

Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe

Alberto Infante*

Asesor Regional, HSO/HSP-OPS/OMS

Introducción

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 (RS)¹. La I Cumbre de las Américas (Miami, diciembre 1994) otorgó a la OPS/OMS el mandato de seguir los procesos de RS y evaluar sus resultados. Precisar qué se entiende por RS sigue siendo objeto de debate^{2,3}. En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto⁴ definió la RS 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.

Un primer informe de seguimiento y evaluación de las RS fue presentado a los cuerpos directivos de la OPS en 1996⁶, y una iniciativa conjunta entre OPS/OMS, USAID y otros socios fue lanzada en 1997⁷. Siguiendo una metodología empleada desde principios de 1998⁸, denominada “Perfiles del Sistema de Servicios de Salud”, en un trabajo anterior⁹ se presentó un **seguimiento de los procesos** de RS en ALC, es decir, un análisis de la **dinámica** (fases y actores principales) y de los **contenidos** de las mismas, y se extrajeron algunas conclusiones provisionales derivadas de ello. El presente artículo ofrece una primera **evaluación de los resultados** de las RS partiendo de la información contenida en el correspondiente apartado de los 17 “Perfiles” publicados hasta Marzo de 1999.

Material y métodos

La selección y definición de las 5 categorías básicas y de las variables operacionales incluidas tanto en éste como en los

demás apartados de los "Perfiles" no fueron arbitrarias. Ella responde a la experiencia acumulada a lo largo de varios años a través, entre otras, de las siguientes iniciativas:

1. Los informes de los países a la "Reunión Especial sobre Reforma Sectorial" (Washington, D.C., Sep. 1995).

2. El informe sobre "Progreso de las Actividades de Reforma Sectorial" presentado al Comité Regional de la OPS (Sep. 1996).

3. El contenido de los capítulos del volumen II de la edición de 1998 del libro "Condiciones de Salud en las Américas"¹⁰.

4. Los informes preparados por los países para la "III Revisión de la Estrategia de Salud para Todos"(1997).

5. La preparación y discusión del documento sobre "La cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud"(1997).

6. Las discusiones y el documento aprobado por el Comité Regional de la OPS sobre "Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial" (Sep. 1997)¹¹.

7. Los 17 informes de los países que cumplieron el ejercicio de "Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial" (Oct. 1997-May. 1998)¹².

8. las discusiones sobre RS en las reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, Área Andina y países del Caribe Anglófono entre 1995 y 1997.

9. El seguimiento y apoyo a las Comisiones Nacionales y Grupos de apoyo a la RS en varios países de la Región durante los últimos cinco años.

Partiendo de ello, un primer borrador de los "Lineamientos para el Seguimiento y la Evaluación de los procesos de Reforma en América Latina y el Caribe" fue preparado por un grupo de trabajo de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS (HSP/OPS-OMS) entre Octubre de 1997 y Marzo de 1998, y una reunión Internacional de Consulta sobre el tema⁽¹⁾, fue convocada en Abril de ese año. En ella ninguna de las cinco categorías básicas fue alterada, pero algunas de las variables operativas y bastantes de los indicadores inicialmente propuestos fueron suprimidos, sustituidos o modificados, y se añadieron algunas variables e indicadores nuevos.

Los Lineamientos incluyen una sección de Metodología la cual explica qué es y a quién va dirigido el "Perfil". Además, en ella se establece:

⁽¹⁾ La Reunión y una parte de los gastos derivados de la elaboración de los Perfiles han sido financiados con fondos del proyecto Acceso Equitativo a Servicios Básicos de Salud provenientes de la USAID.

1. Una estrategia para la elaboración, basada en la constitución de un equipo nacional de trabajo (cuyo punto focal fue un funcionario designado al efecto en las representaciones de la OPS-OMS en los países).

2. Una jerarquía de las fuentes de información a utilizar.

3. Una explicación del uso de la sección que contiene las variables e indicadores propuestos (incluyendo una clara diferenciación entre "información cuantitativa", "información cualitativa", "opinión cualificada" y "juicios de valor").

4. Una explicación sobre como entender los conceptos para los que no hay definición expresa en el texto. Además, se insiste en el carácter no normativo y no prescriptivo del Perfil, se recuerda que si algún tema no incluido es relevante en algún país, nada impide analizarlo; y se enfatiza la necesaria consistencia entre la información analizada en los dos primeros capítulos del Perfil y la manejada para el seguimiento de los procesos y para evaluación de resultados de las RS. También se incluyen instrucciones sobre la extensión total y la de cada uno de los tres capítulos, y sobre la presentación y edición del texto. Por último, se establece un procedimiento para la primera revisión y las sucesivas actualizaciones parciales o totales del "Perfil", donde se en-

fatiza el carácter de proceso por aproximaciones sucesivas que tiene el ejercicio de elaboración, y se advierte que es probable que muchos de los Perfiles no se consideren plenamente satisfactorios hasta la segunda o tercera revisión.

Un equipo central revisor en permanente contacto con los puntos focales nacionales fue constituido, y un punto focal central para esta iniciativa ha existido en el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de HSP desde entonces.

