LAC RSS
INICIATIVA REFORMA SECTOR SALUD

Volumen I, Número 1 Septiembre 1999

REFORMA EN MARCHA

REFORMA EN MARCHA

Un boletín para la diseminación de información sobre la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe

ACERCA DEL BOLETÍN...

La idea de *REFORMA EN MARCHA* fue concebida por la necesidad de producir un boletín de información para la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (la "Iniciativa"). ***El boletín es publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en consulta con los otros "Socios" de la Iniciativa: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), «Partnerships for Health Reform» (PHR), «Data for Decision Making» (DDM) y «Family Planning Management Development» (FPMD).***

El propósito de la Iniciativa es proporcionar apoyo regional a los procesos nacionales de reforma del sector salud (RSS), con la intención de promover el acceso equitativo a los servicios básicos de salud en América Latina y el Caribe (ALC). El boletín apoya este propósito al difundir activamente la información sobre RSS y el desarrollo de la Iniciativa, ayudando a posicionar las reformas relevantes del sector entre las audiencias, y promoviendo el establecimiento de una red entre las instituciones y los individuos involucrados en los procesos de reforma de la salud.

El título *Reforma en Marcha* da la idea de que la reforma es un proceso dinámico que está evolucionando continuamente. El contenido se organiza en seis secciones que destacan las dimensiones múltiples del trabajo de la Iniciativa. La *Página Editorial* contiene comentarios editoriales y comentarios invitados pertinentes a la Iniciativa. La *Sección Especial* enfatiza los temas de especial interés en la reforma del sector salud. La sección *Herramientas de la Reforma de Salud* presenta la utilidad de herramientas y metodologías desarrolladas por los socios. La sección *Enfoque en Actividades de la Iniciativa* describe los acontecimientos que abordan los temas importantes en la reforma sectorial. *Crónica de País* enfatiza actividades específicas en los países de ALC. Finalmente, la *Guía de Recursos* proporciona información acerca de los recursos y los servicios disponibles que tiene la Iniciativa.

Es nuestro deseo que usted encuentre este boletín tanto informativo como interesante y esperamos contar con su apoyo y retroalimentación.

EDITORIAL: REESTRUCTURANDO LOS SISTEMAS DE SALUD— UNA AGENDA PARA CAMBIOS

En la Región de las Américas, el término *reforma del sector salud* se ha usado para describir un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad en su ejecución, de modo que logre la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Los países de las Américas han identificado cinco principios orientadores: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, y participación social. Todos ellos representan objetivos que ayudan a determinar la direccionalidad de las reformas planificadas o actuales.

A lo largo de la última década, los países en América Latina y el Caribe han estado introduciendo reformas en el sector salud, pero la naturaleza de estas reformas es bastante diversa y se han observado variaciones importantes en la dinámica y contenidos de los cambios incorporados. Estos cambios pueden influir profundamente tanto en la forma en que se prestan los servicios básicos de salud como en quien los recibe, y los países están buscando mecanismos sistemáticos para analizar los procesos y evaluar sus consecuencias.

Mientras que el Siglo XX se acerca a un cierre, muchos países en la Región continúan enfrentando problemas como el acceso inequitativo a los servicios básicos de salud, la falta de coordinación entre las

continúa en la última página

Foto: Ceremonia de clausura del Foro Regional Andino sobre Reforma del Sector Salud en Bolivia, del 5 al 6 de julio de 1999. De izquierda a derecha: Dr. Daniel López-Acuña, Director, División de Sistemas y Servicios de Salud, OPS; Dr. Armando López Scavino, Representante (Interino), OPS, Bolivia; Dr. Freddy Terrazas, Prefecto, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; Dr. Guillermo Cuentas Yañez, Ministro, Ministerio de Salud y Previsión Social, Bolivia; Dr. José Heinicke Bruno, Viceministro de Salud, Bolivia; Sra. Karen Cavanaugh, Asesora de Sistemas de Salud y Coordinadora de la Iniciativa RSS ALC, USAID.

EN ESTE NÚMERO

Página editorial 1
Sección especial 2
Herramientas de la reforma de salud 3
Enfoque en actividades de la iniciativa 6
Crónica de país 8
Guía de recursos 10

Reforma del Sector Salud y Mecanismos de Pago

La determinación y aplicación de nuevas formas de pago a proveedores constituyen un componente esencial de los procesos de reforma que se están llevando a cabo en el sector salud en las Américas. Cada mecanismo de pago implica un determinado conjunto de incentivos y cierto nivel de riesgo financiero. Estos son factores que determinan el comportamiento del proveedor y, por consiguiente, influyen en los resultados finales. Tienen una repercusión directa en el desempeño de los sistemas y servicios de salud, no solo en función de lograr algunos de los objetivos declarados de la reforma sectorial, sino también en las metas de eficiencia y calidad, y la contención de costos.

Financiamiento por presupuestos anuales

La mayor parte de los hospitales públicos de América Latina y el Caribe son financiados por presupuestos anuales que se determinan en forma centralizada. Estos establecimientos no tienen incentivos para lograr una mayor eficiencia, controlar los costos o mejorar la calidad. No hay ninguna recompensa por funcionar eficientemente, como tampoco hay sanciones por la gestión deficiente.

Pago por servicios prestados

Elegir un mecanismo de pago para reembolsar a los hospitales por servicios prestados tiene ventajas y desventajas. Si los pagos generados son más de lo que se necesita para cubrir los costos, los hospitales no tienen incentivos para controlar costos o eliminar servicios innecesarios. Bajo este tipo de régimen, cabe prever un aumento de servicios de diagnóstico en comparación con regímenes que utilizan otros mecanismos de pago. También cabe prever que aumentará el gasto total por atención médica.

