

# Perspectivas teóricas y producción de conocimiento en la Investigación sobre Reforma del Sector Salud<sup>1</sup>

---

Susana Belmartino<sup>2</sup>

## Resumen

*En este artículo se realiza un análisis metodológico de la investigación sobre Reforma del Sistema de Servicios de Salud a partir de un grupo de investigaciones destinadas al estudio de los procesos de*

## Palabras clave

Reforma del Sistema de Servicios. Metodología, Perspectiva Analítica. Diseño de investigación.

## Key words

Health System Services Reform, Methodology, Analytical point of view, Research Design.

1. Este artículo es una versión revisada y ampliada del publicado en: Almeida C et al. (Edits). *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus Contribuciones al Desarrollo de Políticas*. Washington DC: O.P.S.: 99-128, bajo el título "Conceptualización de la producción de conocimiento sobre reformas del sector de la salud".

2. Susana Belmartino. Docente Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario, Investigadora Senior del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina.

## 1. Introducción

El objeto de la presente revisión es recuperar el recorrido conceptual que llevan a cabo un grupo de investigadores dedicados a analizar las reformas del sector salud en diferentes escenarios latinoamericanos. Ese recorrido, en tanto proceso lógico de aplicación de determinadas perspectivas analíticas a un problema social, se inicia en el momento en que se identifica alguna condición particularmente problemática de los respectivos sistemas de servicios y culmina con el diseño de una metodología de recolección y análisis de información, operando bajo el supuesto que el nuevo conocimiento así producido contribuirá a resolver esa condición

*reforma en diferentes escenarios latinoamericanos. Se describen los diferentes momentos del recorrido metodológico en función la defensa de un enfoque que reconoce en la perspectiva analítica utilizada por el investigador el ingrediente estratégico que resultará en una articulación más o menos adecuada entre tres componentes del proceso de diseño de una investigación: situación problemática / objeto de estudio / interrogantes que el estudio procurará responder.*

## **Abstract**

*The present article consist of a methodological analysis or researches focused on Health Care Reform. Its starting point is a group of researches destined to study reform processes in different scenarios in Latin America. Several moments of the methodological process are described, with the aim to defend the approach than recognizes in the analytical perspective used by researchers, the strategic ingredient for an adequate articulation between the three elements included in the design of a investigation: the problematic situation, the object of the study and the questions aimed to be answered.*

crítica. Los estudios sometidos a este análisis comprenden un conjunto especialmente seleccionado por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el *International Development Research Centre* (IDRC) de Canadá, como parte de su proyecto de fortalecimiento de la investigación en SSS y utilización de sus resultados en la toma de decisiones sobre políticas de Reforma.

Sin tomar posición en relación a cuál sería el contenido legítimo de la expresión *metodología*, el proceso identificado como objeto de este trabajo supone la existencia de algún método que oriente al investigador entre las alternativas a su disposición, mientras desarrolla las actividades de reflexión, análisis y sistematización indispensables para poner en marcha su proyecto de investigación. Entre tales actividades el uso más o menos generalizado reconoce en primer lugar la existencia de una *situación problemática*, luego la identificación de un *objeto de estudio* cuyo mejor conocimiento se vincula hipotéticamente a la resolución o superación de esa condición insatisfactoria; a partir de allí la selección de las disciplinas o técnicas más pertinentes para su abordaje, la identificación de los conceptos relevantes, el otorgamiento de un rol orientador a una determinada perspectiva analítica. Este proceso de elaboración de un *problema de conocimiento* culmina por lo general en la definición de los *objetivos* específicos asignados al estudio y la programación de las actividades destinadas a su concreción: la selección de los instrumentos de recolección y análisis de la información respectiva, su discusión, la presentación de resultados. De manera cada vez más imperiosa, la necesidad de seleccionar estrategias de orientación en las decisiones sobre los procesos de Reforma, convierte en un ingrediente crucial de los proyectos de investigación sobre el área a la transposición del nuevo conocimiento así producido en orientaciones de política.

Es posible reconocer, por consiguiente, algunos nudos o articulaciones clave en los procesos de diseño de investigaciones sobre reforma, con capacidad de incidir en los resultados finales. En primer lugar, la articulación entre situación problemática y construcción del objeto de estudio como problema de conocimiento. En segundo término la selección de los instrumentos de recolección de información adecuados para responder a las preguntas generadas por ese proceso. Y, por último, la lectura del nuevo conocimiento producido en clave operativa, como sustento de las decisiones sobre política.

En esta revisión el interés se focaliza en los dos primeros ejes de articulación identificados. La principal hipótesis de trabajo puede en este punto enunciarse en términos relativamente simples, que luego se irán abriendo y complejizando: Pretendo defender aquí un enfoque que reconoce en la *perspectiva analítica* utilizada por el investigador el ingrediente estratégico que resultará en una articulación más o menos adecuada entre tres componentes del proceso de diseño de una investigación: situación problemática / objeto de estudio / interrogantes que el estudio procurará responder.

Mi prioridad para este texto es subrayar la importancia de este primer momento en el recorrido a investigar. Esa importancia puede sintetizarse en pocas palabras: considero que la identificación de las preguntas a formular es tan importante como la selección de los instrumentos destinados a darles respuesta. La perspectiva analítica utilizada por el investigador constituye una orientación clave —explícita o implícitamente reconocida— en la formulación de los interrogantes con mayor capacidad de adecuación a los objetivos asignados al estudio de los procesos de Reforma.

El interés de este trabajo es a la vez conceptual e instrumental. En el terreno conceptual se propone como una respuesta a los interrogantes planteados en el ámbito académico y los espa-

cios de trabajo de las instituciones encargadas de la financiación de investigaciones acerca de la existencia, utilidad y contenido de un *campo de indagación* específico dedicado al análisis de los Sistemas y Servicios de Salud. En el interior de ese potencial *campo*, la investigación sobre Reforma constituye un recorte particularmente valorizado en función de las transformaciones producidas en las últimas décadas a nivel ecuménico en los sistemas de servicios de atención médica y de los debates en marcha relativos a:

- evaluación de experiencias,
- definición de agendas de reforma,
- identificación de obstáculos y facilitadores de los procesos de cambio,
- desvalorización/revalorización del rol del Estado,
- elaboración de estrategias comparativas,
- aprovechamiento de aprendizajes compartidos,
- posibilidad/utilidad de la elaboración de tipologías,
- potenciamiento de los enfoques multidisciplinarios,
- comunicación y concertación de enfoques entre investigadores y decisores, y otras cuestiones aún no definitivamente resueltas.

El interés instrumental de esta revisión se concibe como la elaboración de una guía de interrogantes y búsqueda de respuestas aplicados a situaciones concretas y resultantes de problemáticas de orden local o particular. Guía que en primer lugar puede servir para identificar los hiatos o lagunas a cubrir y las cuestiones a priorizar en una posible agenda de investigación, en segundo término puede orientar la formulación de proyectos, encauzar el debate sobre instrumentos conceptuales o técnicas de recolección de información, o estimular la puesta en marcha de experiencias comparativas. Más allá de ese valor descriptivo, mi interés particular reside en discutir algunas perspectivas analíticas relativamente novedosas que en los últimos

años han estimulado una reformulación de los enfoques sobre Reforma.

El campo de indagación sobre reforma del sector salud, en tanto recorte específico de la investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) puede pensarse en primer lugar como un espacio de integración disciplinaria. Contribuyen a dar cuenta de las peculiaridades de este objeto de trabajo algunas de las grandes corrientes de reflexión en el interior de las ciencias sociales contemporáneas: economía, ciencia política, ciencia de la administración, historia, filosofía política, sociología de las organizaciones, antropología, ciencias de la conducta.

Estos y otros registros disciplinares proporcionan nuevos enfoques e instrumentos de análisis que han sufrido ya un proceso de integración y se encuentran operando en el campo de la investigación sobre Reforma, en tanto se han mostrado particularmente aptos para abordar cuestiones como:

- la nueva problematización del rol del Estado,
- los incentivos presentes en determinadas formas de organización de servicios,
- las nuevas modalidades de interacción entre financiadores y proveedores,
- el relieve otorgado en algunos escenarios a la función de compra de servicios,
- los aportes de los estudios de costo-efectividad a la definición de paquetes básicos de cobertura o la elaboración de normas de práctica,
- la necesidad de volver a conceptualizar y operacionalizar nociones tradicionales como equidad, necesidad, calidad de la atención médica o accesibilidad,
- el interés por aplicar una perspectiva relacional que dé cuenta de la interacción entre las diversas funciones en el interior del sistema de servicios o reformule, en el ámbito de las prácticas cotidianas entre sujetos concretos, los abordajes clásicos dedicados a interrogar la relación población/servicios.

También debe reconocerse a este campo una estructura compleja que hace necesaria la delimitación de niveles en la organización de las prácticas sociales sujetas a indagación. Los abordajes más tradicionales reconocían fundamentalmente un nivel micro, lugar de la interacción entre pacientes y profesionales de salud o bien espacio de organización de las instituciones donde esa interacción se concreta, y un nivel macro, ubicado generalmente en el ámbito de la actividad del Estado y la formulación de sus políticas sectoriales, escenario donde se generan las reglas de conformación del sistema o subsistemas de servicios. La experiencia de Reforma y las agendas difundidas a partir del debate internacional parecen actualmente otorgar hegemonía a un nivel intermedio o meso, en tanto espacio específico de la vinculación entre financiamiento y provisión (o bien entre compradores y proveedores), aseguradores y población a cargo, instituciones de provisión y población demandante, ya sea que se ubique a nivel nacional, regional o local. Es ese nivel intermedio o meso objeto de interés particular en este trabajo, en función de anteriores estudios dedicados a Reforma donde se concluye que las principales transformaciones en los sistemas de servicios de atención médica se han producido en el interior de relaciones identificables en ese espacio (Belmartino, 2000). Esto aparece en buena medida ratificado por el debate internacional y por la pequeña muestra de trabajos objeto de este estudio, donde el interés dominante parece traducirse en términos de la gestión del sistema y sus resultados en eficacia, eficiencia y utilización —impacto— en relación a la población beneficiaria.

La recuperación de los abordajes específicos de los estudios bajo revisión se presenta a continuación, siguiendo las pautas lógicas de la elaboración de un proyecto: descripción de la situación problemática, delimitación del objeto o formulación del problema bajo estudio, enumeración de objetivos, identificación de las formas

adecuadas de producción y procesamiento de información. La enumeración completa de las investigaciones sujetas a revisión se incorpora al final de este texto, en Anexo (página 106).

## 2. Descripción de la situación problemática<sup>3</sup>

En los proyectos revisados no se encuentra la expresión *situación problemática* como referencia explícita al detonador social o institucional de la identificación del problema bajo estudio. En ellos, las condiciones sectoriales específicas que el investigador coloca como motivaciones de su preocupación aparecen en general bajo la forma de una introducción al estudio o proyecto del que se da cuenta. Por mi parte considero que el esfuerzo por reconocer esta dimensión en los proyectos revisados resulta justificado en la medida en que expresa el primer posicionamiento del investigador frente a su tarea y puede constituir un punto de partida para comenzar a desplegar las diferentes perspectivas bajo las cuales se colocan los ejes problemáticos de la reforma sectorial.

En un buen número de proyectos la situación problemática que justifica el desarrollo de la investigación se deriva explícitamente de los procesos de cambio a nivel macro, originados en la crisis de los 80 y su repercusión en los años 90. Con diferencias de matices según el país involucrado operan aquí como disparadores las políticas de ajuste que siguieron a la crisis de la deuda en 1982, las transformaciones del sistema político que llevaron a la recuperación de instituciones democráticas con diferentes niveles de participación y movilización popular, las políticas de ingresos llevadas adelante y sus consecuencias en el bienestar de los sectores de medianos y menores recursos, el sentido y alcances de las políticas de *reconversión de la economía y reforma del Estado*, en tanto estrategias de superación de la crisis y las condiciones y ritmos de su implementación en los años 90.

En este enfoque la dinámica sectorial se inscribe directamente en la problemática socio-económica y política más general, ya sea que se la perciba:

I como movilización política y social orientada a contrarrestar las consecuencias sociales del ajuste,

II como proceso sectorial que toma el mismo sentido que la dinámica del ajuste en función de una contracción de los recursos disponibles y un nuevo posicionamiento de las instituciones y agentes afectados, o

III como procesos de reordenamiento sectorial, con resultados relativamente contradictorios que merecerían atención particular.

Un número mayor de los estudios revisados opta por definir una situación problemática identificada en el interior del sector, sin referencia explícita a los procesos de crisis y reestructuración de las respectivas sociedades. En estos casos la situación problemática puede remitir a:

I la puesta en marcha de programas específicos destinados a superar condiciones sectoriales a las que se otorga importancia particular y/o prioridad en la agenda de políticas, sin que exista evaluación suficiente sobre la adecuación de su diseño con los objetivos perseguidos;

II la verificación de condiciones de relativa asimetría en los resultados de la reforma para las poblaciones involucradas;

III la identificación de un área clave en las estrategias de reforma en la cual no se han logrado los resultados esperados por los reformadores;

IV la identificación de obstáculos y dificultades que frenan u otorgan características particulares a la aplicación de las decisiones sobre reforma y la obtención de las mejoras asociadas al proceso de cambios.