El análisis de los Perfiles de 17 países¹³, concluidos entre Septiembre de 1998 y Marzo de 1999, mostró que todos ellos incluían información relevante para el seguimiento del proceso de RS (es decir, sobre la dinámica y los contenidos de las RS) pero que sólo 8 de ellos contenían información sobre los resultados de las mismas¹⁴. De los 9 restantes, la ausencia de información se consideró justificada dado el escaso tiempo transcurrido desde el inicio de la RS (dos años o menos) en 6 de ellos, y no justificada en tres.

Presentación de resultados

La parte 3.2 de los "Perfiles del Sistema de Servicios de Salud" se titula "Evaluación de Resultados" y se diseñó para evaluar hasta qué punto las RS en ALC pueden estar contribuyendo a mejorar

los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social de y en los sistemas y servicios de salud.

A continuación se presenta un primer análisis del contenido de cada uno de los apartados que componen dicha parte. Para cada uno de ellos se discute primero la calidad de la información contenida en los Perfiles y, a continuación, se evalúan los resultados de las RS con base en esa información.

Resultados de las RS en términos de equidad

En términos de **equidad** se pretendía obtener alguna evidencia de cómo las RS han podido influir sobre la reducción de brechas en uno o varios de una serie de 17 indicadores (16 cuantitativos y uno cualitativo) seleccionados para medir cobertura, distribución, acceso a, y uso de servicios. De ellos, 8 se han venido coleccionando y publicando anualmente por el Programa de Información en Salud de la OPS desde 1994 o antes en la serie de Indicadores Básicos (IB) y otros 9 son de nuevo diseño. Además, se solicitaba que, si era posible, se mostraran datos desagregados por género, edad, raza, nivel socioeconómico y esquema de cobertura. Y se dejaba libertad para que si alguna de las variables e indicadores in-

cluidos no se adecuaba a la definición de equidad usada por el país, o a los cambios que el país ha decidido introducir, ello se especificase y se indicaran las variaciones producidas en los objetivos de RS establecidos.

De los 8 perfiles analizados, la información se consideró globalmente de buena calidad (los Perfiles respondían apropiadamente a 12 indicadores o más) en 4 casos (Argentina, Costa Rica, Honduras y México), aceptable (respondían apropiadamente a 9 o más) en dos casos (Brasil y Chile), y no aceptable (respondían apropiadamente a menos de 9) en otros dos (El Salvador y Guatemala)⁽²⁾.

En esta categoría la calidad de la información parece guardar relación con el uso de los indicadores contenidos en la serie de IB. Así, 7 de los 8 países mostraron buena calidad (3 sobre 4 indicadores respondidos apropiadamente) en la información sobre *cambios en la equidad en cobertura* (donde 3 de los 4 indicadores propuestos aparecen en la serie IB), y 5 de los 8 países mostraron buena calidad (3 sobre 5 indicadores respondidos apropiadamente) en la información sobre *cambios en la distribución de recursos* (donde 4 de los 5 indicadores propuestos

⁽²⁾ El concepto de "calidad" de la información aquí empleado se asimila al de "pertinencia" y no prejuzga la exactitud o veracidad de lo informado.

aparecen en la serie IB). Mientras que sólo 3 de los 8 países mostraron buena calidad (5 sobre 8 indicadores respondidos apropiadamente) en la información referida a *cambios en el acceso o cambios en el uso de los servicios* (donde sólo 1 de los 8 indicadores aparece en la serie IB).

Respecto a los resultados en **equidad en cobertura**, el análisis de los 8 países con información de buena calidad muestra que en 4 de ellos (Brasil, Costa Rica, El Salvador y México) parece haber evidencia de que la RS contribuyó o está contribuyendo a la reducción de brechas en la cobertura pues mejoran al menos 3 de los 4 indicadores seleccionados (porcentaje de población cubierta de forma regular por un conjunto básico de prestaciones; cobertura del programa ampliado de inmunizaciones en el menor de 1 año; cobertura del control prenatal por personal entrenado; y porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos).

Respecto a los resultados en **la distribución de recursos**, el análisis de los 5 países con información de buena calidad muestra que en dos de ellos parece haber evidencia de que la RS contribuyó o está contribuyendo a la reducción de brechas en la distribución de recursos pues mejoran al menos 3 de los 5 indicadores seleccionados (gasto total en salud per cápita; gasto público en salud per cá-

pita; médicos por 10.000 hab.; enfermeras profesionales por 10.000 hab.; y camas hospitalarias por 1.000 hab.) y en los otros tres países por el momento no parece haber suficiente evidencia para afirmarlo.

Ninguno de los Perfiles ofrece datos desagregados según género, edad, raza, nivel socioeconómico o esquema de cobertura en este apartado.

Resultados de las RS en términos de efectividad y calidad

En términos de **efectividad y calidad**, se pretendía obtener evidencia de cómo la RS puede estar influyendo sobre la reducción de brechas en uno o varios de una serie de 19 indicadores (15 cuantitativos y 4 cualitativos) seleccionados para medir efectividad, calidad técnica y calidad percibida. De ellos, 4 se han venido coleccionando anualmente en la serie de IB y los otros 15 no. Además, se solicitaba que, si era posible, se mostraran datos referidos a la modificación de esos indicadores en aquellas poblaciones objetivo de las acciones de RS.