Pago por procedimiento

La opción de un sistema de pago por procedimiento tiene fuertes incentivos para controlar los costos y mejorar la eficiencia. Se paga a los hospitales una suma global para tratar a un paciente con un procedimiento específico. El pago incluye los días de hospitalización, tiempo de sala de operaciones, médico, enfermera, servicios de laboratorio, medicinas, pruebas de diagnóstico y costos administrativos hospitalarios. Esta forma de pago genera fuertes incentivos para hacerse más eficiente porque el hospital se puede quedar con la cantidad excedente. Esto resulta ser especialmente eficaz en ambientes donde los médicos que trabajan en hospitales pueden ser compensados por su desempeño. Hay incentivos enormes para controlar costos, pero pocos para sustituir el tratamiento en hospitales por procedimientos de atención ambulatoria o para innovar mediante la creación de nuevos procedimientos para tratar un diagnóstico dado.

Pago por día de estadía

La opción de pagar a los hospitales una cantidad fija por día de estadía puede conducir a un aumento de costos y al uso inapropiado de recursos. En general, los primeros días de la estancia hospitalaria son los más costosos y los hospitales podrían tratar de recuperar costos dejando a los pacientes hospitalizados más tiempo de lo necesario.

Pago asociado al diagnóstico

Sustentar los pagos según el diagnóstico puede generar fuertes incentivos para controlar costos y mejorar la eficiencia. Los hospitales reciben una suma global para tratar a un paciente con un diagnóstico específico. Al igual que en el mecanismo de pago por procedimiento, el pago relacionado con el diagnóstico cubre todos los servicios que el paciente necesita mientras está hospitalizado. Este mecanismo incluye un incentivo adicional para desarrollar procedimientos más eficaces en función de los costos para atender a un paciente con un diagnóstico determinado.

Finalmente, es preciso destacar un concepto que es fundamental para que el desarrollo de mecanismos de pago a proveedores contribuya al logro de los objetivos específicos de las reformas sectoriales en salud. Tanto la cantidad como la calidad de los servicios están determinadas por la forma en que se compensa a los proveedores. Los cambios en los mecanismos de pago pueden tener un efecto considerable sobre los incentivos creados en un sistema de salud. ◆

Estudios de Descentralización: "Espacio de Decisión" y Desempeño

La descentralización es un componente de muchas políticas nuevas de la reforma de salud. Sin embargo, aún no se conocen bien los elementos cruciales de la descentralización eficaz.

Como parte de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, el Proyecto *Data for Decision Making* de la Escuela de Salud Pública de Harvard, bajo la dirección de Thomas Bossert, ha elaborado una metodología para evaluar la descentralización de los sistemas de salud. Este método, denominado el Enfoque de Espacio de Decisión, se centra en definir la gama de opciones (menores o mayores) sobre una serie de funciones (financiamiento, organización de servicios, recursos humanos, focalización y gobernabilidad) relativas a las cuales se permite a los encargados locales adoptar decisiones (ver cuadro). También intenta determinar las clases de opciones innovadoras que los funcionarios locales eligen dentro de esta autoridad formal y posteriormente evaluar el desempeño del sistema descentralizado. Por ejemplo, si un gobierno local agrega sus propios recursos al sistema de salud ¿mejoran estos nuevos recursos la equidad, eficiencia, calidad y solvencia financiera del sistema local?

Usando este método, el Proyecto ha trabajado con equipos de investigadores locales en Chile, Bolivia y Colombia para realizar una investigación aplicada de estas importantes experiencias en descentralización. Cada sistema es significativamente diferente. El "espacio de decisión" permitido a los encargados locales de adoptar las decisiones varía de un país a otro y cambia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en Bolivia se permite a los municipios decidir la proporción del financiamiento del gobierno central que se asigna al sector salud, mientras que en Chile no tienen autoridad sobre los fondos centrales, pero pueden entregar al sector salud recursos generados a través de impuestos locales. También es importante destacar que el "espacio de decisión" chileno en recursos humanos fue mayor en los años ochenta que de mediados hasta fines de los noventa, después que una ley nueva restringió las opciones en cuanto a contratación, despidos y sueldos.

	Gama de opciones		
Funciones	**Menor**	**Moderada**	**Mayor**
Finanzas			
Fuentes de ingresos	→	→	→
Asignación de gastos	→	→	→
Ingresos por honorarios y contratos	→	→	→
Organización de servicios			
Autonomía del hospital	→	→	→
Planes de seguro	→	→	→
Mecanismos de pago	→	→	→
Contratos con proveedores privados	→	→	→
Programas/normas necesarias	→	→	→
Recursos humanos			
Sueldos	→	→	→
Contratos	→	→	→
Administración pública	→	→	→
Reglas de acceso			
Focalización	→	→	→
Reglas de gobernabilidad			
Juntas directivas	→	→	→
Establecimientos de salud	→	→	→
Participación comunitaria	→	→	→

Los resultados preliminares de estos estudios indican que la descentralización no ha producido cambios significativos en el desempeño: no es la panacea que sus partidarios proclaman, ni el desastre que sus detractores sugieren. Sin embargo, se desprenden algunas enseñanzas claves que son importantes para el diseño y la ejecución de la descentralización. Las desigualdades del gasto entre los municipios pueden modificarse mediante la creación de fondos de igualación como el Fondo Común Municipal de Chile. En Bolivia, donde el gobierno central no tiene tanta capacidad para hacer cumplir las reglas de la descentralización, el mejor desempeño a nivel local es el resultado de iniciativas individuales de funcionarios particularmente motivados. Los municipios sin este liderazgo tienden a tener dificultades. Esto indica que la capacidad institucional del Estado puede condicionar la eficacia de la descentralización, y que es preciso prestar más atención a las necesidades de control y seguimiento de la descentralización en Estados con una capacidad débil de hacer cumplir las leyes.

