



Evaluación en salud

De los modelos teóricos a la práctica en la
evaluación de programas y sistemas de salud

Zulmira Maria de Araújo Hartz
Ligia Maria Vieira da Silva
(organizadoras)

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

56. *Tecnoburocracia sanitaria: Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*
Celia Iriart, Laura Nervi, Beatriz Oliver, Mario Testa, 2025

55. *Salud, medicina y clases sociales*
Alberto Vasco Uribe, 2025

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

48. *Teoría social y salud*
Floreal Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez,
Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora),
Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022

30. *Hospitalismo*
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez,
Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

"Ver Colección cuadernos del ISCO (Continuación)"

Evaluación en salud

De los modelos teóricos a la práctica
en la evaluación de programas
y sistemas de salud

*Zulmira Maria de Araújo Hartz,
Ligia Maria Vieira da Silva*
(organizadoras)



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Hartz, Zulmira Maria de Araújo

Evaluación en salud : de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud / Zulmira Maria de Araújo Hartz ; Ligia Maria Vieira da Silva. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo ; 57)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-89-6

1. Evaluaciones. 2. Derecho a la Salud. 3. Atención a la Salud. I. Silva, Ligia Maria Vieira da II. Título

CDD 353.628

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Ilustración de tapa e interiores: *Dedraw Studio*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Diseño de ilustraciones: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Diagramación: *Ivana Baldis*

Título original: *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*

Primera edición en portugués: *Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005*

Agradecemos a la Editora da Universidade Federal da Bahia (EDUFBA), por la autorización para la publicación de este texto en español.

Primera edición en español: *Lugar Editorial; 2009.*

© 2025, Zulmira Maria de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-89-6

DOI [10.18294/CI.9789878926896](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926896)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

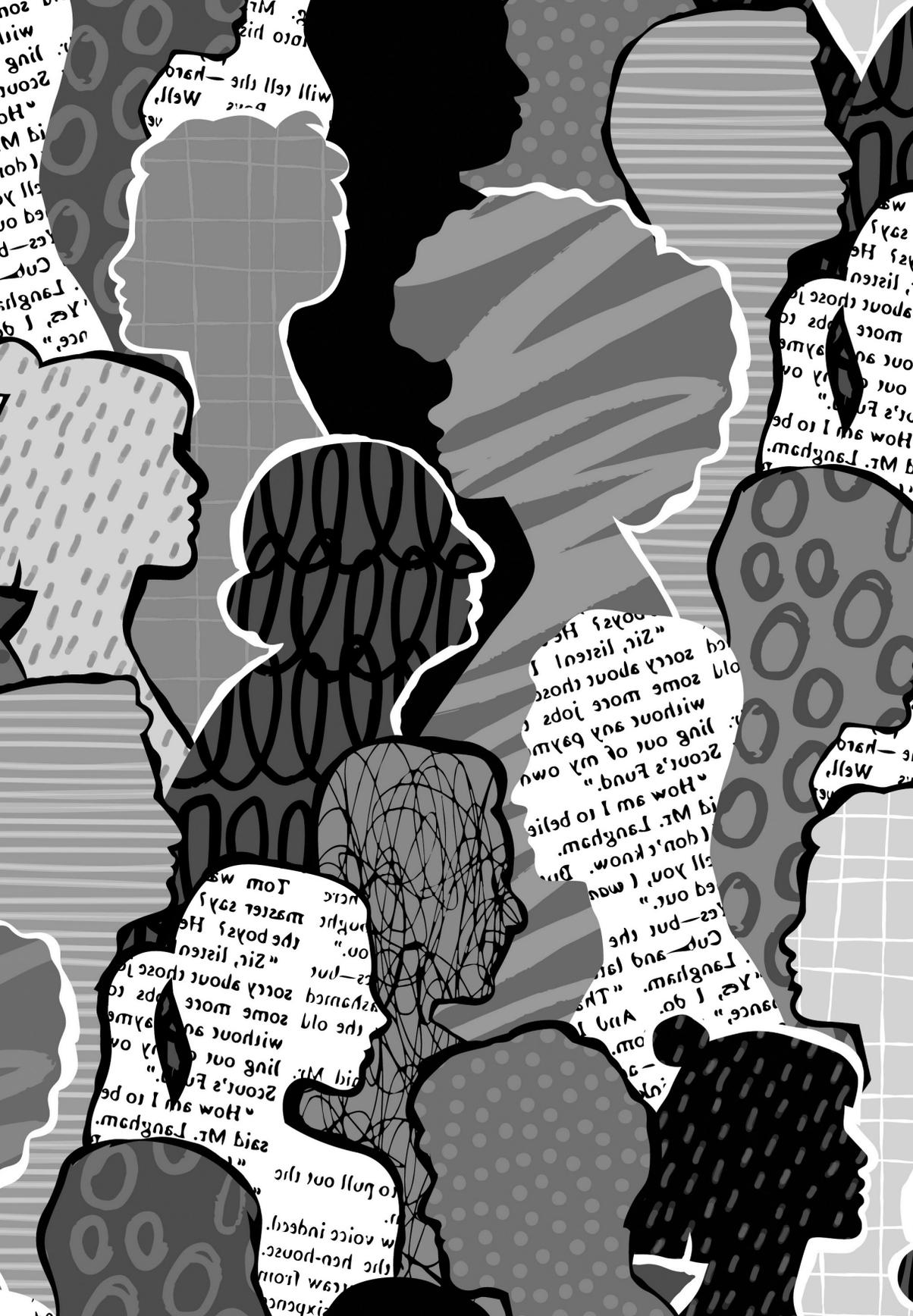
29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



Will tell the - hard
Well,
Mr. Langham.

Mr. Langham.
How am I to be
"Yes, I go."
Cut - and later
ed out."
all you, I want
(don't know. Du
id Mr. Langham.
"How am I to belie
Scott's Fund."
sing out of my own
without any payme
old some more jobs
"Zic listen I
boys He

Mr. Langham.
How am I to belie
Scott's Fund."
sing out of my own
without any payme
old some more jobs
"Zic listen I
boys He

Tom was
the master says
the boys He
"Zic listen
-but
-and later
ed out."
all you, I want
(don't know. Du
id Mr. Langham.
"How am I to belie
Scott's Fund."
sing out of my own
without any payme
old some more jobs
"Zic listen I
boys He

And I
"The
Langham."
"Yes, I go."
"I want
ed out."
all you, I want
(don't know. Du
id Mr. Langham.
"How am I to belie
Scott's Fund."
sing out of my own
without any payme
old some more jobs
"Zic listen I
boys He

to pull out the
voice indercl.
the hen-housc.
law from
expend



Ligia Maria Vieira da Silva

Es médica por la Universidade Federal da Bahia (UFBA) (1977). Posee una maestría en Salud Colectiva por la UFBA (1982) y un Doctorado en Medicina Preventiva por la Universidade de São Paulo (1990). Fue secretaria de Salud del Municipio de Camaçari, del estado brasileño de Bahía, coordinadora de posgrado y directora del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

Se desempeñó como profesora emérita del ISC-UFBA (2023) y como profesora del cuerpo permanente del Programa de Posgrado del ISC-UFBA. Coordinó el grupo de trabajo en Evaluación de

Políticas y Programas de Salud de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) y ha desarrollado su experiencia en el área de salud colectiva, con énfasis en política, planificación y gestión en salud. Es autora de diversos libros y artículos entre ellos: *O Campo da Saúde Coletiva: Gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária Brasileira* (Fiocruz, EDUFBA, 2018) y *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde* (Fiocruz, 2014).