De los 8 perfiles analizados, la información se consideró globalmente de buena calidad (los Perfiles respondían apropiadamente a 14 indicadores o más) en 4 casos (Argentina, Costa Rica, Guatemala, y Honduras), aceptable (respondían

apropiadamente a 9 o más) en un caso (México), y no aceptable (respondían apropiadamente a menos de 9) en otros tres (Brasil, El Salvador y Chile).

En esta categoría no se observaron diferencias significativas entre la calidad de la información obtenida mediante el uso de los 4 indicadores incluidos en la serie de IB (todos cuantitativos y referidos a *efectividad*) y los no incluidos en ella.

Respecto a los resultados de las RS en términos de **efectividad**, el análisis de los 6 países con información de buena o aceptable calidad (respondían apropiadamente a 5 indicadores o más) arroja que en dos países (Brasil y Costa Rica) parece existir evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo a la mejora de la efectividad global del sistema pues mejoraron al menos 5 de los 8 indicadores seleccionados (mortalidad infantil, mortalidad materna, porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, mortalidad por cáncer cervicouterino, incidencia de HIV/AIDS, incidencia de enfermedades inmunoprevenibles y mortalidad por complicaciones agudas de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial esencial en menores de 25 años).

Respecto a los resultados de las RS en términos de **calidad técnica**⁽³⁾, el análisis de los 5 países con información de

buena o aceptable calidad (respondían apropiadamente a 3 indicadores o más) arroja que en un país (Costa Rica) parece existir evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo a mejorar de la calidad técnica, pues mejoraron al menos tres de los 5 indicadores seleccionados (porcentaje de establecimientos del nivel primario con comités de calidad establecidos y funcionando, porcentaje de hospitales con comités de calidad establecidos y funcionando, disponibilidad de medicamentos esenciales en los distintos niveles de atención, incidencia de infecciones hospitalarias, porcentaje de pacientes a los que se entrega un informe de alta o asistencia).

Respecto a los resultados de las RS en términos de **calidad percibida**, el análisis de los 5 países con información de buena o aceptable calidad (respondían apropiadamente a 4 indicadores o más) arroja que en tres países (Costa Rica, México y Chile) parece existir evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo a mejorar la calidad percibida, pues mejoraron al menos 4 de los 6 indicadores seleccionados (posibili-

⁽³⁾ Siempre que fue posible, el análisis de la información sobre los efectos de las RS sobre la calidad técnica y la calidad percibida contenida en la sección 3.2 del Perfil se completó con el análisis de la contenida para esos temas en el capítulo 2 ("Organización General del Sistema de Servicios de Salud") del mismo.

dad de selección del prestador de servicios de atención primaria por parte del usuario, sin importar su capacidad de pago; porcentaje de establecimientos con programa de mejora de calidad y trato al usuario establecidos y funcionando; porcentaje de establecimientos con procedimientos específicos de orientación al usuario, porcentaje de centros de salud y hospitales que realizan encuestas de percepción u opinión a usuarios, comisiones de arbitraje o equivalentes establecidas y funcionando, grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud).

Sólo uno de los Perfiles incluyó información desagregada por redes de prestadores y ninguno incluyó información desagregada por unidad territorial ni por grupos poblacionales a quienes la RS va dirigida.

Resultados de las RS en términos de eficiencia

En términos de eficiencia los Perfiles incluyen dos variables operacionales: eficiencia en la asignación y eficiencia en el uso de los recursos.

En **asignación de recursos** se pretendía conocer:

1. Si las RS están introduciendo mecanismos de asignación de recursos más eficientes y si es así, cuáles y con qué resultados.

2. Si las RS han influido sobre todos o algunos de 4 indicadores seleccionados (globalmente y por unidad territorial y/o grupos poblacionales a quienes las RS van dirigidas).

3. Si las RS han influido en la asignación de recursos para el desarrollo de:

a) acciones intersectoriales y,

b) programas de prevención de patologías de alta prevalencia.

Para ello se seleccionaron 7 indicadores (4 cuantitativos y 3 cualitativos), dos de los cuales se han venido coleccionando anualmente en la serie de IB y los otros 5 son de nuevo diseño.

De los 8 Perfiles analizados, la información se consideró globalmente de buena calidad (los Perfiles respondían apropiadamente a 5 indicadores o más) en 5 casos (Argentina, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Chile), aceptable (respondían apropiadamente a 4 más) en ninguno, y no aceptable (respondían apropiadamente a menos de 4) en tres (Brasil, El Salvador y México).

En esta categoría casi no se observaron diferencias significativas entre la calidad de la información obtenida mediante el uso de los dos indicadores incluidos en la serie de IB (ambos cuantitativos) y los de nuevo diseño.

En 4 de los 6 países (Costa Rica, Honduras, México y Chile) con información

de buena calidad sobre introducción de mecanismos de asignación de recursos, parece existir evidencia de que las RS han contribuido o pueden estar contribuyendo a hacerlos más eficientes.