Cuando finalicen los estudios, se llevarán a cabo seminarios en cada país para presentar los resultados. En Washington, D.C. se celebrará un seminario internacional para presentar un informe resumido sobre los tres países. Se formularán lineamientos para las opciones de política acerca de la descentralización y para realizar evaluaciones de país basadas en el método del espacio de decisión. Además, se están preparando estudios de casos para utilizarse en un libro sobre descentralización. El método mencionado se publicó como un artículo en la revista *Social Science and Medicine* y se ha incorporado en el Curso Piloto del Banco Mundial sobre Reforma del Sector Salud. ◆

La Red de América Latina y el Caribe para Cuentas Nacionales de Salud

Los periódicos de todo el mundo informan frecuentemente sobre huelgas de personal de salud, escasez de ambulancias o reportajes acerca de personas que no pueden obtener atención de salud. Aunque los gobiernos tratan muy en serio de resolver estos problemas, las dificultades fundamentales que afectan a los sistemas nacionales de salud son sumamente complejas. La falta de información exacta sobre los recursos financieros del sector salud complica aún más la situación. *Partnerships for Health Reform* (PHR) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han estado introduciendo las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) como una herramienta analítica para obtener este tipo de información y diseminarla a los equipos técnicos y a los responsables de formular las políticas de América Latina y el Caribe.

Las CNS recolectan datos de financiamiento y gastos nacionales en salud de servicios de públicos y privados de salud; describen cómo se generan y gastan los recursos financieros para la salud; hacen seguimiento al flujo de gastos, y vinculan las fuentes de los fondos con los proveedores de servicios y usuarios. Esta información es imprescindible para los responsables de las política que son los que determinan la asignación de recursos en el sector salud.

Aunque cada país puede y ha abordado estos temas por cuenta propia, la colaboración interpaíses para el desarrollo de las CNS ha reportado beneficios considerables. Entre abril de 1997 y julio de 1998, PHR y la OPS reunieron equipos técnicos de ocho países para formar la red de América Latina y el Caribe de CNS. Tres talleres regionales proporcionaron a estos equipos la oportunidad de aprender la metodología de CNS, formular un marco conceptual regional, establecer definiciones comparables y fuentes de datos, y colaborar en la solución de los problemas que

continúa en la página 4

Resultados Ilustrativos del Análisis de las CNS en Países de la Red de ALC:

Bolivia: *Los hogares representan 31% del gasto total; de éste, la mayor parte (91%) es gestionado por los hogares y una gran proporción (59%) se destina a medicamentos. Esto probablemente revela carencia de medicamentos en los establecimientos del gobierno y de la seguridad social, donde los medicamentos y servicios médicos se dispensan en forma gratuita.*

Ecuador: *Aunque el gasto global de salud se divide por igual entre atención primaria (33%), secundaria (30%) y terciaria (37%), el gasto del hogar está muy inclinado hacia la atención primaria (43%) y secundaria (51%).*

El Salvador: *Los hogares fueron los contribuyentes principales (53%) al gasto de salud, y el 40% de este gasto provino de familias que vivían en la pobreza.*

encuentren cuando cada uno establezca sus cuentas. Los países participantes fueron Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana. Representantes técnicos de Haití, Jamaica y Honduras asistieron al tercer taller regional para familiarizarse con la metodología de las CNS y aprender sobre el posible uso de la información que emerge de las mismas.

En 1999 se realizó una reunión en El Salvador con la participación de donantes internacionales, encargados de formular políticas regionales, y personal técnico de 11 países de ALC. Este seminario centró su atención en las iniciativas nacionales para institucionalizar las CNS, en la necesidad de aumentar su relevancia en la toma de decisiones de política, de incorporarlas en la formulación de políticas, y de comunicarlas eficazmente a los responsables de las políticas en América Latina y el Caribe. Los participantes destacaron la necesidad y los beneficios de las CNS para la planificación del sector salud, así como la necesidad de prestar más atención a las necesidades específicas de los equipos técnicos a medida que éstos continúen implementando las CNS en sus respectivos países.◆

Fortalecimiento de la Capacidad Organizacional para Participar en la Reforma del Sector Salud: Uso de la Herramienta para la Gestión y Sostenibilidad Organizacional (MOST)

Una de las estrategias de la Iniciativa de RSS ALC es fortalecer la capacidad de las instituciones para afrontar los retos de la reforma mejorando las prácticas y los sistemas de gestión. Para apoyar esta estrategia, en el marco de la Iniciativa, Family Planning Management Development Project (FPMD) del Management Sciences for Health (MSH) ha difundido y aplicado la herramienta para la gestión y sostenibilidad organizacional (MOST). El paquete MOST está diseñado para facilitar las autoevaluaciones de gestión y apoyar el desarrollo de estrategias de mejoramiento de la gestión.

Historia

MOST se basa en un marco de desarrollo institucional elaborado por FPMD y considera los componentes claves para la gestión y sus correspondientes etapas de desarrollo. Ayuda a una organización a enfocar su atención en las características principales de su gestión, identificar estrategias para su mejoramiento, y fijar prioridades para el desarrollo gerencial.

MOST se ha usado en organizaciones de planificación de la familia, sitios de prestación de servicios del sector público, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales (ONG) y programas de VIH/SIDA en Brasil, Eritrea, Estados Unidos, Haití, Paraguay, Tanzanía y Zambia. Sobre la base de estas experiencias, se ha visto que es posible modificar con éxito el instrumento original para adaptarlo a un contexto dado.

Estructura

- Taller de 3 ó 4 días con un facilitador externo.
- Aproximadamente 12 a 25 participantes representando una muestra de personal y miembros de juntas directivas con distintos grados de responsabilidad (personal principal, personal del nivel central, proveedores de servicios, etc.).

Proceso

- Las experiencias individuales y colectivas se comparten como un primer paso.
- Luego se crea consenso.
- Los productos finales son una instantánea del estado actual de la gestión en su organización y un plan de acción para el desarrollo gerencial continuo.

Beneficios

- Proporciona un marco de referencia y un punto de partida para el examen institucional de las prácticas de gestión.
- El proceso abierto valida las aportaciones de cada participante.
- Se alienta a los participantes a expresar sus puntos de vista y a escuchar cuidadosamente a sus colegas.
- Busca consenso sobre dónde está situada la organización con respecto a las áreas gerenciales claves, dónde debe estar y cómo llegar allí.◆

Perfiles de Sistemas y Servicios de Salud y Seguimiento y Evaluación de la Reforma del Sector Salud

La capacidad de dar seguimiento y retroalimentación sobre los procesos de reforma del sector salud es un componente principal de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud de ALC. Con este fin, la OPS ha desarrollado un marco de referencia para evaluar el progreso de las iniciativas de reforma en América Latina y el Caribe. Este marco constituye la base para el seguimiento de la reforma sectorial dentro de los "perfiles de los países sobre sistemas y servicios de salud".

