



Análisis **C**omparativo en **R**es

Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina

(2ª edición, Julio, 2002)

Área de Desarrollo Estratégico de la Salud

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud

Organización Panamericana de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS

I. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

SEGUIMIENTO DE LAS DINÁMICAS

Génesis de las Reformas

Diseño de las Reformas

Negociación de las Reformas

Implementación de las Reformas

Evaluación de las Reformas

SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

Marco Jurídico

Derecho a los Cuidados de Salud y al Aseguramiento

Rectoría y separación de funciones

Modalidades de descentralización

Participación y control social

Financiamiento y gasto

Prestación de servicios

Modelo de gestión

Recursos humanos

Calidad y evaluación de tecnologías en salud

II. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Equidad

Efectividad y calidad

Eficiencia

Sostenibilidad

Participación y Control Social

CONCLUSIONES

Dinámica de los procesos

Contenidos de las Reformas

Resultados de las Reformas

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RECONOCIMIENTOS

*La segunda versión del Análisis Sub-Regional de las Reformas del Sector Salud de los Países Andinos fue realizada por los Drs. P. Rivas-Loria, A. Infante, R. Murillo, y J. Pedroza del Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La revisión externa del documento la realizó el Instituto Universitario Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina. La coordinación de la revisión por ISALUD estuvo a cargo del Master Arturo Schweiger y en ella participaron M. Virgolini, C. Vasallo, A. Reale, C. Madies, y E. Tecilla.

I. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

A mediados de la década de los 90 casi todos los países de América Latina y el Caribe (ALC) habían iniciado, o estaban considerando iniciar, reformas del sector salud (RSS)¹. Precisar qué se entiende por RSS era, y sigue siendo, objeto de debate^{2,3}. En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto en 1995⁴ definió la RSS como *“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 de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”*⁵.

Los *“Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de los Perfiles de los Sistemas y Servicios de Salud en los Países de la Región de América Latina y el Caribe”*, incluyen una sección sobre Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Estos han sido aplicados por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS desde 1997^{6, 7, 8}. Los Lineamientos también pueden ser utilizados en países donde han ocurrido cambios de fondo a los cuales no se les atribuye el título de “reforma”. En razón del debate existente sobre lo que califica como RSS, no sorprende que actualmente existan problemas conceptuales y metodológicos sobre el seguimiento y la evaluación de las RSS^{9,10}.

El presente análisis se preparó sobre la base de la información contenida en el apartado correspondiente al seguimiento y la evaluación de las RSS en la segunda edición de los Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud. Una primera versión del análisis de las *dinámicas (fases y actores principales)* y de los *contenidos* de las reformas del sector de los seis países que forman parte del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue - Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile fue completada en el año 2001¹¹. La información para dicho análisis fue la contenida en el apartado correspondiente a la *primera edición* de los Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud. Habiéndose concluido la *segunda edición* de los Perfiles entre abril de 2001 y mayo de 2002, a continuación se presenta una versión actualizada del análisis de las reformas.¹²

SEGUIMIENTO DE LAS DINÁMICAS

Los países andinos comparten numerosas similitudes en su evolución histórica, en su cultura y en su nivel de desarrollo. A pesar de ello, el contexto económico, político y social de cada uno muestra diferencias que afectan a la situación de salud y el alcance de los cambios introducidos al interior del sector. Así, el tamaño de sus poblaciones varía considerablemente desde los 8.280.184 de habitantes de Bolivia hasta los 43.070.703 de Colombia. Ecuador es el país con mayor porcentaje de población rural (39,40%) y Bolivia es el de mayor porcentaje de población indígena (43,5%). Las *condiciones económicas y sociales* también varían en forma considerable. Así, mientras que entre los años 1999 y 2000 Venezuela tuvo un *PIB per cápita* de 4.995 USD y Chile de 4.603 USD, Bolivia permanecía estacionada en 1026 USD y Ecuador en 1.100 USD. Colombia y Perú se ubicaban en un punto medio con 1.920, y 2.180 USD, respectivamente. Para el período comprendido entre los años 1998 y 2000 los países andinos contaban con 21,7% (Chile), 49,1% (Venezuela), 54,1% (Perú), 55% (Colombia), 63% (Bolivia) y 69% (Ecuador) de su población en situación de *pobreza*. La *esperanza de vida al nacer* estimada al finalizar la década de los 90 fue de 62,2 años en Bolivia; 69,1 en Perú; 69,9 en Ecuador; 71,2 en Colombia; 72 en Venezuela y 75,2 en Chile. A su vez, las tasas de *mortalidad infantil* fueron 67, 39, 18,8, 21, 19,1 y 10,3 por mil nacidos vivos, respectivamente. A pesar de estas variaciones, las enfermedades del sistema circulatorio dan cuenta de la mayor proporción de *muertes* en todos los países andinos con la excepción de Perú donde el primer lugar lo ocupan las enfermedades del aparato respiratorio. El perfil de mortalidad por causas se modifica para las causas subsecuentes: las enfermedades transmisibles son la segunda causa de mortalidad general en Bolivia; los tumores malignos en Venezuela y Chile; las causas externas en hombres y las enfermedades transmisibles en mujeres en Ecuador, y las causas externas asociadas a la violencia en Colombia. Por último, la proporción del PIB destinada a gasto en salud para el período comprendido entre los años 1997 y 1999 varió entre el 3,8 de Ecuador y el 8,6% en Colombia.

Génesis de las Reformas

El *punto de partida de los procesos de reforma* varía para cada país. En algunos países como *Bolivia* y *Venezuela* los procesos vienen dándose desde hace varias décadas, algunas veces produciendo cambios importantes y otras sin producir un impacto relevante. En *Colombia* se han introducido modificaciones sustanciales desde 1993. En *Ecuador*, el proceso de reforma del sector salud se inició entre 1994 (presentación de un proyecto de reforma del Instituto de Seguro Social por el Consejo Nacional de Modernización del Estado -CONAM) y 1995 (presentación de otro proyecto por el Ministerio de Salud que tenía como base la conformación de un Sistema Nacional de Salud). En *Chile*, la primera oleada de

reformas se inició a principios de la década de los 80 en el contexto del régimen militar; a partir de 1990, el proceso de RSS se inserta en la propuesta gubernamental de modernización del Estado. En el *Perú*, la RSS fue parte de un proceso de reforma del Estado iniciado en 1995, que se expresó sectorialmente con la formulación de los Lineamientos de Política de Salud 1995-2000.

GÉNESIS DE LAS REFORMAS

- El punto de partida de los procesos de reforma varía de acuerdo al país. En *Bolivia* y *Venezuela* los procesos vienen dándose desde hace varias décadas. En *Colombia* se han introducido modificaciones sustanciales desde 1993. En *Ecuador* se inició en 1994. En *Chile* puede hablarse de dos generaciones de reforma, una en los 80 y otra en los 90. En *Perú* los primeros intentos datan de 1995.

Las **razones aducidas para la reforma del sector** no varían mucho entre los países. Entre ellas destacan: aumentar la cobertura de servicios, mejorar la calidad de la atención, mejorar la equidad, incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios y posibilitar mayor participación comunitaria. No obstante, pueden identificarse factores específicos que han orientado el proceso. Así, *Bolivia*, en 1994 promulgó la Ley de participación popular la cual argumentaba la necesidad de cambiar el sistema político para poder saldar la deuda social acumulada.

RAZONES ADUCIDAS PARA INICIAR LAS REFORMAS

Las razones declaradas para la reforma del sector no varían mucho entre países. Entre ellas destacan:

- Aumentar la cobertura de los servicios de salud.
- Mejorar la calidad de la atención.
- Mejorar la equidad.
- Incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios.
- Posibilitar mayor participación comunitaria.

En *Chile* y *Colombia* los mayores cambios sectoriales se han dado como parte de procesos de reestructuración y/o de modernización del estado. Los restantes países también iniciaron el proceso en este contexto pero en *Ecuador* y *Perú* se han producido interrupciones debidas a la inestabilidad política, y en *Venezuela* se han producido cinco grandes intentos de reforma en los últimos doce años que no han sido fructíferos por ésa y otras razones.

En varios países se elaboraron **agendas explícitas de reforma sectorial**. En *Bolivia* se explicitó a través del Plan Estratégico de Salud (PES) elaborado en 1998, el cual se inscribe en los planes y programas de desarrollo y en la modernización del Estado. En *Chile*, desde la restauración democrática, es posible diferenciar una agenda con tres grandes fases: la recuperación del subsistema público de salud, la modernización del mismo, y la reforma de la seguridad social, esta última coincidente con el actual período de la coalición gobernante. *Colombia* también contó con una agenda definida cuyos elementos centrales fueron la búsqueda de la eficiencia, de la universalidad y la solidaridad, y de la participación social. En otros países como *Ecuador* se han producido acciones en distintas instancias y regiones a menudo sin la conducción y articulación necesarias. En *Perú*, dadas las circunstancias políticas de interrupción súbita del gobierno en mayo de 2000, la designación de un gobierno de transición en noviembre del mismo año y la convocatoria a elecciones generales en abril de 2001, el proceso de reforma del estado (incluyendo la reforma sectorial en salud) sigue siendo un tema pendiente de la actual gestión.. En *Venezuela* la Asamblea Nacional ha estado discutiendo una propuesta de Ley que eventualmente podrá dar un contexto para el desarrollo definitivo de una agenda de reforma sectorial.