El análisis de los 5 Perfiles con información de buena calidad acerca de cómo las RS han influido sobre todos o algunos de los 4 indicadores seleccionados (coberturas del suministro de agua potable, rural y urbano; de alcantarillado y de disposición de excretas, rural y urbano; porcentaje del presupuesto de salud que se gasta en servicios de salud pública, y porcentaje del gasto en salud que se destina a la atención primaria) arroja que en un país (Brasil) parece haber evidencia de que las RS han influido favorablemente (tres de los 4 indicadores mejoraron) y en otros dos países (El Salvador y Guatemala) parece que las RS están teniendo algún efecto (mejora un solo indicador), pero éste es aún poco claro. Ningún país ofreció información desagregada por unidad territorial o grupos poblacionales, o entre medio rural y urbano (cuando era solicitada).

Y en dos de los 6 países con información de buena calidad sobre reasignación de recursos hacia actividades de alta externalidad (El Salvador y Chile), parece haber evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo a dicha reasignación.

En **gestión de recursos** se pretendía conocer si las RS han contribuido a aumentar:

1. El porcentaje de centros de salud y hospitales con medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando.

2. El número de hospitales que mejoraron al menos 7 indicadores cuantitativos de rendimiento hospitalario, si es posible desagregando la información entre subsector público y privado.

3. El porcentaje de centros de salud y hospitales que han negociado compromisos de gestión.

4. El porcentaje de establecimientos sanitarios públicos que pueden expandir el marco de gasto utilizando para ello nuevos ingresos.

5. El porcentaje de centros de salud y hospitales con presupuestos basados en criterios de actividad.

Para ello se seleccionaron 12 indicadores (7 cuantitativos y 5 cualitativos) ninguno de los cuales se ha venido incluyendo en la serie de IB.

De los 8 Perfiles analizados, la información se consideró globalmente de buena calidad (los Perfiles respondían apropiadamente a 9 indicadores o más) en 5 casos (Argentina, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Chile), aceptable (respondían apropiadamente a 7 o más) en ninguno, y no aceptable (respondían apropiadamen-

te a menos de 4) en otros tres (Brasil, El Salvador y México).

En tres de los 4 países con información de buena calidad sobre ello (Argentina, Costa Rica y Chile), parece haber evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo, al uso de medidas de actividad y rendimiento estandarizadas.

En dos de los 4 países con información de buena calidad sobre ello (Costa Rica y Chile), parece haber evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo a la mejora de los indicadores básicos de rendimiento hospitalario (mejoraron al menos 5 de los 7 indicadores). Ninguno ofreció información desagregada por subsectores.

En los 5 países con información de buena calidad sobre ello (Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Chile), parece existir evidencia de que las RS pueden haber contribuido o estar contribuyendo al aumento del porcentaje de centros de salud y hospitales que han negociado "compromisos de gestión". En uno de los 4 países con información de buena calidad sobre ello (Argentina), parece haber evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo al aumento del porcentaje de establecimientos sanitarios públicos que pueden expandir el marco de

gasto utilizando para ello nuevos ingresos. Y en tres de los 5 países con información de buena calidad sobre ello (Argentina, Costa Rica y Chile), parece haber evidencia de que la RS puede haber contribuido o estar contribuyendo al aumento del porcentaje de centros de salud y hospitales con presupuestos basados en criterios de actividad.

Resultados de las RS en términos de sostenibilidad

En términos de sostenibilidad se pretendió conocer hasta qué punto las RS han contribuido a aumentar:

1. La legitimación y/o la aceptabilidad de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud.
2. La disponibilidad de información desagregada sobre gasto público y privado en salud por unidades territoriales y la posibilidad de construir tendencias.
3. La sostenibilidad a medio plazo de los esfuerzos de incremento de coberturas, sea de los programas (por ejemplo, PAI, control prenatal u otros) o de los servicios (por ejemplo, atención al parto por personal entrenado, consulta de medicina a demanda, fomento de la calidad u otros).
4. La capacidad de ajustar los ingresos y gastos en salud de las principales instituciones del subsector público.

5. El porcentaje de centros de salud y hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores.

6. La capacidad de gestión de los préstamos externos y, si es el caso, su sustitución por recursos nacionales llegado su vencimiento.

Para ello se emplearon 6 preguntas cualitativas, una para cada apartado, no desagregadas en indicadores.

De los 8 Perfiles analizados, la información se consideró globalmente de buena calidad (los Perfiles responden apropiadamente a 5 indicadores o más) en 5 casos (Brasil, Costa Rica, Honduras, México y Chile), aceptable (responden apropiadamente a 4 o más) en uno (Guatemala), y no aceptable (responden apropiadamente a menos de 4) en otros dos (Argentina y El Salvador).