Zulmira Maria de Araújo Hartz

Es médica, con maestría y doctorado en Salud Comunitaria por la Université de Montréal (1989 y 1993) y posdoctorado por la École Nationale de Santé Publique-France (1997). Investigadora titular (jubilada) en Epidemiología de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), donde coordinó los programas de Maestría y Doctorado en Salud Pública (1994-1996), asumiendo posteriormente la coordinación general de posgrado de la Fiocruz, desempeñándose como profesora invitada del Departamento de Medicina Social de la Université de Montréal (2004-2007).

Entre los cargos que ocupó se destacan la

dirección de los departamentos de Enfermedades Transmisibles y de Epidemiología de la Secretaría Estadual de Salud de Río de Janeiro, y la vicedirección de la ENSP-Fiocruz. Hartz es consultora independiente en evaluación de programas, políticas y sistemas de salud, e integra también los grupos de investigación del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sobre Evaluación de la Situación de Procesos Endémicos y Programas de Control (ENSP-Fiocruz). Fue profesora asociada del Instituto de Higiene y Medicina Tropical de la Universidade Nova de Lisboa (2013-2020), forma parte del grupo de investigación Global Health Tropical Medicine: Salud Poblacional, Políticas y Servicios. Entre sus diversas publicaciones se encuentran: "Qualidade de vida e saúde: um debate necessário" (*Ciência & Saúde Coletiva*, 2000); "Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um 'sistema sem muros'" (*Cadernos de Saúde Pública*, 2004).

Índice

Prefacio. Evaluación en salud: una práctica en construcción en Brasil <i>Jairnilson Silva Paim</i>	IX
Presentación. Evaluando la implementación de las intervenciones en salud: nuevas contribuciones <i>Zulmira Maria de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva</i>	XI
Capítulo 1. Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud <i>Ligia Maria Vieira da Silva</i>	1
Capítulo 2. Uso de modelos teóricos en la evaluación en salud: aspectos conceptuales y operacionales <i>María Guadalupe Medina, Gerluce Alves Pontes Silva, Rosana Aquino, Zulmira Maria de Araújo Hartz</i>	21
Capítulo 3. Conferencia de consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización de la atención de salud en Brasil <i>Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, Ligia Maria Vieira da Silva, Zulmira Maria de Araújo Hartz</i>	41
Capítulo 4. Intersectorialidad en salud: un estudio de caso <i>Vitória Solange Coelho Ferreira, Ligia Maria Vieira-da-Silva</i>	71
Capítulo 5. Evaluación de la implementación de un proyecto para la reducción de la mortalidad infantil <i>Paulo Germano de Frias, Pedro Israel Cabral de Lira, Zulmira Maria de Araújo Hartz</i>	111
Capítulo 6. Metodología para el análisis de la implementación de los procesos relacionados con la descentralización de la atención de la salud en Brasil <i>Ligia Maria Vieira da Silva, Zulmira Maria de Araújo Hartz, Sonia Cristina Lima Chaves, Gerluce Alves Pontes da Silva</i>	159
Capítulo 7. Una experiencia de integración de la atención médica en una zona rural: los desafíos de la implementación <i>Nassera Touati, AndréPierre Contandriopoulos, Jean Louis Denis, Rosario Rodriguez</i>	189

Prefacio

Evaluación en salud: una práctica en construcción en Brasil

*Jairnilson Silva Paim*¹

En Brasil, en las últimas tres décadas, se fueron desarrollando progresivamente diversas iniciativas volcadas a la evaluación en salud. Inicialmente fueron realizadas investigaciones académicas con la intención de evaluar servicios o establecimientos de salud. Posteriormente, las propias políticas de racionalización que valorizaban la planificación en salud, mediante la formulación de los *programas de extensión de cobertura* (PECs) y de los *programas especiales*, traían tópicos en sus documentos que sugerían una preocupación por la evaluación. Estos programas presentaban proposiciones relativas a un repertorio de indicadores y al montaje de sistemas de información, sugiriendo una intención de imprimir racionalidad a las intervenciones en salud.

Las *acciones integradas de salud* (AIS) y los *sistemas unificados y descentralizados de salud* (SUDS), considerados como políticas democratizantes, también valorizan la planificación y la evaluación a través de la *programación y el presupuesto integrado* (PPI) y de los primeros planes estatales y municipales de salud en la década de 1980. En la década de 1990, aunque las conferencias y los consejos de salud constituyeran espacios potenciales para la expansión y la institucionalización de la evaluación, las fragilidades de esas instancias de control social y el debilitamiento de la planificación por la onda neoliberal retardaron la consolidación de la evaluación en salud en el Sistema Único de Salud (SUS). Asimismo, distintos estudios sobre la producción científica y tecnológica en el área de Planificación y Gestión en Salud (P&G) ya apuntaban hacia el crecimiento de investigaciones sobre evaluación en salud.

En la década de 2000, se puede afirmar que el interés por la evaluación en salud no se restringe al ámbito académico. El propio Ministerio de Salud ha recomendado un conjunto de estudios en esa perspectiva, no sólo por exigencia de financiadores externos, sino debido a una conciencia creciente de responsabilización entre sus técnicos y dirigentes. Se trata de un contexto muy favorable para el lanzamiento del

¹Médico, Magíster en Medicina, doctor en Salud Pública. Profesor titular de Políticas de Salud del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal da Bahia, Brasil. Investigador I-A del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

libro *Evaluación en Salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*, organizado por las profesoras Zulmira Maria de Araújo Hartz y Ligia Maria Vieira da Silva y contando con la participación de más de una docena de destacados colaboradores nacionales e internacionales.

Más allá del desarrollo del área sugerido por el título, el lector seguramente percibirá dos grandes contribuciones de sus autores. La primera deriva de la amplitud de sus objetos, o sea, no se restringe a la evaluación de acciones, servicios y establecimientos de salud, osando avanzar hacia la evaluación de programas, sistemas y políticas de salud. La segunda corresponde al cuestionamiento de la evaluación de “caja negra”, o sea, la que ignora el contexto y los pasos intermedios en el alcance de productos y resultados. En ese sentido, presenta abordajes creativos para su superación.

Cada capítulo de este libro provee indicacionespreciadas para investigadores, gestores, técnicos y ciudadanos interesados en evaluaciones que no desaprovechen el sentido común ni sean rehenes de autoengaños, falsas conciencias, equivocaciones innecesarias e ideologías. Aunque los valores y las creencias estén presentes en las prácticas sociales, inclusive en la práctica científica, el ejercicio permanente de la crítica, del diálogo y de la discusión, por un lado, y la clarificación de categorías, conceptos, teorías, modelos teóricos, métodos y técnicas de investigación, por el otro, representan caminos productivos para que la evaluación en salud no desconozca el sentido común, pero que procure superarlo.

El campo de la Salud Colectiva en Brasil dio su testimonio de que la construcción del saber y la constitución del sujeto epistémico y evaluador pueden ser realizadas por vías alternativas y mediante una praxis contrahegemónica. Este libro, lanzado oportunamente por la Editorial Fiocruz, en coedición con la Editorial de la Universidad Federal de Bahía (EDUFBA), ratifica esa trayectoria del campo, propiciando caminos creativos para la evaluación en salud a partir de la producción teórica, metodológica, tecnológica y de experiencias concretas.