DINÁMICAS DE LAS REFORMAS

- En casi todos los países se elaboraron agendas explícitas de reforma sectorial.
- La mayoría de las reformas estuvieron o están ligados a procesos de reforma del Estado.

Diseño de las Reformas

Los *protagonistas principales responsables del diseño de los procesos de reforma* han variado dentro de cada país en las distintas etapas. En *Bolivia* el Ministerio de Salud ha tenido siempre el liderazgo y desde la década de los 80 ha contado con el acompañamiento del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En *Chile* la reforma se inició a principios de los 80 en el contexto del gobierno militar. Los cambios en la década de los 90 fueron liderados por el Ministerio de Salud el cual interactuó con los Ministerios del sector social, con el Ministerio de Hacienda, la Secretaría General de la presidencia, las Comisiones y los grupos políticos del Congreso nacional. También ha contado con la cooperación de diversos organismos internacionales como el Banco Mundial para el diseño global del proyecto y financiamiento; el BID para el fortalecimiento de servicios, diversas cooperaciones bilaterales, y la OPS/OMS mediante proyectos específicos y a través del grupo de apoyo a la reforma. En *Colombia* el factor catalizador estuvo dado por el proceso de concertación multisectorial entre los Ministerios de

Salud, Educación, Trabajo y la dirección de planeación con el apoyo del Poder Legislativo. Estos desarrollaron diversos estudios apoyados por el Banco Mundial y el BID. En *Ecuador* el protagonismo inicial fue de la Comisión Nacional de Modernización (CONAM) y del Ministerio de Salud. En 1995 la Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud (CONASA) tuvo fuerte apoyo de organismos internacionales coordinados por la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), formada por el Banco Mundial para los proyectos FASBASE y MODERSA-Proyecto de Modernización de Servicios de Salud con apoyo técnico de PHR, el BID y la USAID con la coordinación de OPS/OMS. No obstante, hubo un período que se denominó de reforma silenciosa por no contar con líderes visibles y por introducirse modificaciones de mediana envergadura sin la adecuada discusión en la esfera política y social. En *Perú* desde 1995 la reforma fue administrada centralmente por las autoridades del Ministerio de Salud. El diseño de la reforma se basó en los principios orientadores contenidos en los "Lineamientos de Política Sectorial 1995-2000"; el financiamiento de las experiencias de campo y la implementación del proceso se dió a través de proyectos que contaron con apoyo financiero del BID, Banco Mundial, del Tesoro Público y de la cooperación técnica internacional. En *Venezuela*, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social creado a finales de 1999, está liderando el proceso también dentro del contexto de reforma del estado. Actualmente hay una propuesta de ley sometida a discusión en la Asamblea Nacional que dará lineamientos para el desarrollo definitivo de una agenda de reforma.

En un principio, las *opiniones y demandas de la población* no fueron tomadas muy en cuenta en la mayoría de los países con excepción de *Colombia*, que contó con la participación de diferentes grupos interesados, tanto en lo referente a salud como a pensiones, en el proceso de la formulación de la reforma. Posteriormente, sin embargo, reconociendo la importancia de la participación de la población, países como *Chile* han creado Comités de Desarrollo y Comités Paritarios para fortalecer la participación social. En *Ecuador* se publicó la Ley de Descentralización y de Participación Social en 1997 la que transfirió a los Municipios la responsabilidad de planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria. En ese mismo año el Ministerio de Salud inició un proceso de formulación participativa de la política nacional de salud. Desde mediados de los 90 *Bolivia* desarrolló un proceso análogo a partir de las Leyes de Descentralización y de Participación Ciudadana.

DISEÑO DE LAS REFORMAS

- En la mayor parte de los países, los Ministerios de Salud han sido los principales protagonistas.
- Se constata una limitada participación de la población en el inicio del proceso y mayor conciencia de su importancia en la actualidad.
- Se observa una presencia importante de organismos internacionales, como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, USAID, y OPS/OMS al inicio de la mayoría de los procesos de reforma.

Negociación de las Reformas

A pesar de que en algunos casos al inicio existieron diferentes protagonistas, actualmente en los seis países el *liderazgo de los procesos de negociación* de los objetivos y/o contenidos de la reforma se ejerce por las autoridades de salud. Los Ministerios de Salud han sido denominados entes rectores del sector y tienen la responsabilidad de guiar los procesos de reforma del sector. La *negociación política en el desarrollo de las reformas* ha involucrado diversos actores nacionales y también a organismos internacionales que han apoyado económica y técnicamente las iniciativas. En el caso de *Perú* hasta el 2000 no hubo negociación con los actores sectoriales. En *Ecuador*, varias provincias y cantones del país cuestionaron el centralismo de la propuesta nacional y demandaron una gestión más descentralizada y participativa, lo que dio lugar a la creación de consejos cantonales de salud para impulsar la reforma desde escenarios locales. La incorporación del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) a las iniciativas de Reforma permitió un mayor involucramiento de actores en el proceso dirigido por el CONASA (Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud).

NEGOCIACIÓN DE LAS REFORMAS

- Actualmente en los seis países el *liderazgo de los procesos de negociación* de los objetivos y/o contenidos de la reforma lo ejerce la autoridad sanitaria.
- El *proceso de negociación política en el desarrollo de las reformas* ha involucrado diversos actores nacionales, pero también ha implicado la concertación con organismos internacionales que han apoyado económica y técnicamente las iniciativas.

Implementación de las Reformas

La existencia de *un plan de acción para la implementación de las reformas* con acciones de política y metas cuantitativas se identifica solamente en el caso de *Chile*, que cuenta con metas de corto, mediano y largo plazo; en el corto plazo figuran acceso y oportunidad de la atención, derechos ciudadanos en salud a través de la adhesión de establecimientos públicos y privados a la actual carta del derecho del paciente y la creación de un programa nacional de participación de los usuarios. La evaluación de los tiempos de espera en los servicios ambulatorios muestra un cumplimiento de las metas en un 82%.. En *Colombia* al inicio se fijaron ciertos objetivos de aseguramiento y las previsiones de la Ley 100 están ahora en revisión en función de los objetivos de cobertura universal. *Bolivia* cuenta con un Plan Estratégico de Salud elaborado en 1998 que orienta los procesos de reforma, no obstante ello, no refiere explícitamente a metas, fechas y responsabilidades. *Ecuador* no cuenta con un plan de acción, pero existe la voluntad política y se aprecia como una necesidad estratégica ordenar el proceso de reforma sectorial en el marco de la agenda política nacional. En tan sentido, entre 1997 y 1998 el CONASA aprobó los términos generales para la formulación del Plan Operativo de Reforma el cual tuvo dificultades para su implementación. No fue hasta el 2000 que se desarrollaron importantes elementos que reactivaron el proceso de Reforma proceso que continua hasta el presente.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS REFORMAS

- La existencia de *un plan de acción para la implementación de las reformas* con acciones de política y metas cuantitativas se identifica solamente en Chile.

Evaluación de las Reformas

Con la parcial excepción de *Colombia*, donde diferentes organizaciones estatales, ONG y entes académicos han realizado evaluaciones y recomendaciones con el fin de mejorar la operación del sistema, ninguno de los países andinos definió *criterios de evaluación* desde el inicio de las reformas. Sin embargo, *Bolivia* evaluó sus dos principales iniciativas (el Seguro de maternidad y niñez y el Seguro básico de salud) en los años 1998 y 2000, encontrando que no llegan a los grupos objetivo, no son bien conocidos, hay problemas en los pagos, no siempre existe disponibilidad oportuna de insumos y no hay

un uso uniforme de los fondos por parte de los municipios. En *Chile* a pesar de que no se mencionan criterios de evaluación en forma explícita, la existencia de metas e indicadores, así como la presentación de datos, permiten afirmar que el Ministerio de Salud se encuentra desarrollando una evaluación del proceso de reforma, lo cual implica un desarrollo incipiente de un sistema de información para su seguimiento.

EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS

- En el conjunto de países de la región andina, sólo Colombia definió *criterios de evaluación* desde el inicio de la reforma. Bolivia realizó y publicó dos evaluaciones concretas.

SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS

Marco Jurídico

Algunos países han ***modificado su Constitución política*** afectando de ese modo, directa o indirectamente, el desarrollo del sector de la salud. Así, en *Ecuador*, se realizaron modificaciones constitucionales que consagran el derecho a la salud y la responsabilidad del estado para garantizar su ejercicio, así como la gratuidad de los programas de salud pública y de atención médica para quienes lo requieran (aunque no se especifica quiénes son éstos). Los actos legislativos más relevantes en este país han sido la Ley de Modernización del Estado (1993), la Ley de Maternidad Gratuita (1994), y la Ley especial de Descentralización y Participación Social (1997). En el 2001 el CONASA propuso las bases de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Asimismo está en discusión en el Congreso las reformas a la Ley del Seguro Social. En *Venezuela* se aprobó la nueva Constitución política en 1999, que establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector de la salud venezolano. El marco legal establecido por la carta magna ha permitido la formulación de la propuesta de Ley Orgánica de la Salud actualmente en discusión.

En *Colombia* y *Perú*, los ***cambios legales*** se dieron como consecuencia del proceso de reforma del sector. En *Colombia* la base de la reforma es la Ley 100 de 1993 que creó el sistema general de seguridad social, el cual incluye un Sistema General de Pensiones, un sistema de cobertura de Riesgos Profesionales, Servicios Sociales Complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud. Dada la complejidad del

modelo, ha sido necesario ajustar la normativa a las exigencias de La ley 100, con especial énfasis en aspectos relacionados con el aumento de cobertura, los paquetes básicos (el componente individual o Plan Obligatorio de Salud y el componente colectivo o Plan de Atención Básica), la promoción y prevención, y el financiamiento. Igualmente hubo que hacerla compatible con las Leyes 10 de 1990 (Municipalización de la Salud) y 60 de 1993 (Competencias y recursos de los Entes Territoriales). En *Perú* el marco jurídico del sector se renovó en 1997 con dos leyes: La Ley General de Salud (LGS) y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (LMSS). La LGS establece la responsabilidad del estado en la provisión de servicios de salud pública y en el aseguramiento universal y progresivo de la salud individual. La LMSS introduce nuevas formas de atención a los beneficiarios de la Seguridad Social en Salud con la participación de proveedores privados para atender problemas de baja complejidad. En *Bolivia* y *Chile* no se han identificado cambios constitucionales o de leyes básicas referidos a la reforma del sector. *Bolivia* en el contexto de la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización (1994), estableció el decreto supremo 24237 que crea el Sistema Público Descentralizado y Participativo de Salud. La evaluación realizada a los actuales esquemas de seguridad social en salud fue un referente importante para la propuesta que cursa actualmente en el Senado dirigida a la creación de un seguro universal. De otra parte, en el gobierno que recién concluye el sector de la salud formó parte del pilar equidad y por tanto su proceso de reforma se inscribió en un marco de lucha contra la pobreza. En *Chile* las modificaciones legales en el ámbito de los seguros privados de salud incluyeron la creación de la Superintendencia de ISAPRES; en los últimos años las mayores modificaciones fueron introducidas por la Ley 19650 denominada nueva ley de FONASA y por la Ley 19664 conocida como ley médica. La primera perfecciona normas del área de la salud y fortalece a FONASA en su facultad para recaudar administrar y distribuir los recursos financieros, así como para ampliar los mecanismos de financiamiento y de celebración de convenios con los proveedores.

CAMBIOS EN EL MARCO JURÍDICO

- En todos los países, a excepción de Bolivia y Chile, se realizaron modificaciones constitucionales o de leyes básicas para apoyar el proceso de reforma del sector.
- En Chile se privilegió una estrategia consistente en ir introduciendo cambios en la organización y la gestión del sector seguidos luego de las modificaciones legales indispensables.

Derecho a los Cuidados de Salud y al Aseguramiento

El ***derecho a los cuidados de salud*** se encuentra claramente establecido en la constitución política del estado en los países de la región con excepción de *Perú*, donde la Ley General de Salud establece la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública y en el aseguramiento universal progresivo. El derecho a los cuidados de salud tiene diferentes formulaciones en los países. Por ejemplo, en *Bolivia* y *Chile* se formula como derecho a "la protección de la salud"; en *Venezuela* y *Ecuador* se formula como derecho a "la salud" y en *Colombia* como un derecho irrenunciable "a la seguridad social proporcionada por el Estado". Sin embargo, este derecho no ha sido suficientemente difundido entre la población en la mayoría de los casos.

En *Chile*, *Colombia* y *Perú* se han diseñado ***estrategias para incrementar la cobertura*** de los servicios de salud. En Chile estas estrategias se han orientado a fortalecer el grado de resolución del primer nivel de atención mediante los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) y las Salas de Hospitalización Abreviada (SHA). En Colombia la estrategia se basó en promover la competencia regulada de las aseguradoras (públicas y privadas) tanto en el régimen contributivo (EPS) como en el subsidiado (ARS). En Perú se buscó ampliar la cobertura de cuidados básicos tanto mediante mecanismos de aseguramiento como a través de la provisión gratuita de servicios a los pobres. En Venezuela y Ecuador no se mencionan estrategias específicas en este aspecto.

Se cuenta con información sobre la ***creación de planes o paquetes de servicios*** para la prestación de servicios básicos en *Bolivia*, *Colombia* y *Perú*. En *Bolivia* el Seguro Básico de Salud está dirigido a la niñez, a la mujer y a la familia. En *Colombia* el Plan Obligatorio de Salud contiene acciones individuales, familiares y colectivas de las cuales seis corresponden al Plan Básico y una a las enfermedades de alto costo objeto de reaseguramiento. En *Perú* se definió un paquete de atención básica para niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y población adulta en 1994. En 1997 se puso en marcha el Seguro de Salud Escolar y en 1998 se inició la aplicación piloto del Seguro de Salud Materno - Infantil.

DERECHO A LOS CUIDADOS DE LA SALUD Y AL ASEGURAMIENTO

- El *derecho a los cuidados de salud* se encuentra claramente establecido en la constitución política del estado en los países de la región con excepción de uno.
- En *Chile, Colombia y Perú* se han diseñado estrategias para incrementar la *cobertura de los servicios* de salud.
- En *Bolivia, Colombia y Perú* se han creado planes o paquetes de servicios para la prestación de servicios básicos.

Rectoría y separación de funciones

El *ejercicio de la función rectora* se encuentra claramente definido en *Chile, Colombia y Ecuador*. En *Chile* se ha revisado el ejercicio de la función rectora en materia de salud y las funciones de los organismos responsables de ejercerla. Se han producido cambios en la estructura del Ministerio de Salud y se la ha dado al Instituto de Salud Pública la función de registrar y controlar la calidad los medicamentos e insumos de uso médico. Igualmente, se ha fortalecido el control de calidad de los laboratorios. Por otra parte, las regulaciones ambientales y laborales están siendo desplazadas hacia los sectores de medio ambiente y trabajo y previsión social, aunque la vigilancia permanece en el sector de la salud. En *Colombia* la legislación ha definido las funciones del Ministerio de Salud en éste ámbito asignándole competencias para formular y adoptar estrategias, programas y proyectos para el sector; dictar normas para regular la calidad de los servicios de cumplimiento obligatorio para las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones prestadoras (IPS) y los entes territoriales. Asimismo, para formular y aplicar criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS y las IPS. Se cuenta además con organismos de inspección, vigilancia y control de los prestadores de servicios, así como con un Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos el cual ejecuta políticas de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, de productos biológicos y de otros con potencial impacto en la salud individual y colectiva. En *Ecuador* la rectoría corresponde al Ministerio de Salud Pública con participación del CONASA, y el aseguramiento a varias instituciones en la perspectiva de que el asegurador público universal sea progresivamente el IESS.

La *separación de funciones* se ha llevado a cabo principalmente en dos países: *Colombia y Chile*. En *Colombia* se creó una estructura funcional del sistema formada por: i) el Ministerio de Salud (MS) el cual dicta las políticas. En el ámbito territorial es representado por los servicios seccionales de salud y los

municipios; ii) el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que es el organismo de dirección e incluye entre otras funciones determinar la unidad de pago por capitación y los contenidos del POS; iii) el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que maneja las finanzas mediante cuatro grandes subcuentas (de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud y de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito); iv) la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) como ente de inspección, vigilancia y control en el aseguramiento y prestación de servicios, y v) el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), adscrito al ministerio, que tiene por objetivo la ejecución de políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos y otros productos. El *aseguramiento* está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS). La prestación de servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) corresponde en el sector público a las Empresas Sociales del Estado y en el sector privado pueden ser de carácter independiente o ser parte de la red de prestación de las aseguradoras.

En *Chile* se definieron las funciones de financiamiento y aseguramiento en el FONASA y las ISAPRES. La provisión de los servicios es responsabilidad de los establecimientos asistenciales públicos (dependientes del SNSS y de los municipios) y de los establecimientos privados. El MINSAL, la Superintendencia de ISAPRES y el Instituto de Salud Pública son responsables de las funciones normativas y evaluadoras.

