de Salud, de cobertura nacional y con flexibilidad de formulación de acuerdo a la realidad epidemiológica local. Se orientan a la mujer embarazada (atención pre y postnatal y del parto; inmunización antitetánica; administración de sulfato ferroso); al niño (inmunizaciones del PAI; control de patologías prevalentes -IRA, diarrea, cólera-; evaluación y atención nutricional del menor de dos años); y a resolver la morbilidad aguda o crónica (diarrea, cólera, IRA, malaria, dengue, tuberculosis, rabia, ETA, VIH/SIDA) de acuerdo a perfil local. b) Servicios Ampliados de Salud, dirigidos a la población que ya está cubierta. Estas prestaciones son realizadas por personal institucional y comprende, además de los servicios mínimos, en la mujer: atención en el período fértil, con detección precoz de cáncer y planificación familiar; en el niño, atención hasta la edad de 5 años; atención de la morbilidad aguda y crónica; y acciones relacionadas con el medio ambiente, la formulación de normas y el desarrollo y gestión de proyectos.

La entidad rectora (MSPAS) hizo la propuesta de diseño de la RS dentro del código de Salud, pero fue el Consejo de la República con la participación de representantes de otras instituciones en su etapa de discusión, quien la aprobó finalmente.

La Unidad responsable de la RS sólo tiene control de los recursos humanos y financieros para el apoyo técnico al proceso de la RS, y cada institución maneja sus propios recursos. La Unidad tampoco está vinculada con la formulación y seguimiento de las políticas medio ambientales; por el momento se concentra en los aspectos administrativos, financieros y técnicos de la prestación de servicios a las personas.

Para fortalecer la capacidad de análisis sectorial a los diferentes niveles de gestión, y apoyar la toma de decisiones, en 1996 el MSPAS implantó el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), el cual incorporó la información comunitaria proveniente del SIAS. Pero los sistemas de información aún son débiles en el país, aunque se están mejorando para que cumplan su función.

A nivel nacional no existe la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. A nivel de las áreas prioritarias existen experiencias en la red del MSPAS y del IGSS: contratan prestación de servicios básicos en el primer nivel de atención y en algunos casos en hospitalización. En algunos casos (por ej. Escuintla) el financiamiento de la ampliación de cobertura de los servicios básicos al 100% de la población lo financiarán el MSPAS y el IGSS, y los recursos y la contratación de la prestación de servicios los manejará una entidad administradora.

En el MSPAS se están revisando los roles de autoridad intermedia y local en la gestión de los sistemas de salud, pero aún no se han implementado servicios descentralizados. El IGSS tiene aún un sistema centralizado, pero se espera que en el transcurso de dos años el panorama haya cambiado sustancialmente, ya que las actuales autoridades están estudiando y planificando dichos cambios (Plan de *desconcentración* administrativa y funcional).

De acuerdo al nuevo Código, deberá implementarse un Consejo Nacional y se espera que esto se haga durante 1998. A nivel local existían algunas experiencias con Consejos Locales no sistematizadas.

En 1996 se realizó una reorientación del *gasto* nacional en salud, asignándose un 43.8% a Atención Primaria en Salud (servicios locales) y un 24.6% a la red hospitalaria.

El MSPAS cuenta con una red de establecimientos diferenciados según niveles de atención: hospitales, Centros de Salud tipo "A" y "B", puestos de salud y establecimientos de expendio de medicamentos. El sistema público cuenta con el 47.7% del total de establecimientos, siendo el resto de dependencia privada.

Dentro de las políticas orientadas a *grupos vulnerables* destaca que en Marzo de 1997 se dio comienzo al Plan de Atención a ex - combatientes con una duración de dos meses. El Plan consiste en un programa de atención médica integral, odontología, salud mental y vigilancia epidemiológica. El equipo de salud encargado de las prestaciones está compuesto por un médico de la URNG (ex - guerrilla), un médico de Médicos del Mundo, cuatro estudiantes de odontología, un promotor de salud de la Universidad Misionera de los Pobres, un promotor de salud de la URNG y un promotor dental de la URNG. Se

incorporan prestaciones masivas como desparasitación, vacunación antitetánica y antisarampión, y la administración de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina A.

No obstante lo anterior, las condiciones de salud determinan que sea el grupo materno-infantil objeto de las principales iniciativas de salud.

Los puestos de salud, tanto del MSPAS como del IGSS, son atendidos por personal auxiliar y los Centros de Salud tienen atención profesional con horario restringido. Su capacidad resolutive es limitada y los sistemas de *referencia y contrarreferencia* con los centros de mayor capacidad resolutive (concentrados en las grandes ciudades) son poco efectivos y funcionales, aunque las normas de los 3 niveles de atención y los criterios de referencia/contrarreferencia están definidos dentro del SIAS.

A partir de 1998 se están desarrollando *compromisos de gestión* entre el nivel central del Ministerio y las áreas de salud, entre las áreas y los distintos establecimientos del nivel primario, y entre el Ministerio, las áreas y los hospitales. El nuevo Código de Salud da la posibilidad legal de la compra y venta de servicios a terceros. Tanto en el IGSS como en el Ministerio de Salud existe la capacidad financiera y presupuestaria de hacerlo. Desde 1997 el Ministerio contrata a grupos privados (ONG's y otros) para prestación de servicios a nivel de las comunidades; el Seguro Social compra servicios de atención materna a grupos privados y también compra servicios al Ministerio de Salud.

En 1993, el 26% del personal del sector era de carácter comunitario y voluntario y el 57% pertenecía al sector público.

La concentración de los *profesionales* de salud en las zonas urbanas obligaba a que en las zonas rurales las prestaciones de salud fueran otorgadas por auxiliares de enfermería, técnicos de salud rurales, comadronas y promotores comunitarios voluntarios de salud. La implementación del nuevo SIAS ha requerido de la formación de recursos humanos voluntarios que se responsabilicen de dar atención primaria a la población a través de los Servicios Mínimos de Salud. En 1989 se estimaba que existían aproximadamente 36 personas voluntarias de salud por cada 10 mil habitantes.

Aún existen serios problemas en el reclutamiento, control y despido, cuando es necesario, de los recursos humanos en el Ministerio. Problemas legales por la ley de servicio civil vigente, limitan poder manejar adecuadamente estos procesos. Se están haciendo esfuerzos para mejorar los sistemas administrativos, que también son una dificultad actualmente.

En 1997 el MSPAS aprobó un bono especial para todos los trabajadores en todos los niveles, como reconocimiento a que los niveles salariales eran muy bajos. En los compromisos de gestión se han incluido las bases para dar incentivos por productividad; estos compromisos se están empezando a implementar en 1998.

Las bases legales para poder desarrollar estas funciones están en el nuevo Código de Salud, pero aún no se definen los mecanismos para su aplicación. No existe aún la capacidad de elección de proveedores por los recursos. No existe evaluación de las nuevas tecnologías y procedimientos reglados para introducirlas.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. Las defunciones tienen un subregistro del 2.8% (1993) y sólo el 57% de ellas son certificadas por médico. En 1994 el 66.2% de las defunciones ocurrieron en domicilio y el 8.5% en la vía pública.

La *mortalidad infantil* estimada para el período 1985-1995 fue de 51.0 por mil nacidos vivos. En 1994, las principales causas de muerte fueron afecciones perinatales, IRA, infecciones intestinales y desnutrición. Siguen existiendo grandes diferencias entre áreas urbanas y rurales.

La tasa de *mortalidad materna* para el período 1990-95 fue estimada en 190 por 100 mil n. v. En 1994, la tasa obtenida fue de 96 por 100 mil n. v. pero con un subregistro aproximado del 60%, que al corregirse eleva la tasa a 138 por 100 mil n. v.

En cobertura. El *Programa Ampliado de Inmunizaciones*, desde 1992 a 1995 ha tenido una tendencia ascendente en la cobertura de todas las vacunas en el menor de un año. La cobertura para la tercera dosis de polio ha sido: 70, 73 y 80.5% (1992, 1994 y 1995, respectivamente). La tercera dosis DPT, en los mismos años, ha tenido una cobertura de: 66, 71.1 y 80%; y la antisarampión: 59.3, 66 y 83%. Aunque continúa vigente el cuadro tradicional de áreas con bajas coberturas, se espera que al finalizar 1998 cambie el panorama por la aplicación de la nueva metodología de aplicación de los servicios básicos de salud en las áreas marginales.

El porcentaje de embarazadas que recibe *control prenatal por personal capacitado* ha aumentado de 34% en 1992 a 54% en 1995. En este último año, el 44.6% de los controles fue realizado por médico, el 7.9% por enfermera y el 26.1% por comadronas. En la población indígena, estos porcentajes fueron 24.9, 10.6 y 35.7% respectivamente.

En acceso. No existe información disponible respecto a los tiempos de desplazamiento, aunque durante 1997 y el primer trimestre de 1998 se ha incrementado el acceso de poblaciones rurales a los servicios de salud en departamentos prioritarios. Sin información sobre listas de espera quirúrgica.

En la distribución de los recursos. En 1995, el país contaba con 11 *médicos por cada 10 mil habitantes*, que se concentran en la Región Metropolitana (80% laboran allí), llegando a una razón de 28 médicos por 10 mil habitantes.

La disponibilidad de *enfermeras* es de 3 por 10 mil habitantes. El 56% trabajan en la Región Metropolitana, ascendiendo allí la relación a 4.9 por cada 10 mil habitantes. La mayoría del personal de salud se concentra en los hospitales y sólo el 24.4% de los empleados por el MSPAS y el 15% del personal del IGSS labora en servicios ambulatorios.

Para 1995 se calculó un promedio de 1.1 camas por 1.000 habitantes, pero no hay información respecto a camas UTI.

Equidad en el uso de los recursos. La cobertura nacional de atención del parto por profesional capacitado fue del 34.8%, llegando al 59.9% en la zona urbana y sólo al 17.7% en la zona rural. Las comadronas atendieron el 52.9% de los partos en la zona rural y el 57.2% en las poblaciones indígenas. No hay información disponible respecto a consultas ambulatorias, egresos o intervenciones quirúrgicas

Equidad financiera. La implementación del SIAS es un ejemplo de mecanismo de superación de barreras financieras de acceso a prestaciones.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. No hay información sobre establecimientos de salud que tengan programas de calidad o de humanización establecidos.

Efectividad y calidad percibida. Se están poniendo en marcha servicios de atención al paciente en los hospitales de la capital, para que comiencen a funcionar en el segundo semestre de 1998. En 1997 se realizaron encuestas a los pacientes, aunque sólo de Consulta Externa y Emergencias, en los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios de la capital, que fueron la base para el establecimiento de los servicios de atención a los pacientes. En el área de Escuintla se hizo también un estudio cuyos resultados fueron considerados en la programación de 1998 y en los compromisos de gestión de dicha área. El Ministerio ha considerado hacer una encuesta de demanda a nivel nacional, para obtener resultados más amplios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. En 1994, la cobertura de abastecimiento de agua fue del 92% en la zona urbana y del 54% en la rural.

La cobertura de sistema de alcantarillado, para ese mismo año, fue de 72% en la zona urbana y de 52% en zona rural. Sólo 15 de los 286 municipios con red de alcantarillado realiza tratamiento de aguas residuales.

En 1996 el MSPAS trasladó los programas de agua para área rural y saneamiento básico al Instituto de Fomento Municipal y municipalidad. A partir de 1996 se ha incrementado el número de nuevos proyectos de agua en el área rural de menos de 100 por año a 260 en 1997, con proyección de alcanzar los 700 por año en el año 2000.

El país no cuenta con mecanismos de tratamiento final de residuos sólidos. La cobertura de recolección de residuos sólidos llega al 46.7% en la zona urbana y al 3.5% en la rural. La mayor parte de los desechos sólidos se vuelca en vertederos sin tratamiento posterior, por lo que se está llevando a cabo un proceso de reorganización y fortalecimiento del subsector de recolección de residuos sólidos.

Desde 1991, y como consecuencia de la epidemia de cólera, se realizan en el país medidas de promoción y prevención y una mayor inversión de recursos para el aumento de la cobertura y vigilancia de la calidad del agua, lo que ha favorecido a reducir la morbilidad por diarrea.

Se inició en 1994 un programa de formación de monitores para el manejo adecuado de plaguicidas, llegando a cubrir a 226 mil agricultores. Participaron el MSPAS, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y AREQUIMA (Gremio Químico Agrícola). No existen otros programas específicos de prevención de accidentes e intoxicaciones, aunque el IGSS tiene algunos programas en la Costa sur en cuanto a socorristas en épocas especiales y se desarrollan programas de comunicación social sobre protección de accidentes en épocas de mayor riesgo (fiestas, etc.).

A partir de 1997 se creó el Programa Nacional de Control de VIH/SIDA, con una organización específica que se orienta a la educación, mejorar calidad de Bancos de Sangre, tratamiento de embarazadas VIH positivas y vigilancia epidemiológica de enfermos de SIDA.

En la gestión de los recursos. No existe información disponible acerca de reducción de la mortalidad infantil atribuible a programas específicos, ni sobre centros de salud y hospitales con medidas de actividad estandarizadas y capacidad de cobrar a terceros pagadores.

No hay información sobre promedio de días de estada, número de egresos por cama, porcentaje de cesárea respecto del total de partos y grado de uso de quirófano.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

En 1995, el gasto público en salud llegó al 1.2% del PBI, habiendo sido de 0.86% en 1990 y 1991 y de 0.9% en 1992.

Para 1996, se estableció aumentar el gasto público en salud a un 13% del gasto público total. Había sido de 7.1% en 1990, de 60.5% en 1991 y de 6.6% en 1992.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

No hay información disponible sobre centros de salud con consejos de salud. A partir de 1998 se inicia un programa específico de promoción de la participación comunitaria.

HAITÍ

Revisado a 17 de Abril de 1998

1. SITUACION DEL PROCESO

1.1 LA DINÁMICA DEL PROCESO

Tras el retorno de un gobierno democrático, el Ministerio de Salud preparó en marzo de 1996 una Nueva Política Sanitaria que reconoce el derecho fundamental a la Salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso de todos a la salud. La reforma del sector salud (RS) está siendo diseñada como parte del esfuerzo de descentralización del Estado para asegurar un acceso igual a un paquete mínimo de servicios de calidad y una mejor rentabilización de las acciones.

Las Prioridades de la RS son el refuerzo del Ministerio a nivel central y departamental, incluyendo desarrollo de los recursos humanos y la capacidad gerencial; fórmulas alternativas de financiamiento; actualización de legislación sanitaria; reforma hospitalaria; política de medicamentos esenciales; sistema de información sanitaria; coordinación intersectorial e implementación de unidades de salud comunitarias basadas en descentralización y participación comunitaria, y oferta de un paquete mínimo de cuidados a la población. No existe aún un plan concreto de RS (aunque existe un Plan de Salud 1996-2000), ni una entidad responsable explícitamente identificada. Lógicamente, tampoco se han iniciado procesos de evaluación.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA.

Mientras el Ministerio de Salud prepara un marco jurídico, la legislación sanitaria de 1983 sigue vigente. La nueva política de atención sanitaria (en forma de nueva Ley orgánica) deberá ir pronto al Parlamento. Otros proyectos legislativos están en preparación: por ejemplo, se ha elaborado un proyecto de legislación farmacéutica, poniendo al día la Ley en vigor desde hace 40 años (los artículos nuevos se refieren principalmente a las prácticas de manufactura, publicidad, importaciones e inspecciones); y se trabaja en la actualización del Código Nacional de Higiene Pública y del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Ambos deberían estar disponibles a fines de 1997.

El 40% de la población no tiene **acceso regular a servicios de salud**. Para 1996-2000 se ha previsto extender la cobertura, pero las medidas no son explícitas. La atención sanitaria procede de cuatro sectores: sector público; seguro social (60.000 trabajadores cubiertos); sector privado sin ánimo de lucro y mixto (cuyo personal es pagado en todo o en parte por el sector público pero es gestionado por el sector privado); y sector privado, localizado sobre todo en Puerto Príncipe y en otras ciudades, pero con accesibilidad limitada por el costo.

El desarrollo de la Atención Primaria de Salud tiene como objetivo **un paquete sanitario mínimo** a la población que incluye: atención integral al niño, con énfasis en las enfermedades prevalentes de la infancia; salud integral de la mujer, con énfasis especial

en embarazos y reducción de la mortalidad materna; vacunaciones; acceso a medicamentos esenciales; prevención y control de enfermedades transmisibles, con énfasis en infecciones meningocócicas y enfermedades transmitidas por vectores, sarampión, tétanos neonatal y lepra, y en enfermedades emergentes y reemergentes (tales como tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y SIDA); urgencias médico-quirúrgicas; atención dental; educación sanitaria participativa; saneamiento del medio y aprovisionamiento de agua potable; y disponibilidad de medicamentos esenciales.

Se garantiza la accesibilidad económica a los servicios mediante: i) la gratuidad de ciertos servicios como vacunación, planificación familiar, y educación para la salud; ii) la puesta en marcha de un sistema de recuperación de costos, que considera las posibilidades económicas por zonas geográficas; y iii) la sostenibilidad de las acciones, mediante la integración progresiva de las comunidades en la gestión de programas de salud.

El Ministerio de Salud Pública es el responsable de la rectoría del proceso de RS.

El **Sistema de información** produce datos generalmente incompletos o inconsistentes. Esto limita el liderazgo de la estructura central responsable. Existen sistemas reforzados para la vigilancia de enfermedades específicas. En septiembre de 1996 el Ministerio de Salud Pública creó el CASIS (Comité de Apoyo al Sistema de Informaciones Sanitarias) para diseñar y apoyar la implementación de un nuevo sistema nacional de información sanitaria, lo que permitió la reactivación de un sistema centinela en enero de 1997 para 7 enfermedades. Se dejaron para más adelante otros componentes del sistema de información.