Salvador de Bahía, mayo de 2005

Evaluando la implementación de las intervenciones en salud: nuevas contribuciones

Zulmira Maria de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva

Varios factores de orden teórico y práctico pueden influir en la reproducibilidad operacional o en la transferencia de lo nacional a lo local de una intervención de salud.

El análisis de la implantación o la implementación tiene, precisamente, como foco de la evaluación la relación entre la intervención (políticas, programas, servicios, acciones) y su contexto de inserción en la producción de los efectos, lo que se torna particularmente importante cuando la intervención es compleja, con múltiples componentes y contingente. Al momento de explicar el “porque y el “cómo” de la efectividad de las acciones, el eje de los estudios de caso aquí presentados, es indispensable medir y analizar la totalidad de las diversas exigencias, de naturaleza técnica, ética o política, relacionadas con el éxito o la resistencia organizacional.

En este libro concebimos como *público objetivo* a todos los profesionales de salud que, en el campo de las prácticas o de la investigación, se cuestionan sobre la integralidad, la calidad y la integración de las intervenciones en el Sistema Único de Salud (SUS), y están interesados en comprobar los resultados de su implementación y sus efectos sobre la salud de la población. Lo que nos orientó en la organización de este texto fue el propósito de dar respuestas a un conjunto de preguntas que compartimos con los autores de los distintos capítulos en la enseñanza de la evaluación de programas y sistemas locales de salud, en proyectos de formación académica o profesional. De esta manera, lo presentamos como una herramienta didáctica para el lector que pretenda comprender y participar de un análisis de implementación en sus distintas etapas, integrando adecuadamente la contribución de los procesos y resultados de las acciones focalizadas con la agenda política en las cuales se insertan. Este conjunto de experiencias intenta, por lo tanto, responder a una o más de las siguientes preguntas generales:

- ¿Cómo elaborar modelos e medidas para evaluar la implantación o la implementación de las intervenciones de salud?
- ¿Cuál es la contribución de los diferentes componentes o actividades en la producción de los resultados de las acciones?
- ¿Cómo explicar la interacción del medio de implementación con los efectos observados?

En forma más específica, los diversos capítulos, abajo resumidos, sugieren algunas pistas para responder a los siguientes interrogantes:

- a) ¿Cuál será el modelo teórico o lógico más adecuado para las diferentes intervenciones enfocadas?
- b) ¿Qué abordajes pueden ser más apropiados para construir los instrumentos metodológicos (selección de criterios, indicadores y medidas de mayor relevancia)?
- c) ¿Cómo atribuir pesos y patrones en la estimación del grado de implementación?
- d) ¿Cómo verificar las relaciones entre los distintos niveles de análisis: la implementación de las acciones, el contexto y los resultados observados?
- e) ¿Qué formatos adoptar para la presentación de los resultados de los estudios?

En el primer capítulo, se revisa el *estado del arte* de la evaluación en salud con el objetivo de establecer un diálogo entre diferentes marcos conceptuales, tipologías y estrategias y, también, para ubicar los demás capítulos en relación con el repertorio de posibilidades en esa temática.

En el segundo capítulo se trabaja con directrices teórico metodológicas para la elaboración de modelos de intervención en el ámbito de las investigaciones evaluativas, cuya operacionalización se apoya en la utilización de las técnicas de consenso, objeto del tercer capítulo.

El cuarto capítulo, aunque esté constituido con los resultados de un *estudio piloto de caso* en que se utilizó una matriz preliminar del modelo sometido a consenso (relatado en el capítulo anterior), abarca el conjunto de componentes del análisis de implementación, aplicado a la evaluación de la gestión descentralizada, en un sistema local de salud.

Los capítulos 5 y 6, están relacionados con las acciones programadas para la reducción de la mortalidad infantil en la región nordeste de Brasil, y abordan los componentes 1 y 2 del análisis de implementación, teniendo como eje las siguientes cuestiones generales, respectivamente:

- ¿Cuál es la influencia del contexto político organizacional en la implementación de un programa intersectorial (estudio de caso en el estado de Bahía, Brasil)?
- ¿Cómo influyen las variaciones en el grado de implementación a los resultados observados (dos estudios de caso en el estado de Pernambuco, Brasil)?

El capítulo 7, traducción del relato de una experiencia canadiense convergente, refuerza la importancia de los aspectos metodológicos previamente abordados, y concluye nuestro libro enfocando una cuestión de importancia fundamental: la universalidad de algunos problemas y alternativas, propios de la evaluación de la integración de las prácticas en organizaciones asistenciales, que ciertamente contribuirán para evaluar el éxito de la implementación de la política nacional de regionalización en la perspectiva del Sistema Único de Salud.

Fruto de una experiencia al mismo tiempo didáctica y de investigación, centrada en una íntima interacción con los servicios de salud, este libro es el producto de la intersección entre diversos temas y disciplinas, materia prima del campo de la evaluación en salud, que esperamos pueda ser continuamente perfeccionada en la práctica evaluativa de nuestros lectores.



...ing out of my own
Scout's Fund."
"How am I to belie
id Mr. Langham.
(don't know. But
ll you, I was
ed out."
es—but the
Cut—and lat
Langham. "The
"Yes, I go
nce,"

Will tell the
-hard
Well,
D-112
ve

to pull
r.
w voice
the h

Tom was
more
might master say?
the boys? He
on."
"Zic, listen
s—but
sawatch sorry about those
the old some more
without and
y on
id Mr. jing out
Scout's Fund."
"How am I to be
said Mr. Langham.
"

to pull out the
w voice inq
housec.

Capítulo 1

Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud

*Ligia Maria Vieira da Silva*¹

Revisitando el campo de la evaluación

La evaluación puede ser considerada como un componente de las prácticas presente en diversos ámbitos y campos del espacio social. Sus diversas posibilidades de expresión, en esos diferentes campos, han generado una polisemia conceptual y metodológica que torna obligatorio, tanto para el gestor como para el investigador, explicitar las opciones teóricas y técnicas (Grémy, 1983; Vieira da Silva & Formigli, 1994; Contandriopoulos *et al.*, 2000).

Entre las diversas definiciones de la evaluación, las que se refieren a la evaluación de programas sociales han conseguido mayor consenso. Una de ellas relaciona la evaluación con el proceso de determinación del esfuerzo, mérito o valor de algo o del producto de ese proceso (Scriven, 1991). Patton, al desarrollar un abordaje denominado *evaluación focalizada en la utilización* incluye en su definición: a) a la manera de hacer la evaluación, que correspondería a la recolección sistemática de informaciones sobre las actividades, características y resultados de los programas; b) al propósito de la evaluación, o sea, elaborar juicios sobre los programas y/o para subsidiar el proceso de toma de decisiones en futuras programaciones (Patton, 1997). Rossi, Lipsey y Freeman (2004), quienes editaron uno de los libros más conocidos sobre la evaluación, la consideran como sinónimo de investigación evaluativa y la definen como la aplicación sistemática de los procedimientos oriundos de la investigación en ciencias sociales para analizar programas de intervención.

En la misma perspectiva, de delimitar el campo de la evaluación al juzgamiento de programas sociales, Contandriopoulos formuló una de las definiciones más simples y abarcadoras. Según este autor, la evaluación puede ser considerada como un juicio sobre una intervención o sobre cualquiera de sus componentes con el

¹Médica. Profesora del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA). Doctora por la Universidad de San Pablo (USP). Investigadora IC del CNPq, Brasil

objetivo de contribuir en la toma de decisiones (Contandriopoulos *et al.*, 1997). El problema con este concepto es que la definición de intervención hecha por el autor limita el propósito de la evaluación² a la dimensión instrumental de la acción.