Los perfiles se preparan siguiendo lineamientos que los hacen objetivos, concisos y fáciles de actualizar. Tanto el contenido como la presentación están diseñados para facilitar su uso a los responsables de tomar decisiones en los niveles nacional y subnacional, así como para favorecer las comparaciones internacionales. Cada perfil describe y analiza sistemáticamente la estructura y dinámica del sistema nacional de servicios de salud, incluyendo las reformas que se han introducido. Sólo se incluyen los temas que se consideran esenciales, quedando a discreción de los países que usan los perfiles, los análisis más detallados de otros temas.

Desde octubre de 1997, fecha en que se redactó la primera versión del marco de referencia, la metodología se ha revisado y aplicado en todos los países que son parte de la Iniciativa, así como en otros países de la Región, para establecer una línea de base para el seguimiento de las reformas. Posteriormente, se han producido versiones actualizadas. Es así como entre agosto de 1998 y julio de 1999, se completaron los segundos perfiles de 18 países, los cuales están accesibles a través de Internet en inglés y español o portugués. Para fines de 1999 está prevista una revisión integral de los lineamientos. Las revisiones reflejan el esfuerzo continuo de los profesionales de la OPS y sus contrapartes nacionales de realizar el seguimiento de los cambios del sector salud.

Enseñanzas aprendidas del seguimiento de la dinámica y el contenido de los procesos de reforma

Beneficios

- Se captan sistemáticamente datos que quizá de otra manera se perderían o seguirían dispersos.
- La información recopilada facilita los análisis y discusiones sobre la reforma del sector salud en entornos multidisciplinarios y permite evaluaciones de las mismas.
- Los perfiles de país son consultados por distintos actores que los consideran útiles.

Necesidades futuras

- Analizar la información a nivel regional.
- Aumentar la participación de las contrapartes nacionales.
- Desarrollar análisis más detallados sobre algunos temas particulares.

Resultados preliminares de la evaluación de los datos disponibles encontrados de la reforma

Tendencias positivas

- Disminución de la brecha en la cobertura de algunos servicios básicos de salud.
- Introducción de mecanismos más eficientes para asignar recursos.
- Mayor participación social en diferentes niveles del sistema de salud.

Tendencias negativas

- Ausencia de repercusión sustancial en el mejoramiento de inequidades en la distribución de recursos.
- Falta de pruebas de que las reformas han aumentado la eficacia y calidad en los establecimientos de salud públicos.
- Ninguna correlación evidente entre mayor legitimidad social y sostenibilidad financiera en los programas de salud existentes.

Requisito constante

- Mejorar la disponibilidad de información sobre el acceso equitativo y la utilización de servicios de salud.

A medida que los procesos de reforma sigan progresando en la Región y se vayan completando más perfiles, las conclusiones probablemente cambiarán. Un proceso integrado de aplicación, retroalimentación y revisión de este instrumento ayuda a mantener perfiles actualizados que son útiles para las autoridades de salud, los profesionales, los consultores, las ONG, los investigadores y los académicos.◆

Enfoque en Actividades de la Iniciativa

Reuniones de Asesoramiento Técnico y de Consulta

El Grupo de Asesoramiento Técnico (TAG) abogó por mayores intercambios "sur-a-sur" (basado en los países de ALC) y por trabajar más con las instituciones locales.

Un grupo de expertos internacionales, se reunió con los miembros del comité directivo de la Iniciativa ALC en Virginia E.U.A, en abril de 1999, para proporcionar retroalimentación de cómo la Iniciativa puede planificar sus actividades para apoyar más eficazmente los procesos de reforma regional. Los miembros del TAG apoyaron varias estrategias para el fortalecimiento de la capacidad regional, incluyendo:

- Trabajar conjuntamente con centros de entrenamiento de ALC para desarrollar un "curso intensivo" sobre reforma del sector salud.
- Colaborar con los centros de investigación de ALC para llevar a cabo estudios de temas prioritarios.
- Organizar más viajes de estudios para los países seleccionados con el fin de compartir experiencias de la reforma.
- Utilizar estudios de caso y talleres regionales para desarrollar y diseminar instrumentos.

Reuniones de expertos aportaron valiosa retroalimentación para enriquecer el marco de seguimiento de los procesos de reforma del sector salud.

Expertos de los países de ALC, agencias internacionales e instituciones académicas, se reunieron en Washington, D.C. en Mayo de 1998 y Abril de 1999, para revisar los indicadores y variables usados en la metodología. Sus contribuciones colaboraron en lo siguiente:

- Describir y analizar la *dinámica* de la reforma, ej., las características de las diferentes fases en el proceso de reforma y los principales actores envueltos.
- Hacer el seguimiento del *contenido* de la reforma, incluyendo las diferentes estrategias designadas y las acciones tomadas con respecto a temas claves del proceso de reforma de salud.
- Evaluar los *resultados* de la reforma, o la medida en la cual el proceso de reforma puede mejorar la equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación social.◆

Foros y Talleres Regionales/Subregionales

El foro subregional andino sobre reforma del sector salud se enfocó a los retos que para los gobiernos representa el surgimiento de nuevos actores y tendencias en el sector salud.

Delegados de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, se reunieron en Santa Cruz, Bolivia, en Julio de 1999 para compartir experiencias e intercambiar ideas. Los participantes analizaron las situaciones en sus propios países e hicieron propuestas en cuanto al que hacer en las siguientes áreas:

- El rol del Estado y la separación de funciones en financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.
- El rol rector de los ministerios de salud, la necesidad de fortalecer la capacidad reguladora y ejercer liderazgo en funciones esenciales de salud pública.
- Los problemas de proveer cobertura universal con diferentes modelos de seguro.
- El seguimiento de los procesos de reforma del sector salud.

El foro regional sobre mecanismos de pago a proveedores examinó el impacto de incentivos económicos en el comportamiento de proveedores y la prestación de servicios.