Está en marcha el proceso de **descentralización** administrativa y desconcentración de recursos. Ya están constituidas nueve oficinas sanitarias departamentales y una subdirección departamental. Se espera que sesenta unidades comunitarias de salud estén operativas en los próximos 4 años. En cada unidad, los establecimientos sanitarios trabajarán en red para asegurar en ese área geográfica la disponibilidad y accesibilidad de la atención básica.

El gobierno actual basa su programa de acciones económicas y sociales en la **participación comunitaria**. Diferentes entidades (consejos departamentales, comunales, de secciones comunales, consejos interdepartamentales, jueces) tendrán que defender los intereses de las colectividades territoriales. A nivel de la población, diferentes estructuras de apoyo a la salud (comités de salud, clubes de salud, clubes de madres, clubes de padres) funcionan en todo el país. La participación de las comunidades en las actividades de salud (clínicas móviles, puestos de reunión, campañas específicas para la vacunación y lactancia materna) es ya un hecho. El Ministerio de Salud, en el marco de su Nueva Política, tiene el propósito de asociar a las comunidades a la gestión de los sistemas locales de salud. Así, cada Unidad Comunitaria de Salud será gestionada por un consejo mixto de gestión.

Las **fuentes de financiamiento** son tres: i) el tesoro público, ii) la asistencia internacional y, iii) los individuos. No hay cifras oficiales de gasto privado, aunque se estima que son iguales o superiores a las de gasto público. El 50% del gasto sanitario público proviene de la ayuda internacional.

El presupuesto del Hospital Universitario del Estado en Puerto Príncipe, aunque decreciente en los últimos 3 años, absorbe una cantidad significativa del gasto sanitario público (17%). Otro 28% se gasta en otros hospitales públicos, el 3% en medicamentos y el 4-5% en equipamiento. En 1996 el 80% del gasto sanitario público se destinó a pago de salarios. Este porcentaje bajará al 70% en los próximos años. Las tasas se usan tanto en el sector público como en el privado, aunque las cantidades no pueden cubrir todos los costes de los servicios. Las reglas de tarificación, **gestión** de fondos y control no habían sido fijadas aún a julio de 1997.

Haití tiene 49 hospitales y 61 centros con camas, con un total de 6.473 camas hospitalarias irregularmente distribuidas en el país, concentrándose el 52% en el área metropolitana. Entre 1992 y 1996 aumentó el número de hospitales, centros de salud con y sin camas, dispensarios y asilos. Un tercio de las instituciones pertenece al sector público. En 1993 se puso en marcha un proyecto piloto de medicina de emergencia (la Medicina - Cirugía de emergencia es parte integral del paquete sanitario mínimo definido por el Ministerio).

La estrategia de atención primaria de salud es prioritaria para la rentabilidad social de las inversiones. No se explicita la atención a **grupos vulnerables**, más allá de lo marcado en la estrategia de aumento de cobertura y de paquete básico.

No hay articulación (sistemas de referencia y contrarreferencia) entre los distintos proveedores y los diferentes niveles de cuidados. Los clientes se dirigen directamente a uno u otro nivel según su conveniencia y sea cual sea la condición que motiva el recurso al sistema. El nivel primario es el que funciona mejor, pero no permite cubrir más que al 60% de la población.

En el campo de los **recursos humanos** las principales preocupaciones son planificación y gestión, formación y prestación de servicios. Se ha creado una Dirección de Desarrollo de los Recursos Humanos y Control de los Profesionales de Salud en el Ministerio de Salud para asegurar que la formación y competencias están adaptadas a las necesidades, para actualizar los datos sobre distribución geográfica del personal, y para afrontar las limitadas perspectivas de carrera profesional. Se está efectuando el refuerzo de la formación a todos niveles, desde matronas a gestores, y en una segunda fase se pretende extender a los agentes de salud comunitarios.

Los títulos y grados conferidos por establecimientos privados de formación no siempre son reconocidos. El Ministerio estableció criterios operativos para acreditación de los centros de educación médica y paramédica. Hasta la fecha, dos escuelas de enfermería privadas y diez para auxiliares de enfermería han obtenido licencias de educación. La Asociación Médica Haitiana ha desarrollado un código de ética médica y está realizando un esfuerzo para implicar a los médicos privados en la salud pública.

El Servicio de Farmacia del Ministerio juega un papel de autoridad reguladora para todos los temas relacionados con medicamentos e inspección de farmacias privadas. En 1997 el gobierno inició el proceso de registro de medicamentos. También ha empezado a aplicar el Esquema de Certificación en Calidad de Productos Farmacéuticos para el Comercio Internacional, que deben respetar todos los importadores. No hay Laboratorio

Nacional de Control de Calidad y las muestras tienen que enviarse fuera del país para su análisis.

Existen solo dos unidades de diálisis en un hospital privado las cuales no funcionan desde enero de 1997, y el diagnóstico por imagen moderno sólo existe en el sector privado.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

Equidad en el estado de salud. Factores administrativos, legales y culturales afectan a la calidad y exhaustividad de los registros de nacimiento y defunción. La falta de metodología en la recogida de datos es la causa de falta de datos confiables sobre causas de muerte. Se recogen muchos datos en los hospitales, pero no son sistemáticamente procesados ni difundidos.

La **Tasa de Mortalidad Infantil** es de 74 por mil nacidos vivos según la EMMUS II (Encuesta sobre Morbilidad, Mortalidad y Uso de Servicios), realizada en 1994-95. En 1988 la EMMUS I indicaba una Tasa de 101 por mil n. v. Las principales causas de muerte son diarrea, infecciones respiratorias agudas y malnutrición. Existen grandes desigualdades según lugar de residencia y nivel de instrucción de la madre (aunque se dispone del dato).

En 1990-91, una encuesta nacional indicaba **una tasa de mortalidad materna** de 456 por 100.000 n. v. Las causas de muerte principales son parto obstruido (8,3%), toxemia (16,7%) y hemorragia (8,3%). Existen diferencias según el lugar de residencia (aunque no se dispone del dato).

Equidad en cobertura. La cobertura del **Programa Ampliado de Inmunizaciones** en menores de 1 año es del 34% para DPT3, 32% para Polio y 32% para sarampión, según datos de 1996 (aunque otras fuentes presentan coberturas de sarampión del 75% y mencionan que tras la campaña de vacunación de sarampión en 1994-95, se alcanzó una cobertura del 98% de la población entre 9 meses y los 14 años). Sin datos de distribución geográfica.

Según la EMMUS II, el 68% de las mujeres embarazadas tuvieron al menos un **examen prenatal** por un profesional sanitario. Hay grandes diferencias según la educación de la mujer. Así, 94% de las mujeres con al menos educación primaria recibieron atención prenatal, pero sólo lo recibieron 53% de las mujeres sin educación. El 36% de las embarazadas tuvo 4 exámenes prenatales, el 27% tuvieron 2 ó 3 y el 8% sólo uno. El 29% de las mujeres parió sin ninguna atención prenatal.

Equidad en acceso. La mayoría de las mujeres en las áreas urbanas viven cerca de centros sanitarios (EMMUS II): un 79%-98% en Puerto Príncipe y 62-87% en otras ciudades. La situación en las áreas rurales es completamente diferente: la mayoría de los enfermos no ven a un profesional sanitario por problemas de transporte (hay que caminar muchas horas para alcanzar un centro sanitario). En 1991, 40% de la población no tenía acceso a servicios de atención primaria. Hay listas de espera en las instituciones involucradas en la atención de las personas pero se carece de datos sobre los tiempos medios de espera para ser admitidos.

Equidad en distribución de los recursos. El país dispone de 1,6 médicos y 1,3 enfermeras por 10.000 habitantes (1997). Aproximadamente 73% de los médicos, 67% de las enfermeras, 35% de todos los centros sanitarios y 52% de las camas hospitalarias se concentran en el Departamento Oeste y sirven a un tercio del total de la población. La medicina tradicional, más accesible que la medicina moderna, es ampliamente usada por la población general. Una vez más, las disparidades son grandes dentro del país (aunque no se dispone de datos).

Equidad en el uso de los recursos. El 71% de las mujeres (EMMUS II) habían sido atendidas por un profesional o una partera tradicional durante el parto. En total, sólo el 46% fue atendido por personal entrenado. El 80% habían tenido su último hijo en casa. Existen grandes disparidades entre áreas rurales y urbanas: 50% de las mujeres de Puerto Príncipe generalmente paren en un hospital, comparado con sólo 31% en otras áreas urbanas y 9% en las áreas rurales.

Equidad financiera. Los medicamentos esenciales están disponibles en la mayoría de los centros públicos y organizaciones privadas sin ánimo de lucro a casi el precio de coste. Los mecanismos de recuperación existen y se supone que generan un pequeño fondo para mantener un fondo social destinado a cubrir costos de cuidados para pacientes sin dinero.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Sin datos sobre centros de salud y hospitales con programas de calidad y humanización establecidos y evaluados.

Efectividad y calidad percibida. Sin datos sobre centros de salud y hospitales con servicios de atención al paciente o encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

Eficiencia en la asignación de recursos. Los servicios de agua y saneamiento básico son todavía muy deficientes en términos de cantidad y calidad. La población con **servicios de abastecimiento de agua** era el 39% en 1995 (en la capital fue el 35%, en ciudades pequeñas el 45% y en áreas rurales el 39%). La población con servicios de saneamiento básico fue el 24% (42% en el área urbana y 16% en el área rural). Ninguna ciudad tiene su sistema público de alcantarillado, sólo unidades de tratamiento de agua usada individuales. Las malas prácticas de disposición de excretas están polucionando casi todas las 18 fuentes de agua que surten a Puerto Príncipe. Se ha establecido, aunque aún es deficiente, un sistema de vigilancia y control de la calidad de las fuentes de aprovisionamiento de agua de bebida. Los proyectos de mejora del saneamiento, que se habían suspendido, se reiniciaron en octubre de 1994.

Casi el 30% del volumen diario de **residuos sólidos** producido en Puerto Príncipe es recogido por el Ministerio de Obras Públicas y la Municipalidad. La agencia gubernamental autónoma (SMCMS) que se encargaba de su gestión está cerrada desde 1993. El servicio

es más confiable en las ciudades pequeñas, donde la recogida corre a cargo de los servicios del gobierno local del Ministerio de Obras Públicas y del de Salud.

Desde 1996 la elaboración de planes y programas se hace en comités intersectoriales. Por ejemplo: comité para la vigilancia de la mortalidad materna, comité consultivo interagencial de salud de la reproducción, Comité Nacional de lucha contra el SIDA, comité nacional de IEC, comité de apoyo al sistema de información sanitaria, Comisión Nacional de reforma hospitalaria, comité para la puesta en marcha de una red nacional de laboratorios de referencia, etc. Otras entidades que participan en cuestiones relacionadas con la salud son: el Instituto de Bienestar Social e Investigación (programas de ETS en prostitutas, atención prenatal, bienestar de niños de la calle, médicos para huérfanos); el Ministerio de Agricultura (control de zoonosis, abastecimiento de agua a áreas rurales y programa de alimentos y trabajo); el Ministerio de Educación (salud escolar); el Ministerio de Asuntos de la Mujer (derechos de la mujer: mujer presa, refugios de mujeres, educación en salud reproductiva a grupos de mujeres); el Ministerio de Medio Ambiente (campaña de protección de la naturaleza y estrategias para control de deforestación); el Ministerio de Justicia (sanidad de presos); el Ministerio de Obras Públicas (abastecimiento de agua y saneamiento).

No hay estrategias de reasignación de recursos para problemas específicos. En junio de 1995 se realizó un intento de desplazar médicos de Puerto Príncipe a las áreas rurales, pero las necesidades a nivel departamental permanecen insatisfechas.

Eficiencia en la gestión de los recursos. No hay datos sobre reducción de la mortalidad infantil atribuible a programas específicos. Los datos sobre medidas de actividad y los datos de gestión en centros sanitarios no están disponibles. A nivel central no se dispone de información sobre índices de ocupación. Se está invirtiendo en la estructura sanitaria y el equipamiento y se está realizando un inventario.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El **gasto sanitario total per cápita** se desconoce. Se ha estimado en torno a \$ 27 para 1996-97. En los años anteriores habría sido de \$ 26 y \$ 24, representando el 8 y 6% del PIB, respectivamente. El sector privado proporciona más del 50% del total: los usuarios contribuyen al 35-40% del gasto mientras que las ONG's participarían con el 20%. La diferencia es cubierta por las agencias donantes y el Estado (60 y 40% respectivamente). El Estado contribuye con aproximadamente el 10% del gasto sanitario total.

El **gasto público en salud** es el 10,7% del gasto público total, y representa el 1% del PIB. No está disponible el porcentaje de gasto sanitario público asignado a nivel local, ni la distribución territorial. El gasto público de salud por habitante fue de \$ 3,9 en 1995, cifra que, debido a la combinación de inflación y crecimiento de la población, es el 63% de la cifra de 1990.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Sin datos sobre porcentaje de Consejos Mixtos de gestión funcionando.

HONDURAS

Revisado a 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

En 1994 se inició el proceso de macroreforma del Estado. La Comisión Nacional de Modernización del Estado, la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Gobernación, otros organismos de la Administración del Estado y organismos internacionales de crédito propiciaron la incorporación del sector salud en este proceso modernizador. A esto se agregó el cambio del perfil epidemiológico que se evidenció en el país y la demanda creciente de la población por servicios de salud con mejor calidad y oportunidad.

La Secretaría de Salud (SS) asume la *rectoría* y la regulación de la Reforma Sectorial a través del “Proceso nacional de Acceso”(PNA), cuyas estrategias básicas están orientadas hacia la readecuación de las redes locales de salud (con énfasis en las áreas de salud), el control social de los sistemas de salud y el desarrollo y recuperación de los recursos humanos del sistema.

La Secretaría ha ejercido el liderazgo del proceso, negociando con otros actores gubernamentales (alcaldías, IHSS, SANAA) y con ONG's. El aumento de su capacidad de convocatoria ha fortalecido la coordinación intra e intersectorial y le ha permitido mejorar su capacidad de negociación con las instituciones multilaterales de crédito, como el BID y Banco Mundial.

Bajo el liderazgo de la subsecretaría de Redes de Servicios de la Secretaría de Salud, en 1995 se inició la coordinación de la cooperación entre OPS, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), la USAID y UNICEF. Técnicos nacionales, que integran el Grupo de Apoyo Técnico (GAT), y agentes de cooperación externa están acompañando el PNA.

Uno de los ejes del PNA es la descentralización de atributos para la gestión y la planificación, en conjunto con el acompañamiento a los mismos niveles por parte de las organizaciones de cooperación externa, especialmente en aquellas áreas de salud más postergadas, con el fin de lograr mayor impacto en la Equidad, Eficiencia, Eficacia y Participación Social, principios fundamentales de la política de salud hondureña.

El proceso ha mostrado logros hasta la fecha, cuyos compromisos están explicados en los planes de área, los regionales y municipales.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

El *marco jurídico* de la RS parte de la aprobación, del Código Sanitario, en 1991. Ya en 1990 se incorporaban aspectos sanitarios a la Ley de Municipalidades, fortaleciendo la descentralización.

En 1992 se aprobó la Ley de Modernización y Desarrollo del sector agrícola, que incorporó aspectos relacionados con el manejo de los riesgos ambientales asociados.

En 1993 se aprobó una Ley que otorga beneficios sociales y de salud a las personas de la tercera edad, jubilados y pensionados y se aprobó la Ley General sobre Ambiente, que creó la Secretaría de Estado correspondiente y sus organismos dependientes.

El Congreso Nacional ha revisado el Convenio 169 de OIT lo que significó la creación, en 1995, del Departamento de Atención a las Etnias en la Secretaría de Salud a fin de priorizar la atención a estos grupos.

También existe en el Congreso Nacional la Comisión de Salud, encargada de los asuntos sectoriales a nivel legislativo, y que participa en los foros internacionales como el Parlamento Centroamericano (PARLACEN) y latinoamericano (PARLATINO).

Alrededor del 80% de la población tiene *acceso regular a los servicios públicos de salud*, de los cuales el 60% está cubierto por la Secretaría de Salud y aproximadamente el 11% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) (con cobertura en Tegucigalpa, San Pedro Sula y Ceiba). Del total de asegurados por el IHSS, sólo el 8% son asegurados directos.

Cerca del 15% de la población está cubierta por el sector privado a través de instituciones con y sin fines de lucro (religiosas, ONG's). Se hace necesario revisar y realizar intervenciones para estimar la cobertura de manera más exacta.

Como una manera de aumentar el acceso a los servicios y mejorar la capacidad resolutive a nivel de las comunidades, se ha formulado un paquete básico de prestaciones, de acceso universal, y se han llevado a cabo estrategias de aumento de cobertura como los proyectos de cirugía móvil y los equipos móviles de laboratorio y odontología. Para reforzar la red de servicios se han implementado clínicas materna-infantiles, hogares maternos y casas de atención comunitaria de parto limpio (de financiamiento compartido entre gobiernos locales y Secretaría de Salud). Además, se ha iniciado la reorganización de la unidad y red de bancos de sangre.

Para apoyar la toma de decisiones por parte de los programas normativos se está revisando y adecuando el Sistema de Información Financiera y el Sistema de Supervisión, Monitoría y Evaluación de la Secretaría de Salud.

El Plan de Salud puesto en marcha por la SS incorpora los aspectos de *política ambiental* y ejerce una acción reguladora sobre el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA).

Como parte central de la reforma, se ha hecho hincapié en el desarrollo de las capacidades del nivel local, mediante herramientas como la *planificación local*, que parte de un análisis de situación de salud según condiciones de vida medido a través de necesidades básicas insatisfechas. La intersectorialidad y la participación comunitaria, se traducen en los planes municipales de salud, de cuya formulación, ejecución y evaluación son responsables los gobiernos municipales. Esto se ha visto favorecido con la mayor posibilidad de manejo de recursos por parte de los municipios.

Se han realizado cabildos abiertos para el análisis y discusión participativa de los problemas de salud de las personas y el ambiente, así como de sus condicionantes. Además, la SS ha hecho esfuerzos por fortalecer la *participación comunitaria* mediante la capacitación de voluntarios (parteras tradicionales, guardianes de la salud, representantes de salud, colaboradores voluntarios, maestros vacunadores), cuyo acompañamiento no ha sido suficiente hasta la fecha.