El concepto de campo, entendido como red de relaciones entre agentes e instituciones, en el sentido dado por Bourdieu (1979) y Bourdieu y Wacquant (1992), puede contribuir a una concepción de la evaluación mucho más amplia que la restringida a la dimensión racional de la acción, o a las que la reducen al aspecto instrumental de los resultados (Patton, 2001). En esta perspectiva, ampliaremos la definición de evaluación propuesta por Contandriopoulos al propósito mayor del campo de la evaluación, sustituyendo el concepto de *intervención* por el de *prácticas sociales*³, en relación con las cuales las de salud constituyen un caso particular. Esto es porque la evaluación toma por objeto desde las prácticas del cotidiano a las relacionadas con el trabajo, en sus diversos ámbitos, lo que incluye a las intervenciones sociales planificadas. El significado de lo que sería el *juicio* también puede variar desde la formulación de un juicio de valor dicotómico cualitativo o cuantitativo (cuidado *bueno* o *malo* de la salud, cobertura de vacunación igual o superior al 70% o inferior al 70%) hasta un análisis que incorpore el significado del fenómeno.

La ampliación de la definición de Contandriopoulos se justifica en virtud de la consolidación de la evaluación como un campo. Lo que se revela no solo en la ampliación de la producción científica específica sino, sobre todo, por la red de agentes (investigadores, evaluadores y gestores) y de asociaciones profesionales involucrados (Chelimsky, 1997; McDaid, 2003), por su reconocimiento como disciplina y profesión (Chelimsky & Shadish, 1997; Smith, 2001) y por la diversificación de las áreas temáticas que son objeto de evaluación sistemática (Scriven, 2001).

Cabe aquí una distinción entre monitoreo y evaluación puntual. El monitoreo correspondería al acompañamiento sistemático de algunos procesos de los servicios, mientras que la evaluación puntual se refiere al juicio sobre los mismos en un determinado punto del tiempo.

En algunas circunstancias el monitoreo puede producir información para realizar una evaluación, pero podría no corresponder necesariamente a su implementación. O sea, cuando la actividad de monitoreo se reduce al registro continuo de variables a lo largo del tiempo se superpone al montaje de un sistema de información. Tanto la transformación de datos en información, como su utilización para la evaluación, requieren la formulación de una pregunta específica que oriente el análisis y la interpretación de los hallazgos empíricos. La optimización de los sistemas de información para los fines de evaluación y la indicación adecuada acerca

²Para Contandriopoulos, una intervención es un conjunto de medios (físicos, humanos, financieros y simbólicos) organizados en un contexto específico, en un momento dado, para producir bienes o servicios para modificar una situación problemática (Contandriopoulos, 1997).

³El concepto de prácticas sociales aquí utilizado es el desarrollado por Bourdieu, según el cual las prácticas sociales son la relación entre una situación y un *habitus*. Para una mejor comprensión de los conceptos de *campo* y *habitus* se sugiere la lectura de los libros *La Distinción* (1979) y *Le sens pratique* (1980) de este autor.

de la necesidad o no de realizar evaluaciones puntuales o investigaciones evaluativas requieren cierto grado de institucionalización de la evaluación (Hartz, 1999).

El espectro de la evaluación

Con fines didácticos, se puede imaginar esa diversidad de posibilidades de expresión como franjas o puntos de un espectro, cuyo extremo izquierdo puede ser representado por las evaluaciones presentes en la vida cotidiana y el otro extremo por la investigación evaluativa⁴ (Figura 1.1).

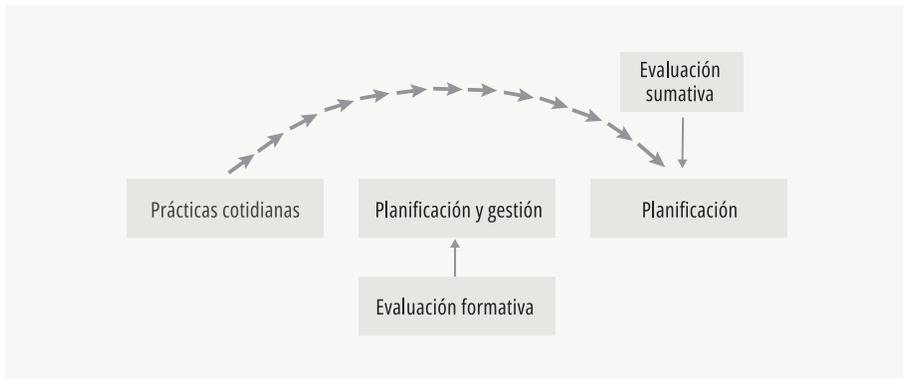


Figura 1.1. El espectro de la evaluación.

La evaluación de las prácticas cotidianas correspondería a un juicio realizado a partir de nociones provenientes del *sentido común*, a técnicas no sistemáticas de observación y al análisis y formulación de juicios de valor, dicotómicos y simplificados. Por ejemplo, al final de un día de trabajo un equipo de salud se reúne para *hacer un balance* de las actividades del día en relación con el funcionamiento de un servicio de control de hipertensión arterial. Consideran que el balance es *positivo* pues la demanda fue *grande* y la atención fue *buena* dejando a los usuarios *satisfechos*. Ese balance corresponde a un juicio de las prácticas rutinarias del trabajo del equipo a partir de la percepción de sus componentes acerca de lo que sería un desempeño *positivo* en el trabajo, una *gran* demanda, una *buena* atención y una adecuada *satisfacción* de los usuarios.

En cambio, la investigación evaluativa correspondería al juicio que, recurriendo a metodologías científicas, se realiza sobre las prácticas sociales, a partir de la formulación de una pregunta no respondida aún en la literatura especializada, sea sobre

⁴A pesar de que el término *evaluativo* sea un anglicismo, su uso está siendo progresivamente incorporado a los textos académicos sobre evaluación.

las características de esas prácticas en general, o sea en un contexto particular. Las prácticas que han sido más frecuentemente objeto de evaluación son aquellas resultantes de la acción social planificada, tales como las políticas, los programas y los servicios de salud.

Entre esos dos extremos opuestos del espectro hay una multiplicidad de posibilidades de evaluación para la gestión o evaluación administrativa en salud. La realización de una encuesta poblacional para evaluar la cobertura de vacunas en un municipio determinado puede, por ejemplo, ser una evaluación administrativa que estaría próxima a la investigación evaluativa por recurrir a la metodología científica. Aunque también se podría considerar como una investigación evaluativa si viniera a llenar una laguna en el conocimiento sobre la situación del control de determinado problema de salud, como la poliomielitis, plausible de ser atribuida a esa acción (Vieira da Silva *et al.*, 1997).

Ese espectro de la evaluación ha sido reconocido por algunos autores, tanto en relación con el objeto de la evaluación como con el método y el abordaje. Algunos de ellos se refieren a la evaluación presente en el *mundo no académico* y en la vida privada, incluyendo en esta a otros sectores de las prácticas sociales como la degustación de vino y la astrología (Patton, 1997; Scriven, 2001) o la evaluación *personal* (Scriven, 1991).