El análisis de los resultados⁽⁴⁾ arroja que de los 5 países que documentan el apartado referido a "legitimación", en dos de ellos (Brasil y Honduras) parece haber evidencia de que las RS han contribuido a aumentarla. De los 8 países que documentan el apartado referido a "disponibi-

lidad de información desagregada sobre gasto", en 5 de ellos (Argentina, Brasil, El Salvador, Guatemala –referida sólo al subsector público– y Chile) parece haber evidencia de que las RS han contribuido a aumentarla, si bien no hay evidencia de que las RS hayan mejorado la posibilidad de construir tendencias. De los 4 países que documentan el apartado referido a "sostenibilidad a medio plazo", en dos de ellos (Costa Rica y México) parece haber evidencia de que las RS han contribuido a aumentarla. De los 7 países que documentan el apartado referido a "capacidad de ajustar ingresos y gastos en el subsector público", en 4 de ellos (Brasil, Costa Rica, Guatemala y Chile) parece haber evidencia de que las RS han contribuido a aumentarla. De los 8 países que documentan el quinto apartado referido a la "capacidad de cobrar a terceros", en 5 de ellos (Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras y Chile) parece haber evidencia de que las RS han contribuido a aumentarla. De los 3 países que documentan el apartado referido a "gestión y sustitución de préstamos externos", en dos de ellos (Brasil y Honduras) parece haber evidencia de que las RS han contribuido a aumentar la gestión, aunque ninguno documenta sobre la capacidad de sustitución de los préstamos por recursos nacionales llegado su vencimiento.

⁽⁴⁾ En todos los casos, el análisis de la información sobre sostenibilidad contenida en la parte 3.2 del Perfil se completó con el análisis de la información contenida en los apartados de financiamiento y gasto, y de modelos de gestión contenida en el capítulo 2 ("Organización General del Sistema de Servicios de Salud") y en el apartado 3.1. ("Seguimiento del proceso") del mismo.

Resultados de las RS en Participación y Control social

En este epígrafe se pretendió conocer si existe alguna evidencia de que las RS han contribuido a aumentar el grado de participación y control social en los distintos niveles y funciones del sistema de servicios de salud. Y si fue así, si ello se produjo para la población en general y/o para ciertos grupos poblacionales. Para lo cual se emplearon dos preguntas redactadas en esos mismos términos y no desagregadas en indicadores.

La información contenida en los 8 Perfiles inicialmente incluidos en este análisis se consideró de buena calidad, pues respondían apropiadamente a las preguntas formuladas. Dado que el tema de la participación y el control social también figuraba como un epígrafe específico en la sección 3.1. del "Perfil", referido al seguimiento de los contenidos del proceso de RS, el número de Perfiles con información de buena calidad sobre este tema se elevó a 13.

El análisis de los resultados arroja que en 12 de los 13 países parece existir evidencia de que las RS han contribuido o están contribuyendo a aumentar la participación y el control social. En 7 de ellos (El Salvador, Honduras, México, Perú, Panamá, Paraguay y República Dominicana) los niveles locales y municipales se cita-

ron como el ámbito de participación principal o exclusivamente impulsado por las RS. En otros 3 (Brasil, Chile y Nicaragua) todos los niveles de participación (central, intermedios y/o institucionales, y locales) aparecen impulsados por las RS. Y en otros 2 (Argentina y Costa Rica) los hospitales fueron citados como el ámbito de participación más impulsado por las RS.

Ninguno de los Perfiles documentó si este impulso de la participación y el control social se orientó hacia, o se produjo desde, grupos poblacionales específicos.

Discusión

El análisis de un cuestionario independiente dirigido a los funcionarios de OPS/OMS que actuaron como puntos focales nacionales para la elaboración de los Perfiles en los países mostró que las razones más comúnmente aducidas para explicar las ausencias de información sobre los resultados de las RS tienen que ver con que:

1. Las propuestas iniciales de RS no suelen incluir mecanismos para evaluar el impacto de las RS ni para vigilar el desarrollo del propio proceso de RS, ni plazos concretos para el logro de los objetivos propuestos.
2. La selección de variables e indicadores para evaluar resultados es técnica-

mente complicada y las atribuciones de causalidad difíciles.

3. La información disponible en los países a menudo es incompleta, se halla dispersa, resulta poco fiable o es inoportuna.

4. No siempre los actores principales (entre ellos las autoridades de salud) tienen interés en evaluar objetivamente resultados¹⁵.

Como era de esperar, **la calidad global de la información** de los 8 Perfiles (13 para la categoría de Participación y Control Social) que contienen información sobre resultados de las RS varía en función de las categorías y los países.

Por *categorías*, destaca la frecuencia con que la información aparece (13/17) y es considerada de buena calidad (13/13) en la categoría de *Participación y Control Social*. Lo cual puede estar en relación con que:

1. La gran mayoría de las RS sitúan este asunto en primer plano.

2. El tema se incluyó en dos capítulos distintos de los Perfiles.

3. Es una categoría que los Lineamientos presentan de manera simple (una sola variable no desagregada en varios indicadores) e inequívoca (los términos empleados en la pregunta son fácilmente entendibles en los distintos países).

Para las otras cuatro categorías, la calidad global de la información es similar (5

a 6 países ofrecen información considerada de buena o aceptable calidad, y en 2 a 3 la información no es de calidad aceptable).

Sólo en el caso de la categoría *Equidad*, la calidad de la información guardó relación con el uso de los indicadores incluidos en la serie de IB. Esto no ocurrió en las categorías *Efectividad*, *Calidad* y *Eficiencia*, y no se encontró una explicación razonable para esta diferencia.

Importa destacar que la baja calidad de la información en las variables de equidad en el acceso y en el uso de los servicios impide por el momento cualquier análisis de resultados de estos temas.