Las *fuentes de financiamiento* son 78% de origen nacional y 22% de aportes externos. De éstos destacan los Organismos de Naciones Unidas (OPS/OMS, BM) con una participación del 19.5%; los aportes del BID, con un 3.1%; y los convenios bilaterales, especialmente con USA (45.2%) y Japón (8.2%).

Los recursos públicos de salud (1995) se destinan en un 22.4% a acciones de tipo preventivo; en un 28.5% a servicios hospitalarios; en un 31% a remuneraciones y en un 10.3% a infraestructura. Lo destinado a compra de bienes y servicios ha aumentado un 20% entre 1990 y 1995.

La oferta de servicios se ha visto incrementada gracias a la construcción de 200 establecimientos o Unidades Productoras de Salud -UPS- (22% de los cuales corresponden a Centros de Salud Rural) en 1996. Esto representa un incremento del 20.5% de establecimientos de salud.

Se han desarrollado estrategias de atención que han permitido mejorar el acceso y acercar la capacidad resolutive a la población: proyectos de cirugía móvil, destinada a las zonas más inaccesibles y orientada hacia la cirugía pediátrica, y los equipos móviles de laboratorio y odontología.

Las condiciones de salud del país determinan como prioridad la atención materna - infantil y el fortalecimiento de las acciones hacia las zonas con mayor nivel de pobreza y marginación geográfica y una atención especial a los grupos étnicos.

El servicio público de la SS está organizado en seis *niveles de atención*, que van desde el nivel comunitario hasta el de los hospitales nacionales de máxima complejidad. El sistema de referencia y contra-referencia de la red es bastante débil.

Se han establecido convenios de atención compartida entre el Hospital Médico Quirúrgico del IHSS y los Hospitales Nacionales de la SS en Psiquiatría, Oftalmología, Oncología, Nefrología, Cuidados Intensivos y Cardiología, con el objetivo de reducir la duplicación de esfuerzos. Sin embargo, no es explícita cómo es la relación económica entre ellos. Sobre los aspectos relacionados con compra y venta de servicios a terceros, existe un convenio entre el IHSS y el Hospital de Juticalpa en la Región Sanitaria No. 7.

Los *recursos humanos médicos* son regulados a través de un Estatuto del Médico Empleado, al igual que los odontólogos y están en estudio las medidas para el resto de los profesionales del sector (farmacéuticos, microbiólogos). El subsector público emplea al 69% de los profesionales de la salud. Sin embargo, su distribución geográfica es desigual ya sea por falta de plazas o por vacancia de ellas (especialmente en las zonas con menor accesibilidad). Aun cuando no se ha definido un plan nacional de desarrollo de los recursos humanos en salud, se están haciendo intentos para mejorar su distribución y se realizan programas de capacitación permanente (considerando el perfil de morbilidad del

país) tanto de personal clínico como administrativo. El análisis del desempeño de los recursos humanos se ha realizado sólo parcialmente.

A través de la División de Hospitales se han desarrollado acciones de *acreditación* de hospitales. Aunque, Honduras forma parte del proyecto Salud con Calidad para Centro América apoyado por la Unión Europea y el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS), no hay información que permita caracterizar si se desarrollan las funciones de *evaluación de calidad* y de evaluación de las *tecnologías en salud*.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. Las fuentes de información respecto a indicadores de morbilidad y mortalidad disponibles son el Sistema Regular de Información de la Secretaría de Salud, las encuestas nacionales realizadas con relación a temas específicos y los censos de población para determinadas áreas geográficas. El subregistro de defunciones alcanza al 44.2%. Del total de muertes registradas, el 15% corresponde a la información entregada por los hospitales. Esta situación es más acusada en las zonas con mayor marginación geográfica y socioeconómica.

La mortalidad infantil presenta un descenso desde una tasa de 50 por mil nacidos vivos en 1990 a 42 en 1994. Cifras estimadas indicaban un tasa de mortalidad infantil de 36 por mil n. v. para el período 91-95, que se elevaba a 37 en la zona rural. En las poblaciones predominantemente indígenas, se estima que de 100 recién nacidos sólo sobreviven 32. Las principales causas de muerte son las infecciones intestinales y las de la vía respiratoria.

La Investigación sobre Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva realizada en 1990 (IMMER90) proporciona la información disponible sobre mortalidad materna, cuya tasa alcanza a 221 por 100 mil n. v., y es aún mayor en los departamentos que presentan mayores porcentajes de pobreza y menor acceso a salud. Sin embargo, se estima que la tendencia es al descenso. Las principales causas de muerte materna son la hemorragia y la infección.

En cobertura. Para 1996, el PAI presentaba una cobertura global, en menores de 1 año, del 91%; para la tercera dosis DPT, del 93%; para la tercera de polio oral, 94%; y para sarampión, de 91%. Esta distribución no es homogénea, llegando en algunos municipios a coberturas inferiores al 80%, especialmente en aquellos con mayoría de población indígena, por lo cual se han diseñado operativos de vacunación, con importante participación de la comunidad.

El 83.9% de las embarazadas recibe al menos un *control durante su embarazo*. De esos *controles* el 4% es ofrecido por parteras tradicionales capacitadas, el 56.2% en Unidades de la SS, el 16% a nivel privado y el 6.2% en el IHSS. No se dispone de información respecto a su distribución geográfica ni por otras variables.

En acceso. El porcentaje de viviendas establecidas a menos de 500 metros de un centro asistencial ha aumentado del 25.9% en 1992 al 28.2% en 1993. En el área rural ese incremento es mayor (de 29.8 a 33.4%).

En relación al tiempo que tarda la población en llegar al establecimiento de salud más cercano utilizando el medio de transporte más común, los resultados de la ENESF 1991/92 indican que un 60% de las familias demoran menos de una hora, un 28% demoran entre

una y menos de tres horas, y 8% tarda tres horas o más. Según la EISE-93, el porcentaje de familias que demoran menos de 1 hora en llegar al establecimiento más cercano se incrementó a 68,5% y los rangos siguientes se reducen a 27% y 3,5% respectivamente.

No se dispone de información respecto a listas de espera quirúrgica.

En la distribución de los recursos. El gasto en salud per capita ha aumentado de US\$ 18.9 en 1990 a US\$ 21.5 en 1995. Se estima que existe una tasa de 6.5 médicos por 10.000 habitantes, con una distribución en el departamento con más disponibilidad 42 veces superior a aquél con la menor disponibilidad. La disponibilidad de médicos en el sector público es de 2.6 por 10.000 habitantes. En el caso de las enfermeras universitarias, existen 1.4 enfermeras por cada 10.000 habitantes, con una relación máximo/mínimo de 199. No existe información disponible respecto a camas UTI.

En el uso de los recursos. En 1995 las instituciones hospitalarias dependientes de la SS presentaron una tasa de egresos de 35.1 por mil habitantes. El sector privado produjo el 30% de los egresos. En el período 1991/92 a 1996 la atención institucional del parto ascendió de 45 a 53.8%. No se dispone de información sobre atenciones ambulatorias, intervenciones quirúrgicas o egresos UTI.

Equidad financiera. No se mencionan planes de superación de barreras financieras de acceso a la salud.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. No hay información sobre programas de evaluación de calidad ni de humanización.

Efectividad y calidad percibida. No hay información sobre la puesta en marcha de servicios de atención al paciente o de encuestas de percepción de usuario. La evaluación externa de hospitales, realizada en 9 de los 28 existentes con participación de la sociedad organizada, incluye encuestas de opinión de calidad a la comunidad.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. En 1995 los servicios de agua potable tuvieron una cobertura del 77% (en 1985 era del 61%). A nivel urbano, aumentaron de 34 a 40% y en la zona rural, de 27 a 37% en el mismo período. En cuanto a los sistemas de eliminación de excretas, (alcantarillado, tanque séptico o letrina sanitaria) se estima que el 82% de la población está cubierta, superior al 59% de 1985. A nivel urbano, la variación ha sido de 35 a 42%, y en la zona rural, de 24 a 40%. En aproximadamente 20 a 50% de los municipios medianos y 50 a 80% de los municipios grandes se realiza algún tipo de manejo de residuos sólidos (1996). Se ha considerado aumentar la cobertura de estos servicios, especialmente en aquellas áreas con mayores riesgos epidemiológicos.

La intersectorialidad es una de las estrategias en desarrollo. A nivel nacional existe en el país el Plan Maestro de Salud con apoyo de la Cooperación Japonesa, y a nivel municipal se ve reflejada en los planes municipales de salud. Se han formulado una serie de proyectos en relación a violencia doméstica y maltrato infantil, adulto mayor y salud mental, promoción de estilos de vida saludable y ejercicio físico, que están siendo apoyados por cuerpos legales y la creación de instituciones de coordinación.

Se ha desarrollado el programa de “Manejo comunitario de las neumonías”, mediante la capacitación de voluntarios. Se están llevando a cabo acciones de apoyo alimentario a niños y madres en centros de alimentación y nutrición y en escuelas públicas a través de la Junta Nacional de Bienestar Social (Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional 1995-2000).

En la gestión de los recursos. Al programa de manejo comunitario de las neumonías, ya mencionado, se le responsabiliza de la disminución en forma significativa de la letalidad de estas enfermedades. Igualmente se mencionan el éxito en la disminución de las muertes por diarrea gracias a la implementación de las técnicas de rehidratación oral y a la capacitación de los agentes comunitarios, la promoción de lactancia materna, la cobertura de vacunación superior al 90% y el énfasis en los programas de atención integral a la niñez y a la mujer.

Para 1996 el promedio de días de estancia fue de 5,26; los egresos por cama o giro de cama de 46,8; el porcentaje de cesáreas fue del 10,52% de todos los partos; y la ocupación hospitalaria promedio del 69,54%.

No se dispone de información sobre aspectos de la gestión tales como el uso de medidas estandarizadas de atención, o el cobro a terceros por parte de los hospitales o la negociación de compromisos de gestión, aunque sí existen normas de atención por programa.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

A nivel nacional (sin desagregación por unidad territorial ni nivel de atención) el gasto en salud, como porcentaje del PIB, ha aumentado de 2.7% en 1990 a 3.0% en 1995. El gasto en salud, como porcentaje del gasto público fue de 8.1% en 1990, disminuyó a 6.0% en 1993 y se elevó a 9.2% en 1995. Representó, para esos mismos años, un porcentaje del gasto social de 34.1, 30.4 y 38.4% respectivamente.

No se dispone de información sobre el gasto per capita en medicamentos.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El 100% de las Unidades Productoras de Servicios (UPS) - Centros de Salud Rural, Centros de Salud Médico Odontológicos, Clínicas Materno - infantiles - tienen comités locales de salud. Algunos hospitales públicos cuentan con comité de apoyo con

participación ciudadana para la gestión de fondos. Se desconoce si los hospitales privados tienen comités de fondos.

JAMAICA

Revisado a 30 de Octubre de 1997

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 LA DINÁMICA DEL PROCESO

En un esfuerzo para abordar los decrecientes niveles de prestación de servicio y la incapacidad para financiar el sistema de atención de salud, el Gobierno de Jamaica emprendió un programa de reestructuración del sector salud y estableció una Unidad de Reforma Sanitaria en 1995, con el fin de supervisar el diseño y la ejecución de varias reformas estratégicas, los mecanismos de recuperación de costos, y las relaciones del subsector público con el sector privado y la comunidad. Esta unidad tiene la responsabilidad general de supervisar y ejecutar los elementos de Reforma del Sector Salud (RS).

Los elementos principales de la reforma fueron: Descentralización; Integración de los Servicios; Promoción de Normas de Garantía de Calidad; Asignación Racional de Recursos; Desarrollo de Recursos Humanos; Participación en costos; Mayor eficiencia; Colaboración Pública/Privada; Equidad; y establecimiento de un Programa de Seguro de Salud Nacional (NHIP)

Aunque el Gobierno Jamaicano ha entablado una negociación formal con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los datos sobre los detalles de esta negociación no estuvieron disponibles. En consecuencia, los detalles del plan de RS en términos de actividades específicas, las responsabilidades y los plazos de entrega, no están disponibles.

1.2 EL CONTENIDO DEL PROCESO

Durante 1977, una nueva legislación se redactó e introdujo para facilitar la descentralización de los servicios de salud. A saber, la ley de los Servicios de Salud Nacionales (febrero de 1997); el “documento verde” sobre el Plan de Seguro de Salud Nacional de Jamaica (abril de 1997), y la ley sobre Servicios de Salud Nacionales (octubre de 1997).

En agosto de 1997 la estructura de Ministerio de Salud se rediseñó para reflejar la integración de servicios y la descentralización de la toma de decisiones. En su nueva organización el Ministerio de Salud (MS) funcionará con un rol más regulador de todo el sistema de atención de salud, en lugar de su función tradicional de gerente centralizador del sistema público. La prestación de servicios y las responsabilidades de gestión se delegarán a tres niveles: cuatro Regiones, catorce Parroquias y 130 Distritos de Salud.

Los sueldos y la atención secundaria siguen absorbiendo la mayoría del presupuesto del MS. En Atención Médica Primaria en 1996, el presupuesto corriente era de 18%. En años recientes el MS ha enfatizado la recuperación de costos en los servicios hospitalarios.

El Programa de la Iniciativa del Sector de la Salud (HSIP), que forma parte de la iniciativa de RS, ha implantado nuevos sistemas de gestión que han conducido a la introducción de copagos por los pacientes en hospitales. Dichos copagos no guardan relación con el costo económico del servicio. Representan aproximadamente un 7% de los gastos totales del hospital.

La disponibilidad de los medicamentos a un costo asequible es crítica para el diagnóstico y control de las enfermedades. La División Farmacéutica del MS usa una Lista de Medicamentos Vitales, Esenciales y Necesarios (VEN) para orientar las adquisiciones de medicamentos. La tercera edición del Formulario Terapéutico Nacional se revisó y se lanzó en 1997. Se espera que esta práctica ayudará a mejorar el acceso y la disponibilidad de los medicamentos, unida a más adiestramiento en el uso Racional de Medicamentos y en la prescripción adecuada por parte de los médicos.

Un Plan de Seguro de Salud Nacional (NHIP) está proponiéndose para abordar temas como el financiamiento y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se ha contratado una empresa de consultoría de los EE.UU. para el desarrollo de un Estudio de Factibilidad sobre el NHIP particularmente su modelo financiero. Con el NHIP, un conjunto de prestaciones de los servicios de salud se proveerá a todos los ciudadanos jamaquinos y a los residentes elegibles. Este paquete de servicios cubrirá atención secundaria, terciaria, de diagnóstico y los medicamentos. Las exclusiones sugeridas del paquete son las prestaciones de costo elevado, alta intensidad y opcionales. El NHIP será el método principal de financiamiento de los servicios de hospitalización, los productos farmacéuticos, las pruebas de laboratorio y las radiografías.

Una síntesis de los cuatro escenarios propuestos para el NHIP se muestra a continuación:

Todos los ciudadanos tendrán acceso a la atención de calidad a través del Conjunto de Prestación Estándar, independientemente de su capacidad de pago.

El sector del hospital tendrá una fuente fiable de ingresos a través del pago oportuno y adecuado de los servicios.

La fuerzas del mercado conducirán el sistema de prestación de asistencia sanitaria en la dirección de aumentar los niveles de eficiencia y de mejorar la calidad del servicio, una vez que exista un "consumidor de servicios de salud", a través de la colección de las primas. Nuevos empleos se crearán para apoyar esta industria nueva.

La función del Gobierno respecto a la atención de salud cambiará, así como su método de financiamiento. Aunque el Gobierno controlará el número de camas, por lo menos a corto plazo, ya no actuará subsidiando a través de los presupuestos generales.

En función de la descentralización, la ley de Servicios de Salud Nacionales de 1997 (Section 3) establece las Autoridades Sanitarias Regionales (RHA). La función de los RHA's se ha definido claramente en dicha Ley detallando su estructura, modalidades de gestión, poderes y responsabilidades. Desde octubre de 1997 cuatro RHA's están operando.

El Gobierno está comprometido a la participación de la comunidad en el proceso de RS. Con este fin, a través de la Unidad de Reforma Sanitaria (HRU), se ha emprendido una Campaña de Comunicación Social y de intercambio de información a través de la isla. Varios boletines informativos sobre el progreso de la RS se presentan frecuentemente tanto en la prensa como en los medios de televisión. Se han celebrado Foros Públicos sobre el Plan Nacional de Salud y los comentarios se incluyeron en la redacción de las recomendaciones al Gabinete.

Además, la nueva legislación da la oportunidad a la comunidad para participar en la gestión directa de la prestación de los servicios de atención de salud. La Ley de los Servicios de Salud Nacionales de 1997 establece que la composición de la Junta Regional de cada RHA debe constar de "no menos de seis, ni más de ocho, miembros de la comunidad, residentes en la Región, seleccionados por el Ministro..."

Las Juntas de RHA funcionan en conformidad con dicha Ley y con las directivas ministeriales. Las funciones de la Junta son planificar, administrar y controlar los servicios de la RHA para asegurar que se sirven mejor a los intereses de la Región. La Junta tendrá poder para hacer todo aquello necesario, en su opinión, para el cumplimiento efectivo de sus funciones.

A través de la propuesta NHIP hay una oportunidad adicional para la participación social a través de la pequeña empresa y la participación del sector privado en la provisión de los servicios de salud.

Se han identificado grupos vulnerables. Incluyen: 22 % de los trabajadores que caen debajo del umbral de la pobreza, los hombres jóvenes (por los problemas de violencia), mujeres y "mujeres en edad reproductiva", los niños callejeros y niños que trabajan, los jóvenes escolares, los ancianos y los enfermos mentales.

Detalles sobre los elementos específicos de los programas no estuvieron disponibles.

Con el establecimiento de los RHA's, la integración consiguiente y la racionalización de los servicios de salud, nuevas vinculaciones y sistemas de referencia entre los establecimientos de atención primaria y secundaria están desarrollándose. Hay una iniciativa para integrar los Servicios de Atención Ambulatoria al nivel Regional.