En cuanto al objeto, algunos autores, a pesar de reconocer la diversidad del campo de la evaluación, enfocan principalmente sobre los métodos y las técnicas relacionadas con la evaluación de programas sociales (Scriven, 1991; Rossi & Freeman, 2004; Patton, 1997). Existe una preocupación en establecer diferencias entre lo que sería investigación y lo que sería evaluación normativa o administrativa, habiendo inclusive variaciones acerca de aquello que se considera como investigación (Contandriopoulos, Champagne *et al.*, 1997; Scriven, 2001). Algunos autores hablan exclusivamente de la investigación evaluativa, aunque reconozcan que la evaluación es un arte que abarca otras habilidades más allá de la metodología científica (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004).

Patton se refiere a la enorme diversidad existente en el campo de la evaluación y advierte que las tentativas de reducir esas complejidades a algunas categorías corren el riesgo de una excesiva simplificación. Mientras tanto, para los fines prácticos, ese autor discute tres objetivos primarios en la evaluación de programas: a) para emitir juicios; b) para facilitar su desarrollo; y c) para contribuir con el conocimiento (Patton, 1997).

Otra dicotomía, frecuente entre los autores de lengua inglesa, aparece como la oposición entre evaluación sumativa (*summative*) y formativa (*formative*). La evaluación sumativa de un programa es aquella llevada a cabo después del término del programa y tiene por objetivo la rendición de cuentas a una audiencia externa (órgano financiador) o gestor. Ese tipo de evaluación se distingue de la denominada evaluación formativa, que frecuentemente se lleva a cabo durante la implementación de un programa y tiene por objetivo apoyar su desarrollo (Scriven, 1991). En ambos casos, la definición del *foco de la evaluación* requiere un diálogo entre los especialistas en evaluación y los clientes (Stetcher & Davis, 1987).

En el interior mismo de las distintas subáreas temáticas y/o movimientos dentro del campo de la evaluación, este espectro siempre es mencionado. El consenso de Gothenburg acerca de la evaluación de impactos en salud consideró tres posibilidades metodológicas: a) estimativa rápida de impacto (*rapid health impact appraisal*); b) análisis del impacto en salud (*health impact analysis*); y c) revisión de impactos en salud (*health impact review*) (WHO, 1999).

La teoría y la diversidad de los abordajes

Las primeras décadas de constitución del campo de la evaluación fueron marcadas por grandes estudios con énfasis en el diseño y el método (Suchman, 1967). Posteriormente, dado el limitado poder explicativo de esas investigaciones, y su costo y complejidad, se buscaron algunas alternativas metodológicas, como los metaanálisis, los estudios cualitativos (Cook & Reichardt, 1986; Patton, 1987) y los orientados por la teoría del programa (Chen, 1990).

La teoría de la que se habla no son las grandes teorías sociales, sino las referentes al programa, su contexto y sus interacciones (House, 2001). Chen define *teoría* como un conjunto de presupuestos, principios y/o proposiciones que explican o guían la acción social. En otras palabras, la teoría del programa debería especificar todo lo que debe hacerse para alcanzar los objetivos deseados, cuáles son los impactos que pueden ser anticipados y cómo se produce. Este autor además distingue las teorías *causales* o *descriptivas* que tendrían como objetivo explicar las relaciones entre la intervención, la implementación y los resultados, de aquellas *normativas* o *prescriptivas* que estarían dirigidas a definir la imagen-objetivo, o sea, cómo *deben ser* las intervenciones, el proceso de implementación del programa y los resultados. La teoría necesaria para realizar una evaluación abarcaría, en su opinión, tanto la dimensión causal como la normativa (Chen, 1990).

El énfasis en la teoría como estrategia metodológica privilegiada para la evaluación de programas remite a la elaboración de modelos lógicos o teóricos⁵ como un componente necesario de ese proceso (Mercer & Goel, 1994; Contandriopoulos, Champagne *et al.*, 2000).

Lo que se quiere destacar aquí, en relación con la teoría, es respecto a la polisemia conceptual y a la diversidad de abordajes existentes en la bibliografía especializada en evaluación. Es una constatación recurrente que cada autor que escribe sobre el tema proponga una nueva matriz (*framework*), modifique las preexistentes, agregue nuevos atributos a los programas a evaluar, o defina de forma diferente antiguos términos (Vieira da Silva & Formigli, 1994; Contandriopoulos, Champagne *et al.*, 1997). En 1981, Scriven editaba el *Thesaurus* de la evaluación, en una referencia al diccionario equivalente de la lengua inglesa (Scriven, 1991). Las diversas matrices existentes para la evaluación del *desempeño de sistemas de salud* (Knowles *et al.*, 1997; WHO, 2000; Canadian Institute for Health Information, 2001; Hurst & Hughes,

⁵Un análisis más detallado sobre los modelos lógicos y teóricos es el objeto del capítulo 2 del presente libro.

2001) son otro ejemplo de esa diversidad y del escaso de consenso existente en el campo de la evaluación.

Esa diversidad refleja, por un lado, el incipiente estadio de desarrollo de la evaluación como disciplina científica y por otro, las múltiples posibilidades de recorte de lo real que caracterizan la naturaleza y amplitud del campo de la evaluación. En otras palabras, teniendo en cuenta que las opciones técnicas son también opciones teóricas (Bourdieu, 1989), la multiplicidad de formas de definir los abordajes, dimensiones y atributos de la evaluación reflejan, en alguna medida, la variedad de elecciones teóricas de los autores, que son tantas como los posibles *puntos de vista*, correspondientes a las posiciones que los autores ocupan en el espacio social y en los campos a los que pertenecen, su formación intelectual y su trayectoria vital.

Abordajes, niveles, dimensiones, criterios e indicadores para la evaluación

Así como no hay método separado de la práctica de investigación (Bourdieu *et al.*, 1999), tampoco hay método separado de la práctica de la evaluación. Cada evaluación es un caso particular que requiere creatividad por parte del investigador/evaluador para la formulación de la mejor estrategia, en la selección del abordaje, en la definición de niveles y atributos, y para la selección de criterios, indicadores y patrones. Principalmente, si se trata de la evaluación de una gestión de servicios, hay que incorporar a los agentes del programa (*stake holders*) en muchas de las definiciones del foco de la evaluación (Guba & Lincoln, 1989; Patton, 1997; Fetterman, 1997). La sistematización que sigue pretende auxiliar al evaluador a tomar conocimiento del abanico de posibilidades para facilitar el proceso de delimitar el objeto y formular el proyecto de evaluación.

Abordajes

En una primera aproximación al objeto a evaluar, podríamos recurrir a la clasificación de los abordajes de Donabedian (1980), que es utilizada y revisitada muchos años después (Handler *et al.*, 2001). Basado en el enfoque sistémico y orientado principalmente a evaluar la calidad del cuidado médico, Donabedian sistematizó diversas propuestas de abordaje en la tríada: estructura-proceso-resultados. El componente *estructura* se refiere a los recursos materiales, humanos y organizacionales, *proceso* a todo aquello que media la relación profesional-usuario, y *resultados* apunta, tanto al producto de las acciones (consultas, exámenes, visitas) como a las modificaciones en el estado de salud de los individuos y de la población. Aunque tenga utilidad práctica en la primera aproximación con el objeto de la evaluación, la amplitud

de esta clasificación y la reducción que opera sobre lo real determinan significativas limitaciones (Vieira da Silva & Formigli, 1994).

Niveles y objeto de la evaluación

Para proseguir con la delimitación del objeto a evaluar es necesario definir cuáles son los niveles de la realidad que se quieren estudiar. El campo de la salud está formado por instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones de promoción, prevención y cura, dirigidas a la población y que pueden ser abordadas a partir de los siguientes niveles (Figura 1.2).