Por *países*, la calidad global de la información puede considerarse buena (aparecen citados al menos 4 de 5 veces en este apartado) en tres casos (Costa Rica, Honduras y Argentina) aunque en uno de ellos (Argentina) la gran frecuencia con que se emplea la frase "no hay evidencia de que..." genera la duda de si ello responde a un juicio fundado o a la carencia de información (o a que ésta no estuvo disponible) sobre las variables e indicadores propuestos. En otros tres casos (México, Guatemala y Chile) la calidad global puede considerarse aceptable aunque mejorable (aparecen citados al menos dos veces en el apartado de "buena" y sólo una vez en el de "no acepta-

ble”). Y en otros dos (Brasil y El Salvador) la calidad global no es aceptable (aparecen citados dos o más veces en este apartado).

Importa destacar que casi nunca se obtuvo información desagregada por criterios geográficos o poblacionales acerca de los resultados de las RS.

Por ahora, la calidad global de la información no parece guardar relación ni con el nivel de desarrollo de los sistemas de información y análisis en salud de los países (Argentina, México, Chile y Brasil se sitúan en grupos de calidad distintos) ni con el grado de implicación de las contrapartes nacionales en la elaboración del Perfil (baja en los casos de Guatemala y Chile, y mediana en el de Brasil).

No obstante, un análisis más completo de la calidad de la información y de los factores que la influyen deberá ser hecho a medida que se vayan completando más Perfiles.

Respecto a **los resultados de las RS**, la información contenida en los Perfiles sugiere que, en términos de **equidad**, en la mitad de países analizados las RS pueden haber contribuido o estar contribuyendo a la reducción de brechas, al menos en la *cobertura* de una serie de programas y servicios básicos. Y que sólo en una minoría de países (2/8) existe evidencia de que las RS han contribuido o

están contribuyendo a la reducción de brechas en la *distribución de recursos*.

El resultado en equidad en cobertura es algo sorprendente, dado que aumentar la cobertura regular de los servicios básicos relacionados con los indicadores que se seleccionaron figura en la casi totalidad de los programas de RS. Está por ver cómo se comporta esta variable, a corto plazo, al aumentar el número de Perfiles completados y, más adelante, al avanzar los procesos de RS y mejorar la calidad de la información disponible mediante las sucesivas revisiones de los Perfiles.

El resultado en equidad en distribución de recursos puede ser desalentador pero no sorprendente, pues la mayor parte de los indicadores usados para evaluar esta variable son de modificación más difícil en el corto plazo y se requieren series temporales consolidadas para evaluar resultados, algo aún escaso en la mayoría de países.

En términos de **efectividad y calidad**, la información sugiere que:

1. Sólo en una minoría de países (2/8) las RS han contribuido o están contribuyendo a mejorar la efectividad global del sistema.

2. Sólo en una exigua minoría de países (1/8) las RS han contribuido o están contribuyendo a mejorar la calidad técnica.

3. Sólo en una minoría de países (3/8) las RS han contribuido o están contribuyendo a mejorar la calidad percibida.

Las conclusiones referidas a la efectividad global son llamativas por cuanto al menos 4 de los indicadores incluidos para evaluar esta variable están en la serie de IB, es decir, son de uso común y se comunican con regularidad por los países; además, son de los considerados sensibles en el corto plazo a las modificaciones de las políticas de salud y se refieren a cuestiones que suelen encontrarse entre las prioridades de las políticas de RS. Por el momento no es posible descartar que se trate de un sesgo de selección que pueda corregirse al aumentar la lista de países con Perfiles concluidos, o de un artefacto inducido por el propio instrumento de evaluación y que deba ser corregido en la próxima revisión de los "Lineamientos". Por otro lado, dado que para completar el análisis se usaron también los epígrafes de la parte 2 del Perfil referidos a calidad técnica y calidad percibida, los pobres resultados de las RS en ambos apartados parecen por el momento bastante consistentes.

En términos de **eficiencia en la asignación de recursos**, la información sugiere que en la mitad de los países analizados las RS pueden haber contribuido o estar contribuyendo a la introducción de

mecanismos de asignación de recursos más eficientes; que sólo en una exigua minoría de países (1/8) han contribuido o está contribuyendo a la mejora de los indicadores de eficiencia global del sistema, y que sólo en una minoría de países (2/8) han contribuido o están contribuyendo a una reasignación de recursos para acciones intersectoriales y programas de prevención de patologías de alta prevalencia. En términos de **eficiencia en la gestión de recursos**, la información sugiere que en una mayoría de países (5/8) las RS han contribuido o están contribuyendo a la introducción de "compromisos de gestión"; que sólo en una minoría de países (3/5) han contribuido o están contribuyendo al uso de medidas de actividad estandarizadas, a la mejora de los indicadores básicos de rendimiento hospitalario (2/5), al empleo autónomo de las nuevas fuentes de ingreso por los establecimientos sanitarios públicos (1/5) o a la preparación de los presupuestos de los establecimientos basados en criterios de actividad (3/5).