En términos de recursos humanos, la escasez crónica de personal adiestrado en varias categorías afecta la prestación de la atención de salud en cuanto a accesibilidad, eficacia y calidad de la atención de salud. El Gobierno sigue siendo el financiador e instructor principal de los trabajadores de salud. Hay necesidad de fortalecer y crear mayor capacidad de adiestramiento en gestión sanitaria.

La Ley de Servicios de Salud Nacional permite que entre la Comisión Pública de Servicio y las Juntas de los RHA's nombren a personas para los establecimientos de salud pública en la región y ejercitar el control disciplinario sobre ellos. La Ley también permite que una RHA nombre y emplee funcionarios con remuneración y condiciones particulares, siempre que ningún sueldo exceda lo aprobado por el Ministro.

La Unidad de Reforma Sanitaria también ha emprendido un ejercicio de Evaluación de su desempeño. El propósito del ejercicio es facilitar la reclasificación de los puestos

actualmente existentes en el servicio público. Esto también debe tener impacto en los niveles de pago, calificaciones, requisitos de certificación y productividad.

Parte del esfuerzo de reforma es un proceso de acreditación de Hospitales y el establecimiento de una Dirección de Calidad al nivel del Ministerio de Salud encargado de formular las políticas y con facultades reguladoras. Los manuales administrativos de garantía de calidad para varias disciplinas están en diversas etapas de desarrollo.

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

El proceso de RS apenas ha empezado en Jamaica con la promulgación y la introducción de la Ley de Servicios de Salud Nacional, 1997. Todavía no hay datos sobre los cuales empezar cualquier tipo de evaluación sobre la RS en Jamaica, distintos a los derivados de su diseño. Está claro que las expectativas, en término de los resultados y cambios esperados, en la entrega y la financiación de los servicios de salud, son grandes.

Varios sistemas y estructuras se han implantado para la evaluación final de la reforma. El hecho de que las comunidades participarán directamente en la dirección, la toma de decisiones y gestión de su salud será no obstante otra área para evaluar la eficacia y la eficiencia del esfuerzo de RS.

MÉXICO

Revisado a 2 de Abril de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

A fines de 1995 el gobierno mexicano definió un Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND), en el cual la salud es una línea de acción que forma parte de desarrollo social. El PND declara luchar por la equidad para que el progreso económico se traduzca en progreso social para todos. Para alcanzar los principales objetivos en materia de salud del PND se puso en marcha el programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. El cual propone: ampliar la cobertura de la Seguridad Social, evitar la duplicación en la operación de los servicios, introducir incentivos para promover a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población “abierta” (no asegurada) a través de la descentralización a los Estados de la administración de los recursos sanitarios públicos dirigidos a ella, y otorgar servicios esenciales de salud a la población no cubierta.

El programa fue producto de un proceso de consultas tanto a nivel popular (formando parte de los Foros Nacionales de Consulta Popular) como técnico (más de 200 reuniones de trabajo de las distintas comisiones que conforman el Consejo nacional de Salud). También se incluyeron propuestas surgidas del Gabinete de Salud y de la Comisión Interministerial que lo apoya, bajo la coordinación de la Oficina de la Presidencia de la República.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

El ordenamiento jurídico está basado principalmente en dos Leyes generales, revisadas y actualizadas periódicamente: la Ley General de Salud y Ley del Seguro Social. En 1996 el Congreso aprobó un conjunto de modificaciones a la Ley del Seguro Social que entraron en vigencia en julio de 1997. La Ley General de Salud sienta las bases para llevar a cabo la descentralización y establecer distribución de competencias entre Federación, Estados y Municipios. En 1997 se aprobó la introducción de 52 reformas a la Ley General de Salud para hacer más efectiva la desregulación en materia sanitaria, introducir una nueva clasificación de los medicamentos y desarrollar el uso de genéricos, así como precisar la competencia de la Secretaría de Salud (SSA) en el control de células humanas y productos biotecnológicos, principalmente.

Se estima que el 90.7 % de población tiene acceso a servicios de salud⁴.

Los trabajadores asalariados de la economía formal reciben atención de salud en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS); los funcionarios al servicio del Estado, federales o estatales, están cubiertos por varios institutos de Seguridad Social, siendo el

4 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estudios económicos de la OCDE. México. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud. 1998.

principal el Instituto de Seguridad Social y Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Existen, además, los servicios sanitarios de Petróleos Mexicanos (PEMEX) para los trabajadores de esa empresa paraestatal, y los servicios de salud de las Secretarías de la Defensa Nacional (SEDENA) y de Marina (SEMAR). La población al margen de la Seguridad Social (SS) y los desvalidos reciben atención en los establecimientos de la SSA y son beneficiados por el programa IMSS - Solidaridad, que opera en determinadas regiones.

Poco más del 50% de la población está cubierta por seguros, la mayor parte por la SS y el resto es población abierta tributaria de atención en servicios públicos, de la cual sólo el 37% aproximadamente tiene acceso efectivo a una atención regular. La medicina privada da atención de salud a población cubierta por la SS o por seguros privados.

Cerca de 10 millones de personas no tienen acceso regular a servicios de salud⁵, aunque las vacunaciones y algunas otras prestaciones de salud pública, así como las medidas sanitarias en casos de emergencia sí tienen cobertura nacional.

El *Programa de Ampliación de Cobertura* (PAC) está orientado a población esencialmente indígena y rural. Su objetivo es incrementar la cobertura en el primer nivel de atención y en su primer año de ejecución alcanzó a 4 millones de personas que viven en 11 Estados. En 1997 se está extendiendo para llegar a cubrir a 6 millones de personas en 18 estados. El PAC consiste en la prestación de un *Paquete Básico de Servicios de Salud* (PABSS), financiado con fondos federales asignados de un préstamo del Banco Mundial destinado al sector social. Las 12 intervenciones del PABSS son: saneamiento básico a nivel familiar, manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar, tratamientos antiparasitarios a las familias, identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica, prevención y control de tuberculosis pulmonar, prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus, inmunizaciones, vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño, distribución de métodos anticonceptivos, atención prenatal, del parto y puerperio, prestación de primeros auxilios, y formación de comités de salud.

Para ampliar la cobertura en zonas urbanas, se está propiciando la incorporación al IMSS de familias sin economía formal, mediante el pago de una cuota módica, adquiriendo el derecho a la atención de salud de toda la familia. Igualmente, el IMSS ha decidido abrir la posibilidad de que trabajadores afiliados, si lo desean, se atiendan en establecimientos de salud de otras instituciones, públicas o privadas, mediante un procedimiento aún no regulado denominado "reversión de cuotas", conservando el IMSS la función recaudadora de fondos aportados por los trabajadores y empleadores. Los cambios en la prestación de servicios de salud del IMSS se desarrollarán paulatinamente, cuando entre en vigor la nueva Ley de Seguridad Social. Esta modalidad de afiliación voluntaria tiene importancia en la estrategia para extender la cobertura dado que - de acuerdo a las estimaciones oficiales - el número de afiliados podría incrementarse en un 3.4 - 5 % al año. Como consecuencia, la cobertura del IMSS en un período de 10 años podría ser de alrededor del 40% de la población.

5 Ibidem

La Reforma está siendo liderada por la SSA. Los Sistemas de información son limitados y poco dinámicos. A partir de 1995 se tomaron acciones de integración de los sistemas correspondientes a prestación de servicios de salud de cada institución (SSA y IMSS - Solidaridad). Se creó el Grupo Interinstitucional de Información en Salud, se editó el Manual de Fuentes y Métodos y se descentralizó la estadística de mortalidad y morbilidad hospitalaria, creándose, por convenio entre IMSS y SSA, el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y el Comité Nacional para Vigilancia Epidemiológica.

A partir de la descentralización de los servicios de salud que atienden a población abierta hacia las entidades federativas, cada Organismo Público Descentralizado (OPD) es responsable de la administración de los recursos humanos y financieros. El fondo de Aportaciones para los Servicios de salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) de 1998, amplió las atribuciones Estatales para el ejercicio y la fiscalización de sus respectivos presupuestos.

Se está fomentando la acción intersectorial y en salud del ambiente. Se ha creado la Comisión Intersectorial para el control del proceso y uso de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas (CICLOPLAFEST), con participación de organismos además de la SSA, para controlar plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas y peligrosas. Se han dictado las Normas Oficiales Mexicanas para modernizar el modelo sistema de vigilancia en este campo. Se está realizando el Censo de establecimientos de Rayos X y elaborando 4 Normas Oficiales Mexicanas sobre protección y seguridad radiológica y un convenio con la Secretaría de Energía, Instituto Nacional de Investigación Nuclear y Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguarda. Se ha creado un Programa Nacional de Prevención de Accidentes.

Se prevé que las instituciones de seguridad social adoptarán una *separación de funciones* recaudadora y de financiamiento con respecto a la provisión de servicios. No hay información respecto a la SSA.

En México existen 224 jurisdicciones sanitarias que son la unidad técnico-administrativa de carácter regional dentro de los Estados, con la responsabilidad de otorgar servicios de salud a población abierta en su territorio y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social. Funcionan con Comités Jurisdiccionales de Salud. En 1989-1994 se instrumentó la estrategia de descentralización en la SSA dirigida al desarrollo y fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias, en el marco de una estrategia de establecimiento de Sistemas Locales de Salud (SILOS). A partir de 1994 se profundizó la *descentralización política*, denominada Nuevo Federalismo. Se decidió agrupar a los servicios Estatales en el Consejo Nacional de Salud (CNS). El CNS es la instancia de coordinación entre la Federación y los Estados para planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. En sus dos años de funcionamiento ha desarrollado entre otros productos: lineamientos para la descentralización de los servicios de salud y documentos técnicos y normativos de apoyo; el nuevo modelo de atención de salud para población abierta; los 32 diagnósticos estatales sectoriales de salud y la evaluación de la capacidad operativa de los servicios; la actualización de los estudios de cobertura de los servicios y los programas estatales maestros de infraestructura en salud; y la definición del PABSS.

En 1996 se firmó el acuerdo nacional de descentralización de los servicios de salud entre el Ejecutivo Federal, los gobernadores de los 32 estados y el sindicato de trabajadores de la SSA. Todos los Estados han suscrito los convenios que crean el organismo responsable de la operación de servicios, lo cual ha determinado el traspaso de personal, infraestructura y financiamiento. El nivel central conserva su rol normativo, la regulación de los servicios y el control y la vigilancia sanitaria sobre productos, establecimientos y servicios que se descentralizan. Regula la certificación de profesionales de la salud y la acreditación de unidades de atención, las políticas de vacunación y de salud ambiental y la información en salud.

Las entidades federativas y municipios tienen responsabilidades de organización, operación, control y vigilancia del funcionamiento de los servicios públicos y privados, la sanidad internacional en zonas fronterizas y otras tareas de promoción, fomento y orientación para la salud. Tienen amplias atribuciones en relación a política ambiental.

En materia de participación social, Programa “La Salud empieza en casa” forma agentes monitores de salud. La “Bandera Blanca en Salud” trabaja con objetivos de mejora en salud de niños y embarazadas. Se han impulsado los Comités Locales de Salud, que en el área rural han asumido algunas funciones administrativas. También existen los Comités o Consejos Municipales de Salud, a nivel de Municipios y los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal y Municipal en cada Estado (COPLADE y COPLADEMUN), de los que dependen los Subcomités de Salud y Seguridad Social. En el marco de la reforma se ha vigorizado el movimiento de municipios saludables. Al finalizar 1996 estaban incorporados a este programa 606 municipios, en 1997 eran 884 y el pronóstico es que al finalizar 1998 la cifra sea 950.

El análisis de *gasto* según la fuente muestra que los hogares son los que más aportan alcanzando el 49% del gasto total en salud para 1992-96, en contraste con los empleadores (29%) y el gobierno federal (22%).

Del presupuesto de gasto público en salud, la atención curativa representa el 68% (incluye hospitalización), la administración, política y planeación representa el 15%, y la prevención el 7% (14,6% en establecimientos de atención a población abierta y 4% en la SS). El 59,1% del gasto es para los establecimientos hospitalarios.

En 1992-94 se destinaron a remuneraciones casi la mitad del presupuesto de las instituciones de mayor volumen de prestaciones de salud del país (48% en IMSS y 50% en SSA). En el ISSSTE este concepto alcanzó al 21% y los gastos de operación al 51%. En el IMSS los gastos de operación representaron el 35% del total y en SSA, el 3% para el mismo periodo. El gasto en materiales y suministros llegó, entre 1992 y 94, al 12% en el IMSS, 8% en el ISSSTE y 2% en la SSA. Los honorarios consumieron el 35% del gasto privado total, la compra de medicinas el 27% y las hospitalizaciones el 20%. Los valores del gasto privado difieren 10 veces entre los hogares urbanos de menor y mayor ingreso (US\$75 y 750); en las zonas rurales esta diferencia llega a ser de 20 veces (US\$65 y 1.294).

El 43% de los recursos financieros fue manejado en 1992-94 por la SS, 42% por los privados, 13% para atención a población abierta y 2% el seguro médico privado. La participación de los gobiernos estatales en los fondos fue de un 3,7% (1992-94). El

presupuesto de la SSA creció en 1997 un 32% sobre 1996. El crecimiento del presupuesto estatal fue 9 veces más entre 1997 y 1996, elevándose el aporte estatal en los ingresos totales de la institución de 4,5% a 28,5%. El IMSS se financia mediante contribuciones de empleados y patrones y aportes del Gobierno Federal. En el ramo de enfermedad y maternidad, la transferencia estatal pasó del 5 al 37% (en sustitución de las cuotas obrero - patronales) en ese mismo periodo.

En cuanto a la distribución programática del presupuesto de los servicios de salud, durante 1995, los servicios de la SSA - los cuales atienden a población “abierta” - destinaron el 49.7% a la Atención curativa, 25.8% a Administración, 11.0% a la Prevención, 5.9% a Infraestructura, 4.9% a Investigación, 1.5% a Regulación y 1.2% a Otros. En las instituciones de Seguridad Social⁶, la distribución para el mismo año, fue la siguiente: 71.1% para Atención Curativa, 14.3 % para Administración, 4.7% para Prevención, 4.6% para Infraestructura, 3.4% para Prestaciones sociales y 1.9% para Investigación.

Respecto a la *oferta de servicios*, se ha producido un 7,3% de crecimiento de unidades de consulta externa entre 1994 y 1996 (sobre todo en unidades móviles, utilizadas en las estrategias de ampliación de cobertura), consultorios y en la medicina privada. En 1995 se calculó que el sector privado disponía del 30% de las camas, empleaba al 34% de los médicos y brindaba el 32% de las consultas. La cobertura de seguros médicos privados es limitada y, más aún, la adopción de esquemas de “aseguramiento administrado”, prevaleciendo el modelo tradicional de cobro directo por servicios a tasa de mercado.

Entre las iniciativas destinadas a *grupos vulnerables*, destacan los programas desarrollados por el Instituto Nacional Indigenista, que consisten principalmente en acciones de salud, alimentación, educación y saneamiento básico para atender a los 59 grupos étnicos. Estos programas reciben también apoyo de las diferentes secretarías del Gobierno Federal y de los Gobiernos Estatales.

El Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) se ha instrumentado para atender a la población residente en 28 estados y 1,423 municipios. Su componente de salud, consiste en la dotación de un suplemento alimenticio a los menores y a las mujeres embarazadas o en período de lactancia, la capacitación de las madres y/o responsables de familia respecto a temas básicos y, la atención con enfoque de riesgo al grupo familiar.

Asimismo, el Programa de Apoyo a zonas Indígenas (PAZI) complementa al PAC y al PROGRESA en los 303 municipios que tienen más de 70% de población indígena.

En marzo de 1998 se iniciará la distribución de la cartilla Nacional de Salud de la Mujer, para facilitar el seguimiento de la atención perinatal, el uso de métodos de planificación familiar y los resultados de las citologías para la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Asimismo, en el primer bimestre de 1998 entrará en vigor la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la Prevención, Diagnóstico y Control del cáncer cervicouterino.

6 La información sólo comprende al IMSS y al ISSSTE. No se dispone de información de PEMEX

La *coordinación sectorial* entre las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud (SSA y SS) se considera insuficiente. Sus servicios se otorgan bajo sus propios modelos de atención y esquemas diferenciados, con duplicidad en coberturas de servicios en determinadas regiones.

El Nuevo *Modelo de Atención a la Salud* para Población Abierta (MASPA) establecido y difundido por la SSA en 1995, normatiza y operacionaliza la prestación de servicios en las unidades. Establece los criterios rectores para la operación de los recursos comunitarios e institucionales del primer nivel de atención y de las unidades hospitalarias, articulados en redes de servicios mediante la regionalización. Precisa que los servicios deben realizar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con base en las necesidades y problemas de cada localidad y define las responsabilidades de los distintos niveles administrativos en la implantación y desarrollo del modelo.

Existe un Programa de mejoramiento de la *gestión* administrativa de los servicios de salud para fortalecer la capacidad gerencial del personal directivo de los servicios.

La RS pretende introducir la libre elección por los usuarios del médico que los atenderá, al menos en el primer nivel de atención en las instituciones de SS, para luego establecer esquemas de recompensas con base en la elección que hagan los pacientes y así estimular la calidad y eficiencia de la atención.

Existe la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para resolver los conflictos que se generan en la práctica de la atención a la salud. Las facultades de *certificación* y *acreditación* permanecen a nivel central en la SSA.