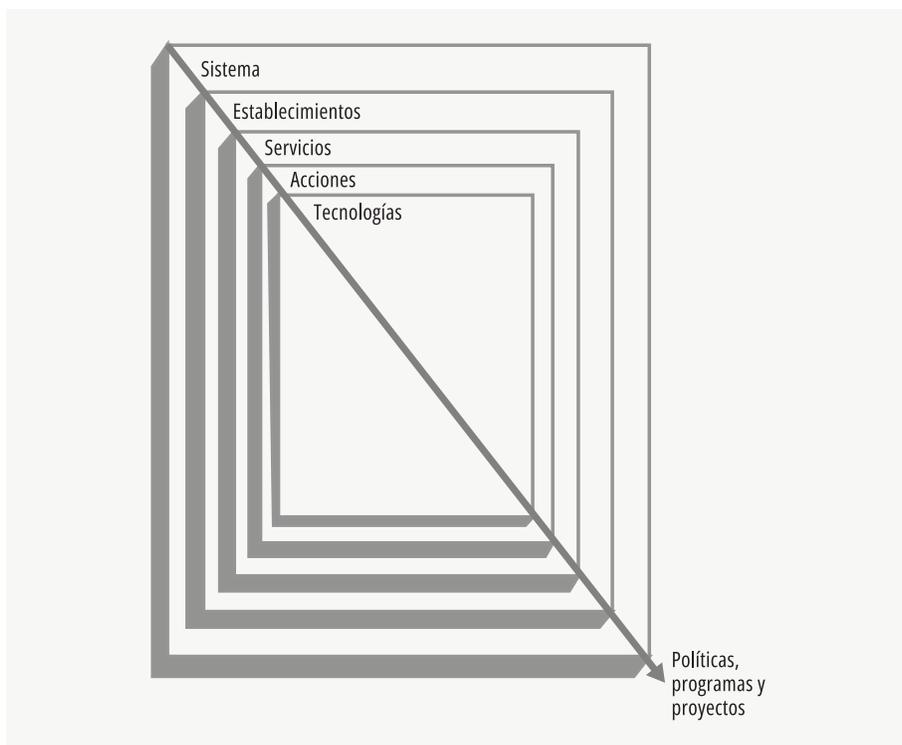


Figura 1.2. Niveles y objetos de la evaluación.

Fuente: Tipología adaptada de Paim (1993).

- a) *Acciones*: respecto de la promoción, la prevención y la cura desarrolladas por los agentes individualmente.
- b) *Servicios*: corresponden a un grado de mayor complejidad de la organización de las acciones para la salud, donde diversos agentes se asocian para desarrollar actividades, coordinadas o no, dirigidas a determinados problemas o grupos etarios. Por ejemplo: un servicio de salud ocupacional o para la atención pediátrica.
- c) *Establecimientos*: corresponden a unidades sanitarias de diferentes niveles de complejidad tales como centros de salud, hospitales, policlínicas.
- d) *Sistema*⁶: es el nivel más complejo de organización de las prácticas, engloba a todos los otros y su coordinación. Puede corresponder a un sistema municipal, estatal (provincial) o nacional.

La evaluación de políticas, programas y proyectos puede atravesar todos los niveles del sistema de salud. Las políticas de salud pueden ser consideradas como la acción u omisión del Estado como respuesta social frente a los problemas de salud y sus determinantes, así como también la producción, distribución y regulación de bienes y servicios y ambientes que afectan la salud de los individuos y de la colectividad (Paim, 2002; Paim, 2002; 2003). De esa forma, la evaluación de políticas puede incluir tanto el análisis sobre la naturaleza del Estado y del poder político que las formula, como el estudio de los programas⁷ relacionados con su operacionalización. Finalmente, aunque la evaluación de políticas frecuentemente incluye la evaluación de programas, la distinción entre esas dos dimensiones de las prácticas puede ser necesaria para fines analíticos (Vieira da Silva, 1999)⁸

Atributos o características

La selección de las características o atributos de las prácticas, servicios, programas, establecimientos o del sistema de salud a ser evaluados contribuye a profundizar en la definición del foco de la evaluación. Aquí es donde existe la mayor diversidad terminológica y conceptual. Las opciones aquí presentadas representan una actualización de una propuesta anterior (Vieira da Silva & Formigli, 1994) en la que se buscó incorporar conceptos con un cierto grado de consenso en la literatura revisada, que tuvieran coherencia entre sí y con un modelo teórico (Figura 1.3).

En respuesta o no a las necesidades de salud, los individuos desarrollan necesidades de servicios de salud (Paim, 1982). Esas necesidades pueden ser objeto de

⁶Ver discusión detallada sobre la evaluación de sistemas en Vieira da Silva (1999).

⁷Los programas corresponden a un grado de organización de las prácticas donde existe definición de objetivos, actividades y recursos para la resolución de problemas definidos de salud. El programa puede desarrollarse dentro de un servicio, un establecimiento o un sistema de salud, o no.

⁸Existen diversas posibilidades de delimitación de niveles. En los capítulos 4, 5 y 6 de este libro el lector encontrará investigaciones evaluativas realizadas en diferentes niveles.

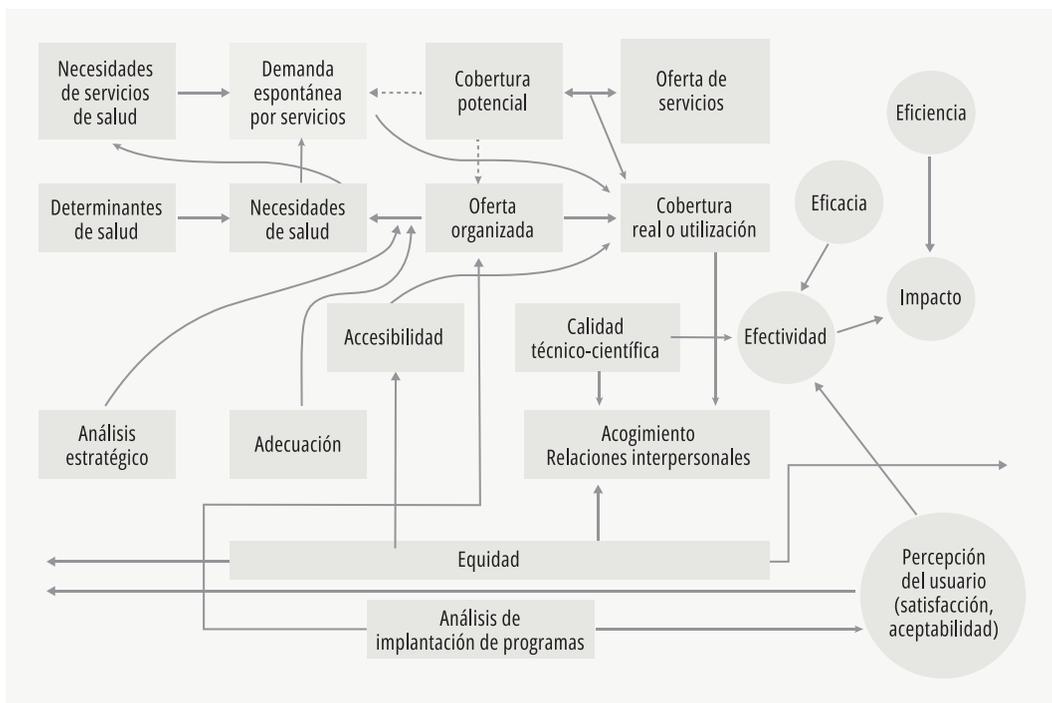


Figura 1.3. Atributos o características para la evaluación en salud.

distintos grados de control, de causas, de riesgos o de daños, los que dependen del estadio del desarrollo del agravio a la salud del que se trate y de las características del modelo asistencial (Paim, 1999). Para cada uno de esos niveles de control existen diversas posibilidades de intervención (Cuadro 1.1) cuyas características o atributos han sido considerados como relevantes para la evaluación, y que pueden ser agrupados de acuerdo con las siguientes características (Figura 1.3):

a) *Relacionados con la disponibilidad y la distribución social de los recursos:*

- cobertura;
- accesibilidad;
- equidad.

b) *Relacionados con el efecto de las acciones:*

- eficacia;
- efectividad;
- impacto.

c) *Relacionados con los costos y la productividad de las acciones:*

- eficiencia.