En cierto número de estudios se integra a la descripción de la situación problemática alguna referencia a la conveniencia o necesidad de aportar insumos para el debate y la toma de decisiones sectorial y en otros se enfatiza el interés por realizar estudios

3. La expresión situación problemática remite en este texto a "un estado de cosas, sucesos, situaciones, procesos, existentes en la teoría o las condiciones empíricas que por resultar insatisfactorios para alguien son percibidos como problemáticos". En consecuencia las situaciones problemáticas no refieren exclusivamente a hechos, sucesos o acontecimientos de la vida cotidiana, sino que también pueden darse en un determinado cuerpo teórico de conocimientos (Borsotti et al., 1996).

comparativos que permitan diferenciar el impacto de las especificidades nacionales o locales sobre la implantación de la Reforma. Sin embargo, esa preocupación de índole académico-política adquiere un carácter dominante en tres estudios que ubican el eje de la situación problemática en la conveniencia de sistematizar enfoques sobre aspectos organizativos o estratégicos o tratamientos analíticos. La identificación de la situación problemática en estos casos surge explícitamente de:

A el aparente retroceso en el interior de la agenda de reforma tal como se define a nivel internacional de una determinada estrategia cuyos resultados no han sido adecuada o suficientemente evaluados;

B la utilidad de validar un determinado marco normativo y el análisis político de las dificultades de su implantación;

C la aplicación considerada exitosa de una determinada perspectiva analítica, orientada sobre los límites de la capacidad de intervención y cambio por parte del Estado;

D la propuesta de elaboración de una herramienta diagnóstica específica para producir información estratégica sobre relación oferta/demanda de servicios, accesibilidad, equidad.

En los siguientes ítems de esta revisión intentaré mostrar que los contenidos asignados a la situación problemática no tienen una vinculación directa con la definición del objeto de investigación o los objetivos específicos identificados. Es decir, no hay una relación unívoca entre las características de la situación motivadora y el diseño del estudio.

Esto puede considerarse como un indicador de la multiplicidad de enfoques que ofrece el campo bajo análisis —producto a la vez de la complejidad del objeto reforma, sus diferentes niveles de problematización y la variedad de disciplinas y abordajes involucrados— y la ausencia de supuestos preestablecidos sobre la pertinencia, adecuación o legitimidad de alguno/s de ellos.

Sin embargo, me interesa insistir aquí sobre algo ya señalado: en este punto se abre la primera opción entre diferentes alternativas disponibles para el investigador; opción que puede tener importancia significativa en función de los resultados del proyecto. La selección del objeto de estudio —y también del recorte que se realice en su interior— tendrá seguramente un fuerte anclaje en el campo disciplinario específico al que los investigadores adscriban. Dependerá también, sin embargo, de su disposición a reconocer los vínculos con otras disciplinas más o menos próximas, su familiaridad con determinadas categorías de análisis; el nivel de organización del sistema que se considere estratégico para el abordaje de la situación motivadora. Todos estos aspectos de alguna manera encontrarán una articulación particular en la perspectiva analítica que dé sustento al diseño. De ella dependerá la originalidad, consistencia, claridad, productividad y adecuación de los interrogantes planteados para el estudio y por consiguiente de la significación de la respuesta a obtener.

### **3. La delimitación del objeto, hipótesis, conceptualización, objetivos**

El camino conceptual que lleva desde la situación problemática a la definición del objeto de estudio supone un esfuerzo de abstracción y sistematización, destinado a abordar un problema o necesidad social y/o sectorial a partir de una determinada disciplina o perspectiva interdisciplinaria, de manera de convertirlo en un problema de conocimiento. Al iniciarse ese proceso el objeto de estudio es identificado a partir de sus características empíricas; sin embargo, a medida que va cobrando una dimensión conceptual y se precisan las relaciones entre las principales nociones o categorías seleccionadas para transformarlo en una construcción teórica, va perdiendo sus ca-

racterísticas de objeto real-concreto para transformarse en una abstracción. La principal tarea de sistematización llevada a cabo por el investigador es reducir la complejidad del objeto identificado para su estudio, seleccionando entre las múltiples relaciones que lo conforman (las múltiples dimensiones de lo real) aquellas en condiciones de proporcionar una mejor respuesta, una explicación más adecuada, al problema de conocimiento que pretende abordar.<sup>4</sup>

### **3.1. Los enfoques de nivel macro**

#### **3.1.1. Los estudios con**

**orientación político institucional**  
Si la situación problemática se ha identificado a nivel macro social, la delimitación del objeto bajo estudio, aunque se ubique a nivel sectorial, incluirá probablemente las principales relaciones que —a juicio del investigador— vinculan lo social-general a lo sectorial. Con frecuencia —como sucede en los trabajos bajo revisión— el objeto identificado a nivel macro sectorial se articulará, en la delimitación del problema de conocimiento, con otros ubicados en niveles meso y/o micro, conformando un problema con registro en diferentes dimensiones, cuyas relaciones internas deberán también ser identificadas.

Esto supone una nueva cuestión metodológica, ya que las relaciones entre niveles no siempre son aprehensibles en forma directa, susceptible de operacionalización. Cuando se abordan problemas sociales es posible (y relativamente frecuente) formular relaciones de determinación entre los diferentes niveles identificados; aunque es posible señalar que ese tipo de enfoque pierde progresivamente terreno en el campo de la investigación en salud.<sup>5</sup> Si el investigador expresa alguna hipótesis de consecuencia entre lo que sucede en diferentes niveles (por ej. las limitaciones en la accesibilidad a

los servicios pensadas como consecuencia directa del ajuste presupuestario) deberá precisar los respectivos mecanismos de vinculación. De lo contrario, los diferentes niveles aparecerán simplemente yuxtapuestos y la situación verificada en el nivel macro no necesariamente podrá utilizarse como explicación de los resultados del análisis micro.

Algunos de los estudios objeto de esta revisión se han hecho cargo de resolver ese tipo de complejidad en la delimitación de su objeto de estudio. En una primera aproximación destinada a precisar los términos del problema se intentará una somera descripción comparativa de tres proyectos que proporcionan un ejemplo de la cuestión esbozada. Dos de ellos se aplican al proceso de reforma en Brasil, el tercero incorpora además la problemática de Argentina y México (Almeida et al., s/f; d'Avila Viana y Dal Poz, 1998; Fleury et al., 1998).

En los tres casos la situación problemática se identifica a nivel macro social y se presentan las condiciones sectoriales como consecuencia de los procesos de cambio verificados en ese nivel. En todos ellos se utiliza un enfoque político institucional para sistematizar los cambios sectoriales y se identifica una problemática meso o micro vinculada a los procesos macro: I. la conservación o deterioro de los valores de equidad en el acceso a la atención, que constituyeron uno de los fundamentos de la organización de un determinado SSS; II. los procesos político institucionales que condicionan la implementación de programas específicos; III. posibles obstáculos verificables en el acceso a los servicios de atención médica en diferentes países.

El primero de los estudios mencionados aborda objetos de análisis de nivel macro y micro; en el segundo, procesos identificados a un nivel intermedio ilustran la operatoria en ese nivel de los condicionantes hipotetizados para el nivel macro; en el tercer estudio la cuestión micro se presenta bajo un supuesto de vinculación o conse-

4. Esa selección de nociones o conceptos que intervienen como organizadores del problema bajo estudio se apoya en algunos casos en hipótesis o supuestos sobre su dinámica interna. Los supuestos se proponen como resultado de un conocimiento previo que el investigador no pretende validar en esa particular investigación; las hipótesis, por el contrario, proponen relaciones cuya validación o refutación constituye el principal eje de conocimiento del estudio. Ambos, sin embargo, contribuyen a la construcción del objeto de estudio abordado, proporcionando señales en torno de su posible dinámica.

5. Y en el campo de las ciencias sociales en general, a partir de la diferenciación entre relaciones estructurales o sistémicas y perspectivas del sujeto, estructuras y acción, estructuras y procesos, etc.

cuencia de los cambios estudiados a nivel macro y meso.

En el primero de estos trabajos (Almeida et al., s/f) el eje propuesto para explicar las debilidades resultantes en la implementación de la reforma se ubica en la actividad de los organismos estatales a cargo: discontinuidad en las políticas sectoriales; inestabilidad de las autoridades del Ministerio de Salud, abandono de la prioridad originalmente acordada a la Reforma, insuficiencia de las inversiones realizadas, implementación a partir de un complejo proceso de descentralización que llevó a una fragmentación de las decisiones sobre asignación de recursos y a la adhesión de prácticas focalizadoras centradas en atención básica. A esa fragmentación se suma un proceso paralelo de reformulación de la oferta de servicios con la incorporación de la financiación proveniente de los seguros privados, que asume también una dinámica fragmentada según las condiciones locales. Como resultado, la capacidad de respuesta del sistema a nivel local diferirá en forma significativa según estados y municipios, no lográndose modificar el patrón de desigualdades geográficas y sociales previo a la reforma, que se identificara como uno de los obstáculos para la mejora de la equidad del sistema.

Esa definición del problema de conocimiento conlleva a explorar enfoques conceptuales vinculados con la cuestión de las *capacidades institucionales* del Estado y más específicamente a su capacidad implementar en forma efectiva las políticas sancionadas por sus organismos deliberativos, promoviendo cambios conducentes a una redistribución de poder entre los agentes sectoriales con el objeto de mejorar las condiciones de equidad en la asignación de recursos y el consumo de servicios. En consecuencia, los enfoques conceptuales utilizados harán referencia a instancias de regulación social, procesos de toma de decisiones en los organismos del Estado y resultados en términos de gobernabilidad.

Las distorsiones verificadas en la

implementación de los objetivos de la reforma conforman el supuesto explicativo de posibles limitaciones a la equidad en la utilización de servicios por parte de la población, problema de conocimiento propio del nivel micro, para cuya construcción se recurre a las concepciones de justicia elaboradas por la filosofía política contemporánea en conjunción con debates sectoriales orientados por el interés de obtener una operacionalización del concepto de equidad en salud. Esta cuestión metodológica se resuelve en este estudio a partir de la identificación de dos dimensiones de la relación entre necesidad y utilización: una geográfica, vinculada a la distribución regional de los recursos y otra social, relacionada con la oportunidad de utilización para los diferentes grupos sociales.

La vinculación supuesta entre ambos niveles de indagación se expresa a partir de considerar como factores explicativos de la utilización de servicios por parte de la población *la efectiva implementación de la política de salud, las características organizacionales y de gestión, y también el nivel de conocimiento y experiencia de los profesionales, su ideología y nivel de autonomía.*

En el segundo estudio (d'Avila Viana y Dal Poz, 1998), dedicado al análisis de los procesos de nivel intermedio, la delimitación del problema tiene algunos rasgos diferenciadores. Aunque se reconoce deficiencias originarias en la implementación del nuevo sistema, el eje de la indagación se ubica en la contraposición entre dos estrategias de reforma, en dos momentos diferenciados en el tiempo: los últimos años 80 (reforma integral, de orientación universalizante e implantación descentralizada) y las nuevas políticas definidas a partir de 1995 (reforma incremental del sistema público entendida como conjunto de modificaciones en el diseño y operacionalización de la política), como consecuencia de un diagnóstico de crisis sectorial (resultado de las limitaciones en el financiamiento de los primeros años

90 asociadas a cambios en perfil demográfico y epidemiológico de la población).

El utillaje conceptual aplicado remite al debate internacional sobre diferentes tipos de reforma, del que se extrae un supuesto ordenador para el análisis: *la implementación de una agenda de reforma y los resultados obtenidos dependerán del comportamiento de tres variables: exigencias económicas, intereses organizados y dimensión política*. Esas variables estarán dotadas de la capacidad de explicar tanto la reforma (efectivización de los propósitos enunciados) como la no reforma (no implementación de tales propósitos).

El proceso de implementación de un programa específico proporciona un escenario de nivel meso para el estudio de esa dinámica. El Programa de Salud de la Familia es abordado a partir de sus antecedentes históricos en una triple dimensión, consistente con el marco analítico propuesto: I- la dinámica entre restricciones presupuestarias/nuevas modalidades de gestión/presiones derivadas del incremento de la demanda de servicios; II- el rol jugado por las asociaciones de comunidad en el marco de alianzas establecidas a nivel local con agentes locales y representantes de organismos internacionales; III- el rol articulador del Ministerio de Salud nacional y sus diferentes organismos. Ese recorrido histórico permite a los investigadores identificar el momento en que el Programa comienza a operar como elemento reestructurador del sistema de servicios.