Venezuela está en proceso de modificar las competencias del Ministerio de Salud para fortalecer su función rectora, sobre todo en lo relacionado con el dictado de políticas, normas técnicas, coordinación de servicios, supervisión y control de los programas. En *Bolivia* la estrategia para fortalecer su rol rector se orienta a la definición y fortalecimiento de las capacidades asignadas a las secretarías de salud y la función de rectoría del Ministerio de Salud y Previsión Social no se ha revisado con profundidad. A pesar de que se tramita una Ley de seguro universal, no se ha planteado la separación de las funciones de rectoría, aseguramiento, provisión y evaluación como un objetivo del proyecto.

Bolivia y *Chile* realizaron acciones relevantes para fortalecer los *sistemas de información orientados a la toma de decisiones*, aspecto que tiene mayor desarrollo en *Chile*.

RECTORÍA Y SEPARACIÓN DE FUNCIONES

- La mayoría de los países está revisando o redefiniendo las funciones que debe ejercer el Ministerio de Salud.
- La *separación de funciones* con relación al financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios se ha llevado a cabo principalmente en dos países.
- Se están tomando acciones para fortalecer los sistemas de información orientados a la toma de decisiones.

Modalidades de descentralización

En los años 80 Chile descentralizó el Servicio Nacional de Salud en 26 Servicios de Salud (hoy 28) y transfirió la atención primaria de salud a los municipios. A partir de 1990 se delegaron los contratos de personal. A finales de esa década, el 40% de los fondos de inversión se decidían en el nivel regional. Aunque las regiones fueron creadas antes que el SNSS, los límites de los servicios de salud no tienen relación estricta con los niveles provinciales. En la actualidad se han transferido funciones, competencias y recursos para la planificación, gestión y la toma de decisiones desde el nivel central al local y desde las direcciones de los Servicios de Salud hacia los hospitales. El FONASA ha abierto oficinas regionales y la Superintendencia de ISAPRES tiene tres oficinas desconcentradas.

En *Colombia* se transfirieron responsabilidades técnicas, administrativas y financieras a los entes territoriales (departamentos y municipios). El SGSSS integra en todos los niveles territoriales las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia. De conformidad con las disposiciones legales vigentes y en especial las leyes 10 y 60, corresponde a los departamentos, distritos y municipios la dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda. Sin embargo, hasta 1999 sólo el 38% de los municipios se encuentran efectivamente descentralizados. Esto responde al hecho de que un gran porcentaje de municipios son muy pequeños lo cual los obliga a establecer alianzas con otros municipios o con los departamentos por razones de economía de escala.

Bolivia cuenta con las Leyes de Descentralización y de Participación Popular sancionadas en 1994, mediante las cuales se realizó la transferencia de la infraestructura y el equipamiento desde el nivel central a los municipios. A éstos se les asignaron fondos de coparticipación para mantenimiento, equipamiento y obras de construcción de acuerdo a las necesidades locales. El grado de desconcentración al interior de cada una de las principales instituciones públicas de servicios de salud es aún incipiente y el recurso humano continúa siendo administrado por el Ministerio de Salud. Existen algunos procesos de gestión autónoma de hospitales y algunos contratos de gestión con los distritos de salud. En *Ecuador* el MSP comenzó un proceso de desconcentración de la gestión en el año 1990 con las "áreas de salud"; los proyectos FASBASE y MODERSA han apoyado este proceso en el que, además del Banco Mundial, han tenido participación ONGs como CARE y CEPAR, y se ha dado la cooperación de OPS/OMS, de los gobiernos de Bélgica, Holanda, Alemania (GTZ) así como la iniciativa de algunos municipios. En *Venezuela* el proceso se inició en 1990 y hasta 1997 se habían transferido diversas competencias a los 14 estados, lo cual ha permitido modificar el financiamiento de las acciones de salud de los estados descentralizados, pues están involucrados los gobernadores y alcaldes quienes gestionan directamente los recursos con diferentes fuentes de financiamiento. En el 2000 en *Perú* se promulgó la ley de descentralización administrativa en el ámbito municipal de los servicios de educación y salud, la cual hasta el momento no ha sido implantada.

MODALIDADES DE DESCENTRALIZACIÓN

- Se han llevado a cabo diversas modalidades de descentralización, principalmente de desconcentración de la gestión administrativa de las instituciones públicas prestadoras de servicios.
- En un país, la estructura federal del estado se reproduce en el funcionamiento del sector de la salud
- El grado de desconcentración al interior de cada una de las principales instituciones públicas de servicios de salud es aún incipiente.

Participación y control social

La participación y control social ha sido y es un objetivo declarado de las reformas en todos los países de la región con la excepción de *Perú hasta el año 2001*. Para operacionalizarla se han establecido diferentes mecanismos. En *Bolivia* la Ley de Participación Social dio lugar a la conformación de comités de vigilancia en donde la población cuenta con un espacio de discusión de la problemática de salud, aunque

su implementación real ha sido difícil por la falta de recursos económicos y de capacitación. En *Chile* se han establecido Consejos de Desarrollo, en donde se integran representantes de la comunidad interna y externa de los centros de salud ambulatorios, hospitales y agrupaciones de municipios, para conocer la marcha del establecimiento, recomendar prioridades y lograr el aporte de recursos adicionales; estos consejos no cuentan con recursos específicos y no tienen una formalización legal. También existen jornadas de participación en el nivel regional en donde las organizaciones sociales opinan y hacen sugerencias en el ámbito de las prioridades en salud; actualmente está en trámite una iniciativa gubernamental para aprobar una ley de derechos y deberes del paciente. En *Colombia* se han establecido mecanismos encaminados hacia el control social de la prestación de servicios. Por medio de las veedurías comunitarias que se eligen popularmente, el afiliado puede hacer sus reclamos ante un comité técnico - científico designado por la respectiva institución de salud a la cual esté afiliado o, en su defecto, elevar la queja a la Superintendencia de Salud. En *Ecuador* se crearon los comités de participación y control de gestión, y los comités de modernización al interior de los hospitales. En *Venezuela* aunque está contemplado como uno de los objetivos de la reforma no se cuenta con información sobre los mecanismos establecidos.

No hay referencia explícita sobre la consideración de grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones en ninguno de los países. Solo *Bolivia* menciona que la interculturalidad en salud y el enfoque de género están contemplados en el Plan Estratégico de Salud. En general, los mecanismos de participación no cuentan con un grado de formalización o de recursos específicos que permitan desarrollar cabalmente las funciones asignadas.

PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

- La participación y el control social ha sido y es un objetivo declarado de las reformas en casi todos los países de la región. Para operacionalizarla se han establecido diferentes mecanismos.
- No hay referencia explícita sobre la consideración de grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones en ninguno de los países.

Financiamiento y gasto

La tabla siguiente resume algunos de los indicadores económicos y sectoriales básicos

	Bolivia	Colombia	Chile	Ecuador	Perú	Venezuela
PIB per cápita	1026 USD (1999)	1920 USD (2000)	4603 USD (2000)	1100 USD (2000)	2180 USD (2000)	4.995 USD (1999)
Gasto público total	32,1% del PIB (1998)	ND	24,5% del PIB	28,8% del PIB (2001)	27,2% del PIB (1999)	25,2% del PIB (1999)
Gasto público social	16,5% del PIB (1999)	14,05% del PIB (1999)	16,6% del PIB	5,8 % del PIB (2001)	7,9 % del PIB (2000)	7,6 % del PIB (1999)
Gasto Sanitario Total per cápita al tipo de cambio oficial	53 USD	226 USD	369 USD	212 USD	100 USD	200 USD
Gasto en salud en % del PIB	5,0% del PIB (1998)	9,3% del PIB (1998)	7,5% del PIB (1998)	3,6% del PIB (1998)	4,4% del PIB (1998)	4,9% del PIB (1998)

FUENTES: Perfiles de Países – OPS/OMS; Informe sobre la Salud en el mundo 2001: Cuadro N° 5 – OMS.

Para el año 1997 en *Venezuela* el financiamiento del sector de la salud provino en un 39% del sector privado y en 61% del sector público. En *Ecuador* el 49.2% provino del sector privado y el 50.4% del sector público. En *Bolivia*, para 1998 el 44.8% provino del sector privado, 32.08% de los hogares, 16.94% del gobierno y 6.18% de la cooperación externa. En *Perú* 38% provino de los hogares, 35% de los empleadores, 25% del gobierno y 2% de la cooperación externa. En 1998, en *Chile*, el 61.38% del financiamiento sectorial provino del sector público y el 36.48% de las Instituciones de Salud Previsional- ISAPREs, la cooperación externa fue marginal. Las fuentes de financiamiento público son: el aporte fiscal, las cotizaciones y copagos de las personas inscritas en el sistema público, y los ingresos de operación. En 1999, la distribución por fuentes fue de 54%, 39% y 7% respectivamente, mientras que en 1990 las cifras fueron de 41%, 53% y 6%.