Representantes de instituciones que tienen que tratar con la dinámica de las relaciones entre pagadores y proveedores de servicios de salud, estuvieron dos días en Lima, Perú en noviembre de 1998, para revisar el pensamiento actual sobre mecanismos de pago. Se propuso un modelo analítico para caracterizar diferentes tipos de sistemas de pago a médicos y hospitales, utilizando los siguientes criterios para evaluar cada mecanismo:

- Unidad de pago
- Características y efectos previsibles
- Incentivo económico básico
- Relación a la eficiencia
- Distribución de riesgos financieros
- Relación a la calidad
- Posibilidades de acción pública

Talleres técnicos regionales abordaron la necesidad de contar con estrategias para asegurar la sostenibilidad de cuentas nacionales de salud en los países de ALC.

Equipos de cuentas nacionales de salud (CNS) concurrieron a dos talleres —uno en República Dominicana, en junio de 1998, y el otro en El Salvador, en mayo de 1999— para articular y desarrollar planes para la continuación exitosa de las actividades de las CNS. Se enfocaron dos áreas de actividades:

- La institucionalización de cuentas nacionales de salud. Esto, permitirá a los países de ALC desarrollar capacidad a largo plazo para implementar las CNS de forma regular.
- La vinculación de las cuentas nacionales de salud a los procesos de política. Las CNS tienen el potencial de informar a los responsables de las políticas sobre temas claves de políticas para asegurar su viabilidad.◆

Foto: Delegados de los países de la Iniciativa asistiendo a una clase de Visita de Estudio sobre el Proceso de Reforma del Sector Salud en la Región de San Miguelito en Panamá.

Visitas de Estudio

Análisis de autonomía hospitalaria y descentralización regional en Panamá: Una visita al proyecto de San Miguelito

La OPS condujo dos grupos de estudio a Panamá —el primer grupo integrado por delegados de Bolivia, República Dominicana y Nicaragua fue en marzo de 1999; el segundo grupo, con delegados de El Salvador, Honduras y Jamaica fue en mayo de 1999.

Los participantes visitaron diferentes sitios dentro de la región de salud de San Miguelito, la que se encuentra en la zona metropolitana de la ciudad de Panamá. Los lugares visitados incluyeron el Ministerio de Salud, el Hospital San Miguel Arcángel, el Centro de Salud San Miguelito, policlínicas y centros de promoción de la salud. Las lecciones aprendidas incluyeron:

Foto: Personal del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia, enseña a los participantes de la Visita de Estudio acerca de los procesos de estandarización para los servicios de limpieza de salas de hospitales.

- La importancia del consenso político en el éxito de proyectos de reforma, como se demostró en la alianza estratégica entre el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social.
- Los logros y problemas encontrados con la separación del financiamiento, compra y provisión de servicios de salud.
- Los beneficios asociados con el incremento de la autonomía de gestión del hospital público, el fortalecimiento de los servicios de atención primaria, y el aumento de la participación comunitaria en temas de salud.

Análisis de los aspectos administrativos, financieros y de gestión de la reforma hospitalaria en Colombia: Aprendiendo de la experiencia de Colombia

PHR condujo dos grupos de estudio a Colombia —el primer grupo integrado por participantes de Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Paraguay fue en febrero de 1999, el segundo grupo, con participantes de El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú fue en abril de 1999.

Los participantes visitaron ocho hospitales en Bogotá y Medellín y lograron tres objetivos básicos:

- Lograr un sólido entendimiento de la experiencia de la reforma hospitalaria de Colombia.
- Utilizar este conocimiento para implementar nuevas políticas y programas de reforma hospitalaria en sus países.
- Crear una red para colaboración continua con profesionales de la Región de ALC que estén trabajando en reforma del sector salud.◆

VISITAS Y "BYTES" POR PAÍS

Un análisis de visitas a la página Web del "Clearinghouse" por los países seleccionados para la Iniciativa

Desde que la página de la Iniciativa fue inaugurada en la Web en febrero de 1998, se han registrado casi 300,000 visitas y el número total de bytes transferidos ha excedido los 2.300 millones. El promedio de visitas por día ha aumentado 52%, y los bytes transferidos han aumentado 220% durante los últimos seis meses.

¿QUIÉN ESTÁ VISITANDO EL *CLEARINGHOUSE*?

Entre febrero de 1998 y agosto de 1999, por lo menos 68% de las visitas se originaron de sitios internacionales de internet, desde Canadá hasta Nueva Zelandia, incluyendo países en Centroamérica, América del Sur, el Caribe, Europa, África, Medio Oriente y Asia. Entre las visitas por país, 11 de los 13 países seleccionados para la Iniciativa estuvieron entre los 50 que más visitas hicieron, siendo México el usuario más frecuente de todos. La figura 1A muestra el número de visitas registradas por cada uno de los países seleccionados.

Dado los distintos tamaños de población de los países, se determinó el número de visitas per cápita. La figura 1B muestra el acceso a la página *Web* de acuerdo al número de visitas por un millón de personas. Al modificarse las cifras para incluir el tamaño de la población, República Dominicana quedó en primer lugar, Nicaragua en un distante segundo lugar, seguida muy de cerca por México y Perú.