- d) Relacionados con la adecuación de las acciones al conocimiento técnico y científico vigente:
 - calidad técnicocientífica.
- e) Relacionados con la adecuación de las acciones a los problemas de salud y a los objetivos:
 - direccionalidad y consistencia (análisis estratégico)
- f) Relacionados con el proceso de implementación de las acciones:
 - evaluación del grado de implementación y (o) evaluación de proceso;
 - análisis de implementación: estudios que investigan las relaciones entre el grado de implementación, el contexto y los efectos de las acciones.
- g) Características relacionales entre los agentes de las acciones:
 - usuario vs. profesional (percepción de los usuarios sobre las prácticas, satisfacción de los usuarios, aceptabilidad, acogimiento, respeto a la privacidad y otros derechos ciudadanos);
 - profesional vs. profesional (relaciones de trabajo y en el trabajo);
 - gestor vs. profesional (relaciones sindicales y de gestión).

La primera preocupación del gestor ante una intervención sanitaria está relacionada con la magnitud de la oferta de las acciones y servicios. ¿En qué medida los recursos existentes son suficientes para atender a las necesidades de la población

Cuadro 1.1. Posibles relaciones entre abordajes, características seleccionadas de las prácticas y niveles de control.

Abordajes	Estructuras	Procesos	Resultados
Características de las prácticas			Niveles de control. Control de causas
Cobertura	Cobertura potencial de una acción educativa relacionada con la promoción de la salud. (por ejemplo: proporción de panfletos disponibles en relación a la población blanco relacionados con los beneficios de realizar ejercicios físicos)	Cobertura real de esa misma acción educativa relacionada con la promoción de la salud. (por ejemplo: proporción de panfletos efectivamente distribuidos en la relación a la población blanco)	Promoción de la Salud.
Cobertura	Cobertura potencial de las acciones relacionadas con el control de la calidad del agua.	Cobertura real de esas mismas acciones. Organización adecuada de la reservación en centros de salud.	Control de riesgos Eliminación de agentes potencialmente causantes de enfermedades de transmisión hídrica.
Accesibilidad	Distribución geográfica adecuada de los centros de salud.	Cuidado adecuado al diagnóstico.	Control de daños Personas con daños en la salud que hayan tenido acceso al cuidado adecuado pueden curarse del daño.
Calidad técnica	Equipamientos necesarios para la realización de exámenes complementarios		Control de daños Cura.

blanco? Esa pregunta puede ser respondida a través de la evaluación de la *cobertura*, que es la proporción de la población que se beneficia del programa o intervención (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004). La cobertura puede ser analizada en relación con intervenciones de distinto tipo, desde las dirigidas a la promoción de la salud o al control de las causas hasta aquellas vinculadas al cuidado propiamente dicho, o sea, al control de daños (Cuadro 1.1). La cobertura puede ser considerada como potencial cuando lo que mide son los recursos materiales o humanos disponibles para la realización de determinada acción. En ese caso, se superpone al concepto *oferta de servicios*. Nótese que la cobertura real o utilización de servicios corresponde a la proporción de la población que efectivamente se benefició con una determinada intervención, que de hecho *utilizó* los servicios (Soberón, 1988). La cobertura puede ser calculada teniendo como referencia un sistema estructurado para la atención de la demanda espontánea o en relación⁹ con la oferta organizada de acciones programáticas (Figura 1.3).

La *accesibilidad*, aunque sea un concepto relacionado con el de cobertura, no es equivalente. Ha sido definida como una relación entre los recursos de poder de los usuarios y los obstáculos colocados por los servicios de salud (Donabedian, 1980; Frenk, 1992). Los recursos de poder pueden ser de naturaleza económica, social y/o cultural. Los obstáculos también pueden ser geográficos (distancias, transporte), organizacionales (existencia de filas, tiempo de espera injustificable, naturaleza del acogimiento) y económicos.

El acceso puede ser confundido con la utilización de servicios cuando solamente se quiere analizar la obtención de cuidados por el individuo que necesita de ellos. Cuando existen dificultades importantes para esa utilización, el concepto de accesibilidad relacionado con los obstáculos existentes a la obtención de los servicios por parte de los usuarios pasa a tener un gran valor, como en el caso de Brasil. Según la Investigación Nacional por Muestreo de Domicilios —*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios* (PNAD)— realizada en 1998, 5 millones de personas referían haber necesitado alguna vez algún servicio de salud, aunque sin procurarlo, alegando principalmente falta de recursos financieros (obstáculo económico). Las estimaciones de ese mismo estudio indican que 755.521 personas que buscaron atención no fueron atendidas por diversos motivos: o no consiguieron turno (obstáculos organizacionales o de oferta), o no existía un servicio especializado (oferta), o no había médico atendiendo o esperaban mucho y desistían (obstáculos organizacionales). Además de eso, el acceso a las consultas médicas aumenta significativamente con el ingreso (recursos de poder económicos) (Brasil, IBGE, 2000). Esos datos revelan el sufrimiento de los usuarios, muchas veces obligados a esperar en largas filas a las puertas de los servicios de salud. Por otro lado, el tiempo de espera para el acceso a los procedimientos especializados puede interferir con el propio efecto del procedimiento, si el mismo no es realizado oportunamente.

⁹Los conceptos de *demanda espontánea* y *oferta organizada* son los utilizados por Paim (1999).

Entonces el concepto de *equidad*¹⁰ será usado aquí con el sentido que le da Perelman, o sea, como un instrumento de la justicia para resolver las contradicciones entre las diversas fórmulas de la justicia formal o abstracta (Perelman, 1996). Esto equivale a decir que debemos tratar en forma desigual a los desiguales y priorizar la intervención sanitaria sobre los grupos sociales con mayores necesidades de salud. La equidad recorta y se relaciona con casi todos los demás atributos. Se puede pensar la equidad en el acceso, en el acogimiento, en la calidad y en la efectividad. La oferta organizada de acciones dirigidas a enfrentar un determinado problema de salud puede ampliar la accesibilidad de la población a los diversos niveles de cuidado y, de esa forma, ampliar la cobertura real de las acciones.