La mayoría de los países coinciden en que deben mejorar sus *sistemas de información sobre financiamiento y gasto en salud*. En *Chile* estos sistemas han tenido mayor desarrollo en el nivel hospitalario a través de los sistemas de pagos asociados a diagnóstico por medio de los cuales se generan cuentas individuales por pacientes y por diagnósticos, y se producen facturas para terceros pagadores. Estos sistemas son confiables y homologables y permiten consolidar información y calcular indicadores globales de actividad. En *Colombia* los esfuerzos para el fortalecimiento del sistema tienen como fin evitar la evasión en los aportes al Sistema. En *Ecuador* se ha completado la segunda ronda de elaboración del estudio de Cuentas Nacionales en Salud (CNS). *Venezuela* ha planteado la necesidad de fortalecer los sistemas de información sobre financiamiento y gasto en salud sin que hasta el momento se haya concretado alguna estrategia específica. En *Perú* los principales esfuerzos se han dirigido a la focalización de los subsidios públicos y el mayor desarrollo se ha dado en la búsqueda de métodos para identificar a los beneficiarios. *Bolivia* no reportó información sobre este tema.

FINANCIAMIENTO Y GASTO

- La mayoría de los países coinciden en que deben mejorar sus *sistemas de información* sobre *financiamiento y gasto en salud*.
- Solo Ecuador informó el desarrollo de cuentas nacionales en salud.

Prestación de servicios

Se están introduciendo *nuevas modalidades de atención* de acuerdo a los cambios establecidos por la reforma. En *Chile* ello ha favorecido un cambio hacia un enfoque más integral basado en la familia, de modo que los actuales consultorios de atención primaria están en transición hacia Centros de Salud Familiar con financiamiento per cápita y existe el propósito de aumentar la capacidad resolutive de la atención ambulatoria. Sin embargo, persiste la deficiente articulación entre el primer nivel de atención y la atención especializada; para mejorarla se han implementado servicios de cirugía ambulatoria, hospitalizaciones de un día y tratamientos abreviados, y sistemas de atención prehospitalaria (SAMU).

En *Colombia* se ha previsto que el sistema funcione con base en la demanda para la población asegurada y solamente la atención de la población vinculada al sistema sin seguro de salud funciona con base en la oferta. Se han desarrollado estrategias de *focalización* para la atención a grupos vulnerables a través de un Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) y de acciones específicas a grupos de ancianos, niños y damnificados por emergencias y desastres.

En *Bolivia*, como resultado del proceso de descentralización del sistema de salud, se han incorporado nuevos actores (municipios y prefecturas) que han ido incrementado la oferta de prestaciones. Las acciones han sido focalizadas hacia grupos vulnerables, principalmente madres y niños menores de cinco años (seguro básico de salud) y poblaciones indígenas, así como ciertos grupos en riesgo epidemiológico. Además, se han implementado algunas experiencias piloto de organización de redes de prestadores con coordinación pública/privada y gestión descentralizada.

En *Chile* las acciones son menos focalizadas aunque se destaca el mejoramiento de la capacidad de gestión de las comunas más pobres, a través de campañas para disminuir la morbilidad y mortalidad por Infecciones Respiratorias en domicilio de los menores de 3 meses. En *Perú* se ha dado prioridad durante

los últimos años al nivel primario buscando fortalecer las actividades de prevención; también se mencionan estrategias de focalización mediante el seguro escolar y el seguro de maternidad.

En *Venezuela* se reconoce que la oferta de servicios depende de la capacidad de resolución y no está organizada a partir de la demanda. Al igual que en Bolivia, la información existente corresponde prioritariamente al sector público y el sector con menor información es el sector privado. En ningún país se mencionan cambios concretos encaminados a fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia, e incluso se han identificado problemas en *Colombia* por la creación de redes propias por parte de los aseguradores, lo que ha dificultado el acceso principalmente a la población vinculada.

OFERTA DE SERVICIOS

- Se están introduciendo *nuevas modalidades de atención* de acuerdo a los cambios establecidos por la reforma y los países con un fuerte componente de aseguramiento han encaminado los esfuerzos a la adecuación de la *oferta de servicios basándose en la demanda*.

Modelo de gestión

Según la información proporcionada *Chile* es el país con más cambios al respecto. El cambio más importante en el modelo de gestión de la red asistencial pública es la aplicación de los compromisos de gestión que pretenden una mayor interacción entre los equipos de las áreas técnico-asistencial y administrativo-financiera. Son acuerdos formales entre las distintas entidades del sistema y asocian la asignación de fondos al logro de metas. En Chile existe además la posibilidad legal e institucional para la *compra y venta de servicios a terceros* desde el subsistema público lo que, en general, se hace en los servicios de apoyo, en establecimientos a cargo de especialidades específicas, y en áreas territoriales con población a cargo. También se da la venta de servicios a aseguradores y prestadores privados cuando la oferta es limitada (por ejemplo, en ciudades pequeñas) o cuando la oferta es muy específica. No se han entregado a la gestión privada establecimientos de propiedad pública.

En *Bolivia* se estableció que el Ministerio de Salud desarrollará y fortalecerá cuatro niveles de gestión, administración y jurisdicción territorial con múltiples prestadores de servicios definidos con base en criterios territoriales, demográficos, de accesibilidad, de atención y de racionalidad financiera. Los compromisos de gestión se introdujeron para el manejo del seguro maternoinfantil. En el año 2000 se

iniciaron procesos de gestión autónoma de los hospitales y se establecieron contratos de gestión para algunos distritos sin que fueran bien definidos los mecanismos para su regulación. En *Perú* se menciona que además de los acuerdos de gestión entre el nivel central y cinco direcciones departamentales de salud, la reforma busca desarrollar un modelo de atención basado en redes de establecimientos y servicios de salud que permitan la movilización de usuarios y recursos a lo largo de diversas capacidades resolutivas según el nivel de complejidad.

En *Colombia* se pretende mejorar el componente de gestión mediante la competencia entre aseguradores y prestadores. Su función esencial es el manejo del riesgo y tienen como herramienta el POS cuyo contenido deben garantizar a sus afiliados, el cual comprende acciones preventivas y curativas en el nivel individual. *Ecuador* ha desarrollado muchas experiencias del orden local e institucional que incluyen desde la concesión de la administración hospitalaria a ONG's hasta modelos de gestión local; sin embargo, ninguna de ellas es una conducta extendida en el conjunto del sistema.

MODELO DE GESTIÓN

- El cambio más importante en el *modelo de gestión* lo ha reportado Chile, mediante la aplicación de compromisos de gestión que pretenden una mayor interacción entre los equipos de las áreas técnico-asistencial y administrativo-financiera.
- Colombia reportó que pretende mejorar el *componente de gestión* mediante la competencia entre aseguradores y prestadores.
- Otro modelo de gestión reportado por Bolivia, lo constituye el desarrollo y fortalecimiento del Ministerio de Salud de cuatro niveles de gestión, administración y jurisdicción territorial con múltiples prestadores de servicios definidos con base en criterios territoriales, demográficos, de accesibilidad, de atención y de racionalidad financiera.

Recursos humanos

La participación de los trabajadores de salud en los procesos de reforma ha sido escasa y cuando se produjo se dirigió sólo a la reivindicación de mejores salarios y a la defensa de las condiciones laborales, como en *Chile* y *Colombia*. En *Chile* los cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos se han establecido con base en el diagnóstico de la oferta para definir los criterios de expansión de la red. En *Colombia* se identifican acciones aisladas más determinadas por la crisis fiscal que como consecuencia de una auténtica planeación.

En relación con la implementación de incentivos al desempeño, en *Chile* desde 1997 se estableció un sistema de incentivos por experiencia y desempeño para el personal de los servicios de salud, y de desempeño individual o institucional en los organismos dependientes no asistenciales. En *Colombia* teóricamente se han establecido incentivos al desempeño del personal pero apenas se han aplicado, o los criterios se han basado en el cumplimiento de tareas puntuales y no en el logro de metas de impacto y de trabajo en equipo.

En pocos casos se han introducido modificaciones en las formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria. En *Colombia* el Ministerio de Salud empezó a desarrollar un programa para convertir al médico general en médico de familia por medio de un proceso concertado entre las facultades de medicina y los servicios locales de salud, pero inicialmente dicha iniciativa suscitó fuertes críticas.

En el ámbito de la capacitación para el personal de salud, en *Bolivia* se han definido como estrategias la regulación de los procesos de capacitación del personal del sistema de salud y el establecimiento de la carrera sanitaria. Anualmente se realizan cursos de capacitación en el manejo de programas prioritarios y en la administración del sistema nacional de información en salud (SNIS) dirigidos al personal de dirección en los ámbitos médico, de enfermería y de odontología.