Figura 1A: Acceso a la Web por Número de Visitas

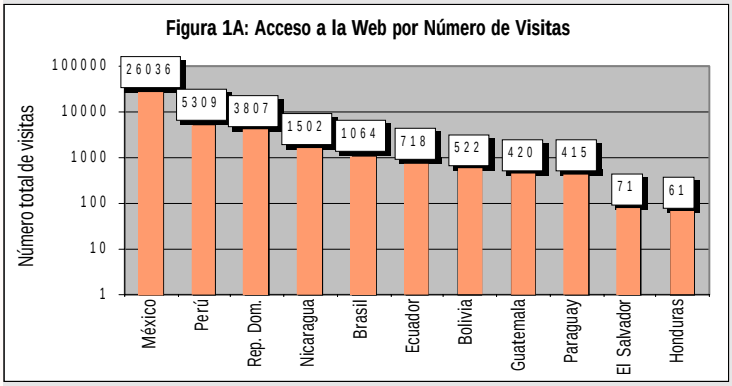
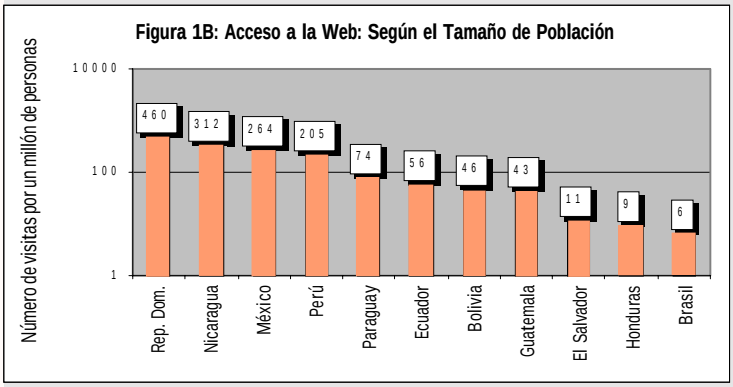


Figura 1B: Acceso a la Web: Según el Tamaño de Población



¿A DÓNDE SE DIRIGEN LAS VISITAS DEL *CLEARINGHOUSE*?

Las páginas en español fueron visitadas con mayor frecuencia y representaron casi el 78% del total de visitas. El Tesauro en español recibió el mayor número de visitas. (*Ver figura 2 en la página siguiente*).

Dentro de los perfiles de país, el formato *htlm* fue el más usado. A partir de enero de 1999, se introdujo el formato *pdf* como una opción para bajar archivos del Internet.

Queda pendiente de verse cuál medio será más popular a largo plazo.

¿CUÁNDO SE VISITA EL *CLEARINGHOUSE*?

Se ha visto un patrón constante de utilización a lo largo de los meses, días y horas, con una tendencia al aumento en la frecuencia de visitas de 1998 a 1999. El acceso máximo se registró en octubre / noviembre de 1998 y marzo / abril de 1999. El acceso promedio es de 630 visitas por día durante los días hábiles y de alrededor de 425 visitas los fines de semana. Las visitas al *Clearinghouse* son bastante constantes a lo largo del mes, con la excepción del último día del mes en que disminuyen notablemente. Las horas de mayor afluencia se agruparon entre las 12 del mediodía y las 9 p.m. (hora estándar del Este de los E.U.A.).

La figura 3 (*página siguiente*) muestra el número promedio de visitas por día, y el total de *bytes* transferidos durante los últimos 17 meses.

¿CÓMO NOS PUEDE AYUDAR ESTA INFORMACIÓN?

Nuestro objetivo es mejorar la difusión de información para apoyar procesos de reforma del sector salud en la Región de las Américas. En los próximos meses esperamos que mediante el aumento de retroalimentación de parte de los usuarios y con un seguimiento más exhaustivo, el *Clearinghouse* puede mejorarse. Para aquellos que ya están usando nuestra página *Web*, comentarios y sugerencias sobre sus actuales y futuros temas de interés nos permitirá hacer los cambios y mejoras necesarios. Para áquellos que no son usuarios regulares del *Clearinghouse*, queremos encontrar formas para aumentar su interés. Usted puede ayudarnos visitando nuestro *Clearinghouse* en: http://www.americas.health-sector-reform.org y enviándonos sus comentarios.◆

BOLIVIA: UN ACERCAMIENTO INNOVADOR PARA SALVAR MADRES Y NIÑOS

El alto índice de mortalidad maternoinfantil ha sido uno de los problemas de salud más persistentes que ha afrontado Bolivia durante los últimos decenios. La tasa de mortalidad materna es de 371 por 100.000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad infantil son igualmente preocupantes: 83 por 1.000 nacidos vivos.

*El **Seguro Nacional Boliviano para Madres y Niños (SNMN)** fue creado a mediados de 1996 para reducir la mortalidad maternoinfantil, mediante un aumento de la utilización de los servicios de salud formales. El programa proporciona servicios de salud maternoinfantil de primera prioridad en forma gratuita, eliminando de esa forma las barreras económicas a la atención de salud.*

Dos proyectos financiados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) —*Partnership for Health Reform* (PHR) y *Data for Decision Making* (DDM)— ayudaron al Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia a llevar a cabo una evaluación del SNMN, al término de su segundo año de operaciones. Los resultados y recomendaciones son los siguientes:

ÉXITOS DEL PROGRAMA

- En general, los esfuerzos de promoción del programa tuvieron éxito.
- La utilización de los servicios de salud maternoinfantil formales aumentó notablemente, especialmente con respecto a la atención de los partos en instituciones de salud y en el tratamiento de la neumonía en los niños menores de 5 años.
- La utilización de los servicios de salud aumentó notablemente entre los pobres y relativamente entre los adolescentes.
- El ascenso en la utilización de los servicios ha conducido a un mayor uso de la infraestructura de salud pública existente.
- Los establecimientos de atención primaria tienen ahora mayor control sobre los fondos y están mejor capacitados para satisfacer sus necesidades particulares de medicamentos y suministros.

RETOS Y RECOMENDACIONES

- El aumento del número de pacientes ha reducido la motivación de los trabajadores de salud. *Recomendación:* Establecer sistemas de incentivos que premien a los proveedores por la eficiencia y calidad de la atención.
- Las tasas de reembolso no cubren los costos reales de los establecimientos. *Recomendación:* Adoptar un sistema de contabilidad de costos que genere información para observar el desempeño, promover la eficiencia y reevaluar las tasas de reembolso.
- Los servicios gratuitos alientan a los pacientes a buscar atención en establecimientos de mayor nivel de complejidad. *Recomendación:* Establecer un sistema de referencia que proporcione incentivos a los pacientes para buscar primero servicios en establecimientos de atención primaria.
- Los reembolsos se demoran y son insuficientes. *Recomendación:* Simplificar el proceso administrativo para reducir los costos y acelerar los reembolsos.
- Los cambios sustanciales en las tasas y modalidades de utilización están afectando los requerimientos de financiamiento central y municipal, así como la mezcla de los sectores público y privado. *Recomendación:* Establecer un sistema de seguimiento continuo para la utilización, calidad, capacidad y la combinación de los sectores público y privado.◆