Un tercer estudio (Fleury et al., 1998) aborda los tres niveles identificados en una investigación comparativa entre países, a partir del análisis del contexto político, institucional y de salud en el cual se introducen las políticas de reforma. Se parte de una concepción que interpreta los sistemas de atención médica como construcciones histórico-sociales, resultantes de un proceso orientado por valores, dinámicas institucionales, opciones políticas,

técnicas de intervención, demandas populares y la presión de los actores relevantes que tienen diferentes grados de control sobre recursos importantes en la arena sectorial. La investigación se organiza en tres momentos, cada uno de ellos centrado en un diferente nivel de análisis: I- Se parte de un estudio a nivel macro de los cambios sufridos por las instituciones del sector en cada uno de los países en las últimas dos décadas. II- Ese enfoque de proceso es complementado con la identificación de los diferentes subsistemas de organización de los servicios operando en el momento previo y posterior a la implementación de los principales cambios y las transformaciones ocurridas en las principales funciones propias de cada subsistema y en la interrelación entre sus agentes. III- Un tercer momento explora las condiciones de la utilización de los servicios de atención médica por la población a cargo. En este nivel la hipótesis que orienta el estudio propone que el sistema de atención médica revelará mayor o menor equidad según el peso relativo de los factores considerados como *habilitantes o facilitadores (enabling)* en la utilización de servicios por parte de las personas afectadas por las condiciones de salud/enfermedad/atención médica identificadas como trazadoras.

### 3.1.2. Los enfoques de gestión

Dos proyectos proponen enfoques destinados a evaluar resultados de políticas de Reforma que se ubican de manera exclusiva en el nivel macro social y sectorial —donde se generan los mecanismos de regulación del sistema— centrándose en los mecanismos de gestión. La estrategia analítica consiste en contraponer, por una parte, la perspectiva resultante del marco normativo elaborado para orientar el proceso de cambio y por la otra la visión de los actores que participaron en los procesos de reforma. De este modo las conclusiones se construirían en función de *considerar los procesos de cambio como fenómenos complejos,*

en los que intervienen elementos de orden conceptual articulados a los intereses y estrategias de los diferentes grupos intervinientes. Esta orientación predomina en dos estudios; uno de ellos dirigido a la evaluación del proceso de reforma chileno en lo vinculado a descentralización, separación de funciones y de métodos de pago; el segundo destinado a evaluar los obstáculos políticos existentes para la efectivización de un nuevo marco regulatorio para el sistema de obras sociales en Argentina (Beteta et al., 1998; Montoya y Colina, 1998).

Las hipótesis de trabajo propuestas para la investigación destinada a Chile podrían también aplicarse a las coordenadas conceptuales de organización del estudio sobre Argentina: *La alta complejidad de estructurar un marco conceptual adecuado que permita a los diseñadores de las políticas contar con el respaldo técnico nos lleva a plantear la hipótesis de la existencia de deficiencias en el proceso de reformas, originadas en desviaciones entre el modelo —técnico— concebido y un modelo técnicamente “óptimo”*. Una segunda hipótesis apunta a que *los cambios diseñados por los equipos impulsores de la reforma fueron obstaculizados por los agentes que resultaban perjudicados, produciéndose así una segunda fuente de desviaciones respecto de las recomendaciones técnicamente correctas*. Deficiencias y desviaciones se piensan como fallas en la racionalidad técnica finalmente expresada por las nuevas instituciones (Beteta et al., 1998).

Ambos investigadores por consiguiente definen su objeto en función de la reconstrucción de un proceso de cambios ubicado a nivel macro, intra y extra sectorial, la identificación de actores con influencia en la agenda de reforma, sus intereses y estrategias y la situación resultante, en contraposición a un modelo “óptimo” de gestión, organizado según los parámetros de un determinado paradigma conceptual. En el diagnóstico formulado por los autores del trabajo sobre Argenti-

na, *la Reforma aparecería más condicionada por problemas de presiones entre grupos de interés que por problemas de tipo técnico* (Montoya y Colina, 1998).

La definición del marco normativo óptimo elaborado como orientador de la reforma ubica los referentes conceptuales del problema en el interior de la economía neoclásica. Recupero algunas expresiones —sacadas de contexto— solo a modo de ejemplo: *Una primera característica de las organizaciones públicas es que no están sujetas al riesgo de bancarota, no sufren el rigor de la competencia, presentan más dificultad para medir su desempeño, tienen multiplicidad de objetivos y existen límites para el diseño y a aplicación de incentivos monetarios. (...) Es posible lograr ganancias en eficiencia por medio de la especialización en el interior de la burocracia, en función de lograr un mayor grado de autonomía y flexibilidad en la asignación de recursos financieros y humanos. (...) Bajo condiciones de competencia perfecta el mercado logra adecuada coordinación y adaptación a la vez que minimiza las demandas de información —el sistema de mercado requiere transmitir menos información que otro sistema (...) capaz de asegurar un resultado eficiente.(...) Cuando se utiliza el mercado, y este funciona bajo condiciones ideales, no hay necesidad de que se transmita información detallada sobre las necesidades, preferencias, posibilidades tecnológicas y disponibilidad de recursos que se requeriría para alcanzar una solución centralizada, (...) ya que los precios sintetizan toda la información relevante* (Beteta et al., 1998).

### 3.1.3. Las perspectivas analíticas<sup>6</sup> que orientan la construcción

de los problemas de nivel macro En términos generales puede decirse que los problemas identificados en el nivel macro se orientan con frecuencia hacia enfoques *interpretativos* y *explicativos* con preferencia a los registros

6. La expresión *perspectiva analítica* se utiliza en referencia a alguna corriente dentro del campo de las teorías sociales que sirve de sustento conceptual a la elaboración del problema de conocimiento bajo estudio.

simplemente descriptivos. En ellos, por consiguiente, la perspectiva analítica, aun implícita, es más fácilmente identificable.

En las ciencias sociales, a partir de los últimos años de la década de 1970, el retroceso de los enfoques estructuralistas y la importancia acordada a una lectura estratégica de los cambios registrados a nivel macro otorgó un renovada importancia a las perspectivas analíticas vinculadas con las teorías de la acción. No se trató, sin embargo, de un movimiento pendular: el equilibrio se buscó a partir de abordar en términos relacionales estructura y acción, enfoques sistémicos y perspectivas de proceso. Esto significó privilegiar el análisis de las relaciones entre *actores sociales*, *actores políticos* y *actores estatales*, concebidos como fuerzas organizadas portadoras de una determinada visión del orden, tanto a nivel social general como sectorial. Corporaciones, grupos de interés, partidos políticos, asociaciones comunitarias, algunas agencias del Estado, fueron objeto de la preocupación de los analistas volcados al estudio del cambio social, que asignaban a su actividad en un campo determinado de las prácticas sociales capacidad explicativa tanto en relación al sentido y orientación de los cambios en proceso como a las condiciones de reforzamiento del *statu quo*.

Ese tipo de abordaje conduce a pensar las relaciones de poder que se establecen en el interior de un determinado sector de políticas como fruto de la interacción entre agentes dotados de intereses y capacidades específicas, y en condiciones de defender modelos de organización sectorial (identificados también como *paradigmas*) que suponen una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en su interior.

En esos análisis suele diferenciarse una perspectiva estadocéntrica —el motor del cambio se coloca en el Estado como agente por excelencia del cambio y garante del orden social—; una perspectiva sociocéntrica —el pe-

so de los condicionantes se adjudica a una diferente distribución de poder entre los actores sociales y políticos involucrados—; y una perspectiva relacional, según la cual solo una mirada que dé cuenta de las relaciones entre actores estatales y actores sociales podrá proporcionar un diagnóstico adecuado de las posibilidades y obstáculos existentes en sociedades concretas para llevar adelante alguna propuesta de cambio.

En la literatura dedicada a Reforma, el análisis del conflicto político encarnado en la lucha de diferentes actores, defendiendo intereses específicos y modelos de organización alternativos para las instituciones del sector ha sido abordado en los últimos años a partir fundamentalmente de dos perspectivas: la primera podría ser caracterizada como sociocéntrica, inscribiéndose en la corriente *pluralista* en el interior de la ciencia política; la segunda se autoproponde como relacional y se identifica con la vertiente *neo-institucional*.

En la perspectiva pluralista el énfasis se pone en la interacción de los actores visibles en el escenario político. Los desenlaces inmediatos se explican por la interacción de las aptitudes, preferencias y recursos de los participantes (Alford y Friedland, 1985). Las políticas de salud son analizadas como resultado de la lucha entre grupos de interés que defienden determinados modelos organizativos vs. grupos de interés que apoyan un paradigma alternativo. El resultado del conflicto estaría dado por las diferentes acumulaciones de recursos (técnicos, ideológicos, económicos, políticos) en manos de los contendientes.

En la perspectiva pluralista, por otra parte, el Estado es considerado como una *arena* donde se entabla el conflicto o un *foro* donde las diferentes alternativas se presentan y discuten en procura de la conformación o fortalecimiento de alianzas favorables a una u otra.

Las limitaciones de este enfoque, asociado en la literatura con una con-

cepción de *mercado* político, radican en las dificultades para explicar el compromiso de los diferentes actores en torno al sostenimiento de un diseño institucional relativamente estable y el desconocimiento del posible papel a jugar por el Estado en el fortalecimiento de la capacidad de presión (*empowerment*) disponible en grupos subalternos o relativamente marginales a la agenda de políticas.

En uno de los trabajos objeto de esta revisión, González-Rossetti (2000) contrapone la perspectiva pluralista a la neo institucional: *Mientras el análisis de los grupos de interés permiten comprender la dinámica de la política de reforma, ofrece pocas respuestas en los casos en que los decisores han decidido avanzar en una reforma pese a la resistencia visible de poderosos grupos sociales. Una mirada más cercana a las limitaciones y oportunidades ofrecidas por el contexto institucional en cuyo interior estos decisores impulsan su agenda de reforma brinda la posibilidad de ofrecer un cuadro más completo de los factores políticos que afectan el cambio de políticas.*

El origen y estímulo de la reflexión neo institucionalista se ubica en los déficit de gobernabilidad que puso de manifiesto la crisis de los 70. En ese contexto socio político, la emergencia de una sobrecarga de demandas y la pérdida de legitimidad de la actividad estatal otorgaron particular relieve al problema de la capacidad de los Estados para regular la relación entre actores con expectativas divergentes en la definición de las relaciones sociales fundamentales. En esa coyuntura, señala Skocpol (1985), el desafío consiste en analizar los Estados en una doble dimensión: como actores dotados de diferentes grados de autonomía y como estructuras institucionales capaces de encauzar el conflicto social; otros analistas enfatizan en este caso como una cuestión clave la “*administración consentida*” (*governance*) de la sociedad (Alford y Friedland, 1985).

Enfrentando ese desafío, la perspectiva neo-institucional se aleja del

análisis focalizado en la sociedad para volverse hacia el Estado. En ese giro, sin embargo, no se instala en la caracterización del Estado como todopoderoso propulsor de transformaciones sociales, que en América Latina se expresara en la imagen del Estado Cepaliano. Adopta en cambio una perspectiva relacional, procurando explicar la acción del Estado, tanto a nivel de la toma de decisiones como de su implementación, a partir de dos ejes: la explicitación de las relaciones establecidas entre organismos del Estado y actores sociales y políticos y la valoración de la consistencia, coherencia y solvencia técnica construidas en el interior de tales organismos para respaldar las propuestas de cambio.

En un artículo clave Peter Evans (1996) se refiere a ese doble conjunto de relaciones a partir del concepto de autonomía enraizada (*embedded autonomy*) que remite a la coherencia interna y la vinculación externa de los organismos estatales. El primer atributo daría cuenta del nivel de pericia existente en los organismos de conducción sectorial y de la cohesión de los decisores en torno a los objetivos de política; el segundo remite a la vinculación entre los impulsores de una determinada política y las bases sociales que pueden ser convocadas en su apoyo, en condiciones tales que garanticen la *governabilidad* del proceso de cambios.

La lucha política, por consiguiente, deja de ser pensada como contraposición de fuerzas en espacios de confrontación y negociación que se redefinen continuamente en función de los intereses y estrategias de los principales actores. Se insertaría por el contrario en el interior de una *trama institucional* con la doble capacidad de establecer las reglas de juego<sup>7</sup> para la confrontación, de manera de permitir la elaboración de acuerdos relativamente estables y sancionar las desviaciones o el incumplimiento de tales acuerdos. Las capacidades institucionales del Estado serían cruciales en la construcción y reproducción de esa trama. Su

7. La identificación instituciones/reglas de juego proviene de la obra de Douglas North (1993) que define a las instituciones como reglas de juego ideadas por el hombre para enmarcar sus interacciones políticas, económicas y sociales.

falta de coherencia, su inestabilidad, la inexistencia de capacidades sancionatorias o el no reconocimiento de su legitimidad por parte de actores con capacidad de veto, implicarían déficit significativos en la capacidad de *governance* de las instituciones estatales.

En ese contexto, la referencia a las *capacidades institucionales* remite a las capacidades detentadas por los organismos del Estado para llevar adelante una determinada política. Según Vicente Palermo (1999), el concepto clave cuando se trata de poner en marcha una política y evaluar sus condiciones de sustentabilidad es el de los recursos: recursos para lograr un objetivo, recursos para tornarlo perdurable. Entre tales instrumentos otorga lugar de relevancia a las capacidades del propio Estado, considerado tanto en su conjunto como a partir de las diferentes unidades que lo componen.