La SSA, en coordinación con el Consejo Nacional de Salubridad ha establecido el cuadro básico esencial de medicamentos para el primer nivel. Existe un Registro Sanitario de Medicamentos y Normas de Buenas Prácticas de Fabricación. Existe una Norma Oficial Mexicana para la Disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos. Existe una Comisión par la Mejoría continua de la calidad de los servicios, dentro del Consejo Nacional de Salud. La Dirección de Calidad de la Atención Médica, que desde 1997 depende de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, inició durante el segundo semestre de ese año el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica que opera en 6 de las 32 entidades federativas del país. Este Programa se ha instrumentado en 517 Unidades de Salud, 36 de ellas son hospitales de segundo nivel. Se diseñó una línea basal y, a partir de los resultados de esa medición, cada Estado ha diseñado las intervenciones específicas, para efectuar la evaluación concurrente dentro de un año. Se espera extender este programa al resto de los Estados durante los años 1998 a 2000.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. El subregistro de mortalidad se calculó en un 4,0% en 1996 (CONAPO). El subregistro de natalidad se calculó en un 5% en 1994, y el 27,6% de los nacimientos tienen más de 1 año en el momento de su registro

La *Tasa de Mortalidad Infantil* (TMI) registrada fue de 17,5 por mil nacidos vivos en 1995. Entre 1990 y 1995 disminuyó un 26,8% como promedio nacional. La mortalidad es más alta en la zona central, (22,3 por mil n. v.) y más baja en el norte y el sur (12,2 y 12,8). Los Estados de Puebla (33,2), Tlaxcala (28,7) y México (26,8) tienen las tasas más altas, contrastando con Durango (3,9), Sinaloa (5,9) y Guerrero (8,5). Las causas principales de muerte fueron: afectaciones del periodo perinatal, anomalías congénitas, neumonía e influenza, deficiencias de la nutrición y accidentes. Entre 1994 y 1995 se elevó la TMI registrada (17,0 y 17,5% respectivamente), probablemente debido a las correcciones hechas al número de recién nacidos, ya que las muertes registradas disminuyeron en ese periodo. Por lo que se recomienda usar la TMI ajustada, que refleja un descenso entre 1994 (26,5) y 1995 (25,9). La TMI ajustada para 1996 sería de 25,9 por mil n. v. Varios estudios encontraron que la TMI entre la población que habla alguna lengua indígena es de 56 por mil n. v.

La *Tasa de Mortalidad Materna* para 1995 fue de 53, más elevada que en 1994, cuando alcanzó 48 y en niveles cercanos a 1990, cuando se reportó 54. La explicación oficial les que el incremento del último año se debió a un mejor registro de las muertes con el uso del nuevo certificado de defunción, donde se investiga la preexistencia de embarazos en todos los fallecimientos de mujeres en edad fértil. Las tasas más elevadas en 1995 ocurrieron en Puebla con 112, Tlaxcala con 97 y Oaxaca con 90. El 87,1% de las muertes se debieron a causas obstétricas directas (92,1 en 1990): 28% toxemia, 23,6% hemorragias, 11,6% complicaciones del puerperio.

En cobertura. El *Programa de Vacunación Universal* (PVU) tuvo una cobertura en <1 año (1996) de 100% para DPT3, 95 para Polio y 93% para sarampión. Las coberturas nacionales con esquema completo (en <1 año) pasaron de 75,3% en 1993 a 88,2% en 1996 (hasta junio). Las más bajas corresponden al Distrito Federal (69,8), Chiapas (74,6), Jalisco (79,2) y México (79,6) y son menores en niños indígenas. A partir de 1998 se aplicará un nuevo esquema de vacunación universal, aplicando la vacuna triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis) y la vacuna Td que protege contra tétanos y difteria a adolescentes y adultos.

La Cobertura de la *atención prenatal* por un agente de salud ha aumentado en los últimos años y el promedio de consultas prenatales por mujer embarazada pasó de 2,2 en 1990 a 2,8 en 1996 (otras fuentes dan 3,9, siendo la meta 5). En la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF) de 1996 se encontró que el personal médico participó en la atención del 86,1% de los embarazos ocurridos entre 1993 y 1995, para un incremento en

más de la mitad en los últimos 20 años. Un 6,8% de las mujeres no tienen vigilancia prenatal (la diferencia es atendida por personal sanitario no médico). El 63,2% de las mujeres reciben atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo.

En acceso. No hay información disponible sobre distancias a centros de salud y listas de espera.

En distribución de los recursos. El total de *médicos por 10.000 habitantes* es 19,1 y el de *enfermeras* de 21,05. En 1992 prestaban sus servicios en instituciones públicas 11,91 médicos por 10.000 habitantes y en 1994 13,05. Los mayores crecimientos se han dado en instituciones de población abierta: 9,6% para médicos y 7% para enfermeras, entre 1994 y 96. El número de camas hospitalarias es de 0,8 por mil habitantes (1,2 según otras fuentes). Sin datos disponibles sobre distribución geográfica.

En el uso de los recursos. El número de *consultas ambulatorias* fue de 1,9 hab/año en 1994. La cifra de *egresos hospitalarios* (sistema público) fue de 4,5 por cien habitantes (65,6% de afiliados de la IMSS y 34,4% de población abierta), con una estancia media de 4,0 días. El porcentaje de *partos atendidos* en hospitales públicos aumentó de 54,3 a 68,5% entre 1990 y 1995 (ENPF). El 20% de los partos se atendió en hospitales privados y el 11,5% en casa de la mujer o por la partera.

Equidad financiera. La superación de barreras financieras se está poniendo en marcha mediante el PABSS, el PAC y unidades móviles. La fórmula de asignación presupuestal para abatir rezagos, corregir inercias y promover la equidad entre los Estados en materia de recursos para la salud, se ha incorporado explícitamente a la Ley de Coordinación Fiscal en 1998. Mediante esta fórmula, se distribuyen los recursos considerando variables tales como la población a atender, la prevalencia de daños a la salud (razón estandarizada de mortalidad) y los índices de marginación.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Sin información disponible sobre centros de salud y hospitales con programas de calidad y humanización establecidos y evaluados.

Efectividad y calidad percibida. Sin información disponible sobre centros de salud y hospitales con servicios de atención al paciente y encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. Las informaciones sobre *acceso a agua potable* son discrepantes. Para 1995 se calculó que en zonas urbanas el 96% recibía agua entubada (no necesariamente potable), mientras que en las rurales sólo la recibía el 52,5%. Según otras fuentes, la población urbana que dispone de agua potable por conexión en la vivienda sería del 65,3%, la población urbana con acceso razonable a fuentes públicas de agua potable sería del 26,0% y la población rural que dispone de agua potable razonablemente accesible el 53,4%.

En cuanto a *alcantarillado*, en el medio urbano la cobertura era de 85,5% y en el rural de 20,9% (otras fuentes dan cifras 76% total, con 93% en medio urbano y 29% en medio rural para 1995).

La población urbana con sistemas de *recolección periódica de residuos sólidos* sería del 49,4%. Se recolecta el 70% de la basura producida y sólo el 17% se dispone en rellenos sanitarios. Existen propuestas de programas para el reciclaje de basuras, siendo aún insuficiente el desarrollo en este campo.

En cuanto a reasignación de recursos, a partir de enero de 1998 operará el FONSIDA, con el propósito de brindar apoyo complementario a enfermos con SIDA. Se implantará el Modelo de Atención Integral a enfermos con SIDA en todos los estados de la República. Se iniciará la operación de 4 laboratorios regionales de carga viral.

En la gestión de los recursos. Existe información agregada y por Estados sobre el impacto de algunos programas (p. ej. el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas, PRONACED) sobre la mortalidad infantil atribuible a causas específicas como consecuencia de los compromisos adoptados en la Cumbre Mundial de la Infancia. No se dispone de información sobre porcentaje de centros de salud y hospitales con medidas de actividad estandarizadas y funcionando.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El gasto total del sistema nacional de salud alcanzó en 1992, 93 y 94 el 5,1, 5,6 y 6,1% del PIB respectivamente (estimaciones). Para 1994 fue de US\$264 per cápita. El gasto público en salud (incluye SSA y SS) fue de 592 pesos por habitante en 1994 y de 873 en 1996 (teniendo en cuenta la inflación, serían 444 pesos equivalentes). Para 1997 se alcanzará el 4% del PIB como gasto público en salud. De cada 100 pesos 70 se asignan a IMSS y 30 a instituciones que atienden población “abierta”. El 21% del gasto público programable se destina a salud.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

No se dispone de información sobre porcentaje de centros de salud y hospitales con consejos de salud funcionando. Sin embargo, se sabe que para 1997 existían más de 20,000 Comités de Salud activos.

NICARAGUA

Revisión al 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

Inmerso en la transformación y modernización del Estado, el Ministerio de Salud (MINSA) inició en 1993 el análisis de sus políticas, planes y programas en salud y de su impacto en la salud de la población. Tras formularse la Política Nacional de Salud se introdujo la Reforma del Sector Salud, que modificó la organización y funcionamiento del MINSA, transformó las relaciones entre los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud y el modelo de prestación de servicios, y profundizó y consolidó los SILAIS (Sistemas locales de atención integral a la salud) y los Servicios Municipales de Salud. Los SILAIS se crearon por resolución ministerial en 1991. Su desarrollo tuvo una amplia difusión y participación en el nivel nacional y local, lo que permitió en 1994 la concertación con diferentes actores para la definición explícita de la política de salud.

Más que un Plan de Acción existe una Política Nacional de Salud, pero no suficientemente específica. No existe un proyecto de evaluación. Hay declaraciones de intenciones en todos los aspectos que se refieren a acceso equitativo a servicios sanitarios básicos.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

La Constitución Política de la República, la Ley Creadora del Sistema Nacional Único de Salud, el Código Sanitario vigente y las Disposiciones contenidas en los Acuerdos o Instrumentos Internacionales conforman el *marco jurídico*. Para permitir al MINSA desarrollar y ejercer su rol rector y regulador se elaboró la Ley General de Salud, que se depositó en la Asamblea Legislativa en 1996. Además se han producido otras iniciativas en legislación sanitaria (ordenamiento de la actividad del MINSA, ajustes estructurales y orgánicos, revisión y actualización de reglamentos internos y el proyecto de auditoría médica), legalización de bienes inmuebles y atenciones legales diversas.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de instituciones, normas y procesos políticos, jurídicos y administrativos que articulan a todas las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas que realizan acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, así como aquéllas que desarrollan actividades de rehabilitación, al igual que las instituciones académicas y organizaciones sociales que capacitan y organizan los recursos humanos destinados a ejecutar dichas acciones. Prestan servicios sanitarios: el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de Gobernación, los Servicios Médicos Militares y proveedores privados. El MINSA es el principal proveedor de servicios. Se estima que el sector privado atiende al 4% de la población. El Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) sólo tiene funciones de financiamiento.

El porcentaje de población con *acceso regular a servicios de salud* es del 83%.

El INSS inició una revisión en 1992. Se pretende lograr una cobertura progresiva de trabajadores y dependientes, ampliando las prestaciones básicas y la cobertura al grupo familiar (esposa o compañera e hijos hasta los 6 años) a un total de 290.000 beneficiarios. El Modelo de Atención Previsional funciona comprando servicios de salud con fondos procedentes de las cotizaciones (del trabajador, el empleador y el Estado) a agentes prestadores de servicios organizados. Este modelo ha permitido una participación mayor en términos reales al sector privado en el mercado de la prestación de servicios médicos. El INSS continúa con su función de recaudador de cotizaciones, transfiere el riesgo de la salud a las Empresas Médicas Previsionales (EMP's), y ejerce funciones de facilitador y supervisor de las acciones sanitarias para asegurar un mínimo de calidad en los servicios. Existen 32 EMP's. El INSS las financia y regula y compra un paquete básico para sus asegurados. Lo no cubierto lo atiende el MINSA, así como a pensionados y jubilados.

El Subsistema privado muestra un incipiente nivel de desarrollo. Cuenta con 7 hospitales con 200 camas, 200 clínicas de atención ambulatoria y un número no identificado de laboratorios y farmacias.

No está explícitamente definido un paquete básico de servicios esenciales, ni se han priorizado territorios y grupos de riesgo.

La entidad responsable de la *rectoría* es el MINSA, con capacidad normativa y organizativa en el ámbito de la provisión y de los recursos humanos, entre otros. Existe subregistro en el sistema de información sanitaria, por lo que deberá ser readecuado. El MINSA no ejerce una función reguladora ni de precios ni de la calidad de la prestación de servicios de salud privados.

La diferenciación o *separación de funciones* se encuentra en el INSS, organismo de aseguramiento y financiamiento, pero que contrata la provisión de servicios con EMP's, que pueden ser públicas o privadas. No existe en otros ámbitos.

El Nivel Central define políticas, formula estrategias sectoriales y elabora normas técnicas, aprueba y controla el cumplimiento de las resoluciones, reglamentos y disposiciones sobre los procesos de atención, regula la cooperación externa y la nominación de cargos. El Nivel SILAIS (17 en el país) controla el proceso de adecuación de las estrategias según las características y realidades de cada territorio; coordina y controla los recursos de su territorio y asesora en los procesos técnicos de la atención. El Nivel Municipal (145 municipios) ejecuta el proceso de administración estratégica local identificando y priorizando los problemas, programando sus acciones y concertando acciones conjuntas con otros recursos de salud de su territorio a través de una efectiva articulación intersectorial e interinstitucional, administra los recursos institucionales de salud y formula, desarrolla y evalúa los programas y proyectos a su nivel. El municipio es la unidad organizativa básica, donde se concentra un conjunto de recursos y mecanismos políticos y administrativos, sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de salud de una población definida en un territorio determinado. Los hospitales también se dirigen a un territorio determinado.

Existe un Consejo Nacional de Salud, Consejos Locales de Salud, Juntas Directivas de Hospitales y Comisiones Específicas de carácter nacional. El Consejo Nacional de Salud, que funciona desde 1993, está integrado por diferentes actores sociales (asociaciones

gremiales y sindicales de la salud, empresa privada, organizaciones comunales, iglesias, Comisión de salud de la Asamblea Nacional, ONGs que trabajan en salud, asociaciones de mujeres, etc.). Es el máximo órgano deliberativo del Ministerio y está presidido por el Ministro. Fue el Consejo Nacional de Salud quien aprobó en octubre de 1993 la Política Nacional de Salud. En la actualidad, las actividades de los Consejos Locales están muy restringidas. Otra forma de participación de la sociedad civil en la gestión de salud son las Diferentes Comisiones (Comisión Nacional de Lactancia Materna, Comisión Nacional para la Nutrición, Comisión Nacional de micronutrientes, Energía atómica, etc.).

Para el sector salud de Nicaragua existen seis fuentes de *financiamiento*: i) donaciones al gobierno (30,1% del gasto total en salud), ii) empresas (21,2%), iii) impuestos (16,1%), iv) créditos al gobierno (15,8%), v) hogares (11,9%) y, vi) donaciones a ONG's (4,9%). Las fuentes de financiamiento para el MINSA son: i) impuestos (24,9%), ii) créditos (25,8%) y, iii) donaciones (49,3%). Para el INSS: i) hogares (73,5%), ii) empresas (23%) y, iii) gobierno, vía impuestos (3%). Para el sector privado: i) hogares 79,3% , ii) empresas 19% y, iii) donaciones 1%.

Las Instituciones del MINSA gastan el 61,3% del gasto total en salud; las EMP's, vía el INSS, un 27%; los hospitales privados un 6,9%, y las ONG's productoras de servicios médicos un 4,8%. El 66,1% del gasto total es para población no asegurada, 27% para población asegurada y 6,9% corresponde a la población con poder de compra en el sector privado.

El 97% del gasto del MINSA es gasto corriente y sólo el 3% es para inversiones. En 1994, el 35,4% del gasto fue para personal; el 27,1% para materiales y suministros (dentro de ellos alimentación y medicamentos - 13,7%) y el 14,9% a transferencias corrientes. En ese mismo año, el 52,4% se dedicó a atención hospitalaria y el 37,3% a atención primaria.

Los gastos privados tienen mucha importancia como fuente de recursos. Para la población rural, el aumento de pagos por servicios en las instalaciones públicas condujo a una gran reducción en su uso. Sin embargo, para la población urbana, aumentos relativos similares condujeron a cambios en la mezcla de servicios públicos utilizados, sustitución de fuentes de atención y una pequeña reducción en la utilización

Los medicamentos para salud materna e infantil, así como para tuberculosis, malaria, dengue y enfermedades de transmisión sexual, son gratuitos en los centros de salud, pero no siempre están disponibles.

El Ministerio de Salud dispone de 873 unidades en el primer nivel de atención con una *cobertura* potencial al 72% de la población. Cuenta, además, con 28 unidades hospitalarias, aun cuando el 39% de su equipamiento está inactivo o funcionando irregularmente. Han surgido nuevos servicios hospitalarios, como la cirugía ambulatoria, a partir de 1991-92.

Hay declaraciones sobre prioridad para *grupos* sociales más *vulnerables*, pero no se explicitan.

Existen dos niveles de atención: primaria y hospital. Los pacientes tienden a consultar directamente en los centros hospitalarios.

Existen *compromisos de gestión* entre el MINSA y el Director de cada SILAIS, previa aprobación de la Junta Directiva del SILAIS respectivo. El Director adquiere la obligación del cumplimiento de compromisos de producción de servicios, impacto en la salud y satisfacción de usuarios expresados en su Plan Local. El MINSA se compromete a asignar recursos y brindar la asistencia técnica necesaria para lograr las metas. Los recursos son descentralizados en forma modular respondiendo al desarrollo de las capacidades locales para su administración. También existen Compromisos entre Directores de hospital y MINSA, y entre Directores de hospital y Directores de SILAIS.

El INSS *compra servicios* a las EMP's públicas o privadas para sus afiliados, y servicios de pensionados en los hospitales para pacientes en general. Hay cobro en algunos servicios: por ejemplo, Radiología y Laboratorio.

No existe una política explícita de desarrollo del *recurso humano*. La formación de profesionales no está coordinada con el MINSA. Existe alta rotación del recurso humano y tendencia a concentrarse en el sector privado. No se han diseñado incentivos para mejorar la distribución de los profesionales y la calidad de atención.