Figura 2: Tipo de Información Extraída

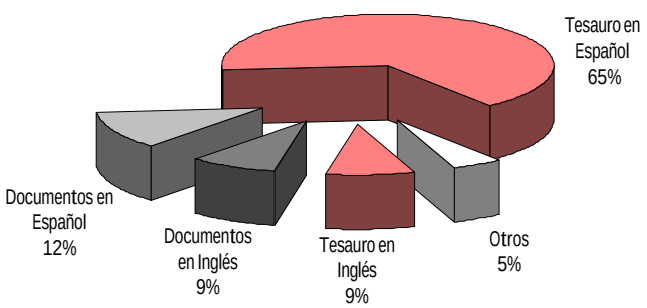
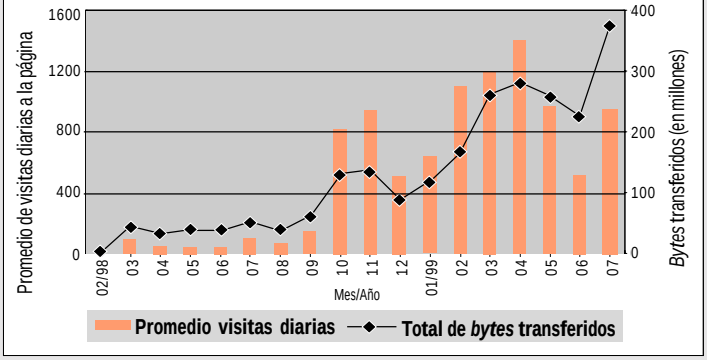


Figura 3: Estadísticas de Acceso



"Clearinghouse" en la Reforma del Sector Salud

¿Qué es el *Clearinghouse*?

- Es un punto focal de acceso a la información sobre los procesos de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe
- Sirve el objetivo de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RSS ALC) de recolectar información y diseminarla.
- Promueve entre los interesados la comunicación y el establecimiento de redes con el fin de apoyar los procesos regionales de la reforma del sector salud.
- Usa el Internet para proporcionar una amplia gama de recursos a los individuos y organizaciones interesados en el tema, incluyendo responsables de las políticas, autoridades nacionales, donantes al sector salud, directores de los programas de país, y expertos e investigadores trabajando en este campo.
- Se actualiza con regularidad para incorporar nueva información y responder a la retroalimentación de los usuarios.

¿Qué tipo de recursos ofrece el *clearinghouse*?

- El *Tablero de Noticias* de la RSS incluye un calendario de eventos a realizarse relativos a la reforma, e informa sobre el desarrollo de éstos en ALC, y sobre las actividades de la Iniciativa.
- La *Red de Principales Actores en la Reforma del Sector Salud* es una base de datos dinámica que facilita la interacción e intercambio de información entre la gente que trabaja en esta área.
- La *Ciber Biblioteca de Literatura Gris*, con la ayuda de un Tesauro sobre RSS, permite búsquedas en línea de una amplia base de datos bibliográficos sobre la reforma del sector salud, con énfasis en material no publicado.
- La sección *Políticas Nacionales sobre Reforma del Sector Salud* permite acceso a documentos oficiales de fuentes gubernamentales.

Visite el "Clearinghouse" en la página Web de RSS ALC en: http://www.americas.health-sector-reform.org.

- La sección *Información de País sobre la Reforma del Sector Salud* presenta perfiles de sistemas y servicios de salud en países de ALC, los que incluyen información sobre el seguimiento de los procesos de reforma.
- En la sección *Inventario de Productos de la Iniciativa de la RSS ALC* se presentan las herramientas y publicaciones producidas en el marco de la Iniciativa.◆

Tesauro sobre Reforma del Sector Salud y Base de Datos de Literatura Gris

¿Cuáles son sus recursos?

- El Tesauro es un glosario específico de indexación de los procesos de reforma del sector salud.
- La base de datos contiene referencias seleccionadas de material pertinente sobre la RSS proveniente de la Región, incluyendo artículos inéditos y de circulación limitada.

¿Cuáles son sus características principales y beneficios?

- El enlace con BIREME y su red de bibliotecas y centros de documentación de los ministerios de salud y universidades en toda la Región de ALC, le otorga una amplia gama de recursos y una vasta diseminación.
- Su incorporación dentro de la categoría de salud públlica del DeCS con la metodología LILACS, asegura cumplimiento con las normas internacionales de documentación.
- Las consultas permanentes con técnicos expertos en RSS, permiten ir adaptando el Tesauro a los cambios en el desarrollo de políticas y estrategias de la RSS.
- El control y estandarización de vocabulario promueven el rescatar las características lingüísticas especiales de la Región.

¿Cómo se usa el Tesauro?

- Sirve de guía en la búsqueda de términos más generales, restringidos y afines y también para aclarar descriptores ambiguos.
- Actúa como la fuente básica de descriptores para elaborar índices y así asegurar la uniformidad en el análisis de los temas en la base de datos de la literatura gris.

***Definiciones:**

BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
DeCS	Versión en castellano del MeSH® de la Biblioteca Nacional de Medicina de los E.U.A. que incluye una nueva categoría para Salud Pública (SP) preparada por BIREME y la subcategoría SP7 creada bajo la Iniciativa y dedicada exclusivamente a RSS
LILACS	Base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud

- Sirve de referencia conceptual para guiar la selección, recopilación, indexación y análisis de la documentación sobre los procesos de reforma del sector salud.

¿Cómo puede obtenerse la información?

- El formato electrónico está accesible en español e inglés en la página *Web* de la Iniciativa y se puede bajar del Internet.
- Versiones actualizadas que BIREME produce en CD-ROM están disponibles regularmente.◆

Red de principales actores en la reforma del sector salud

¿Cuál es el nuevo servicio en línea?