En relación con la problemática específica de la reforma del sector salud, es posible recuperar dos señalamientos también introducidos por Palermo. En primer lugar, los recursos necesarios para la aplicación de una política de reformas no son los mismos que se requerirán para asegurar la continuidad de determinadas reglas de juego.<sup>8</sup> El primer caso involucraría un componente de acción discrecional que el segundo no necesita. En segundo término, cuando los recursos financieros y políticos en manos del Estado son limitados —como sucede en los escenarios latinoamericanos de crisis fiscal y descrédito de la política— la importancia de las capacidades institucionales es crítica. Es posible agregar un tercer punto a esa enumeración. En sistemas políticos tan complejos como los contemporáneos, las agencias del Estado deben evaluar no solo sus propias capacidades institucionales, sino la capacidad de las organizaciones que serán afectadas por la nueva política para resistir su implementación, incluso una vez aprobada la legislación respectiva.

Los tres puntos señalados se sintetizan en la noción *enforcement*, que

aplicada a la actividad del Estado remite a la capacidad de su aparato para asegurar el cumplimiento de sus disposiciones. Contemporáneamente esa capacidad suele expresarse también con la referencia a *governance*.

Algunos analistas enfatizan la conveniencia del análisis sectorial cuando se trata de diagnosticar la presencia de esas dos condiciones significativas en la definición de las capacidades de regulación de las agencias estatales: gobernabilidad y *governance*.<sup>9</sup> Repetto, por ejemplo, afirma que en torno a cada política pública se organizará una red institucional que nuclea actores sociales y estatales con recursos, intereses e ideas muy variados. Todos los actores relevantes interactúan con racionalidad limitada y en condiciones de incertidumbre, por lo que se requieren mecanismos colectivamente aceptados (reglas de juego) que den forma a sus intercambios. La capacidad de gestión de los respectivos organismos reguladores, que se traducirá en diferentes condiciones de *governance*, refiere a la posibilidad de poner en marcha tales mecanismos ordenadores de las diversas y múltiples interacciones de los actores relevantes de la sociedad y el Estado, que actúan estratégicamente guiados por intereses y cosmovisiones ideológicas potencialmente conflictivas entre sí (Repetto, 1998). Podría hacerse una perifrasis y postular que la gobernabilidad se vincula a los consensos y la *governance* a la posibilidad de acordar reglas de juego que permitan la consolidación ordenada de esos consensos y garanticen su estabilidad en el tiempo (Belmartino, 2000).

Como ya se señaló, de los trabajos incluidos en esta revisión solo uno —que ubica su objeto a nivel meso, asociado con las políticas de descentralización— reconoce explícitamente la adopción de una perspectiva analítica neo institucional (González-Rassetti, 2000). Sin embargo, aún sin tomar posición explícita al respecto, los tres trabajos cuyo objeto de estudio ha sido descrito sumariamente como ex-

8. El análisis neo institucional dedica atención particular a las consecuencias sobre los escenarios de decisión política de las políticas previamente instituidas. No solo la política (*politics*) crea políticas sociales (*policies*), las políticas sociales también definen nuevas bases para la acción política. Una vez que las políticas han sido aprobadas e implementadas, producen efecto sobre las agendas públicas y los patrones de conflicto de los grupos, a través de los cuales se procesan los subsiguientes cambios políticos (Skocpol y Amenta, 1986).

9. Opto por conservar el vocablo inglés y no utilizar el neologismo *gobnancia*, relativamente generalizado en la bibliografía dedicada a estas cuestiones. En otros trabajos he adoptado la expresión *gobnación*, introducida por Williamsom en su obra dedicada a las instituciones económicas del capitalismo (1989). En estos casos es difícil argumentar a favor del uso de uno u otro vocablo: prefiero *gobnación* por la sencilla —y altamente subjetiva— razón de que me impresiona como más eufónico.

presiones de un enfoque político institucional de nivel macro construyen su problema de conocimiento en términos muy próximos a esa perspectiva. Se trata de enfoques relacionales, que abordan explícitamente la vinculación entre actores sociales y actores estatales; en uno de ellos se propone un abordaje de los sistemas de atención médica como construcciones histórico-sociales, en otro se hace referencia al análisis de los procesos decisorios enfatizando la cuestión de las capacidades estatales, el tercero aborda el análisis de los procesos de nivel meso señalando como variable estratégica en la mejora del desempeño de los sistemas locales a partir de la ampliación de la capacidad decisoria de las autoridades municipales.

Los interrogantes propuestos como objetivos de conocimiento<sup>10</sup> se inscriben en similar orientación analítica:

*¿Cuáles fueron las principales transformaciones económicas, sociales, culturales e institucionales producidas en el nivel macro social en los últimos 20 años, y de qué manera ese proceso puede haber afectado el diseño institucional del sistema de atención médica?*

*¿En qué medida el proyecto de reforma puesto en marcha por los gobiernos ilustra una combinación particular de opciones y restricciones políticas, o de factores facilitadores y limitantes?*

*¿Cuáles fueron los instrumentos legislativos y de gestión y la estrategia utilizada en la implementación de las reformas?*

*¿En qué medida las autoridades del sector pueden obtener la adhesión a las estrategias diseñadas para generar los cambios por parte de los agentes involucrados en la Reforma?*

*¿Cuál ha sido la capacidad de enforcement del Estado para promover cambios y redistribución de poder entre los actores sectoriales y el grado de equidad en la asignación de recursos y el consumo de servicios?*

*¿Hasta qué punto las estrategias de reforma supusieron una redistribución*

*de poder en el interior del sistema de servicios?*

*¿Hasta qué punto la creación de foros deliberativos a nivel local como formas de participación y control social resultó en un mecanismo facilitador o un obstáculo para implementación de las reformas?<sup>11</sup>*

*¿En qué medida la descentralización de funciones en beneficio de las autoridades locales exigió el fortalecimiento de la capacidad de implementación de políticas y promovió una mayor actividad reguladora por parte del Estado a nivel nacional?*

En lo que respecta a los estudios focalizados en los mecanismos de gestión, tanto en el caso chileno como en el argentino la construcción del problema bajo estudio se realiza a partir de la definición de un marco normativo para la reforma, construido en función de los principios fundamentales elaborados para la organización de mercados de atención médica por la llamada *economía del bienestar*, expresión particular del pensamiento neoclásico.

Ese conjunto de normas técnicamente óptimas —definidas en abstracto, sin vinculación con las condiciones históricas de los respectivos sistemas de servicios— habría sido objeto de una puja entre el denominado “equipo generador” responsable de la concepción y diseño de las propuestas y diversos grupos de interés que podrían resultar potencialmente afectados por la reforma. El conflicto se desarrolla en dos escenarios: el primero corresponde al gobierno militar, el segundo a la afirmación del régimen democrático. La identificación de actores difiere relativamente en cada escenario, sin embargo, las principales diferencias habrían radicado en la posibilidad de expresión abierta del disenso y el gradualismo en la implementación de los cambios que caracterizaron al gobierno democrático.

En ambos escenarios, algunas figuras prominentes del gobierno y los ministros de salud y de hacienda se enfrentan en la arena de conflicto en pa-

10. He producido una cierta manipulación en la formulación de objetivos y su presentación en el texto: I- en algunos casos dejando de lado la identificación de los objetivos con los respectivos proyectos individualmente considerados; II- transformando en interrogantes los objetivos enunciados como formulaciones taxativas; III- procurando deducir los objetivos en el caso de estudios que no los enumeran como tales.

11. En clave neoinstitucional Fox (1994) analiza estos procesos en función de la necesidad de los grupos reformadores en el interior del aparato estatal de establecer “corrientes políticas” que los vinculen con grupos sociales organizados y “rutas de acceso” destinadas a incorporar los intereses de estos sectores en la agenda de políticas; el mismo autor señala que la existencia de estos canales institucionales no garantiza un determinado resultado en la implementación de las políticas defendidas.

ridad de condiciones con los representantes de la sociedad civil.

Nuevamente en este caso los interrogantes propuestos se vinculan estrechamente a la perspectiva analítica implícita en la definición del problema, que se inscribiría en la lógica de las corrientes pluralistas ya caracterizadas:<sup>12</sup>

*¿Cuáles han sido las motivaciones, intereses e influencia de los principales protagonistas en cada período?*

*¿De qué manera la acción de los opositores logró modificar los planteamientos iniciales del grupo generador?*

*¿Cuál fue el porqué de lo realizado por los grupos generadores y la lógica de sus decisiones de política?*

*¿Qué diagnóstico formularon a partir de su interacción con los grupos de interés, qué factores facilitaron y obstaculizaron el proceso, cuál fue su balance de la experiencia en qué participaron?*

*¿De qué manera afectaban las reformas a los grupos de interés; cuál fue la lógica de las posiciones adoptadas durante el proceso; qué acciones realizaron para influir en su desarrollo; cuáles los conflictos y acuerdos con el equipo generador y la evaluación de los resultados obtenidos?*

De modo similar puede caracterizarse la perspectiva analítica utilizada en el estudio sobre Argentina, cuyos principales interrogantes serían:

*¿Cuáles son los problemas del sistema de salud en Argentina, en particular del Subsistema de Seguridad Social?*

*¿Cómo se ha desarrollado el proceso de reforma?*

*¿Cuáles fueron los diferentes grupos de interés que influyeron en las etapas de concepción, diseño e implementación?*

*¿Cómo influyeron en el resultado final, tanto en contenido como en timing?*

*¿Cuál ha sido la influencia de los diferentes grupos y los cambios que lograron introducir demorando o acelerando el proceso de Reforma?*

### 3.2. Los enfoques de nivel

#### intermedio o meso

Una presencia importante en el diseño de las investigaciones bajo revisión se asocia con el reconocimiento y evaluación de nuevas modalidades de gestión, en consonancia con la significación que ese tipo de estrategia ha adquirido entre las políticas de reforma. Son frecuentes las referencias a eficacia, eficiencia (asignativa y productiva o técnica), calidad, transparencia y responsabilidad, que aparecen tanto en forma aislada como contrapuestas o articuladas a los indicadores más tradicionales de equidad, accesibilidad, utilización, participación de la comunidad y satisfacción del usuario. Las estrategias vinculadas a la asignación de nuevos roles al sector público, la separación de funciones, generación de recompensas o incentivos, introducción de competencia y conciencia de costos, focalización, gestión autónoma de los recursos humanos, adecuación a las necesidades de salud de la población a cargo, implementación de mecanismos de monitoreo y control, son presentadas como instrumentos idóneos para mejorar a la vez la eficiencia en la utilización de los recursos y la calidad de la atención proporcionada. Solo dos estudios hacen mención a lo que podría considerarse un enfoque de gestión clínica (en referencia al cumplimiento de las normas de atención integral y de los componentes de la conducta de atención en uno y a la existencia de protocolos de tratamiento como indicador de calidad en el otro) (Dmytraczenko et al., 1998; Sánchez Montero, s/f), en forma que podría constituir una limitación analítica de este conjunto de estudios si se tiene en cuenta la importancia que el tema ha comenzado a adquirir en la bibliografía sobre Reforma.

Entre el conjunto de abordajes en términos de gestión adquieren importancia particular dos áreas de concentración temática, en un caso vinculada a una nueva forma institucional aplicada en un determinado país, en el

12. En este caso podría incluso avanzar en esta caracterización general e inscribir estos estudios en la corriente de la "rational choice" dentro del campo más amplio de perspectivas pluralistas.

13. Puede ser conveniente aclarar, en beneficio de los lectores no familiarizados con la experiencia peruana, que la reforma de la atención médica en Perú asume en cierta medida características particulares en tanto se implementa en el momento de salida de la grave crisis social y sectorial que el país soportó entre 1988 y 1992. La situación de los servicios de atención médica durante esos años se define en general en términos de *colapso*; la recuperación posterior a 1993 asume en contraposición características de cambio rápido e incremento sustancial de los recursos canalizados hacia el sector. Los CLAS en particular fueron discutidos a partir de 1991, en un contexto de ajuste y reformas estructurales a nivel macroeconómico, con la intención explícita de focalizar el esfuerzo en las áreas de mayor pobreza; la implementación, sin embargo, se produjo recién en 1994. Estos Comités son instituciones privadas, sin fines de lucro, administradas por la comunidad, creadas por los miembros de la comunidad en vinculación a un centro o puesto de salud. Sus funciones son trabajar en conjunto con los proveedores de salud para desarrollar un plan de salud local, definir el presupuesto para implementarlo y monitorear el gasto y la provisión de servicios a la comunidad. Los recursos financieros asignados provienen de la firma de un contrato de gestión con el Ministerio de Salud.

otro a una estrategia más general presente en diferentes escenarios nacionales. Se ha optado por dedicar atención especial a ese agrupamiento porque permite comparar diferentes abordajes dedicados a un mismo objeto de estudio. Por este camino es posible seguir testando la hipótesis de inexistencia de una vinculación directa entre los contenidos asignados a la situación problemática y la definición del objeto de investigación o la formulación de los objetivos específicos.