En *Chile* se han introducido dos modalidades de capacitación. Una es la capacitación convencional, para mejorar las competencias técnicas y de gestión. Con aporte del Banco Mundial fue creado un fondo concursable que invirtió 1.5 millones de dólares al año por seis años consecutivos, lo que facilitó la identificación de las necesidades de capacitación, la elaboración de sus propios proyectos y la asignación por los propios servicios de salud de 1.5 millones adicionales. Otra es la metodología de educación permanente en salud (1998), que desarrolló proyectos de educación en ocho servicios de salud, para unidades críticas detectadas en el diagnóstico inicial. Se está estudiando en el MINSAL la creación de mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud, mediante la determinación de los perfiles de competencia laboral así como sistemas de acreditación del personal.

En *Colombia*, con el liderazgo de la OPS, el apoyo económico del Ministerio de Salud y el logístico de los entes de educación superior y los entes territoriales, en los últimos tres años se ha trabajado en la planeación de la capacitación en servicio a través de la estrategia de educación permanente en salud en trece departamentos. Este proceso ha permitido la creación de un Centro de Educación Permanente en Salud en la Universidad Tecnológica de Pereira.

En *Perú, Venezuela y Ecuador* no se mencionan cambios en el ámbito de la capacitación. No hay mención sobre mecanismos de certificación y recertificación en ninguno de los países.

RECURSOS HUMANOS

- La participación de los trabajadores de salud en los procesos de reforma ha sido escasa y cuando se produjo se dirigió sólo a la reivindicación de mejores salarios y a la defensa de las condiciones laborales.
- En solo dos países se han implementado parcialmente incentivos al desempeño para el personal de los servicios de salud.
- En pocos casos se han introducido modificaciones en las formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria.
- La capacitación para el personal de salud es incipiente en tres países.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud

En *Bolivia, Colombia y Perú* se han incorporado procesos de *acreditación* en diferentes niveles.

En *Bolivia* se contempla fortalecer el programa de calidad en los servicios de la red pública, lo cual incorpora el proceso de acreditación por niveles y el análisis de indicadores de la calidad percibida de los usuarios.

En *Colombia* desde 1990 el Ministerio de Salud con apoyo de OPS y de los prestadores de servicios desarrolla un proceso de fortalecimiento de los programas de acreditación y de garantía de la calidad. Dicho proceso está avalado por el decreto 2174 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Mediante la Resolución 4242 de 1997, el país estableció los requisitos esenciales que deben cumplir las IPS.

En *Perú*, alrededor de 30 hospitales de diferentes niveles se encuentran en proceso de acreditación.

En el ámbito de los *programas de calidad, Bolivia, Chile y Colombia* refieren haber desarrollado algunas iniciativas. En calidad técnica, *Chile* incluye la capacitación del personal de salud y la creación de centros

de gestión de calidad. En cuanto a la calidad percibida se han desarrollado diversas encuestas en los servicios de atención al paciente (SAP) y en los centros de información bilingüe para población mapuche en la Araucanía.

Finalmente, en relación con el desarrollo de iniciativas para la evaluación de tecnologías en salud, solo *Chile* y *Colombia* han prestado atención a este punto. En *Chile* en 1998 fue reconocida la Agencia Chilena de Evaluación de Tecnologías Sanitaria y en *Colombia* la evaluación de tecnologías en salud se fortaleció mediante las acciones de la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del ministerio con el apoyo de la OPS. Además, el país cuenta con normas sobre la importación y evaluación de la tecnología en salud.

CALIDAD Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

- En *Bolivia*, *Colombia* y *Perú* se han incorporado procesos de *acreditación* en diferentes niveles.
- Se reporta el desarrollo de algunas iniciativas en el ámbito de programas de calidad. Solo dos países *Chile* y *Colombia*, reportan desarrollo de iniciativas para la evaluación de tecnologías en salud.

II. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Como resultado de lo accidentado y complejo de los procesos de reforma, en *Ecuador* no se cuenta con datos específicos relativos a la evaluación de resultados. Todos los países de la región con la excepción de *Colombia*, aducen la imposibilidad de establecer relaciones causales directas y unívocas entre las acciones de reforma sectorial y las modificaciones de los indicadores relativos a equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social.

Por ejemplo, en *Perú* se menciona que la reforma del sector es parte del proceso de reforma del estado y estuvo precedida por un importante incremento del gasto público, por lo que no es posible adjudicar los resultados logrados exclusivamente a la reforma sino al conjunto de políticas públicas las cuales estuvieron acompañadas por una importante reactivación económica entre 1993 y 1997. Y en *Chile* manifiestan que no hay evidencia suficiente para determinar el grado de impacto de la reforma en los cambios de la situación de salud de la población chilena.

Equidad

La existencia de evidencia relacionada con la influencia de la reforma sobre la **equidad** por la reducción de brechas en cobertura, distribución, acceso, y uso de los recursos es limitada. Solo *Colombia* reporta un aumento en cobertura en aseguramiento de 21% a 57% entre 1994 y 1997 atribuible a la reforma. No obstante, entre 1993 y 1998 la cobertura del programa ampliado de inmunizaciones en menores de un año disminuyó de 94% a 79% para BCG, y de 85% a 71% para antipolio. *Perú* reportó un aumento en la atención institucional del total de personas con percepción de enfermedad o accidente de 32.2% a 43.5%, así como un aumento en la cobertura de atención primaria del 16% al 25% entre 1994 y 1997. En ninguno de los países andinos se muestra evidencia de que la reforma haya tenido alguna incidencia sobre los cinco indicadores seleccionados para evaluar la distribución, los cinco indicadores seleccionados para evaluar el acceso, ni los tres seleccionados para medir el uso de los recursos de atención en salud.

Efectividad y calidad

Igualmente, no existe clara evidencia de que la reforma haya afectado los indicadores de **efectividad global** del sistema de servicios de salud. No obstante, *Colombia*, *Perú* y *Chile* están estableciendo cambios que pueden incidir sobre la **calidad**. En *Colombia* se han formulado normas técnicas y estándares de calidad, además se han definido los componentes mínimos a desarrollar por los servicios de salud lo que incluye el diseño y la ejecución de planes de mejoramiento de calidad, de auditoría médica, de medición del nivel de satisfacción de los usuarios, y de atención de reclamos y sugerencias. En *Perú*, se han producido algunos avances en el marco legal, en la acreditación de establecimientos y recursos humanos, en la regulación del sector privado y en la elaboración de guías de atención y de auditoría médica. En Chile, la existencia de comités de calidad está definida en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Las personas inscritas en un Centro de Salud Familiar o un Consultorio de atención primaria reciben un carné de control que consigna sus datos esenciales, y las prestaciones de fomento, protección, curación y rehabilitación. Al momento del alta hospitalaria, todos los pacientes reciben un carné que contiene el diagnóstico, el resultado de los exámenes complementarios practicados, el tratamiento recibido y el tratamiento prescrito. Igualmente, cuenta con un Programa Nacional de Sangre que logra controlar casi la totalidad de las transfusiones. En el área de Infecciones Intrahospitalarias, existe un programa consolidado y los resultados del monitoreo se usan como indicadores de calidad. Las encuestas de opinión de usuarios del sector público muestran que las áreas de insatisfacción se concentran en el trato, entorno deficiente y obsolescencia tecnológica.

Eficiencia

En términos de **eficiencia en la asignación de recursos**, solamente *Colombia* muestra evidencia de que la reforma ha influido en la situación de salud relacionada con el suministro de agua potable y los servicios de alcantarillado. *Chile* exhibe una situación sanitaria donde el 97.5% de la población dispone de servicios higiénicos y el 70% está conectado a alcantarillado, aunque ello no es atribuible sólo a la reforma del sector de la salud sino a un conjunto de decisiones políticas y técnicas tomadas en el campo social.

Tanto *Colombia* como *Perú* han incrementado de manera sustancial la **disponibilidad de recursos** financieros como resultado de la reforma. En *Colombia* la reforma estableció la intermediación de los flujos financieros por parte de las Empresas Promotoras de Salud lo que ha producido un aumento en los costos de manejo y poca celeridad en el flujo de los mismos. Los recursos humanos y técnicos se han concentrado en las redes de servicios de las EPS, lo que ha dificultado el acceso a la población sin seguro. No obstante, la reforma influyó en la reasignación de recursos en beneficio de las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan de Atención Básica.

En *Perú* se aplicaron criterios de focalización del gasto en los establecimientos del primer nivel según niveles regionales de pobreza. Igualmente, se ha puesto en marcha el sistema de programación y presupuesto, que asigna los recursos financieros con base en las metas anuales del plan y se han desarrollado diversas metodologías de costeo de servicios y diagnósticos atendidos. *Chile* es el único país que aduce que la reforma ha incrementado recursos para la prevención, el autocuidado de la salud, la inversión de recursos en áreas críticas como patologías de alta complejidad y vacunas, y ha aumentado los recursos destinados a la atención primaria.