Los resultados en términos de eficiencia son bastante consistentes con el hecho de que muchas de las RS en curso han privilegiado la introducción "desde arriba" de los "compromisos de gestión" como un modo de mejorar la eficiencia en la asignación de recursos desde los fi-

nanciadores públicos hacia los proveedores. También con el hecho de que el efecto de las RS sobre el manejo de medidas estandarizadas de actividad y otros instrumentos de mejora de la gestión (empleo sistemático de indicadores básicos de rendimiento, presupuestos basados en criterios de actividad, o empleo autónomo de nuevas fuentes de ingreso) al interior de los establecimientos (particularmente en los hospitales) o es menos evidente o va más retrasada. Y, también, con el temor expresado por diversos observadores, antes¹⁶ y ahora^{17,18} sobre que las acciones intersectoriales de alta externalidad y los programas de prevención ocupen un lugar secundario en las políticas de RS.

En términos de **sostenibilidad**, la información sugiere que, por ahora, las RS han contribuido o están contribuyendo a mejorar la información desagregada sobre gasto en salud (5/8 países), aunque no hay evidencia de que hayan contribuido a mejorar la capacidad de éstos para construir tendencias; que al menos en la mitad de los países, las RS han contribuido o están contribuyendo a mejorar la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsector público y la de cobrar a terceros obligados al pago; pero que sólo en una minoría de países (2/8) han contribuido o están contribuyendo a mejo-

rar la legitimación de las principales instituciones públicas prestadoras, la sostenibilidad a medio plazo de programas y servicios (2/8), o la capacidad de gestión presente (2/8) y de eventual sustitución futura de los préstamos externos (0/8).

Los resultados anteriores son consistentes con el énfasis puesto en el control del gasto y la recuperación de costos en la mayoría de las RS pero llaman la atención sobre tres de las principales debilidades estratégicas del subsector público en el actual contexto de RS: la baja legitimación no resuelta; la precaria sostenibilidad de los nuevos programas, y la creciente dependencia de la financiación externa.

Los resultados de las 4 categorías anteriores contrastan con los obtenidos en **participación y control social**, donde parece haber evidencia de que las RS están contribuyendo a aumentar los espacios de participación social en los distintos niveles del sistema. Ello es positivo y, en una primera aproximación, pareciera que puede contribuir a paliar algunas de las limitantes de sostenibilidad señaladas en el párrafo anterior. Sin embargo, dada la gran variedad de modelos y experiencias en curso^{19,20} y su compleja ligazón en muchos países con los procesos de descentralización^{21,22} el tema requiere un análisis pormenorizado que excede los límites del presente trabajo.

Algunas conclusiones provisionales

La **primera conclusión** es que aplicando rigurosamente la definición inicial, no todos los cambios introducidos en el sector podrían ser denominados RS. En unos casos, los cambios son sustantivos y los proyectos de RS definidos como tales están en discusión y no se han implementado todavía. En otros, se han ido introduciendo cambios en áreas concretas (financiamiento, modelos de atención o modelos de gestión de algunos centros y servicios) sin que se afecten las responsabilidades fundamentales de los principales actores públicos y privados. Hay casos en que los cambios son sustantivos y planificados pero con denominaciones distintas a "Reforma" (por ejemplo, "Plan para la Modernización del Sector"). Y otros, en los cuales se modifican la globalidad de las funciones de una de las instituciones públicas importantes pero no los de las restantes. Además, en algunos países (por ejemplo, Brasil, Chile o Ecuador) es posible caracterizar, a lo largo de la última década, dos o tres períodos de RS. Y en algún otro, no es posible detectar hasta ahora ningún proyecto orientado a introducir RS. Por último, hay casos donde los cambios son sustantivos pero no se han explicitado suficientemente.

En términos de proceso, en la primavera de 1999, la mayoría de los países de

ALC se encontraban en algún punto comprendido entre el diseño y las primeras fases de implementación de las RS. En una minoría creciente la implementación se encontraba avanzada. Y en unos pocos países ya se empezaba a hablar de una "segunda" (o incluso una tercera) generación de RS.

La **segunda conclusión** es que, a diferencia de lo que sucede con el seguimiento de los procesos, en la evaluación de los resultados de las RS existe notable escasez de información de suficiente calidad. Se detectan graves carencias en las capacidades nacionales de colección, procesamiento, validación y diseminación sistemática de indicadores que permitan evaluar el impacto de las RS sobre el estado de salud y, particularmente, sobre el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Resulta crítica la ausencia de series temporales a nivel nacional, y de desagregación territorial y poblacional de algunos indicadores básicos para evaluar resultados en función de los objetivos propuestos (por ejemplo, para evaluar equidad en cobertura y acceso). Algo que hasta el presente las RS no han contribuido a corregir. Una notable excepción parece ser la información desagregada sobre gasto en salud (aunque no hay evidencia de que hayan contribuido a mejorar la capacidad de los países para

construir tendencias). Esta es un área donde los organismos internacionales de cooperación financiera y técnica deberían trabajar más para fortalecer tanto la sostenibilidad como la adecuada direccionalidad del esfuerzo reformador en los países.

La tercera **conclusión** es que, con las limitaciones señaladas en el párrafo anterior, parece haber evidencia de que hasta ahora las RS pueden haber contribuido o estar contribuyendo:

1. Al inicio de la reducción de brechas en la *cobertura* de una serie de programas y servicios básicos, mediante el desarrollo de nuevos programas, aunque sin mejorar sustancialmente la *distribución* del grueso de los recursos ya existentes.