### 3.2.1. La preocupación en torno a los Comités Locales de Administración de Salud

Los tres trabajos que conforman el primero de tales conjuntos tienen como escenario Perú en los años 90 y seleccionan su objeto de estudio en función de la implantación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Nuevamente, la identidad del objeto de análisis no es obstáculo para la definición de diferentes problemas de conocimiento.<sup>13</sup>

En uno de los estudios revisados el desempeño de los CLAS se analiza a partir de su carácter descentralizado, entendido como transferencia al ámbito local de responsabilidades en la generación de ingresos y en la distribución de los recursos asignados por el Estado (Cortez y Phumpiu, 1998). Sus autores reconocen la existencia de tres concepciones distintas de descentralización: Desconcentración, Delegación y Devolución, y asumen que la gestión de los CLAS se inscribe en un *mix* de las dos últimas. Identifican también como antecedente la estrategia de SILOS, en tanto proponía una articulación entre descentralización y fortalecimiento de los poderes decisorios en las comunales locales. Como consecuencia existe una preocupación explícita por la caracterización de las condiciones de la participación comunitaria en la nueva organización.

Un segundo estudio define su problema en relación a la puesta en marcha de dos programas —el de implan-

tación de los CLAS y su paralelo el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT)— creados aproximadamente en la misma época y aplicables, según los términos del proyecto, *al mismo universo de centros y postas de salud* (Salazar Silva et al., 1998). El interés por realizar una evaluación comparativa radicaría en sus diferencias en cuanto a los mecanismos de financiamiento priorizados: mientras los CLAS constituirían una modalidad *sui generis* de financiamiento a la demanda (mediatizada por un esquema de participación comunitaria en la gestión de los recursos), el PSBT sería una experiencia de fortalecimiento de la oferta. A partir del interés por definir un futuro modelo integrado, los autores apelan a la construcción de un nuevo marco conceptual que explore la posible integración de las ideas fuerza de participación social y descentralización defendidas en Alma Ata, en el interior de un nuevo enfoque de organización de los servicios basado en los desarrollos sobre costos y efectividad, indicadores de evaluación de servicios, diseño y evaluación de proyectos, planificación y gerencia estratégica, y calidad. Para ello avanzan en la discusión de conceptos que consideran clave, como participación comunitaria, evaluación de calidad, equidad.

El interés de la comparación se apoya en un supuesto fuerte de generación de cambios incrementales a partir de la aplicación de estos programas: Los CLAS y el PSBT habrían producido en los establecimientos periféricos transformaciones en los niveles y modalidades de participación social, en el régimen presupuestal vigente en el subsector público, en el régimen laboral, así como en la tecnología organizacional, modalidad de toma de decisiones, capacitación, supervisión y monitoreo. Como consecuencia habrían ampliado y mejorado los niveles de equidad, eficiencia y calidad de los servicios entre 1994 y 1996, aunque no llegaron a desplegar toda su potencialidad por razones que estarían aso-

ciadas a la carencia de un modelo integrado de reforma de la red periférica del sistema de salud.

Un tercer estudio se ocupa de los CLAS en tanto parte de una política de transformaciones de mayor alcance, definiendo su objeto como centrado en la revisión de las tres áreas de reforma puestas en marcha a partir de 1994: provisión de salud, participación comunitaria, financiamiento de la salud (Cotlear, 2000). El interés en los Comités Locales de Administración de Salud radica en su doble carácter de introductores de formas de participación comunitaria y espacios de introducción de modalidades de separación entre financiamiento y provisión de servicios.

El autor formula un supuesto ordenador de los ejes de análisis incorporados a su estudio, afirmando la existencia de una vinculación entre las reformas y la economía política del contexto en que se producen. Conforme a las coordenadas de su análisis ese registro no se ubicaría a nivel macro sino en dos espacios analíticos que adquieren en su trabajo dimensiones estratégicas: la confrontación de intereses y perspectivas en el interior del Ministerio de Salud, y la dinámica política específica de las comunidades donde se radican las nuevas formas organizativas.

### 3.2.2. Caracterización y evaluación de las estrategias de descentralización

Ocho trabajos abordan la implementación y resultados de estrategias de descentralización. Seis de ellos enfocan la descentralización territorial a partir de la ampliación de las funciones de gestión de servicios a cargo de la jurisdicción municipal, los dos restantes se ocupan de otra perspectiva descentralizadora, ubicada en el interior del sistema de servicios, que implica el otorgamiento de mayor autonomía financiera y de gestión a los hospitales.<sup>14</sup> Los países involucrados en el primer enfoque son Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y Ecuador. Los

estudios de descentralización/autonomización hospitalaria se asientan en Argentina y Perú.

La problematización del objeto de estudio de los trabajos dedicados al análisis de las estrategias de municipalización asume algunos rasgos comunes: se trata en general de enfoques de proceso, se pone énfasis en la potenciación de las capacidades de decisión a nivel municipal y en los resultados de organización y gestión de los servicios. El enfoque histórico en algunos casos se instala en la dimensión macro sectorial, en otros tiene como eje exclusivo la transformación de las formas institucionales de nivel local. Esto se hace particularmente explícito cuando se asocian los resultados de la reforma a las características previas del sistema, el proceso de implementación, el impacto sobre los decisores y el rango de opciones a su disposición.

La explicitación de hipótesis o supuestos enfatiza en general los aspectos políticos del proceso. El eje analítico en los estudios sobre descentralización se ubica generalmente en las funciones transferidas a los cuerpos de gobierno locales. En la hipótesis de trabajo de uno de los estudios, *el mayor poder decisorio en manos de las autoridades locales habría estimulado el desarrollo de su capacidad gerencial, el aumento de la oferta de acciones y servicios de salud y su adecuación a las necesidades de la población a cargo, la emergencia de un nuevo modelo de relación entre el sector público y el privado, y una mayor injerencia de la comunidad en el control público del sistema de salud.*

En otros análisis el enfoque político se amplía desde la transferencia de funciones (que ubica el eje en las relaciones nivel central/nivel local) a las condiciones de construcción de las instituciones locales, al punto de orientar la definición de una categoría especial de análisis identificada como *espacio de decisión*.<sup>15</sup> El supuesto en este caso enfatiza el rango de alternativas disponibles para cada municipalidad en la toma de decisiones y las diferentes ca-

**14.** Los estudios dedicados a la descentralización hospitalaria presentan diferentes niveles de complejidad en la delimitación de su objeto de estudio. El dedicado a Perú toma como punto de partida el desarrollo histórico del sistema hospitalario a partir de los años 70, registrando un cambio entre los años 80 y 90 que habría dado origen a un nuevo hospital con financiamiento mixto y régimen semi autónomo, generando unidades más productivas y relativamente más modernas. Tales transformaciones se asocian con un patrón de cambios que se caracteriza como “reforma silenciosa”, en un modelo de autonomización “semispontánea”. La hipótesis que el estudio procura validar refiere a un posible desplazamiento del acceso a la atención hospitalaria de los grupos de población de menores recursos, en paralelo con el incremento en la generación de recursos propios (Arroyo Laguna, 1997).

**15.** La operacionalización de esta categoría se expresa en la elaboración de *mapas* en los que se identifica las funciones a cargo de las autoridades locales (financiamiento, organización de servicios, recursos humanos, acceso y cobertura y administración) y los rangos de alternativas a su disposición (limitado, moderado, amplio).

pacidades institucionales como aspectos diferenciadores en los procesos de descentralización<sup>16</sup> (al impacto de las transferencias entre niveles se agrega la problematización de las capacidades de gestión locales). El enfoque de relaciones entre gobiernos central y municipales en términos de *agencia*, supone también otorgar relieve a una posible identificación de objetivos diferentes a nivel de los agentes locales y la consiguiente generación de costos de transacción para la autoridad central (monitoreo, reportes, inspecciones, etc.). Esta hipótesis de trabajo se hace explícita cuando el eje de análisis se ubica en los conflictos políticos radicados tanto a nivel central como local, los factores facilitadores y obstaculizadores del proceso descentralizador, y las experiencias locales en construcción de capacidades (*capacity building*) y generación de poder (*empowerment*). (Bossert Th., 1999 y 2000; Sterman Heiman et al., 1998; Vanormelingen et al., s/f.; Veldhuyzen van Zaten y Semidei, 1996; Yepes et al., 1999).

### 3.2.3. El análisis de la gestión a partir de la introducción de nuevas formas

#### de financiamiento

De manera relativamente paradójica un estudio en cuya explicitación del problema a investigar no aparece la palabra *gestión* podría servir de ejemplo para ilustrar las múltiples dimensiones que pueden integrar ese abordaje. Se trata de la evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez implementado en Bolivia en 1996, aplicado a una población objetivo de mujeres de bajos ingresos en edad reproductiva y niños menores de cinco años y orientado a garantizarles atención gratuita en el área materno-infantil (Dmytraczenko et al., 1998). En la construcción de su objeto de trabajo los investigadores reconocen tres componentes: 1. Utilización y calidad, 2. Costos, 3. Administración. Las cuestiones asociadas al primer compo-

nente están expresadas en los términos utilizados para identificarlo, señalando el interés por las modalidades de utilización de servicios por parte de la población beneficiaria del programa y una aproximación a calidad de la atención referida en términos de estructura hospitalaria, disponibilidad de insumos y medicinas, existencia de protocolos de tratamiento, mecanismos de referencia y satisfacción del paciente. En relación a Costos se problematiza la adecuación entre costos de provisión y tasas de reembolso, la existencia de incentivos para que los usuarios acudan a establecimientos de mayor especialización, la adecuación de la infraestructura existente al incremento de la demanda producido por la ampliación de la cobertura y la importancia de la pérdida de ingresos por copagos en función de la gratuidad asignada al programa. El componente Administración se desglosa a su vez en eficiencia de los procesos administrativos y detección de “cuellos de botella”; b- capacidad administrativa de los diferentes niveles de servicio, los municipios y los organismos que conforman el sistema administrativo del seguro; c- la estimación del capital de trabajo requerido.

### 3.2.4. Las perspectivas analíticas que sustentan el análisis

Cuando los proyectos se inscriben en el nivel intermedio de organización del sistema de servicios, la identificación de perspectivas analíticas implícitas se dificulta en función de la existencia de un *mix* de búsqueda de indicadores sobre políticas en combinación con objetivos de evaluación de las estrategias de mercado. En muchos casos además el enfoque no es interpretativo o explicativo sino fundamentalmente descriptivo, utilizando los métodos de evaluación de servicios tradicionales en la literatura sectorial: acceso, utilización, producción, productividad, gasto, calidad, mecanismos de referencia y contrarreferencia, satisfacción de los usuarios, etc.

16. Esta preocupación puede estar presente sin alcanzar a precisarse como categoría analítica. Por ej. en un estudio sobre Colombia se señala: *Sin embargo, nuestros municipios no tienen la historia, ni el conocimiento, ni la experiencia, ni la destreza para asumir estas nuevas responsabilidades en un campo que nunca antes había sido de su competencia y los alcaldes y el personal local de salud no siempre saben cómo enfrentarla. (...) En buena parte el éxito de la reforma está en manos del municipio y en este, en manos de los diferentes actores: alcaldes, consejos municipales, personeros, organizaciones ciudadanas, instituciones de salud* (Yepes et al., 1999).

Sin embargo, pueden recogerse también aquí algunas perspectivas implícitas, especialmente en función de los debates producidos en las últimas décadas a partir de los enfoques de nivel meso en el campo de la economía de la salud entre diferentes perspectivas analíticas volcadas sobre los escenarios de Reforma y más específicamente en torno al problema de la gestión en las nuevas formas de organización del sistema de servicios.

Ese debate se genera cuando algunos economistas cuestionan el enfoque hegemónico en las primeras propuestas de Reforma, basadas en estrategias de retroceso del Estado y fortalecimiento del mercado. En el caso de Robert Evans (1981), por ejemplo, puede pensarse que su objetivo es mostrar las especificidades del sector salud desde una perspectiva que vaya más allá del enfoque de oferta y demanda y el respectivo énfasis en fallas del mercado y fallas del Estado (como se expresa, por ej., en Musgrove, 1996). Su punto de partida está colocado en las dificultades que se presentan para la delimitación del mercado de atención médica cuando se lo aborda como un conjunto de relaciones de intercambio discretas entre oferta y demanda —es decir delimitadas en el tiempo y los alcances— establecidas entre agentes que son considerados como contratantes independientes.

El núcleo de su argumento se vincula con el carácter relativamente estable de las relaciones entre los agentes que operan en ese mercado, la consiguiente necesidad de delimitar los rasgos estructurales de integración resultantes —variables en los diferentes sistemas de organización de la atención médica— y sus consecuencias sobre la interacción entre proveedores, pacientes, aseguradores y gobierno. En su hipótesis de trabajo los diferentes modalidades de integración verificables en la industria de atención médica tendrían influencia significativa sobre su conducta y desempeño, es decir, operarían como reglas de juego.