Se va a crear un Registro Nacional de Establecimientos de Salud y comisiones para la elaboración de las Normas de Habilitación y Autoevaluación, y estándares mínimos obligatorios de *Acreditación* de los Establecimientos de Salud. Un segundo paso es la formación de la Comisión Nacional de Acreditación. Se van a diseñar Registros Sanitarios de productos farmacéuticos, cosméticos, alimentos y sustancias tóxicas y las medidas de control pertinentes.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

Equidad en el estado de salud. El subregistro de la mortalidad era de 56% en 1995, con una tendencia ascendente en los últimos años, pero se ha mantenido estable en menores de 1 año: 40%. Hay un 40% de subregistro de natalidad y el 50% de los nacimientos registrados tienen más de un año en el momento de su registro.

La *Tasa de Mortalidad Infantil* fue de 47 por mil nacidos vivos (aunque otras fuentes indican 58 por mil) en 1996, menor que el 71,8 por mil presente una década antes. Superan la media nacional Matagalpa, Jinotega, León y Chinandega y es menor en Managua. Las principales causas de muerte son enfermedades infecciosas intestinales, afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades respiratorias agudas, anomalías congénitas y desnutrición.

La *Tasa de Mortalidad Materna* es de 130 por cien mil n. v., aunque debido al subregistro la cifra varía según la fuente. En 1995 llegó a 155, pero existe la posibilidad que se deba a un mejor registro, ya que incluye la información proporcionada por parteras, colaboradores voluntarios, promotores y al personal de salud. Las principales causas son hemorragia, enfermedad hipertensiva, sepsis y aborto, contribuyendo a la mortalidad los embarazos en adolescentes, mujeres añosas y múltiparas.

Equidad en cobertura. La cobertura del *Programa Ampliado de Inmunizaciones* en menores de 1 año fue en 1996 de 91% para DPT3 (con cifras que variaron de 76% en Rivas y 78% en Carazo y León, a 100% en los SILAIS de Jinotega, Río San Juan, Madrid, Nueva Segovia y Matagalpa). A nivel nacional, la cobertura para Polio fue de 99% (con dos SILAIS con cobertura de 80%: Rivas y León; y cinco SILAIS con coberturas entre 86 y 99%). En cuanto a Sarampión, la cobertura nacional alcanzó al 90%, siendo más baja en Rivas (75%) y del 100% en cuatro de los 17 SILAIS. La cobertura de BCG a nivel nacional fue de 100%, con las menores coberturas en Rivas (78%), León (83%) y Managua (78%).

La cobertura del *Control Prenatal* fue de 85% en 1995. El 17,5% de las mujeres ha sido controlada por personal capacitado en el primer trimestre de su embarazo. El total de controles prenatales muestra una tendencia al incremento con un crecimiento relativo del 29%.

Equidad en acceso. La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas. En Managua, el 13% de la población refiere encontrarse a más de 30 minutos de la unidad de salud y el 8% en otras zonas urbanas del país. En el área rural, el 33% se encuentra a más de dos horas del hospital, 22% a más de dos horas del centro de salud, 10% a más de dos horas del puesto de salud y 26% a más de dos horas del médico privado.

Equidad en distribución de los recursos. En 1995 había un médico por 1000 habitantes y 0,56 enfermeras por médico. No hay datos territoriales.

Equidad en el uso de los recursos. Se realizan 1,2 consultas ambulatorias por habitante, con una tendencia a la reducción. El 75% de las consultas fueron en el primer nivel y el 25% en el segundo (que incluye atenciones de emergencia). Los egresos hospitalarios fueron de 62 por mil habitantes. El Índice de Ocupación Hospitalaria se ha venido elevando hasta alcanzar en 1995 el 74,2% (63,7% en 1991). Hay un incremento de cirugías mayores por mejoramiento de quirófanos. Sin información por áreas geográficas.

Los datos sobre *partos atendidos por personal capacitado* son muy discordantes, mostrando, según las fuentes, cifras del 87% y del 22% para 1995. La cobertura del parto institucional alcanzó el 45% en 1995.

Equidad financiera. No se cobran los servicios y los medicamentos son gratuitos para pacientes hospitalizados y el grupo materno - infantil.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Sin datos sobre centros de salud y hospitales con programas de calidad o humanización establecidos.

Efectividad y calidad percibida. Sin datos sobre centros de salud y hospitales con servicios de atención al paciente o encuestas de percepción de usuarios. Se conocen los resultados de encuestas generales: el grado de satisfacción con los servicios de atención curativa es del 80,7% y para las consultas de prevención y control es del 76,3% y 87,5%, respectivamente. El grado global de satisfacción en hospitalización es de 70,1%. En relación a los servicios prestados por las EMP's del INSS, hay un alto grado de satisfacción de los usuarios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. Hay datos discordantes según fuentes sobre *cobertura de agua*. El 82,4% de la población urbana y 30,1% de la rural tiene cobertura de agua (otras fuentes dan cifras globales de 69%, con 93 % a nivel urbano y 28% a nivel rural). El 46,6% de las viviendas recibe agua potable de acueductos del INAA, 21,5% de pozos excavados, 12,7% de ríos y lagunas, 15,5% de tomas públicas, y 3,9% por camiones cisterna.

Las cifras son igualmente discordantes para *alcantarillado* y eliminación de excretas. El INAA administra 19 sistemas de alcantarillado sanitario, de los cuales solamente siete poseen sus respectivas unidades de tratamiento. En 1996 el 32,6% de la población contaba con servicio de alcantarillado sanitario (34,1% urbana conectada a sistema público de eliminación de excretas, 51,7% urbana con sistemas individuales de eliminación de excretas y 28,0% rural con sistemas adecuados para la eliminación de excretas). El 21,9% de las viviendas tienen alcantarillados sanitarios, el 8,1% sumideros o fosas sépticas, el

55,7% letrinas y el 14,2% no dispone de ningún sistema. Otras cifras son del 66% global de sistema de alcantarillado y eliminación de excretas, con 88% en el área urbana y 28% en el área rural.

El servicio de aseo urbano para la recolección y *disposición final de residuos* (desechos sólidos municipales) existe en 69 de las 143 cabeceras municipales, lo que representa 35% de la población urbana cubierta. No hay una adecuada disposición final de los desechos recogidos (se realiza a cielo abierto) ni adecuación de vertederos municipales (solamente el 13% de los vertederos cuenta con autorización sanitaria).

No se han desarrollado estrategias y programas de reasignación de recursos.

En la gestión de los recursos. No hay datos sobre porcentaje de reducción de la mortalidad infantil atribuible a programas específicos. No hay datos sobre los centros que tienen medidas de actividad o capacidad de cobro.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El *Gasto total en salud per capita* fue de US\$ 34 en 1994, un 8,7% del PIB. El Gasto público total en salud en 1995 fue el 6,6% del PIB y el 16,2% del gasto público. El Gasto del MINSA fue el 4% del PIB. El gasto per capita pasó de US\$ 22 en 1993 a US\$ 34,6 en 1995.

Un estudio reciente ha calculado el *Gasto total en salud per capita* (en córdobas constantes) y como proporción del PIB, para los años 95 y 96, en las siguientes cifras:

	1995		1996	
	per capita	% PIB	per capita	% PIB
sector publico	497.6	8.81	562.4	9.02
sector privado	913.8	4.14	1,046.6	4.16
total sector	582.51	12.96	685.7	13.20

Fuente: CNS, INEC, BCN

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

A nivel local, existen: a) Casa base: forma de organización comunitaria que en conjunto con las unidades de salud desarrolla acciones permanentes e integrales de prevención, promoción y atención básica en salud; b) En los Municipios: Comisiones Multisectoriales para el abordaje conjunto de los problemas y Consejos Municipales de

Salud, donde participan los diferentes actores sociales en los procesos de planificación y se ejerce el control social de la gestión en salud; c) En los SILAIS: participación en las Juntas Directivas de los SILAIS. Los agentes comunitarios han jugado en los últimos 15 años un rol importante sobre todo en los programas de prevención y promoción de la salud en el nivel local y más aún en el área rural. Han sido los organismos comunitarios quienes han seleccionado estos agentes y participado activamente en su capacitación y seguimiento.

Sin información sobre centros de salud y hospitales con consejos de salud funcionando.

PARAGUAY

Revisado a 18 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

Desde 1989 el Paraguay vive una etapa caracterizada por el tránsito de un régimen autoritario a la democracia. En junio de 1992 se sancionó una nueva Constitución que consagra la vigencia de los Derechos Humanos y un Estado Democrático y Social de Derecho. Desde entonces se han celebrado elecciones presidenciales, legislativas y de gobernadores, y existe separación de poderes y la libertad de prensa. Aunque no todas las incertidumbres han desaparecido, en noviembre de 1996 los paraguayos pudieron elegir libremente por vez primera a concejales y alcaldes.

El cambio de régimen significó también una nueva etapa económica. En 1991 el país firmó el tratado de Asunción que creó el Mercosur. Aunque persisten problemas serios (por ejemplo, la evasión fiscal y la fragilidad del sistema financiero) de 1992 a 1996 se controló la inflación, se unificaron los tipos de cambio, se redujeron el déficit público y la deuda externa, creció el PIB per cápita, se liberalizaron las tasas de interés y se estudió la modernización de los sistemas tributario y arancelario. Desde finales de 1996 se observan signos de estancamiento y riesgo de incremento del desempleo (9% registrado y 20% de subempleo)

Por su parte, el *gasto público social* se incrementó desde niveles inferiores al 4% del PIB en la década pasada a casi el 9% en 1996. No obstante, se estima que un 25% la población urbana vive bajo el umbral de pobreza y que el porcentaje es mayor en el medio rural. En 1994 se creó la Secretaría de Acción Social y en 1996 se formuló el Plan Estratégico de Desarrollo Social.

Hasta ahora, la *reestructuración del Estado* ha sido lenta y de limitado alcance en lo que se refiere al mejoramiento de los servicios y a la racionalización administrativa y se observan casos de corrupción. Se registran, sin embargo, avances en el fomento de la participación ciudadana y en la descentralización.

Desde 1994, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) ha ido concretando los objetivos de la Reforma Sectorial (RS): i) ampliar la cobertura mediante una mayor coordinación entre los diferentes actores; ii) mejorar la eficiencia y efectividad de las acciones priorizando poblaciones vulnerables y enfermedades y riesgos prevalentes y, iii) fomentar la accesibilidad y calidad de los servicios mediante la descentralización de la gestión y el incremento de la inversión focalizada.

Hasta ahora no ha existido una entidad específica encargada del *diseño* de la Reforma Sectorial, ni plazos definidos para *implementarla*. El propio Ministro de Salud aparece a menudo como líder y principal negociador del proceso. Tampoco se han explicitado mecanismos de *evaluación* de la RS

Tras complejo trámite parlamentario, en 1996 fue sancionada la Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. La Ley asigna al MSP y BS una función rectora y crea el Consejo Nacional de Salud (CNS) como órgano máximo de concertación y coordinación sectorial. En la Ley el CNS tiene un Comité Ejecutivo del cual dependen una Dirección Médica, la Superintendencia y el Fondo Nacional de Salud, instituciones aún no implementadas.

Numerosos organismos internacionales (FNUAP, UNICEF) y países (Japón, España, EEUU, Alemania) cooperan en programas de salud específicos, siendo también importante el papel de las ONG's. Desde 1996 por vez primera se cuenta con dos importantes créditos sectoriales del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El segundo (aún no desembolsado) incorpora componentes de RS. Recientemente la OPS colaboró con el MSP y BS en un ejercicio participativo de Análisis Sectorial que involucró al CNS y a otros actores relevantes. Con él se pretende situar la política de salud y la RS como una política de Estado en el marco del proceso electoral del presente año.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

Desde 1992 la salud tiene rango constitucional pero el Código Sanitario (CS) que fija el ámbito de desempeño del Estado respecto de ella data de los años 50. La Ley 1032 establece el Sistema Nacional de Salud (SNS) e indicó la intención de crear una instancia reguladora, una de financiamiento y una de prestaciones. A falta de su completo desarrollo reglamentario, el *marco jurídico* identifica numerosas disposiciones que no responden a la realidad actual, vacíos legales y carencia de una compilación adecuada que facilite su cumplimiento.

La Constitución garantiza el *derecho a la salud* pero las coberturas efectivas no alcanzan al 70% de la población. Las diferencias derivadas de las etnias, del origen rural y de los bajos niveles de ingresos condicionan coberturas menores e incluso ausencia de ella. Hay varios proyectos (muchos con financiamiento externo) de aumento de cobertura para territorios donde reside más del 70% de la población. Adicionalmente se observa un crecimiento del número de aseguradoras privadas y se está estudiando la posibilidad de desarrollar la Superintendencia Nacional de Salud contemplada en la Ley del SNS.

El *aseguramiento* sanitario público está desagregado entre MSPyBS (30-35%), IPS (17-20%), Sanidad Militar (8%) y otros regímenes menores. No hay datos fiables y ninguna regulación del aseguramiento sanitario privado en la actualidad. Algunas estimaciones sitúan en un 15% la población cubierta por este tipo de seguros y se desconoce la magnitud del aseguramiento múltiple. Se ha implementado un subsidio a la demanda desde este año para que los funcionarios públicos contraten seguros de salud privados.

Actualmente no existe *efectiva separación de las funciones* de aseguramiento, financiamiento y provisión, aunque la ley del SNS la establece mediante la entidades respectivas (Superintendencia de Salud, Dirección Médica y Fondo Nacional de Salud). El mercado de prestadores opera en el caso del Instituto de Previsión Social (IPS) quien compra servicios de prestadores privados. No hay regulación del mercado de factores.

La *rectoría* es ejercida por el MSP y BS, con un fuerte predominio de la presencia del propio Ministro de Salud. El MSP y BS administra aproximadamente el 60% de los Recursos Humanos del sector salud y su presupuesto es asignado por Ley. Ejerce además una tutela parcial sobre el medio ambiente. La información es a menudo incompleta y no siempre fiable. Se ha identificado la necesidad de crear sistemas de información modernos sobre el estado de salud (el subregistro es frecuente) y sobre el funcionamiento de los servicios.

En 1997 el MSP y BS *inició su descentralización, delegando funciones* a las Secretarías de Salud de las Gobernaciones Departamentales, las cuales prestan apoyo a los Consejos Regionales y Locales de Salud. Dichos Consejos y el Consejo Nacional de Salud (CNS) son la expresión de la *participación y control social* y el lugar donde se ejercen las funciones de coordinación y consenso entre los sectores público y privado. Sin embargo, el proceso no afectó hasta ahora a la red sanitaria del IPS y han seguido existiendo las Direcciones Regionales de Salud del MSP y BS. A principios de 1998 se promulgó una norma que trata de clarificar el reparto de competencias al nivel de los Departamentos.

El presupuesto sanitario público (MSP y BS e IPS principalmente) se confecciona en base al gasto histórico y está orientado preferentemente al ámbito hospitalario. Las fuentes de financiamiento son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y del empleador y aranceles), con precario control de procesos y resultados. Aunque los establecimientos públicos disponen de aranceles éstos no siempre se corresponden con los costos y los ingresos así generados se transfieren directamente al Ministerio de Hacienda.

La *oferta de servicios* muestra algunas modificaciones recientes. En los últimos cinco años se observan nuevos establecimientos privados de atención primaria y hospitalaria e incremento de la oferta de atención ambulatoria en el caso del IPS. No hay aumento de camas en el sector público pero en los últimos años se han rehabilitado centros de salud y está previsto continuar el fortalecimiento de la red primaria pública mediante el crédito del BID. Se carece, no obstante, de evaluaciones de impacto de las inversiones.

El *modelo de gestión* no contempla contratos para asignar recursos entre niveles de atención, como tampoco evaluación de resultados. La administración de los *recursos humanos* es centralizada, pasando por el despacho del Ministro de Salud casi todos los documentos de contrataciones y licencias médicas de los funcionarios.

No hay programas específicos y masivos para *grupos vulnerables*, excepto en el área materno infantil los cuales han sido reforzados desde 1996 por el crédito del BM. Existen programas específicos muy focalizados, orientados a las etnias como, por ejemplo, el desarrollado por la comunidad menonita en el Chaco Central destinado a 18.000 indígenas.

En cuanto al *modelo de atención*, en los últimos dos años se han fortalecido los medios materiales (ambulancias y equipos de comunicaciones), pero se desconoce la existencia de mecanismos formales de referencia y contrarreferencia de pacientes. Existe un manual de *acreditación* de establecimientos hospitalarios que hasta ahora no se ha aplicado. Solo se *registra* a los profesionales en el MSP y BS, en el Departamento de

Control de Profesiones de la Salud y afines. No hay *evaluación de tecnologías* en salud ni certificación de calidad.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. Los sistemas de información son insuficientes. En las defunciones el subregistro es de 38.7%. La certificación médica, aunque obligatoria, sólo es realizada directamente por el profesional en algo más de la mitad de los casos. En el caso de los nacimientos, el subregistro se estima en el 51% .

La *Tasa de Mortalidad Infantil* (TMI) es de 43,3 por 1.000 nacidos vivos, con una dispersión entre 36.8 y 91.9. Las más altas tasas se dan en las áreas de predominio indígena, rural y pobre. La *Tasa de Mortalidad Materna* tiene la misma distribución, con un promedio nacional de 139.5 por 100.000 n. v. y su dispersión oscila entre 48,9 y 519.9. Ambas muestran una tendencia al descenso pero se mantienen dentro de las diez más altas del continente.

En cobertura. La *cobertura de vacunación con DPT3 y Antisarampión* supera el 75% de los menores de un año. Los brotes de sarampión se presentan cada tres años, van en franca disminución, pero pudieran colocar en duda la posibilidad de cumplir con la meta de erradicación para el año 2000. En difteria solo se dio un caso en 1995 y no se reporta Tétanos salvo su forma neonatal (10 casos en 1996 concentrados en 12 distritos).

La Cobertura de la *atención prenatal* por personal entrenado alcanza al 40% de las mujeres embarazadas ubicado entre las cinco coberturas más bajas del continente.

En acceso. La proporción de población rural es 49.7% con una dispersión entre 20,4% y 87,1%, y predominio en las áreas indígenas y de mayor pobreza. No hay estudios nacionales acerca de la *población rural* a más de 1 hora ni de la *población urbana* a más de 30 minutos de un centro de atención de salud. Tampoco hay registros de listas de espera.