Colombia, Chile y Perú muestran evidencia de que la reforma ha influido sobre la **gestión de los recursos**. En el caso de *Perú* se han introducido metodologías de programación, ejecución y seguimiento presupuestal con énfasis en la descentralización, y se han producido avances en la estandarización de los procedimientos de gestión y en el equipamiento de los establecimientos de salud. No obstante, la carencia de un sistema de incentivos y la complejidad administrativa, dificultan su implantación. *Chile* ha introducido herramientas tales como sistemas de información gerencial, pago asociado a diagnóstico, evaluación económica y social de proyectos, criterios de costo - efectividad, y compromisos de gestión. Igualmente, se han estandarizado procedimientos e intervenciones y la medición de indicadores de actividad aplicados en todos los hospitales. Como resultado, los hospitales han disminuido el promedio de

días de estadía, han aumentado el número de egresos por cama, ha aumentado el uso de los pabellones quirúrgicos, y se conocen los costos por día de hospitalización y por consulta ambulatoria. *Colombia*, por su parte, está en proceso de mejorar la gestión de sus instituciones de segundo y tercer nivel.

Sostenibilidad

Con respecto a la **sostenibilidad** del proceso de reforma, solo *Chile* y *Perú* manifiestan que su reforma es sostenible. En tal sentido, *Chile* dispone de información suficiente para conocer gastos y tendencias tanto agregadas (subsector público y subsector privado) como desagregadas por instituciones y por unidades territoriales. La sostenibilidad a mediano y largo plazo está garantizada desde el punto de vista de las decisiones de política sanitaria y en lo financiero para los programas y servicios.

Perú, por su parte, aduce que la creación de la Unidad Coordinadora de la Modernización del subsector público, órgano encargado de promover las acciones de la agenda de reforma y la compatibilización financiera entre ingresos y gastos, apoya la sostenibilidad del proceso. No obstante, las restricciones financieras constituyen una seria amenaza para la viabilidad del proceso de reforma. En *Colombia*, la reforma ha generado problemas de aceptabilidad por parte de los usuarios y de las instituciones participantes. La sostenibilidad financiera del sistema se ha visto amenazada por el crecimiento económico negativo, la evasión de los aportes de los beneficiarios, la corrupción en el manejo de algunas instituciones Administradoras del Régimen Subsidiado, y la imposibilidad de financiar la ampliación de la cobertura.

Participación y Control Social

Las reformas han creado mecanismos para aumentar el grado de **participación y control social** en *Chile*, *Perú*, *Colombia* y *Bolivia*. En *Chile*, la creación de los Comités de Desarrollo y de los Comités Paritarios (en Hospitales y Seguridad Social) es producto de la reforma. En *Perú*, la participación comunitaria en la organización y la gestión se ha desarrollado a través de los Comités Locales de Administración Compartida en el 20% de los establecimientos de primer nivel. En *Colombia*, la reforma ha fortalecido los mecanismos de participación social, individual y colectiva por medio de comités de participación comunitaria en salud, subsistemas de veeduría y servicios de atención a la comunidad. También en *Bolivia* se menciona la creación de comités de participación en los niveles locales y en el ámbito de los establecimientos y redes públicas de prestación de cuidados.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

- Todos los países de la región andina con excepción de Colombia, aducen la imposibilidad de establecer relaciones causales directas y unívocas entre las acciones de reforma sectorial y las modificaciones de los indicadores relativos a equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social.
- Pese a la insuficiencia de información específica sobre el impacto de las reformas, éstas parecen haber influido en la mejora de la gestión de los recursos en la mitad de los países y a aumentar la participación y el control social en la mayoría de ellos. Sólo en una minoría de países parecen haber contribuido a aumentar la equidad, la efectividad global y la sostenibilidad del sector.

CONCLUSIONES

Dinámica de los procesos

La heterogeneidad en la situación social, económica y política de los países de la región se refleja en la variedad de situaciones de salud y en la diversidad de los procesos que han llevado a la implementación de las reformas del sector de la salud. Como tal no parece haber un punto de partida común, y tampoco existen procesos idénticos a pesar de observarse similitudes entre los países.

En el momento del análisis todos los países de la región tienen gobiernos democráticamente constituidos, pero la trayectoria y la estabilidad de sus democracias no es uniforme, por lo que el grado de avance en los procesos de reforma tampoco lo es. De hecho no todas las reformas surgieron en condiciones de democracia, e incluso en los países con democracia el nivel de participación ciudadana en la génesis de las reformas sectoriales ha sido limitado. En tal sentido hubo negociación entre sectores de los gobiernos nacionales en algunos de los países y otros manifestaron no haber desarrollado procesos de negociación intersectorial. En paralelo, todos los países desarrollaron procesos de negociación con organismos de cooperación externa que incluyen las instituciones financieras internacionales y las agencias de cooperación técnica.

Los objetivos que se declaran para las reformas son similares en los seis países: aumentar la cobertura de los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención, mejorar la equidad, incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios y posibilitar mayor participación comunitaria son los más destacados. En todos los casos las reformas han sido parte de planes de modernización del estado, sin embargo, algunas de ellas

surgieron desde el inicio como parte de este tipo de procesos mientras que otras se han venido dando de forma más autónoma. La inclusión dentro de tales planes afecta en cierta medida la intensidad con que se producen los cambios en el tiempo, lo que a su vez repercute en la dinámica de los procesos y, probablemente, también en los resultados de la reforma, aunque la relación de atributabilidad no es suficientemente clara con la información por ahora disponible.

Los procesos de reforma de los países de la región andina, con la excepción de Chile, no estuvieron acompañados desde su inicio por planes de acción bien definidos en los que se establecieran metas, fechas y responsabilidades. En todos los casos se identificaron, lineamientos orientadores basados en las políticas generales de salud. Sólo en los casos de Colombia y Chile se reconocieron sistemas de evaluación del proceso de reforma en salud, con desarrollos preliminares de sistemas de información.

Contenidos de las Reformas

El ***desarrollo de los procesos*** de reforma, se implementó, mediante agendas explícitas de reforma sectorial. El contenido específico de las reformas en cada país se determina por factores como la tradición política, el contexto específico en que se origina (negociación y actores clave) y el ritmo con que se llevan a cabo los cambios. Ellos condicionan la amplitud y profundidad de las iniciativas jurídicas relacionadas. Así, una reforma global y de ritmo rápido, en un país de gran tradición jurídica como Colombia, originó un proceso de alta complejidad con una agenda legislativa y normativa extensa y más dilatada en el tiempo de lo inicialmente planteado. Por el contrario, otros países como Chile prefirieron avanzar minimizando los impactos legales de los cambios propuestos.

Aunque en los países de la región andina, las constituciones políticas han sido en algunos casos modificadas recientemente, tales cambios no han generado mayores similitudes entre los respectivos procesos de reforma. Por ejemplo, el derecho a los cuidados de salud se encuentra claramente establecido en la constitución de todos los países (con excepción de Perú). Sin embargo, la forma en que éste se expresa varía ampliamente entre ellos. Notablemente, a pesar de que este derecho no ha sido siempre claramente difundido entre la población, todos los países han implementado estrategias para tratar de hacerlo efectivo, aumentando la cobertura de los servicios generalmente mediante modelos de aseguramiento de diferente tipo.

Los ***cambios en la organización y administración*** del sector y en los modelos de gestión de los servicios se orientaron hacia la descentralización de servicios y a la separación de las funciones de financiamiento,

aseguramiento y prestación de servicios. Los procesos de reforma del sector salud no han tenido un comportamiento coincidente con el nivel de desarrollo del país, aunque Chile es el país que más parece haber avanzado en estos temas. Sí es evidente que el gasto privado en salud tiende a ser más alto cuanto mayor y más extensa es la pobreza, como ocurre en Bolivia y Ecuador.

En todos los países de la región andina, la **función rectora** está asignada a los ministerios de salud. Se coincide en expresar la necesidad de desarrollar acciones que fortalezcan esa función. La separación de funciones es más evidente en los países donde hay un fuerte mercado de aseguramiento, que suelen coincidir con los que han alcanzado un mayor grado de descentralización y, también, con los que han introducido más cambios en los modelos de gestión (aunque los cambios no tengan grandes semejanzas entre sí).

Si bien los procesos de reforma del sector, han modificado las participaciones relativas del sector público y privado en el gasto total en salud, la carencia de sistemas de información y de cuentas nacionales de salud, impide una profundización de los efectos de la reforma sobre las variables de financiamiento y gasto del sector.