Evans caracteriza como rasgos es-

pecíficos de la industria de atención médica:

- una estructura del proceso de asignación de recursos que combina mecanismos de *comando* y de mercado,
- la existencia de mercados caracterizados por transacciones multilaterales entre agentes cuyo grado de independencia es limitado y variable según sistemas o formas organizativas,
- la presencia de cinco clases de tales agentes o contratantes: consumidores, proveedores de atención primaria, proveedores de segundo y tercer nivel de atención, gobiernos, oferentes de seguro o compradores de riesgo, cuya presencia en los sistemas de salud reemplaza a los tradicionales oferentes y demandantes de un bien o servicio,
- una regulación estatal más extensiva y cualitativamente diferente,
- diferentes modalidades de integración entre gobierno/seguro/proveedores.

En este y otros aspectos, la problemática desplegada por Evans pone el acento en la cuestión de la *regulación* de los servicios y más específicamente en la atribución a agentes ubicados en diferentes instituciones del sistema de la facultad de decidir prioridades de asignación de recursos para la atención a una población determinada. Como él también señala, diferentes modalidades de integración entre contratantes dan diferentes respuestas a la pregunta central: *¿De quién es este paciente?* De esta manera, el argumento sobre formas organizativas y capacidad de cada una de ellas de delimitar y aplicar reglas a determinada actividad —en este caso la práctica médica— conduce a la formulación de un interrogante que pone en escena la problemática del *poder*.

También Le Grand y Bartlett (1994) han reconocido las dificultades existentes para la generación de mercados basados en la competencia en su análisis de la introducción mecanismos de *cuasi mercado* en la reforma del Reino Unido: En ese sentido hacen referencia a una posibilidad existente en los mercados de pequeñas dimensiones: en

ellos la relación entre compradores y vendedores puede resultar excesivamente íntima. Habrá un relativamente pequeño número de personas tratando unos con otros, una gran proporción de los cuales pueden haber sido colegas en el viejo sistema. En realidad, señalan, el sistema puede estar simplemente construido en torno a presupuestos descentralizados con contratos de gestión entre comprador y proveedor, sin generar real competencia entre oferta y demanda de servicios.

En relación al mismo problema Alain Enthoven, el analista estadounidense con importante protagonismo en el debate sobre la reforma de los sistemas de atención médica en ese país y figura reconocida en otros países, hace referencia a la necesidad de definir reglas que cumplan la función de *construir un mercado* (Enthoven, 1997).

R.G. Evans (1992), por su parte, aunque se ubica muy lejos de la perspectiva de Enthoven cuando se trata de definir las reglas específicas que podrían orientar la construcción de un sistema deseable de atención médica, adopta una perspectiva similar al señalar que la oposición entre regulación y mercado no tiene sentido, añadiendo: *ningún mercado persiste a menos que esté regulado, y los mercados complejos y sofisticados requieren regulación compleja y sofisticada.*

El problema radica en que tales reglas no pueden definirse en abstracto, para luego ser adaptadas a los diferentes mercados nacionales. Esa es una de las razones para las diferentes concepciones de orden que plantean Evans, cuando piensa en Canadá, y Enthoven, en su análisis de EEUU. El sistema de atención médica de cada país —en esto vuelven a coincidir ambos académicos— refleja íntimamente su propia historia, cultura y sistemas político, social y económico. La construcción de mercado debería por consiguiente partir de las condiciones existentes y avanzar con cambios incrementales, continuamente monitoreados y nuevamente encauzados. Pero esos cambios deben pensarse como

una creación social, no pueden ser librados a la resolución de la puja de intereses en un mercado que se rige por las reglas de juego que se procura modificar.

También la *economía institucional* ha valorizado una esfera poco explorada por la perspectiva neoclásica en su análisis de las potencialidades de la empresa o firma como mecanismo coordinador de la actividad económica alternativo al mercado (por ej. Coriat y Weinstein, 1995). Es necesario reconocer que en este tipo de abordaje no se habla en general en términos de regulación, sino de organización, coordinación, eficiencia y, ocasionalmente, desempeño. Sin embargo, dos referencias relativamente frecuentes remiten a significados próximos a concepto de regulación entendida como definición de reglas de juego: se trata de las expresiones *estructuras de gobernanación y forma institucional*.

En particular, cuando se habla de las funciones del empresario, estas suelen ser pensadas como mecanismos de regulación de la actividad económica alternativos a la lógica del mercado; la misma referencia tiene lugar cuando se enfatiza la importancia de las formas de organización de una empresa y se hace referencia a mecanismos de incentivos, acuerdos entre los diferentes agentes y formas de remuneración.

Conforme a la *economía institucional*, por consiguiente, junto a las áreas o instancias tradicionalmente reconocidas de regulación del Sistema de Servicios de Salud se debería conceder atención a las formas de organización de las instituciones sectoriales y a las modalidades de vinculación entre los principales agentes con funciones en su operatoria.

La adhesión a alguna de estas perspectivas no aparece explícitamente en los estudios de nivel meso. Sin embargo, en cada uno de ellos puede reconocerse una cierta focalización en los objetivos propuestos, que permitiría trabajar con alguna hipótesis de perspectiva analítica subyacente.

En el primer estudio destinado a la evaluación de los CLAS (Cortez y Pomphiu, 1998) el énfasis se plantea en el diseño institucional de las políticas de participación comunitaria y sus efectos sobre la actividad de los agentes involucrados. Los interrogantes específicos serían:

*¿Cuáles son las modalidades de financiamiento y gestión de los CLAS estudiados?*

*¿Qué rol cumplen las autoridades locales en la gestión compartida?*

*¿Cuáles son las debilidades del modelo? ¿Qué alternativas pueden proponerse en relación a cambios institucionales y de organización?*

*¿Cómo podrían tipificarse las modalidades de gestión según la relación de poder entre el gerente y los representantes de la comunidad?*

*¿Cómo podrían tipificarse los CLAS según los niveles de intervención de la comunidad?*

En el segundo estudio dedicado a esta forma institucional (Salazar Silva et al., 1998) el interés se focaliza en la evaluación de la estrategia de separación entre financiamiento y provisión sobre la base de contratos de gestión. Podría afirmarse, conforme los interrogantes planteados que tales contratos con considerados a partir de su capacidad de generar nuevas reglas de juego. Los principales se vinculan con:

*¿Qué ventajas se reconocen a las nuevas formas de asignación presupuestaria?*

*¿Cuál ha sido el efecto de los incentivos introducidos en la gestión de personal?*

*¿En qué medida la nueva tecnología organizacional ha mejorado las condiciones de supervisión y monitoreo? ¿Cómo ha evolucionado la producción de servicios, la calidad de la atención ofrecida, la equidad en la orientación del gasto público según indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas?*

*¿Cómo se evalúa la participación de la comunidad?*

*¿Se verifica efectivamente una participación comunitaria en la gestión?*

El tercer estudio (Cotlear, 2000) presenta una definición más compleja en su problema de conocimiento, ya que articula aspectos de diseño institucional (fundamentalmente esquemas de participación comunitaria) en la evaluación de las políticas de focalización y los problemas asociados con la baja productividad de las clínicas de atención primaria ubicadas en zonas rurales. En buena parte de los interrogantes transcritos los nuevos programas son observados conforme su capacidad de funcionar como *estructuras de gobernación*:

*¿En qué medida la implementación de nuevos programas con financiación específica ha permitido eludir los conflictos con las poderosas organizaciones que agrupan al personal de los servicios tradicionales? ¿Qué precisión se ha obtenido en la focalización del gasto? ¿Está efectivamente dirigido hacia los pobres?*

*¿Cuáles son las debilidades de los nuevos mecanismos de financiamiento?*

*¿Cuáles han sido los obstáculos y limitaciones derivados de espacios de conflicto o pugnas intersectoriales sobre la distribución del ingreso?*

*¿Hasta qué punto se dispone de una metodología adecuada para el diseño y monitoreo de los programas focalizados?*

*¿Qué niveles de participación comunitaria se registran en los servicios organizados como CLAS en relación a los demás?*

*¿Qué resultados en la mejora de los servicios se registran en los servicios organizados como CLAS en relación a los demás?*

*¿Hasta qué punto han sido eficaces las nuevas modalidades de financiamiento para la supresión de barreras en el acceso de los más pobres?*

*¿Cuál ha sido el impacto de la organización de los CLAS en relación a: mejoras en la planificación de actividades de salud, introducción de incentivos para mejorar productividad y accountability, flexibilidad en el manejo del presupuesto, flexibilidad en la ges-*

*ción del staff, mejora en la calidad de la atención?*

Por su parte, los estudios sobre descentralización parecen configurar el espacio por excelencia para la introducción de la perspectiva neo institucional. La propuesta analítica es relacional —entre jurisdicciones estatales por un lado y entre organismos del Estado, organizaciones de la sociedad civil, comunidad usuaria de los servicios por el otro— las formas organizativas, consideradas como expresión de nuevas reglas de juego, se vinculan de manera directa con la obtención de resultados. Identifiquemos algunos interrogantes:

*¿Cuál es el rango de alternativas entre opciones de política en manos de las autoridades municipales?*

*¿Cuáles son los criterios de asignación de recursos aplicados por los gobiernos centrales y las municipalidades y las interacciones entre ambos?*

*¿Cuáles son las condiciones locales que tienen influencia sobre la toma de decisiones y el desempeño?*

*¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los mecanismos de convenio o contratos de gestión?*

*¿Cómo se define la estructura institucional que vincula los niveles municipal, estadual y ministerial? ¿Qué importancia tiene la inserción de esa estructura en el organigrama ministerial? ¿Cuáles son las principales funciones de esa estructura?*

*¿Cuál es el rol cumplido por las diferentes agencias internacionales en el fortalecimiento de los programas descentralizados?*

*¿Cuál fue el impacto de la gestión descentralizada en la administración de los recursos humanos en cuanto a la eficacia y eficiencia en su utilización? ¿Se produjeron cambios en la composición del personal administrativo y técnico de dependencia federal, estadual y municipal? ¿Los gobiernos municipales se preocuparon por armonizar los patrones de gerenciamiento de recursos humanos con sus políticas de personal?*

*¿Cuál fue el impacto de la gestión*

*descentralizada en los mecanismos de referencia y contra referencia entre municipios y entre municipios y niveles de atención?*

*¿En qué medida la gestión descentralizada estimuló la introducción de estructuras y prácticas de participación comunitaria? ¿Se generaron cambios en la composición del Consejo Municipal de Salud orientados al aumento de la representación de la comunidad? ¿Qué mecanismos se introdujeron para definir la representación de la comunidad y para asegurar su cumplimiento?*

*¿Cuáles son los criterios de asignación de recursos aplicados por los gobiernos centrales y las municipalidades y las interacciones entre ambos?*

*¿Cuáles fueron los cambios registrados en el proceso de planificación y programación de la atención, en particular en lo relacionado con la interacción entre los organismos municipales y estatales de regulación del sistema?*

*¿Resultó modificada la composición de la oferta de servicios preventivos y curativos? ¿Se modificó el mix de servicios público-privado?*

*¿Se produjo un aumento de la cobertura de inmunización o de otros programas considerados prioritarios?*

*¿Cómo se explican las variaciones a las asignaciones per capita para atención primaria? ¿Cómo se explican las diferencias en eficiencia (producción según gasto) entre municipalidades? ¿Cuál es el impacto de la existencia de diferente tipo de servicios y múltiples proveedores públicos sobre asignación y eficiencia?*

La cuestión referida a la capacidad de una determinada organización para regular la producción de servicios, actuando como mecanismo de mediación frente a una nueva modalidad de financiamiento, es explícita en el trabajo dedicado al seguro de maternidad e infancia en Bolivia. El estudio analiza el impacto producido por la introducción de un financiamiento focalizado a sectores especialmente vulnerables de población de bajo ingreso.

Ese impacto estaría mediatizado en primer lugar por la organización de los servicios, en función de la calidad de la atención brindada e incentivos existente para utilizar los servicios en el nivel de complejidad adecuado; en segundo término a través de la capacidad de las instituciones a cargo de la administración del programa.

*¿Ha aumentado la utilización de servicios entre los pobres? ¿Cuáles han sido las razones? ¿Ha habido diferencias entre municipios? ¿A qué se imputan?*

*¿Se han verificado cambios en la calidad de los servicios en relación a la disponibilidad de insumos, la calidad de la atención provista y su adecuación a normas?*

*¿Las tasas de reembolso establecidas cubren los costos de provisión?*

*¿Existen incentivos para que los usuarios acudan a los servicios de mayor complejidad, incrementando los costos en forma innecesaria?*

*¿La infraestructura existente está en condiciones de dar respuesta al incremento de la demanda estimulado por la gratuidad del acceso?*

*¿Qué porcentaje de los recursos totales significan los ingresos caídos por la implantación del acceso gratuito?*

*¿En qué medida se podría mejorar la mecánica de los flujos financieros destinados al pago de servicios entre el Ministerio y los servicios y entre diferentes Municipios?*

*¿Qué tecnologías de gestión se podrían aplicar a los procesos administrativos para mejorar eficiencia, equidad y seguridad?*

### 3.2.5. El nuevo rol de los profesionales en la regulación del sistema

Los conflictos interprofesionales provocados por las nuevas formas organizativas basadas en la separación de funciones en el interior del subsistema público y la integración de financiamiento y provisión bajo formas de *managed care* en los sistemas privados ha supuesto la introducción de potenciales situaciones conflictivas entre los

profesionales dedicados a la atención de pacientes y el nuevo estamento de administradores a cargo de las actividades de gerencia. De ello se han ocupado con diferentes enfoques en las últimas décadas tanto la sociología de las profesiones como los análisis enfocados sobre las condiciones de *governance* de sistemas y servicios en los contextos de reforma.