En distribución de los recursos. El presupuesto del MSP y BS representa el 2.6% del Presupuesto General de la Nación (1996). El *gasto total per capita* alcanzó a US\$ 145 (1996), el gasto público per capita en salud fue de US\$ 32 (que asciende a US\$ 51 si se incorpora al IPS).

El país dispone de 6,7 médicos y 1 enfermera por 10.000 hab.

En el uso de los recursos. La información disponible sólo corresponde a las prestaciones de los establecimientos del MSPyBS donde se realizan 0,5 *consultas* por hab. y año, y 21,0 *egresos* por 1.000 hab. y año. No hay consolidado nacional de intervenciones quirúrgicas ni de egresos UTI. El *porcentaje de partos* atendidos por personal entrenado alcanza al 40%.

Equidad financiera. No hay información fiable acerca de *barreras financieras* al acceso aunque presumiblemente existen.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Se carece de centros de salud y hospitales con programas de calidad, humanización y servicios de atención al paciente.

Efectividad y calidad percibida. No hay encuestas de percepción de usuarios sistemática y reciente.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. El 27.1% de la población dispone de *agua potable*, con grandes diferencias entre lo urbano y lo rural (urbano 58% y rural 11%). El *alcantarillado* alcanza, en el sector urbano al 60% y en el sector rural al 8%. Solo hay *recolección de residuos sólidos* en Asunción.

No hay registrados programas nacionales que den cuenta de *acciones intersectoriales*, aunque algunas ONGs lo intentan en zonas del interior). Tampoco se conocen experiencias de *reasignación de recursos* en beneficio de acciones más costoefectivas que otras.

En la gestión de los recursos. En cuanto a algunos indicadores de producción, la información disponible se refiere solo a los establecimientos del MSP y BS. El *promedio de días de estada nacional*, es 4.9 con un rango entre 16 (Asunción) y 2.7 (Misiones), explicado por la complejidad y patologías crónicas, en el primer caso, y por la menor oferta y dificultad de acceso en el otro. El *porcentaje de cesáreas* es de 18.8%, con un rango entre 7% en Boquerón y 25% en Asunción. Sin información acerca de *grado de uso de quirófanos*.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA⁷

El *gasto total en salud per capita* alcanzó en 1996 al 7.4% del PIB. El *gasto público* representó ese año un 35% del gasto total (22% por el MSP y BS, y 13% el IPS), lo que significó un 2.59% del PIB. El *gasto sanitario privado* alcanzó al 65% del gasto total en salud y un 4.8% del PIB. Estas cifras representan la estimación más fiable.

La tendencia entre 1992 y 1996 ha sido al aumento tanto del gasto público como el gasto del MSP y BS.

7 Fuente: Análisis del Sector Salud de Paraguay (Documento preliminar)

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La *participación comunitaria* se ejerce por medio del Consejo Nacional (CN), los Consejos Regionales y los Consejos Locales cuya función principal es la coordinación y el consenso de los distintos actores públicos y privados del sector salud. Están constituidos a la fecha, el CN, 15 de 18 CR y 114 de 264 CL.

PERÚ

Revisado a 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

Desde 1995 el Gobierno peruano plantea centrar las funciones del Estado en áreas no elegibles por el sector privado o donde primen criterios de equidad social, regulación de mercado y seguridad. Pretende, asimismo, promover la eficiencia y generar capacidades institucionales que fortalezcan la gobernabilidad y rectoría del sector, reorientando la administración pública hacia las funciones de financiamiento, regulación y fiscalización, delegando en general la provisión de servicios.

En ese marco, se está desarrollando un Programa de Gasto Social Básico cuyo objetivo es disminuir en 50% la pobreza extrema antes del cambio de siglo. El Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) es la estrategia específica del sector salud. El PSBT plantea: a) acceso universal a la salud pública y prioridad a los más pobres en la atención individual, b) definición de un paquete básico de prestaciones de salud, c) modernización de la gestión y de los sistemas de información, d) separación de las funciones de financiamiento, regulación y fiscalización, e) prevención y control de los problemas prioritarios, f) promoción de estilos de vida saludables e intersectorialidad. El PSBT es uno de los componentes fundamentales de la Reforma del Sector Salud (RS) en Perú.

No existe una entidad de carácter nacional con capacidad política y técnica encargada del *diseño de la RS*. El Ministerio de Salud (MS) ha logrado sólo parcialmente la *rectoría* del proceso pues no ha conseguido desarrollar completamente su propuesta institucional por lo dilatado de las *negociaciones* con otros actores gubernamentales - Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y Ministerio de Economía y Finanzas - para definir los instrumentos, los requerimientos, los resultados esperados y los plazos de la Reforma Sectorial (RS).

Los lineamientos de la RS definidos por el MS para el subsector público son:

- a) equidad en la atención de salud, incluyendo la financiera;
- b) identificación de los usuarios;
- c) focalización del gasto en salud con el PSBPT;
- d) fortalecimiento del rol regulador y;
- e) e) modernizar la gestión de los hospitales e institutos. Se espera que el MS se concentre en la formulación de políticas, planificación estratégica, y regulación y control sanitarios, y que otros organismos asuman la administración de los recursos financieros y de la red de establecimientos de atención de salud en un ambiente de autonomía y competencia.

No existe plan de acción con metas, fechas y responsables de la RS. Con todo, se constatan algunos avances en su implementación (p. ej. el PSBPT representó ya el 21% del gasto del MINSA en 1996, se promulgaron nuevas leyes, se intentó la separación de funciones y se inició la focalización en la distribución de recursos). Un avance importante en la implementación es la creación, en febrero de 1998, de la Unidad Coordinadora para la Modernización del Subsector Público, dependiente del ministro de Salud.

Múltiples entidades internacionales (entre otras, AID, BID, BM, ODA, OPS), y países (Estados Unidos, Japón, etc.) colaboran con programas específicos (p.ej. inversiones, aumento de cobertura y nutrición) con una creciente coordinación nacional de esfuerzos.

Por último, se reconoce la necesidad de contar con *criterios de evaluación* de los procesos y de resultados del PSBPT pero no se han formulado públicamente todavía.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

El *marco jurídico* del sector salud fue modificado mediante dos leyes generales: *i) la Ley de Modernización de la Seguridad Social (Mayo, 1997)*, que flexibiliza el monopolio público de la atención médica de los asegurados de la seguridad social y les otorga libertad de afiliación a proveedores privados (las “Empresas Prestadoras de Servicios de Salud”); sus objetivos declarados son aumentar la cobertura de la población de menos ingresos, mejorar la calidad de servicios y estimular la eficiencia en la asignación de recursos; *ii) la Ley general de Salud (LGS, Junio, 1997)*, garantiza el aseguramiento universal, asigna al Estado la responsabilidad de la provisión de servicios de salud pública con cualquier proveedor, y orienta el financiamiento público hacia acciones de salud pública y la atención de las personas de menos recursos. La reglamentación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social crea la Superintendencia de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (SEPS), cuyo objetivo es cumplir la acción reguladora de las entidades privadas que formarán parte del nuevo Sistema de Seguridad Social y el Instituto Peruano de Seguridad Social.

El Estado garantiza el *derecho a la salud* por medio del acceso universal al PSBPT que pretende asegurar el acceso regular a los servicios de salud e involucrar a las autoridades locales y a la propia comunidad. Ha sido reforzado mediante la redistribución de recursos humanos y la disponibilidad de medicamentos esenciales en las farmacias de los establecimientos públicos. También se ha puesto en marcha desde 1997 un seguro escolar gratuito para niños de establecimientos públicos y se estudia la factibilidad para un seguro materno.

Hay algunos avances en la *rectoría*, entendida como conducción sectorial, regulación y fortalecimiento de la autoridad sanitarias, derecho a la salud y aseguramiento y tareas específicas en materia de financiamiento y de provisión de servicios. Asimismo se ha planteado la modernización de los sistemas de información para la toma de decisiones políticas, de aseguramiento y de provisión. La LGS identifica como organismos responsables del financiamiento, el aseguramiento y la provisión públicas al MINSA y al IPSS para sus respectivas redes. Aunque la ley reconoce el rol planificador del MINSA

para el conjunto del sector no resuelve el conflicto de competencias entre el MINSA y el IPSS.

La Salud del Ambiente no está incluida en la RS. Incluso al interior del MINSA, la Dirección General de Salud Ambiental dicta normas, concierta con los gobiernos locales y otros sectores y evalúa los aspectos de protección del medio ambiente, saneamiento básico, higiene de alimentos, control de zoonosis y salud ocupacional, mientras otro organismo ministerial, el Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud, también dicta políticas y normas de protección ambiental.

La estrategia de *descentralización* ha consistido en definir los roles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas y servicios de salud (la LGS también incluye aquí la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión) y en incorporar a la comunidad. El nivel local ha recibido obligaciones y recursos sin evaluación previa de su capacidad de gestión.

Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) expresan la *participación y el control social*. Están integrados por personas de la comunidad y del equipo de salud, y reciben recursos financieros del estado para la contratación de personal y gastos de operaciones. Tienen atribuciones para programar, gestionar y evaluar funcionarios y servicios locales.

Los sistemas de información sobre *financiamiento y gasto* son insuficientes para sistematizar la información por unidad territorial y por establecimientos. Los presupuestos son de base histórica con escaso grado de control y con frecuentes subsidios cruzados (p.ej. en 1996, de la población atendida por el MINSA, 20% son asegurados militares, 13% del IPSS y 9.8% de seguros privados). Existe financiamiento de fuentes externas ligadas a créditos para inversiones en salud por una parte, y a donaciones para gastos operacionales por otra. Las fuentes son bilaterales (76,9%), multilaterales (20,5%) y las ONG internacionales (1,6%).

Las fuentes nacionales de financiamiento, según información 1997, son en un 37.7% de origen gubernamental, un 32.4% de los hogares (mediante por pago directo de bolsillo y a través de seguros) y un 29.2% de las empresas (con aportes hacia IPSS y otros seguros).

No se dispone de información sobre el gasto según destino (ej. promoción, atención ambulatoria, hospitales), y/o por funciones (ej. recursos humanos, compra de bienes y servicios, medicamentos e inversiones).

Desde 1992, la *oferta de servicios* creció en un 61% en los establecimientos del primer nivel y disminuyó en un 11.7% el número de habitantes por cama. Sin embargo, sigue existiendo fuerte subutilización de la capacidad instalada: sólo un tercio de la población beneficiaria concurre a los establecimientos del MINSA y del IPSS.

La definición de *grupos vulnerables* forma parte del PSBPT, con énfasis en la pobreza y riesgo biológico. No existe información regular sobre género, etnia y marginación. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) permite inferir una asociación directa entre percepción de enfermedad, consulta no satisfecha, falta de recursos económicos y menor

nivel de ingresos. Las estrategias definidas en este caso son el acceso asegurado al PSBPT y la identificación de los usuarios.

Elemento clave en el cambio del *modelo de atención* es la priorización de la prevención y de la promoción de estilos de vida saludables, mediante la intersectorialidad, la participación comunal y la comunicación social. El PSBPT, y la modernización de la gestión hospitalaria son las otras estrategias explicitadas.

En cuanto a los *modelos de gestión*, no existen contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de atención de salud. Tampoco la posibilidad legal ni la capacidad material para la facturación a terceros, aunque sí algunos inicios de compra y venta de servicios.

El país tiene una oferta de *recursos humanos* cuya distribución es inequitativa. Esta situación se ha enfrentado contratando médicos para destinarlos a zonas alejadas con alto porcentaje de población marginada y en extrema pobreza. Parece haberse introducido mayor *flexibilidad* para reclutar, controlar y despedir personal de salud como efecto de la LGS y del rol específico de los CLAS y se está tratando de introducir incentivos al desempeño pero se carece de información sobre su aplicación.

Sin información respecto a *acreditación, calidad y evaluación de tecnologías en salud*. Parece haber aumentado la capacidad de elección de los usuarios entre distintos proveedores de acuerdo con las modificaciones legales, aunque no se conoce su magnitud. Existe *control de calidad parcial de medicamentos*, está en implementación la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y, a partir de 1994, se inició el Programa de Administración Compartida de Farmacias para ampliar la disponibilidad de éstos con participación de la comunidad (el programa provee 63 medicamentos esenciales de bajo costo a 12 millones de personas).

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. La información disponible de *mortalidad* es de 1992, con subregistro de 46,2%, certificación médica de 70,6% y 31,7% de causas mal definidas. Existe una clasificación nacional por niveles de ingresos clasificados según criterios de necesidades básicas no satisfechas.

La *mortalidad infantil (MI)* 1993, fue 58,3 por mil n. v., con un rango entre 22,9 (estrato I, superior de ingresos) y 113,9 (estrato V, inferior de ingresos). La información desagregada por departamentos indica que los ubicados en la sierra y la selva, (donde se concentra la población pobre, rural e indígena, con barreras geográficas y culturales de acceso), tienen cifras superiores al promedio nacional. La mortalidad neonatal es de 25 por mil n. v. Las principales causas de muerte infantil son las transmisibles con el 39,8% (29,7 en el estrato I y 46,9 en el estrato V). Le siguen las perinatales con el 33,9 (39,3 en el estrato I y 29,7 en el estrato V) y las infecciosas en tercer lugar con el 11,1%.

La *mortalidad materna* constituye uno de los principales problemas de salud pública con una tasa de 265 por 100.000 n. v., con tendencia a mantenerse estable. Presenta fuerte incidencia en la población rural (de 200 en la zona urbana, sube a 448 por 100.000 n. v.), pobre y analfabeta (de 49 en las que tienen educación superior, pasa a 448 por 100.000 n. v. en las analfabetas). La sexta parte de las muertes maternas y la quinta parte de las muertes por aborto son adolescentes.

Las principales causas de muerte son las hemorragias (23%), aborto (22%), infección (18%) y toxemia (18%). La principal causa indirecta fue tuberculosis.

En cobertura. El *Programa Ampliado de Inmunizaciones* muestra una cobertura de tercera dosis DPT en menores de 1 año de 100% y de sarampión de 87%.

En cuanto a la *atención prenatal* por personal entrenado, el 67,2% de las mujeres embarazadas la recibió (rural 44,5% y urbana 87,4%), sin cambios significativos en el período 1990-1995.

En acceso. No existe información disponible acerca de *distancias* a centros de atención de salud urbanos y rurales y tampoco sobre *tiempos de espera* considerados inaceptables según criterios nacionales para patologías seleccionadas.

En distribución de recursos. El gasto total en salud per capita fue de US\$ 121, en 1996, con variaciones entre US\$ 91, cuando el proveedor fue MINSA, US\$ 145 cuando fue IPSS y US\$ 174 cuando fue el sector privado. La información por nivel de ingreso y por etnias indica un patrón distributivo en que el gasto del MINSA se concentra en regiones con mejores indicadores de salud. La proporción de médicos por 1000 habitantes es de

0,98 pero su distribución sigue siendo muy inequitativa (sobre todo en los departamentos de alta ruralidad, alta pobreza y alta proporción de población indígena).

En el uso de recursos. Las *consultas ambulatorias por habitante/año*, tienen diferencia entre MINSA (0,72) e IPSS (1,54). Sin información disponible respecto de egresos por habitante, intervenciones quirúrgicas y egresos UTI. Los partos atendidos por personal entrenado alcanzan al 55,1% en 1996 con fuertes diferencias entre departamentos urbanos (93% en Lima), rurales (19,1%) y de la selva (34,4%).

Equidad financiera. Hay una decisión política para garantizar el derecho a la salud por medio del PSBPT insistiendo en la redistribución de los recursos humanos. No hay otra información sobre eliminación de barreras financieras al acceso.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. Sin información acerca de programas de calidad y de humanización establecidos y evaluados en centros de salud y hospitales. El 25% de los medicamentos evaluados cumple con las normas de calidad establecidas y hay experiencias aisladas de programas de calidad total.

Efectividad y calidad percibida. Sin información respecto de servicios de atención al paciente y encuestas de percepción de usuarios.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. El 66% de la población urbana está conectada a red intradomiciliaria de *abastecimiento de agua* pero sólo el 8% dispone de abastecimiento continuo. El cloro residual es superior a 0.1ppm en el 80% de las muestras y superior a 0.4 ppm en el 32,2%. El 52% de la población rural se abastece de cursos de agua. Existen planes para aumentar la cobertura del abastecimiento rural.

El *alcantarillado* cubre al 66% de la población urbana y al 9% de la población rural. Las letrinas cubren al 22%.

Se estima que el 60% de la población tiene cobertura de *recolección de residuos sólidos*. Solamente hay un relleno sanitario completo, dos incompletos y el resto va a vertederos o a cursos de agua.

Existen políticas de fomento de la *intersectorialidad* a partir de los cambios del modelo de atención y de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). A partir de 1996, el MINSA lanzó a nivel nacional la iniciativa de Comunidades Saludables para El Desarrollo Humano Sostenido, en 8 comunidades donde se iniciaron procesos de planificación participativa en la que se incluyen el municipio, ONGs y organizaciones de base. Entre los temas abordados destacan embarazo en adolescentes, violencia intrafamiliar, gestión ambiental y prevención y control de enfermedades transmisibles prioritarias.

En la gestión de los recursos. No hay información respecto del *porcentaje* de reducción de la mortalidad infantil atribuible a programas específicos. Tampoco respecto de *medidas de actividad* estandarizadas y de la *capacidad de cobrar* a terceros pagadores.

No hay información acerca de promedios de días de estadía, número de egresos por cama, porcentaje de cesárea respecto del total de partos y grado de uso de quirófanos.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El *gasto total en salud* representó en 1996 el 4,8 % del PIB.

La participación del *gasto en salud en el gasto del sector público* subió de 9,9% a 13,1% entre 1992 y 1995. Los datos sobre el porcentaje de gasto que corresponde a MS y a IPSS no siempre son concordantes.