La **oferta de servicios** también tiene particularidades que coinciden con el desarrollo del componente de aseguramiento. Los países con sistemas de salud mixtos (público, privado, seguro social) tienen estrategias de focalización a grupos vulnerables desde una perspectiva más epidemiológica o de riesgo sanitario (mujeres, niños y población en riesgo epidémico). No obstante, los que tienen sistemas de seguros más desarrollados se centran en modelos de atención focalizados hacia la demanda y dirigidos al logro de una mayor eficiencia (fortalecimiento de la atención primaria en salud y mercado regulado). Sin embargo en este segundo caso también existen programas y paquetes básicos de prestaciones de salud diseñados con base en el riesgo poblacional.

A pesar de que en todos los casos se han introducido cambios dirigidos a incentivar **la participación y el control social**, casi todos los espacios creados están alrededor de los servicios asistenciales. No suelen introducirse modificaciones sustanciales en otros ámbitos (planificación, asignación de recursos, evaluación de resultados) lo que parece ser una continuación de lo descrito en la génesis de las reformas, en donde se mencionó que tampoco hubo un alto grado de participación social.

No se observó un sistema de planificación sólido de los **recursos humanos** y la mayoría de acciones en este campo se orientan hacia estrategias de capacitación sin afectar los sistemas de formación de pregrado

y de formación continuada y de acreditación. Lo anterior no ha llevado a modificaciones en las formas de práctica profesional hacia la orientación multidisciplinaria.

En términos del recurso tecnológico y de la calidad de los servicios Chile y Colombia son quienes han logrado mayores adelantos en este tema, en coincidencia con los cambios relacionados con los modelos de atención y de gestión que se consiguieron antes. En cuanto a evaluación de las tecnologías en salud, Chile en 1998 creó la Agencia Chilena de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Colombia fortaleció a la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico con el apoyo de cooperación técnica internacional. Por otra parte en cuanto a acreditación de servicios de salud, Bolivia, Colombia y Perú presentaron distintas iniciativas y avances al respecto.

Resultados de las Reformas

A pesar de que los indicadores de resultados seleccionados: equidad, eficiencia, efectividad, calidad, sostenibilidad y participación y control social, tratan de valorar el efecto de las reformas sobre el desempeño general del sector y no sobre la situación de salud, no fue posible determinar claramente tal efecto, debido a la gran complejidad que conlleva una reforma sectorial en sí misma y a la falta de criterios de evaluación previamente establecidos, que se observó en la mayoría de países.

Sin embargo en los aspectos de ***equidad*** en el acceso, *Colombia* informa un incremento en la cobertura de aseguramiento del 21% al 57% entre los años 1994 y 1997 y al mismo tiempo menciona una disminución en el acceso de quienes no están asegurados (vinculados) y una disminución en las coberturas de algunos programas de vacunación. Por su parte en *Perú*, si bien aún no es posible evaluar el impacto de la Reforma sobre la equidad en la cobertura, el acceso y el uso de los servicios de salud, se reportan aumentos en la atención institucional de primer nivel (puesto y centro de salud), pero no así en los hospitales, donde se reconoce una regresión.

En lo referente a la ***eficiencia***, *Chile* es el único país que aduce que la reforma ha incrementado los recursos para la prevención, autocuidado de salud, atención primaria de la salud-APS, vacunas y patologías de alta complejidad. Por su parte, si bien a partir de la reforma *Colombia* ha incrementado sustancialmente la disponibilidad de recursos financieros, que fueran asignados a acciones de promoción y prevención, problemas relacionados con la capacidad de gestión de los entes territoriales, debilidades de la supervisión y control, esternalización de servicios de promoción y prevención, factores políticos locales y otros, han hecho que los mencionados recursos no fueran utilizados con eficacia y eficiencia.

En *Chile* y *Perú*, los aspectos de **sostenibilidad** se basan en la disponibilidad de la información acerca de la evolución de las necesidades de salud de la población y de los recursos disponibles para atenderlas en el mediano y el largo plazo.

En algunos de los países de la región como por ejemplo *Colombia*, los aspectos de la sostenibilidad financiera de la reforma, se ha visto amenazada por recesión económica, evasión de aportes y otras restricciones financieras del sistema de salud.

El incremento de **participación y control social** se ha desarrollado en la mayoría de los países de la región, mediante Comités de Ciudadanos con participación en la gestión de redes y establecimientos públicos de prestación de Servicios de Salud.

La dificultad en la valoración de los resultados se incrementa en la medida en que la reforma se extiende en el tiempo y aumenta la gradualidad de su implementación. En otras palabras, parece más fácil valorar los resultados de reformas que han introducido una gran cantidad de modificaciones en un periodo corto, como Colombia, que aquellas que lo han hecho en forma paulatina durante varias décadas. Y ello porque el efecto acumulativo de los cambios no es fácil de identificar y porque la intervención de factores diferentes al proceso de reforma es más alto. Lo anterior es coincidente con el hecho de que Colombia sea el único país que expresó la posibilidad de atribuir efectos causales a los cambios introducidos.

Los resultados presentados muestran que las reformas no parecen haber conseguido un efecto globalmente positivo sobre el sector. La situación descrita, muestra la complejidad de los procesos y la influencia del contexto en el éxito de las reformas.

No ha sido posible establecer concordancia entre los contenidos o la génesis de la reforma con los resultados alcanzados, debido a la falta de información en el seguimiento de los procesos y en la valoración de los resultados.

El estado actual de los procesos de reforma descritos muestra la implementación de modelos con un fuerte componente de aseguramiento en *Chile* y *Colombia*. *Chile* combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo y ambos componentes comparten una fuente de financiamiento constituida por el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados. *Colombia* tiene un esquema de seguro conformado por dos regímenes (contributivo y subsidiado) que cubre alrededor del

50% de la población y que se financia con aportes de empleadores y trabajadores el primero y con fondos provenientes de esta misma fuente más otros recursos del estado, el segundo. Entes públicos y privados participan tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios de salud. El sistema manifiesta en la actualidad problemas de equidad y de sostenibilidad financiera.

Se observan sistemas constituidos por los tradicionales subsistemas público, privado y de la seguridad social en *Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela*, los cuales no operan de forma suficientemente integrada. *Bolivia* ha ensayado y evaluado un Seguro Básico de Salud (aplicado a población no asegurada por la seguridad social) y tiene, además, en discusión un proyecto de ley sobre seguro universal que pretende extender el seguro básico a toda la población. En *Venezuela* se ha formulado la Ley Orgánica de Salud (actualmente en discusión), que pretende entre otras cosas integrar en un mismo régimen todas las instituciones, órganos y establecimientos públicos que suministran programas y servicios de salud dentro del sistema de seguridad social, creando el subsistema de seguridad social en salud.

En resumen, con la parcial excepción de Chile, el resto de los países de la subregión no ha resuelto adecuadamente aún la combinación de débil rectoría, segmentación del sector, fragmentación de las redes de servicios y predominio del gasto privado (en particular, del pago directo de bolsillo) que, salvo en unos pocos casos, caracterizan a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ PAHO Executive Committee of the Directing Council, 26th Meeting of the Subcommittee on planning and programming: “Progress of activities in health sector reform”, SPP27/7 (eng.), Washington DC, 25-27 March 1996

² Berman, P.: “Health Sector reform: making health development sustainable”, *Health Policy* 32 (1995) 13-28

³ Saltman, R.B; Figueras, J.: “Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales”, EURO-OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo (esp.), Madrid, 1997, págs 2-4.

⁴ BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, FNUAP, UNICEF, USAID: “Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud. Informe de la Reunión. 29-30 Sep. 1995”, OPS-HSD, Washington DC, Jun. 1996, 156 págs.

⁵ OPS/OMS: “La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial”, (esp. e ing.), Washington DC, 1997, 31 págs.

⁶ OPS/OMS: 41 Consejo Directivo: “Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Reforma del Sector Salud,” CD41/145, San Juan, Puerto Rico, 27 septiembre – 1 octubre 1999.

⁷ OPS/OMS 124 Sesión del Consejo Ejecutivo, Resolución CE 124.R8 Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Reforma del Sector Salud,” Washington DC 21-25 junio 1999.

⁸ PAHO. Lineamientos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la región. Washington, D.C., 1998, 39 páginas.

⁹ Frenk, J: “Comprehensive policy analysis for health system reform”, *Health Policy* 32 (1995) 257-277

¹⁰ Infante, A.: “La elaboración de perfiles de sistemas de servicios de salud y el seguimiento y evaluación de las Reformas del Sector como instrumentos para el desarrollo de políticas sanitarias en las Américas”, en: “Mesa Redonda sobre Investigación en Salud pública y Desarrollo. Jornadas de Cooperación Sanitaria: Salud, la clave del Desarrollo. 29 Jun.-1 Jul.”, Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS y AECL, (mimeo) Madrid, 1998

¹¹ La primera edición del Perfil de Bolivia fue concluida en enero de 2001.

¹² Para mayor información con respecto a datos suministrados por los países favor referirse a las citas bibliográficas indicadas en los perfiles respectivos disponibles en la página web (<http://www.lachsr.org>)