2. En términos de eficiencia, a la introducción de mecanismos de asignación de recursos más eficientes; a la introducción de "compromisos de gestión"; a la preparación de los presupuestos de los establecimientos basados en criterios de actividad; y, al menos en la mitad de los países, a mejorar la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsector público y para cobrar a terceros obligados al pago.

3. A reforzar las tendencias previas a la descentralización y a aumentar los espa-

cios de participación social en los distintos niveles del sistema.

La **cuarta conclusión** es que hasta el presente hay poca evidencia de que las RS hayan contribuido o estén contribuyendo a mejorar sustancialmente:

1. La efectividad global, la calidad técnica y la calidad percibida de las instituciones públicas que prestan cuidados a las personas.

2. La legitimación social de las instituciones públicas prestadoras de servicios.

3. La sostenibilidad financiera a medio y largo plazo de los nuevos programas que se inician.

Incluso en términos de mejora de la equidad en el acceso a servicios básicos de salud, los logros parecen aún muy modestos teniendo en cuenta la retórica desplegada y el nada despreciable volumen de los préstamos concedidos y en curso.

Todos estos aspectos exigen un seguimiento pormenorizado y una evaluación cuidadosa por las autoridades nacionales y los organismos de cooperación financiera y técnica. De no afrontarse con rigor en el corto plazo, comprometerán seriamente los objetivos finales declarados de la mayoría de las RS.

* Una versión preliminar y resumida de este trabajo fue presentada en el Foro organizado por APRESAL, Guatemala, junio de 1999

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 RB, Figueras J. Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales. EURO-OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo (esp.), págs 2-4. Madrid 1997.

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. Progreso de las actividades de reforma del sector salud. En: *Colectión completa de los documentos de la 118a. Reunión Anual del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo*, Washington DC, 24-28 junio, 1996.

7. Para cualquier información en español o inglés relacionada con esta iniciativa puede visitarse la página electrónica de la misma (<http://www.americas.health-sector-reform.org>).

8. HSP-OPS/OMS. Lineamientos Metodológicos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud, en Latin American Health Sector Reform Initiative web page (<http://www.americas.health-sector-reform.org>). Se pueden solicitar copias impresas en esp. e ing. a: Dr. A. Infante, HSP-HSO-OPS/OMS, Washington DC.

9. Infante A. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Administración Sanitaria*, nº 8, Madrid, oct/dic. 1998, págs. 77-98.

10. OP/OMS: La Salud en las Américas, Publicación científica no. 569, vol II, 586 págs, Washington DC. 1998.

11. Consejo Directivo de la OPS/OMS, XL Reunión: La rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de Reforma Sectorial. CD40/13(esp.), Washington DC, 23 julio, 1997.

12. OPS/OMS. Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma Sectorial. (mimeo). Washington DC, mayo, 1998, 170 págs.

13. HSP-OPS/OMS. Perfiles de sistemas de servicios de salud en los países, en: Latin American Health Sector Reform Initiative web page (<http://www.americas.health-sector-reform.org>). Se pueden solicitar copias impresas en esp. e ing. a: Dr. A. Infante, HSP-HSO-OPS/OMS, Washington DC.
14. Crocco P. The monitoring and evaluation of HSR: new proposals and ideas for the Guidelines, in Expert International Consultation Meeting on Monitoring and Evaluation. (proceedings, mimeo). HSO-HSP, PAHO/WHO, Washington DC, abril 1999.
15. Infante A. Health Systems and Services Profiles preparation process: some lessons learned, in "Expert International Consultation Meeting on Monitoring and Evaluation, (proceedings, mimeo). HSO-HSP, PAHO/WHO, Washington DC, abril 1999.
16. Tejada de Rivero D. The financing of Health: conditions for effectiveness and equity. PAHO Bulletin 22 (4), 447-455, Washington DC. 1998.
17. Tarimo E. Essential Health Service Packages: uses, abuse and future directions. Current Concerns. ARA Paper no. 15, pp. 18-19, World Health Organization, Geneva, december, 1997.
18. Alleyne G. Health reform. The World Bank's Human Development Weekly, (mimeo), Washington DC, 25-27 march, 1997.
19. Cortez R, Phumpu P. The delivery of Health Services in shared community-state administration centers: the case of Perú. A Policy Brief distributed in Social Policy Reforms in Latin America, IDRC and IDB, Washington DC, may 1999. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, Lima, Perú (rcortez@up.edu.pe).
20. Yepes FJ, Sanchez LE, Cantor B. Decentralization of Health at the municipal level. Case and control studies. A Policy Brief distributed in Social Policy Reforms in Latin America, IDRC and IDB, Washington DC, may, 1999. Asociación Colombiana de la Salud, Bogotá, Colombia (assalud@colciencias.gov.co).
21. OPS/OMS. La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. Informe final. Valdivia, Chile 17-20 marzo de 1997, HSP-HSO, Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de salud (mimeo esp. e ing.), Washington DC, Octubre 1997, 68 págs.
22. Sterman L, (coor.) et al. The decentralization of the Brazilian Health System. A Policy Brief distributed in Social Policy Reforms in Latin America, IDRC and IDB, Washington DC, may, 1999. Instituto da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Sao Paulo, Brasil (nisis@isaude.sp.gov.br).