En 1995 el 34.2% del gasto total en salud fue efectuado por el MINSA, 25.6% por el IPSS. El 40.2% restante corresponde al sector privado.

El Programa de Administración Compartida de Farmacia provee 63 medicamentos esenciales al 100% de las subregiones administrativas, cubre a 12 millones de personas con un gasto total de US\$ 12,6 millones. A su vez, el IPSS cubre a la mitad de la población con un gasto 5 veces superior, pero en base a un listado propio de medicamentos basado en los niveles de atención.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El 10% de los establecimientos del primer nivel de atención han implementado los Comités Locales de Administración Compartida.

REPÚBLICA DOMINICANA

Revisión al 30 de Marzo de 1998

1. SITUACIÓN DEL PROCESO

1.1 DINÁMICA DEL PROCESO

En enero de 1995, mediante Decreto presidencial, se constituyó una Comisión Nacional de Salud (CNS), de carácter ampliamente interinstitucional (33 instituciones públicas, privadas, ONG's y gremiales), con el mandato expreso de *elaborar* en un año las propuestas de modernización y reforma sectorial (RS). Se creó una Oficina de Coordinación Técnica (OCT) con la misión de realizar los *estudios* para el diseño de dichas reformas. Produjeron un documento final denominado "Salud, Visión de Futuro. Elementos para un Acuerdo Nacional", que no logró crear el consenso necesario ni una propuesta operativa.

En septiembre de 1996 se creó la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado, la cual emprendió numerosas acciones de reforma sectorial, entre ellas las de RS.

En noviembre de 1996, un Decreto presidencial designó una Gerencia para Preparación de Proyectos (GPP), redefinió el rol de la CNS y de la OCT asignándoles carácter de asesores y atribuyó a la GPP la responsabilidad de formular proyectos para la reforma del sector y para las negociaciones con entidades de cooperación financiera. La GPP obtuvo un mayor consenso de los actores sociales, pero no logró liderar al conjunto de ellos.

Paralelamente, una Comisión designada por el Presidente en septiembre de 1996 elaboró una propuesta de reforma de la seguridad social.

En julio de 1997 un nuevo decreto presidencial designó una *Comisión Ejecutiva de la Reforma de Salud*, dependiente del Presidente de la República, derogó las comisiones, oficinas y gerencias preexistentes y designó un Secretario Ejecutivo de dicha Comisión, con el mandato expreso de aplicar acciones de RS. Esta comisión está presidida en forma compartida por la Secretaría Técnica de la Presidencia y la Secretaría de Salud (SESPAS). La designación de esta Comisión hace factible la reforma conjunta de los sectores salud y seguridad social. La Ministra de salud ha definido las líneas estratégicas y las prioridades, y se ha establecido un programa para el desarrollo de algunos aspectos de la reforma.

Se cuenta con los recursos provenientes de los préstamos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el apoyo al proceso de reforma y se están elaborando los planes para su implementación.

En 1996 el sector Agua Potable y Saneamiento y, en 1997, el subsector de Residuos Sólidos iniciaron un proceso de reforma y modernización, en el contexto de las orientaciones de la Comisión Nacional para la Reforma y Modernización del Estado. Por su parte, el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) cuenta también con una

comisión de reforma y modernización, y está en el proceso de separación de los programas de corto plazo (prestaciones de salud) de los de largo plazo (pensiones).

Adicionalmente, en 1995 se aprobó el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, en proceso de aplicación práctica.

1.2 LOS CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA

En 1995 la Comisión de Salud de la Cámara de diputados elaboró y discutió una propuesta de Ley General de Salud, en cuya elaboración participaron amplios sectores de la sociedad civil. Este proyecto fue aprobado en la Cámara de Diputados, pero aún no en el Senado.

La Ley de Seguridad Social está siendo sometida a discusión nacional, sin haberse llegado a acuerdo aún con el sector privado.

La SESPAS es, según lo establece el vigente Código de Salud Pública el organismo *rector* de los servicios de salud, y el responsable de la aplicación de dicho código. Presta servicios asistenciales, de promoción de la salud y de prevención.

Existe gran dificultad para obtener informaciones fiables sobre cobertura. La *cobertura* teórica de la SESPAS es del 80%, pero la real es de un 35%, y difiere según la zona, población y tipo de servicio. Según la encuesta de Utilización de Servicios de Salud y Satisfacción de los Usuarios (ESU 96), más del 85% de la población que utiliza servicios de vacunación infantil, un 60% de las usuarias de control prenatal y cerca del 60% de los usuarios del programa de control del niño sano lo hacen en servicios dependientes de la SESPAS.

Otras instituciones de aseguramiento sanitario de la población son: a) el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), que cubre al 6,5% de la población general; b) Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas (ISSFAPOL), el Fondo Social Hotelero, el Instituto de Auxilios y Viviendas para empleados públicos con salarios inferiores a un tope y los Seguros de salud autoadministrados (como el Seguro Médico de Maestros), que cubren cada uno de ellos al 2% de la población; c) las Iguales médicas privadas que cubren al 3,24% de la población (pero el conjunto de igualas y seguros médicos privados cubre alrededor del 12,4% de las mujeres en edad fértil); d) las compañías de seguros, al 2,51%; y e) los Servicios Privados.

El 29% de la población no tiene acceso a servicios públicos o privados. El Poder Legislativo aprobó en 1992 una propuesta de universalización de los servicios de salud, con el propósito de extender la cobertura, especialmente en cuanto a la población con derecho a la seguridad social, pero no se ha materializado. No hay consenso sobre los conjuntos prioritarios de intervenciones a ser asegurados a toda la población.

Existe información de la atención médica y de la situación de salud, pero no reúne las condiciones indispensables para apoyar la toma de decisiones. Hay un subregistro estimado en casi un 40%.

Todas las instituciones, en diferente grado, tienen funciones de producción y de financiamiento.

Desde finales de 1996 se ha planteado la *descentralización* técnico - administrativa de las instituciones, con amplia participación de las comunidades organizadas, como uno de los elementos fundamentales para desarrollar la Modernización del Estado. En 1997 se ha definido que el principal nivel de descentralización será el provincial (Áreas de Salud), fortaleciendo la coordinación y la articulación entre los diferentes entes estatales de salud, con mayor autonomía administrativa de los hospitales y transformando el nivel central hacia un rol normativo.

Se ha incrementado la *participación* de organizaciones comunitarias e instituciones no gubernamentales en la planificación y dirección de proyectos y programas a nivel nacional y local. Se está aumentando la capacitación de personal de salud y líderes comunitarios en el manejo y desarrollo de los sistemas locales de salud. Se ha retomado la iniciativa de municipios saludables. Desde 1997 se está impulsando la organización de los Concejos Provinciales de Desarrollo (CDP), que cuentan con la participación de la sociedad civil y las autoridades provinciales y municipales. Igualmente se ha iniciado un sistema de asignación a los municipios del 4% de los ingresos fiscales para incrementar su participación y fortalecer su capacidad de gobierno local.

No existe información sobre *financiamiento* por unidad territorial y establecimiento. SESPAS e ISSFAPOL se financian principalmente a través de los aportes del gobierno, ya que los pagos de los usuarios, donaciones y préstamos internacionales representan entre el 2-16% de los fondos operativos (en 1988). El IDSS se financia por el Gobierno y por las cuotas por empresas y trabajadores.

Para la SESPAS, la relación entre el gasto en servicios de salud terciarios y primarios pasó de 8,7 en 1988 a 11,0 en 1992. En 1991 los gastos totales, y directos por consulta, cama y egreso fueron entre 60 y 70% inferiores a los de 1980. Los gastos de Medicina Preventiva bajaron de un 18 a un 16% y los curativos subieron de 82,1% a 84%. Cayó más el gasto en salud mental, protección al menor, control de enfermedades y programas de medicamentos.

En 1996 el número de camas hospitalarias era de 15.236, de las cuales 47,47% pertenecían a la SESPAS, 11,20% al IDSS, 38,04% al sector privado y 3,28% a ISSFAPOL. El 54,7% de los establecimientos de salud pertenecen a la SESPAS, el 13,8% al IDSS, el 31,25% al sector privado, y el 0,22% a ISSFAPOL. En el sector privado se ha incrementado la oferta de camas en un 24,8% entre 1983 y 1990. Las regiones más pobres tiene sólo el 15% de los hospitales y el 23% de las camas dependientes de la SESPAS. En el sector privado el 50,7% de los establecimientos y el 69,5% de las camas se concentran en solo dos provincias.

No existen criterios de focalización hacia la población más vulnerable. No existe un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente.

No existe una política explícita sobre gasto y financiamiento en salud. El proceso de recuperación de costos por vía de cobro al paciente (cuotas de recuperación) en los establecimientos públicos continúa siendo notorio, así como la expansión de planes

privados (iguales médicas y seguros). Se está desarrollando un estudio de cuentas nacionales, que espera mejorar la capacidad de análisis del gasto en salud.

El SESPAS carece de un sistema de evaluación del desempeño para determinar la calidad del trabajo del personal de salud. Entre las propuestas para la reorganización y desarrollo de los recursos humanos se destacan la educación permanente, la implementación de un subsistema de información y el análisis y planificación estratégica.

Las profesiones de salud son certificadas por entidades de tipo gremialista. Se ha creado recientemente el Consejo Nacional de Residencias Médicas para implementar un programa único de residencias y un sistema de *acreditación*, regulación y divulgación.

La SESPAS, junto con la Asociación de Clínicas Privadas, inició en 1996 un proceso de acreditación de hospitales y clínicas privadas, de carácter participativo, pero sólo se han concretado algunas definiciones e instrumentos básicos pero no se han iniciado procesos. También inició en 1997 una revisión de los instrumentos legales y reglamentarios disponibles para la regulación y acreditación de laboratorios públicos y privados. La División de Drogas y Farmacia es la responsable de la evaluación y registro de medicamentos así como de la inspección de laboratorios de fabricación y de farmacias.

Se han logrado procesos de tecnologías apropiadas en saneamiento básico a nivel local, mediante modelos de organización participativos, acciones que no se han institucionalizado. No se lleva ningún control ni se evalúa si su aplicación produce algún tipo de impacto. Sin información sobre evaluación de tecnologías en salud.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1 EQUIDAD

En el estado de salud. Las tasas de mortalidad son diferentes según la fuente, principalmente debido a un subregistro de la mortalidad calculado en un 43,9% para el periodo 1990-95, lo que lleva a que existan cifras oficiales y cifras estimadas.

La *tasa de mortalidad infantil* (TMI) registrada oficialmente para 1994 fue de 11,5 por mil nacidos vivos, sin diferencias significativas por sexo. Sin embargo, las cifras estimadas fueron de 47 por mil n. v., según ENDESA 96, y de 42 por mil n. v., según CELADE/OPS, para 1995 (47,3 la masculina y 36,39 la femenina) . Para 1996 fue de 35 por mil n. v. , con el 72-75% de las muertes infantiles no registradas. La tasa habría disminuido de 66,2 por mil en el periodo 1976-81 a 46,6 por mil en el periodo 91-96. Las variaciones regionales son entre 45 por mil en el Distrito Nacional y 67 por mil en la región VII. Según el nivel educativo de las madres, son aún mayores: 85 por mil n. v. en madres sin educación y 20 por mil n. v. en mujeres con educación superior. Las tasas de mortalidad infantil más altas corresponden a madres menores de 20 años de edad (68 por mil).

En 1990 las enfermedades transmisibles representaban el 30% de la TMI (14,8% infecciones intestinales y 7,1% infecciones respiratorias agudas). Sin embargo, en 1994 se evidenció una tendencia decreciente de las muertes por cuadros diarreicos y por enfermedades prevenibles por vacunas. Se ha decidido una amplia "Movilización Nacional", mejorando la atención y estableciendo vigilancia epidemiológica y seguimiento estrecho a los nacidos vivos de alto riesgo potencial. Con lo cual, se estima que la TMI se podría reducir a 25 por mil n. v. para el año 2000.

La *tasa de mortalidad materna* registrada en 1994 fue de 30,7 por cien mil n. v. Sin embargo, estimaciones de 1990 (último dato disponible) la sitúan en 110 por cien mil n. v. . Estimaciones más recientes, basadas en ENDESA 96, indican que podría situarse alrededor de las 200 por mil n. v. para el periodo 1983/94. Las toxemias representan el 29% de las muertes, las causas obstétricas directas el 21% y las hemorragias el 20%.

En cobertura. El *Programa Ampliado de Inmunizaciones* muestra cifras de cobertura en menores de 1 año de 85% para DPT3, 84% para polio y 85% para sarampión en 1996. El sector privado no reporta las vacunaciones que realiza, que se estiman del 10-20%. Las variaciones geográficas, considerando las jurisdicciones municipales, no muestran gran variación y no se ha analizado aquellas según nivel de ingreso.

La cobertura del *Control Prenatal* es alta: más del 97% de los embarazos reciben dos o más consultas de atención prenatal por parte de médicos y el 55% tuvo algún control por especialistas en ginecología y obstetricia. El 88% de los embarazos tuvieron 4 o más

controles prenatales. El 94% de los controles prenatales se iniciaron en el primer semestre del embarazo.

En acceso. No existe información sobre distancia de la población a los centros de atención a nivel urbano y rural. Según la ESU 96, el 73% de la población recibe servicios siempre que lo solicita y más del 60% los consigue el mismo día, aunque consideran excesivo el tiempo de espera para atenciones ambulatorias y hospitalización y cirugía.

En la distribución de los recursos. El gasto total en salud del país fue de US\$76 en 1994, pero no existe información desagregada a nivel territorial.

En 1993 habían 16,86 médicos por 10.000 habitantes. La SESPAS, a finales de 1996, contaba con 8 por 10.000 hab. El número total de enfermeras graduadas es de 1,62 por 10.000 hab. y 15,3 por 10.000 hab. entre graduadas y auxiliares (11,8 por 10.000 trabajando en la SESPAS). Ha habido una reducción paulatina de la matrícula en la licenciatura en enfermería y se están llevando a cabo acciones para la corrección de esta situación (matrículas gratuitas). Se mantiene una tendencia ascendente en cuanto a la relación entre especialistas y médicos generales. Existe un fuerte desequilibrio en la distribución de profesionales, con concentración en las principales ciudades. Para mejorar la distribución geográfica de los recursos se promueve una política de pago de incentivos por lejanía tanto en SESPAS como en IDSS.

Equidad en el uso de los recursos. En 1996 hubo 0,8 consultas ambulatorias por hab. y 0,3 consultas de emergencia por hab. El número de egresos hospitalarios fue de 50 por mil hab. (Datos de SESPAS). No se dispone de datos actualizados sobre la producción del IDSS y otras instituciones públicas.

El 95% de los partos en 1990-95 ocurrieron en establecimientos médicos, con diferencias entre regiones (84% en las regiones más pobres y 98% en las regiones más favorecidas) y nivel de las madres (99% de las mujeres con nivel universitario y 82% de las mujeres analfabetas). El 24,5% de los nacimientos ocurren en centros privados.

Equidad financiera. No hay planes concretos de superación de barreras financieras de acceso a servicios básicos de salud.

2.2 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Efectividad y calidad técnica. No hay información sobre programas de calidad y humanización en centros de salud y hospitales.

Efectividad y calidad percibida. La ESU 96 muestra una apreciación negativa de los hospitales de la SESPAS y una percepción muy buena de las clínicas privadas en lo referido a los tiempos de espera y la calidad de la atención. Esa misma encuesta reveló que el 73% de la población entrevistada resolvió su problema de salud cuando lo solicitó.

2.3 EFICIENCIA

En la asignación de recursos. La recolección de *residuos sólidos* presenta problemas de cobertura mínima, recolección irregular y disposición final a cielo abierto.

Existen *programas intersectoriales*, como el control de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente, que es responsabilidad de varias instituciones. En 1997 se creó en la SESPAS el Departamento de Municipios saludables para coordinar las acciones de desarrollo local, fortalecer los Consejos Provinciales de Desarrollo y constituir Municipios saludables, con el fin de mejorar la condición general de la población. Otro programa intersectorial es el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, que integra Agricultura, Educación, INAPA e Instituto Nacional de Estabilización de Precios.

No se han desarrollado programas de reasignación de recursos para la intervención en problemas específicos.

En la gestión de los recursos. No existen datos sobre reducción de mortalidad infantil atribuible a programas específicos, centros con medidas de actividad estandarizadas y funcionando, centros con capacidad de cobrar a terceros pagadores, o negociación de compromisos de gestión entre niveles.

El único dato del que se dispone en este área es de una ocupación de camas hospitalarias del 49,6%.

2.4 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El *Gasto total en salud per capita* fue de US\$ 76 en 1994, lo que supuso el 5,8% del PIB. El 16% fue asignado a nivel local. El Gasto per capita en medicamentos fue de 30 dólares, sumando cifras del Programa de Medicamentos esenciales del gobierno (PROMESE, que funciona en base a un listado de productos), el gasto del IDSS y el del ISSFAPOL.

No existen estimaciones confiables recientes sobre gasto privado en salud, que se sitúa en alrededor de un 70% del gasto total. Las familias más pobres son las que más incrementan sus gastos en cuidados médicos.

Aunque aumentó en términos nominales, el gasto público en salud registró una caída en términos reales y per cápita en 1991, por debajo del nivel de 1980 y hubo una ligera recuperación entre 1992 y 1995. Como porcentaje del PIB nacional ha permanecido entre 1,1% y 1,9% del PIB, y según el estudio de cuentas nacionales de 1996, asciende al 2.0%. Como *proporción del gasto público global* pasó del 7% en 1985 al 9,5% en 1990, bajó al 7,8% en 1991-1992 y hasta 1995 se mantuvo alrededor de esta última cifra.

En el primer semestre de 1997 hubo un aumento del gasto público social y en salud como proporción del PIB, a expensas de la proporción destinada infraestructura.

El Gasto sanitario público corriente en 1994, como porcentaje del gasto sanitario público total fue del 52% y el Gasto sanitario público corriente en concepto de sueldos, el 59%.

2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Sin datos sobre funcionamiento de consejos de salud.