Entre los estudios revisados, la cuestión se analiza en una investigación multicéntrica que aborda los procesos de reforma en diferentes países procurando recuperar la forma en que ha resultado redefinido el rol de los profesionales de salud bajo una lógica de predominio de las fuerzas de mercado en la provisión de servicios de atención médica (Nigenda y Machado, 1998). El supuesto que orienta el trabajo es que se ha producido un cambio en la regulación del sistema de servicios —históricamente resultante de un proceso de negociación entre Estado y profesión médica— en la medida en que el nuevo rol del Estado se ha orientado hacia el control de costos, la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos, la descentralización del proceso de toma de decisiones y la expansión del subsector privado. En ese contexto la profesión médica habría orientado sus estrategias en función de no perder la situación de privilegio en el control de las condiciones de su práctica que detentó a lo largo del siglo XX. El objeto de investigación aborda por consiguiente el estudio de esas estrategias en cada uno de los escenarios bajo análisis.

El registro conceptual elegido se vincula con las formas de regulación de la práctica profesional. Las nuevas formas de racionalización de la producción de servicios habrían modificado las antiguas tramas de regulación de manera diferente en cada uno de los sistemas involucrados.

### 3.2.6. La perspectiva analítica utilizada

La referencia obligada en este caso se

vincula a los últimos desarrollos de la *sociología de las profesiones* y el interés demostrado por sus especialistas en las nuevas condiciones de inserción de la profesión médica en el sistema de servicios.

Existe un componente histórico importante en algunas de las perspectivas utilizadas para analizar la emergencia de las profesiones de consulta a comienzos del siglo XX. Con esa perspectiva se analiza su proceso de constitución como cuerpos organizados con capacidad de reclamo de determinados derechos ante el Estado. Específico objeto de reivindicación de autonomía es el derecho a auto-regularse, es decir a determinar por sí mismas las condiciones de formación de aquellos que aspiran a incorporarse a sus filas, las exigencias para el ingreso a las mismas, la delimitación de campos específicos de incumbencias para diferentes especializaciones en la misma rama de conocimiento, las condiciones de inserción en el mercado de trabajo, el derecho a adjudicar valor a su trabajo y a pactar condiciones de remuneración con clientes individuales o institucionales. Ese enfoque histórico político permitió a Freidson y sus seguidores defender un paradigma orientado a explicar las condiciones particulares de la práctica médica y la organización del sistema de servicios bajo un registro interpretativo que caracterizaron como *dominación profesional*. (Una revisión de los principales enfoques puede encontrarse en Belmartino, 2000).

Sin embargo, las tensiones verificadas en los sistemas de servicios a partir de los años 70 y algunas de las transformaciones que comenzaron a delinearse como respuesta a ellas, condujeron a la confrontación de ese paradigma. Buena parte de la literatura dedicada a defender una reorganización de los servicios y sus mecanismos de gestión enfoca críticamente la cuestión de las *libertades profesionales*, más específicamente la reivindicación asociada a la *libertad de prescripción*. El énfasis crítico sobre las condiciones de

ejercicio del rol de agente en situaciones de asimetría de información, intereses contrapuestos, posibilidad de conductas oportunistas y demanda inducida, estimula un interrogante duro sobre la legitimidad de la reivindicación profesional de autonomía.

El interrogante central definido para este estudio se orienta en el mismo sentido:

*¿En qué medida han cambiado las modalidades de regulación de la práctica médica en relación a: A- el ingreso al mercado de trabajo; B- los mecanismos de pago utilizados; C- el rol de las organizaciones médicas; y D- el rol de los consumidores en el proceso de regulación?*

### 3.3. El diseño en el nivel micro

En el nivel micro, definido como el correspondiente a la relación población/servicios, la principal función de la teoría como orientadora del diseño de la investigación se vincula con la operacionalización de determinados conceptos de manera que puedan ser utilizados como *indicadores*.

Este registro suele corresponder a los trabajos que definen como objeto la evaluación de los resultados de la Reforma en función de:

I comparar la situación anterior y posterior a la puesta en marcha de una determinada política;

II comparar escenarios caracterizados por algún rasgo que permita sustentar una hipótesis de diferencia en los resultados obtenidos a partir de la implementación de alguna medida de política.

III comparar los efectos de determinadas políticas sobre diferentes grupos de población.

En función de los objetivos y la extensión de este trabajo no sería posible describir cada una de las metodologías utilizadas en los estudios sometidos a revisión. Se ha optado por consignar en presentar algunas de ellas en el Cuadro N° 117 (a la derecha) en un registro sintético destinado a dar cuenta de las cuestiones más generales que han sido objeto de indagación.

17. Las investigaciones incorporadas son: Almeida et al, s/f; Arroyo Laguna J., 1997; Bitrán et al., 1998; Bossert Th., 1999; d'Avila Viana y Dal Poz, 1998; Dmytraczenko et al., 1998; Kinman EL, 1999; Fleury et al., 1998; Peabody JW et al., 1994; Sánchez y Fernández, 1998.

**CUADRO N° 1**

**DISEÑO DE LOS ESTUDIOS DE NIVEL MICRO**

<b>País involucrado</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Concepto a evaluar</b>	<b>Metodología</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
Argentina, Brasil, México	Comparativo entre países	Existencia de limitaciones a la utilización de servicios que suponen condiciones de inequidad y pueden ser controladas a partir de decisiones políticas	Encuesta a población	Utilización de servicios por parte de la población a cargo de los diferentes subsistemas. Según condiciones trazadoras. Peso relativo en la utilización de servicios de los factores identificados como habilitantes.	Diferencias no concluyentes en los tres países que revelarían mejores condiciones de acceso a la atención primaria en Argentina.
Bolivia	Longitudinal	Cambios en utilización con posterioridad a la introducción del seguro de maternidad e infancia. Cambios en la calidad de la atención provista. Adecuación entre costos de producción de los servicios y pagos del seguro.	Observación en servicios. Datos secundarios Encuesta a población usuaria	Utilización de servicios de atención materna e infantil en los momentos previo y posterior a la implementación del Seguro, razones de la utilización de determinados servicios, satisfacción con la atención recibida.	Mejoras en el acceso. Deterioro en el nivel de calidad. Pacientes satisfechos con la atención recibida. Tasas de reembolso insuficientes, Atraso en los pagos.
Bolivia	Longitudinal Comparativo entre grupos de población	Equidad medida a través de la utilización de servicios	Revisión historias clínicas. Encuesta a población	Utilización según variables temporales (a partir del momento de apertura del servicio) y geográficas (área de residencia del paciente))	Contribución metodológica que pone de manifiesto las múltiples dimensiones que influyen en la conducta de utilización de servicios.
Brasil	Longitudinal. Comparativo entre regiones	Equidad en utilización según necesidad	Datos secundarios	Necesidades de salud según indicadores epidemiológicos. Utilización de servicios. Estructura de consumo de servicios. Con anterioridad y a posteriori de la implementación del SUS	Permanencia de desigualdad regional en la utilización de servicios. Cambios en la estructura de consumo con crecimiento de la atención hospitalaria. Diferencia en estructura de consumo entre grupos de ingreso en ambas regiones y en los dos períodos.
Brasil	Longitudinal. Comparativo entre municipios	Incremento en la producción de servicios a partir de la introducción del Programa de Salud de la Familia	Datos secundarios	Evolución de la producción de servicios en diferentes municipios antes y a posteriori de la implantación del PSF.	Diferencias en la evolución de la producción de servicios asociadas con diferentes modelos de gestión municipal.
Chile	Comparativo entre municipalidades	Utilización	Análisis de regresión en datos secundarios	VARIABLES asociadas a diferencias en monto de atención provista por beneficiarios	La variable con mayor capacidad explicativa de las diferencias de atención entre municipalidades es el nivel total per capita de gasto en atención primaria. En segundo nivel de importancia se ubica la diferencia rural/urbano.
Guatemala	Comparativo entre grupos de población	Equidad	Encuesta a hogares	Consumo de atención médica y gasto en salud per cápita según área de residencia y quintil de ingreso.	Desigualdad en el consumo medida por capacidad de pago. Provisión altamente inequitativa
Jamaica	Comparativo entre servicios de atención primaria	Calidad	Encuesta en servicios	Calidad según indicadores de estructura según servicios públicos y privados, rurales y urbanos.	No existen diferencias significativas entre servicios urbanos y rurales. Clínicas públicas en mejores condiciones de brindar atención materno infantil y planificación familiar.
Perú	Longitudinal	Equidad en acceso	Datos secundarios	Composición de la población que demanda atención en hospitales con anterioridad y a posteriori de la introducción de la autonomía hospitalaria	Desplazamiento de los segmentos de población que demandan atención en hospitales en sentido regresivo.
Uruguay	Longitudinal	Diferentes contratos de atención según organización de cobertura de la Seguridad Social	Encuesta a población	Utilización recordada de servicios de salud. y Utilización reciente, ambas según rama de actividad.	Resultados no concluyentes

Para la caracterización del *Tipo de estudio* se ha partido del esquema clasificatorio propuesto por McPake y Kutzin en un artículo dedicado específicamente a discutir las metodologías de evaluación de reformas. Estos autores diferencian los enfoques utilizados en los estudios sobre Reforma según se trate de análisis descriptivos, enfoques longitudinales y enfoques comparativos (*cross-sectional*).

En el caso de los enfoques descriptivos la metodología se basa fundamentalmente en un relato que describe los objetivos y mecanismos de política y las condiciones de su implementación, en procura de reconstruir el respectivo proceso político y sus resultados (en general en los trabajos incorporados a esta revisión ese tipo de enfoque corresponde a estudios ubicados en los niveles macro y meso, no correspondiendo por lo tanto su consideración en este parágrafo). Por su parte, los análisis longitudinales comparan las mismas unidades de observación a lo largo de un período en que se introducen cambios en las políticas. Por último, los análisis comparativos se apoyan en la posibilidad de comparar diferentes unidades de observación entre las cuales existe alguna diferencia en la política implementada en el mismo período de tiempo. En los estudios objeto de esta revisión las unidades de observación a comparar pueden ser sistemas o subsistemas de servicios, grupos poblacionales, regiones o municipios.

### 3.3.1. Principales

#### perspectivas analíticas

En las investigaciones incluidas en este esquema comparativo coexisten perspectivas ya tradicionales de análisis de servicios de salud, como las desarrolladas por Donabedian para la evaluación de la *calidad* de la atención prestada (Peabody et al., 1994) o el modelo desarrollado por Anderson para la evaluación de los factores que inciden en la utilización de servicios con una metodología de *path analysis*

(Fleury et al., 1998), con algunos desarrollos más recientes, generados precisamente a partir de los desafíos teóricos planteados por las políticas de reforma, que procuran formas operativas de medir la presencia de condiciones asociadas al valor *equidad*, ya sea en la provisión de servicios, ya en su financiamiento.

En el estudio realizado por Kinman (1999), por ejemplo, se remonta la preocupación de las instituciones de salud por superar las desigualdades en el acceso a la atención médica a la filosofía que se expresó en la Conferencia de Alma Ata en 1978, y se enfatiza la vigencia de esa preocupación en relación a un nuevo compromiso, puesto de manifiesto en 1995 por diferentes actores sectoriales, de sostener el principio de *Salud para Todos* como *la perspectiva central para salud en el próximo siglo* (WHO, 1997).

Sin embargo, señala este autor, el apoyo generalizado a una atención médica equitativa no disminuye la ambigüedad asociada con la definición de la relación entre equidad y salud, puesta de manifiesto en las dificultades para operacionalizar equidad con el propósito de implementar o evaluar estándares. Retoma algunas propuestas dirigidas a identificar equidad con acceso, que no considera totalmente satisfactorias en función de los múltiples factores que pueden condicionar el acceso a los servicios de salud, otorgando importancia particular a la *conducta de búsqueda de atención* (*health-seeking behavior*). Por esta y otras razones, prefiere considerar la utilización real de servicios como una medida de acceso más factible de operacionalizar. Selecciona como metodología orientadora la planteada por Hongvivatana (1984) que considera la accesibilidad como un continuum de cobertura que focaliza sobre el porcentaje de personas para quienes existe disponibilidad de atención médica, pueden utilizar y utilizan efectivamente el servicio en una determinada área geográfica.

Otro de los estudios (Almeida et al.) presenta también una revisión de lite-

ratura destinada a ilustrar las diferentes perspectivas utilizadas para operacionalizar equidad. En función de los objetivos de su trabajo, las autoras consideran que el eje de análisis debe centrarse en la *igualdad en el consumo de servicios de salud*. En esa línea de reflexión indican dos dimensiones posibles en la operacionalización del concepto de equidad: una orientada a la distribución de recursos según áreas geográficas, la segunda relacionada con la oportunidad de la utilización para diferentes grupos sociales; ambas dimensiones se operacionalizarían en función de las *necesidades* propias de cada región o grupo poblacional. Por este camino se incorpora un nuevo concepto, necesidad, objeto también de esfuerzos en procura de una guía para su operacionalización en el ámbito académico vinculado a salud.