La red de actores principales en reforma del sector salud es una adición nueva y fascinante a la página *Web* del *Clearinghouse*. Esta base de datos sirve para facilitar la interacción y el intercambio de información entre personas que trabajan en el área de la reforma del sector salud. Está diseñada para permitir a los usuarios inscribirse en línea llenando un formulario corto de registro, el cual además de solicitar información para contacto futuro, les permite especificar los países y las áreas de reforma en las que están trabajando. Las búsquedas se pueden hacer según áreas de reforma, país, organización, nombre o cualquier combinación de éstos u otros campos.

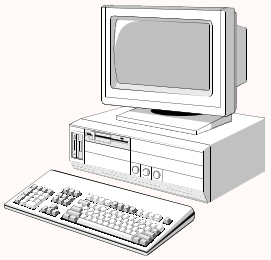
¿Cuáles son los beneficios?

Aunque todavía no se ha terminado, esperamos que en el futuro ustedes la usen para ampliar sus contactos con personas en el campo de la reforma del sector salud. Las personas que están involucradas en los procesos de reforma en la Región de ALC serán invitadas a inscribirse como miembros; se les dará un código privado para actualizar su información cuando lo requieran.

Cualquier persona interesada en el tema podrá entrar a la página *Web* para hacer búsquedas. Por ejemplo, usted podrá identificar a personas que trabajan en su área de interés dentro del país que le interesa, y encontrar información acerca de lo que están haciendo. También podrá encontrar direcciones de correo electrónico a las cuales podrá tener enlace directo desde la base de datos.

¿Cuándo estará listo?

Estamos en la etapa final y esperamos que el proceso de inscripción en línea sea accesible en octubre de 1999. El sistema de búsqueda se está probando actualmente y se prevé que empiece a funcionar en diciembre de 1999.◆



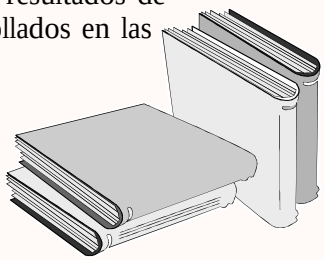
Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

¿Por qué producir una serie de publicaciones?

Además de proporcionar un mecanismo para difundir activamente importantes descubrimientos y adelantos que se producen como resultado de la Iniciativa, las publicaciones sirven como una especie de legado de las contribuciones de los socios.

¿De qué tratan las publicaciones?

Estas publicaciones cubren una amplia gama de temas los que incluyen metodologías, análisis comparativos, temas sobresalientes de conferencias, resultados de estudios, y otros temas desarrollados en las diferentes etapas de la Iniciativa.



¿A quién van dirigidas las publicaciones?

La mayoría de las publicaciones se difunden en un formato de “informe técnico” para facilitar su uso a profesionales y consultores del sector público y privado, instituciones académicas y centros de investigación. Además, existen las ediciones especiales que están enfocadas a una audiencia más amplia, tales como los responsables de formular las políticas nacionales y las autoridades gubernamentales de alto nivel.

¿Cómo se obtienen las publicaciones?

Las publicaciones están disponibles en forma impresa y electrónica en español, inglés o portugués. La versión electrónica puede verse en formato *pdf* y copiarse directamente de la página *Web* de la Iniciativa.◆

continúa de la página 1

instituciones y los sectores, y los recursos financieros insuficientes. Además, las tendencias demográficas y epidemiológicas, las innovaciones tecnológicas y los cambios culturales, todos estos, enfatizan la necesidad de reestructurar los servicios de salud y de reorientar los roles institucionales. Un proceso integral de reforma requeriría el desarrollo de nuevas competencias profesionales e institucionales, la elaboración de los instrumentos legales necesarios, así como la formulación de planes maestros bien diseñados para la inversión en salud.

El umbral del próximo milenio trae tanto un desafío como una oportunidad para establecer nuevas alianzas y fortalecer los compromisos para apoyar la reforma de la salud mediante el análisis, el seguimiento del proceso, el entrenamiento y otras actividades estratégicas para formar la capacidad. Este es el momento oportuno para fomentar más colaboración entre los gobiernos, las organizaciones de cooperación técnica y las instituciones financieras para apoyar la toma de decisiones informada en la gestión y política de salud, el financiamiento, el mejoramiento, la descentralización y el desarrollo institucional de los servicios de salud.◆

Foto: Ceremonia de clausura de la Reunión Regional sobre Cuentas Nacionales de Salud en El Salvador, del 17 al 20 de mayo de 1999. De izquierda a derecha: Dr. Pedro Crocco, Asesor Regional en Reforma del Sector Salud, OPS; Dr. Horacio Toro, Representante de OPS, El Salvador; Representante del Ministerio de Salud de El Salvador; Dr. Baudilio López, Oficial de Proyecto, USAID, Guatemala.

EQUIPO DE PRODUCCIÓN

Editor Gerente: Edwina Yen

Editor de estilo: ***Versión en inglés:*** Edwina Yen
Versión en español: Gladys Jordon

Diseño y diagramación: Matilde Cresswell

Producción: Matilde Cresswell

Traducción: Gladys Jordon, Ana Milena Paredes, Patricia Schroeder y Departamento de Traducciones de la OPS

Colaboradores en este número: Tom Bossert, Pedro Crocco, Christianne Hall, Alberto Infante, Kathleen Novak, Gerry Rosenthal, Patricia Schroeder, Edwina Yen

Las fotografías fueron cortesía de las oficinas de la OPS en Bolivia y en El Salvador, PHR y Patricia Schroeder.

REFORMA EN MARCHA es publicado dos veces al año y diseminado a instituciones e individuos interesados en asuntos de reforma del sector salud. Para más información contactar la División de HSP de la OPS, Tel: (202) 974-3152; Fax: (202) 974-3641; Internet: yenedwin@health-sector-reform.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del *Grant* número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Organización Panamericana de la Salud.

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

REFORMA EN MARCHA

Un boletín para la diseminación de información sobre la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe

www.americas.health-sector-reform.org

Iniciativa RSS ALC
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
División de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
E.U.A.

ISSN 1020-7848