De ese debate han participado también Le Grand y Bartlett (1994) con un aporte que vincula los conceptos de equidad, necesidad y distribución de recursos, cuando considera que el término necesidad se refiere a los requerimientos de recursos de un determinado individuo, con las específicas implicación de que cuanto más recursos requiera un individuo para que su nivel de bienestar llegue a un estándar predeterminado, mayor será su necesidad.

Por último, puede mencionarse un tercer abordaje teórico y metodológico que vincula *equidad* con *utilización*. Se trata del estudio que involucra a Argentina, Brasil y México, cuyo componente de nivel micro aborda también esta problemática. En este caso se aplicó una encuesta a personas que hubieran acudido a servicios de atención médica en un determinado lapso previo a la realización del trabajo de campo, utilizando la metodología de *path analysis* según condiciones trazadoras desarrollada por Andersen y Newman. La utilización de trazadores permite tomar en cuenta las características epidemiológicas de la población bajo estudio, determinar la forma y frecuencia de la utilización de atención médica, el tipo de atención

requerida y el uso discrecional o no discrecional del sistema de servicios (Fleury et al., 1998). La hipótesis de trabajo vincula aquí directamente los resultados de la investigación con la esfera de las políticas, ya que propone que la mayor o menor equidad presente en el sistema de servicios estará expresada por el peso en la utilización de los factores considerados como *habilitantes* o *facilitadores (enabling)*, frente a los factores predisponentes (*pre-disposing*) y la percepción de necesidad del individuo involucrado. Tal hipótesis se funda en que este tipo de factores (apoyo social, derecho a cobertura, pagos de bolsillo y fuente regular de atención) son aquellos que más fácilmente pueden ser corregidos a partir de intervención política.

#### 4. A modo de cierre

En este punto el interés se centra solo en subrayar algunos elementos a los que se adjudica mayor significación tanto en el campo de la investigación como en la relación entre investigación y diseño de políticas.

En primer lugar, no hay duda de la complejidad y dinamismo de este campo de investigación y el buen nivel alcanzado por un porcentaje sustantivo de los trabajos incluidos en esta revisión. La diversidad de objetos y la aún mayor diferenciación en la construcción de problemas de conocimiento constituyen un indicador del reconocimiento de diferentes áreas problemáticas y de la construcción de un cuerpo de teorías con capacidad de proporcionar a los investigadores puntos de partida sólidos para formular sus interrogantes de investigación. La diferenciación de perspectivas analíticas aquí presentada no debe tomarse como expresión del interés en defender determinada perspectiva frente a otras. Por el contrario —independientemente de la existencia de preferencias o afinidades con determinadas orientaciones teóricas— la multiplicidad de perspectivas es un indicador muy positivo en términos de crecimiento, debate y pluralismo. Este plu-

ralismo puede leerse también a partir de una hipótesis de clausura de una etapa previa en la investigación en servicios y sistemas de salud de confrontación de perspectivas con orientación hegemónica. La multiplicidad de enfoques y la legitimidad de toda tarea donde una determinada perspectiva se aplica con seriedad y rigor metodológico —aunque no se produzcan resultados visibles de manera inmediata— constituyen una promesa de futuro para este campo de investigación.

También es indudable que todavía hay mucho espacio para crecer si se tiene en cuenta la mayor amplitud de la problemática de indagación y de las cuestiones teórico-metodológicas contenidas en el debate internacional dedicado a Reforma. Si bien están presentes algunas cuestiones clave, como el reconocimiento de la especificidad nacional de las políticas de Reforma, la importancia del proceso histórico como constituyente de identidades sociales y relaciones entre actores, la preocupación por evaluar eficiencia a la par de equidad y calidad de la atención provista, el interés por penetrar en el interior de los aparatos político-administrativos en función de evaluar no solo sus vinculaciones con el exterior sino también su dinámica interna, la necesidad de identificar una *función de compra* vinculada con el perfil epidemiológico de las poblaciones a cargo, el reconocimiento de una problemática de costos en el interior de los sistemas públicos, existe seguramente una cantidad de cuestiones problemáticas que no han tenido cabida en este número de estudios, relativamente reducido.

Entre ellas interesa aquí mencionar en particular el muy importante debate generado en los EEUU sobre la evolución de las formas de organización del sector privado; la cuestión de los incentivos y desincentivos presentes en algunas formas organizativas que se vincula a condiciones de gestión identificadas no ya a nivel meso sino en perspectiva micro; la redefinición del rol de los profesionales no solo a nivel de la regulación del sistema sino tam-

bién en la transformación de las modalidades de práctica; la problematización del *rol de agente* desempeñado por el profesional de salud; el crecimiento de la perspectiva identificada como *gestión clínica*, o *medicina basada en la evidencia* y la evaluación de los resultados obtenidos; el concepto de *responsiveness* o sensibilidad frente a la perspectiva de la población, que involucra una nueva manera de considerar la relación médico-paciente.

En un registro diferente, también es posible señalar la relativa ausencia de una preocupación por considerar la cobertura de salud como un *derecho de ciudadanía*. El eje de indagación se orienta preferentemente hacia la actividad del Estado y la presencia política de la población se expresa en términos de participación comunitaria en el ámbito sectorial-local, lejos del escenario macro correspondiente al régimen o al sistema político. Esto puede estar vinculado a la ausencia de una movilización ciudadana en torno a problemáticas de atención médica, que ha constituido una característica histórica en determinados países (un ejemplo paradigmático puede ser Argentina), la relativa despolitización o apatía de la sociedad civil reconocida como una de las características más notables de las democracias contemporáneas, o a una relativa trasposición pragmática del concepto de *ciudadano* en *usuario* o *consumidor* de servicios, afín a las iniciativas de creación de mercados propias de los primeros movimientos de Reforma.

Sin embargo, el nuevo interés por reconsiderar el rol del Estado o la problemática del sistema político, no puede ignorar a las instituciones representativas de la ciudadanía, el Parlamento y los partidos políticos. Podría formularse un interrogante fuerte en relación a por qué los análisis que involucran actores sociales y actores estatales limitan la identificación de estos a los funcionarios u organismos del Poder Ejecutivo. En ese marco las organizaciones sin fines de lucro pueden también constituir un objeto de indaga-

ción relevante, al amparo de las perspectivas basadas en el fortalecimiento de la sociedad civil que aspiran a una recuperación del tejido social generador de vínculos solidarios en función de la emergencia de instituciones públicas no estatales.

Por último, la estratégica cuestión de la relación entre investigación y toma de decisión política. No parece necesario recuperar las propuestas de intervención explícitas o implícitas en cada uno de los estudios de esta serie. En su conjunto constituyen una apuesta fuerte sobre la necesidad de modificar o fortalecer el papel del Estado en la regulación del sistema de servicios, al menos desde tres perspectivas.

1°. La conveniencia de volver la mirada sobre su propio aparato: la coherencia de las propuestas, la solvencia técnica de los encargados de diseñarlas y aplicarlas, la conveniencia de promover un proceso de cambios consensuado pero a la vez fuertemente hegemónico por el poder político. Los conceptos de *enforcement* o *governance* resultan aquí estratégicos.

2°. La importancia a asignar a los mecanismos de gestión, reforzada por la convicción de que la existencia de un mercado no genera automática o espontáneamente una competencia regulada en función de calidad y precio. Las especificidades de los mercados de salud deben ser abordadas en función de los principios que cada sociedad selecciona como orientadores del Sistema de Servicios: calidad, eficiencia, equidad, solidaridad, redistribución o cualesquiera otros. La función reguladora del Estado debe canalizarse a construir relaciones entre financiadores y proveedores que garanticen su vigencia.

3°. Por último, el monitoreo de los resultados. Es sin duda redundante señalar que no debe esperarse que las medidas de Reforma produzcan los resultados previstos por sus diseñadores. El cuadro que contiene ejemplos de estudios de nivel micro da cuenta de algunas de las opciones disponibles para llevar adelante un proceso continuo de evaluación del cumplimiento de las

metas propuestas por los reformadores. Esta es una actividad que no debería quedar librada a la iniciativa de los investigadores sino constituir en sí misma una política de Estado, destinada a generar mecanismos de auto-evaluación de la intervención de sus organismos en esta área significativa de la problemática social contemporánea. •

## Bibliografía

Alford A, Friedland R. 1991. *Los poderes de la teoría. Capitalismo, Estado y democracia*. Buenos Aires: Manantial.

Belmartino S. 2000. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Borsotti CA et al. 1996. *La situación problemática. El problema de investigación*. Área de Metodología de la Investigación. Universidad Nacional de Luján. Argentina.

Coriat B, Weinstein O. 1995. *Les nouvelles théories de l'entreprise*. Paris: Librairie Générale Française.

Enthoven AC. 1997. "The market-based reform of America's health care financing and delivery system: managed care and managed competition". En: *The World Bank. Innovations in Health Care Financing. An International Conference*, Washington D.C., abril.

Evans P. 1996. "El Estado como problema y como solución". *Desarrollo Económico* 35: 529-562.

Evans RG. 1981. "Incomplete Vertical Integration: The distinctive structure of the health care industry". En van der Gaag J, Perlman M. (ed). *Health, Economics, and Health Economics*. North Holland Publishing Company: 329-351.

Evans RG. 1992. "Competitive Mechanism for Collective Objectives". In: Hunter DJ. *Paradoxes of competition for health*. The Nutfield Institute for Health Services Studies. European Healthcare Management Association: 37-50.

Fox J. 1994. *The politics of food in Mexico*. Ithaca y Londres: Cornell University Press.

Hongvivatana T. 1994. "Data Analysis: Social science perspective". En Collab (ed.) *Evaluating Primary Health Care in Southeast Asia: Proceedings of a Regional Seminar*.

Le Grand J, Bartlett W. (eds) 1994. *Quasi Markets and Social Policy*. Londres: The Macmillan Press. Introducción: 1- 33.

McPake B, Kutzin J. *Methods for Evaluating Effects of Health Reforms*. Ginebra: World Health Organization.

Musgrove P. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington: World Bank, Human Development Department. Mimeo.

North D. 1990. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, F.C.E.

Repetto F. 1998. "Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo". *Perfiles Latinoamericanos* 12: 53-84.

Skocpol T, Amenta E. 1986. "States and Social Policies". *Ann. Rev. Sociol.* 12: 131-157.

Skocpol T. 1985. "Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research". En: Evans P, Rueschemeyer D, Skocpol Th. 1985. *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press: 3-43.

World Health Organization. 1997. *History of Health for All* (documento [www](#)).

---

## Anexo: Lista de las investigaciones revisadas

1. Almeida C. et al. *A reforma sanitária brasileira: Em busca da equidade*.
2. Arroyo Laguna J. 1997. *Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención. Lima, 1988-1997*.
3. Betteta et al. 1998. *Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno*.
4. Bitrán R, Ubila G, Prieto L. 1998. *Equity on Health Sector Revenue Generation and Asignation in Guatemala*.
5. Bossert Th. 1999. *Applied research on decentralization of health systems in Latin America. Chile Case Study*.
6. Bossert Th. 2000. *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis comparado de Chile, Colombia y Bolivia*.
7. Cortez R, Phumpiu P. *Atención Primaria en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El Caso del Perú*.
8. Cotlear D. 2000. *Peru: Reforming Health Care for the Poor*.
9. d'Ávila Viana AL, Dal Poz R. 1998. *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*.
10. Dmytraczenko T et al. 1998. *Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en Bolivia*.
11. Fleury S. et al. *Reshaping Health Care in Latin America*.
12. González-Rossetti A. 2000. *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform*.
13. Kinman EL. 1999. "Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chivilmarca, Bolivia". *Social Science & Medicine* 49: 663-678.
14. Lemus, HD. 1998. "Transformación del hospital público: estrategias y resultados". *Prensa Médica Argentina* 85: 952-956.
15. Montoya S, Colina J. *La Reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes*.
16. Nigenda G, Machado ML. 1998. *Impact of Health Care Reform in the Professional Regulation of Doctors in Latin America*.
17. Peabody JW. et al. 1994. "Quality of Care in Public and Private Health Care Facilities, Structural Comparisons in Jamaica". *Bulletin of PAHO* 28 (2).
18. Rosero Bixby L, Güel L. *Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS)*.
19. Salazar Silva F et al. *El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996*.
20. Sánchez D, Fernández JE. 1998. *La transferencia de la prestación de Servicios de Salud a los Pobres del sector público al sector privado: Una evaluación preliminar del nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios*.
21. Sánchez Montero et al. *Equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo. Costa Rica, 1995-1997*.
22. Sterman Heimann L et al. 1998. *A descentralização do sistema de saúde no Brasil*.
23. Vanormelingen K et al. *Tipping the balance: A case study of health sector decentralization in Ecuador*.
24. Veldhuyzen van Zaten T, Semidei C. 1996. *Assessment of Health Sector Decentralization in Paraguay*.
25. Yepes Luján FJ et al. 1999. *La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos*.