La segunda característica de las prácticas de salud, también importante, trata sobre los efectos que puedan tener sobre la salud de los individuos, grupos o poblaciones. La distinción entre *eficacia*, como efecto de una intervención en situación experimental y *efectividad*, como el efecto de la intervención en sistemas operacionales, continúa manteniéndose a lo largo de los años (Donabedian, 1990; Maynard & McDaid, 2003). El concepto de *impacto* ha sido usado frecuentemente con el mismo sentido dado a efectividad, o sea, relacionado con el efecto de intervenciones en sistemas reales y no en situaciones experimentales de investigación. Sin embargo, el concepto de impacto ha sido usado también para designar el efecto de una intervención en relación con grandes grupos poblacionales o en grandes intervalos de tiempo. Por ejemplo, sería necesario que determinada tecnología fuese *eficaz* en los ensayos experimentales para que, al ser utilizada en sistemas operacionales, pueda ser *efectiva* y, asociada a una cobertura elevada durante un tiempo determinado, tenga la posibilidad de causar un impacto sobre el nivel de salud de una población con reducción de la morbilidad. Una vacuna que obtiene una elevada eficacia en los ensayos experimentales puede tener una baja efectividad al ser administrada en los usuarios de un centro de salud, debido a problemas en la cadena de frío, por ejemplo. Entonces, para el control de las virosis para las cuales existe una vacuna *eficaz*, es necesario que los servicios alcancen coberturas de vacunación elevadas en todo el país, o sea, que sean *efectivas*, para entonces hablar del *impacto* de la medida.

La eficiencia ha sido usada como medida, tanto de la productividad del sistema como de su relación con los costos (Hartz & Pouvourville, 1998). La incorporación de las evaluaciones económicas en la definición de las prioridades relacionadas con la salud de las poblaciones fue realizada para hacer frente a los crecientes costos de la atención médicohospitalaria, y también para garantizar la equidad en las acciones de promoción y en las reformas en la organización de los sistemas de salud (McDaid, 2003).

La calidad técnico-científica del cuidado, en el sentido que le fue dado por Vuori (1982), corresponde a la adecuación de las acciones al conocimiento técnico y científico vigente. O sea, ¿en qué medida las tecnologías que se están utilizando son las consideradas como las más indicadas y eficaces por la comunidad científica?

¹⁰Un análisis detallado del significado del concepto de equidad puede encontrarse en el ensayo *Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica* (Veira da Silva & AlmeidaFilho, 2000).

En el caso de las acciones que cuentan con algún grado de planificación el *análisis estratégico*¹¹ (Campoamor, 1990; Contandriopoulos *et al.*, 1997) ayuda a responder la pregunta acerca de la consistencia y direccionalidad del plan (Matus, 1993). O sea, ¿en qué medida las actividades propuestas son pertinentes, tomando en cuenta los problemas diagnosticados y los objetivos del programa?

Actualmente, los *análisis de implantación* son muy relevantes para la evaluación de programas de salud porque permiten al investigador estudiar los procesos relacionados con su operacionalización. Las evaluaciones de efectividad realizadas, muchas veces, a partir de estrategias del tipo *caja negra*¹², llegan a resultados bastante diferentes, con problemas de generalización de los resultados (Denis & Champagne, 1997; House, 2001). Abrir la *caja negra* no solo ha dilucidado problemas en la operacionalización de los programas, también ha sido útil para la formulación de recomendaciones orientadas a su perfeccionamiento (Hulscher *et al.*, 2003). Los procesos, la forma en la cual los programas se implementan, pueden ser tan importantes como los resultados. En algunas circunstancias, el proceso de implementación de programas de reorganización de la atención de la salud puede englobar la participación de los distintos profesionales, promover la integración entre ellos mismos y con los gestores, de tal forma que el propio desarrollo de las relaciones interpersonales pueda pasar a ser un resultado relevante (Patton, 2002)¹³.

Por último, el grupo de atributos denominados *relacionales* que pueden, o no, formar parte de los análisis de implementación, crea toda una nueva perspectiva para la evaluación en salud. Significa valorizar las características del acogimiento, la garantía de los derechos individuales a la privacidad y las características de las relaciones en el trabajo como componentes de la calidad de la atención y promoción de la salud.

Las intervenciones en salud varían según el modelo asistencial o los modelos asistenciales dominantes en los diferentes contextos. Las características antes señaladas pueden ser pensadas tanto para la atención de la demanda espontánea como para la oferta organizada orientada al control de riesgos y causas (Paim, 1999).

¹¹El *análisis estratégico* para Contandriopoulos y Campoamor tiene un sentido distinto del usado por la OPS en el documento Formulación de Políticas de Salud (CPPS/OPS, 1975), en el que la definición de estrategias se refiere al análisis de la viabilidad política para implementar el plan, y al análisis de las relaciones entre objetivos y proposiciones ese lo denomina *análisis de coherencia* (CPPS/OPS, 1975).

¹²La expresión *caja negra* ha sido usada por diversos autores en referencia a los diseños que solo investigan los resultados de las intervenciones sin preocuparse con los procesos y contextos.

¹³Diversos ejemplos de análisis de implementación de programas son descritos en este libro. En el capítulo 7, Contandriopoulos *et al.* describen una experiencia canadiense de integración de servicios de salud que fue objeto de una investigación sobre su implantación. Los capítulos 4, 5 y 6 se refieren a investigaciones realizadas en Brasil sobre la implementación de programas y políticas de diversa amplitud, como la asistencia farmacéutica (Frias; Hartz), la intersectorialidad (Coelho; Vieira da Silva) y la descentralización de la gestión del SUS (Vieira da Silva; Hartz *et al.*).

Estrategias y diseños

Las estrategias de investigación para la evaluación corresponden a las distintas maneras de movilizar recursos teóricos y técnicos para responder a la pregunta de investigación, evitando sesgos y respondiendo, también, a las hipótesis contrarias. El concepto de diseño se utiliza para las estrategias más estructuradas, relacionadas principalmente con la epidemiología (Almeida-Filho & Rouquayrol, 1999).

Los diseños posibles para la investigación evaluativa han sido propuestos a partir de una comparación con el diseño experimental o de intervención, considerado como tipo ideal, capaz de responder a los principales desafíos de la validez interna (Campbell & Stanley, 1966). Estos autores discuten 12 factores que amenazan la validez de la investigación en cerca de 16 diseños diferentes. Teóricamente, el diseño experimental podría dar cuenta de la mayoría de esos posibles sesgos tales como: historia, maduración, familiaridad con el test, instrumentación, regresión a la media, selección, mortalidad experimental, entre otros (Campbell & Stanley, 1966). Los diseños experimentales corresponden a los ensayos clínicos o los estudios de intervención en epidemiología (Cuadro 1.2).

Las críticas a las limitaciones del diseño experimental para la evaluación de programas se refieren a problemas éticos y operacionales (Smith, 1980). La elección aleatoria de participantes para un estudio generalmente se encuentra con frecuentes recusaciones debido, tanto al carácter arbitrario de la designación como a las diferencias en la naturaleza y en lo atractivo de las intervenciones. Por otro lado, los estudios experimentales son caros y demandan mucho tiempo. Desde el punto de vista ético, no se admite observar a un grupo de personas con un problema sin aportar ninguna solución para el mismo (Smith, 1980). Particularmente, en lo relativo a las evaluaciones en salud, suelen preferirse los diseños observacionales, en detrimento de los experimentales, teniendo en cuenta principalmente tanto las

Cuadro 1.2. Tipo de estrategia-diseño.

	Experimental	Casi experimental	No experimental
Estructurados	Pre-test/Pos-test con Control (Campbell, 1963)	Series temporales ...0 ₁ 0 ₂ 0 ₃ 0 ₄ 0 ₅ 0 ₆ (Campbell, 1963)	Un grupo Post-test X 01 Pre-test/ Post-test 01 x 02 (Campbell, 1963)
	Intervención (Lilienfeld, 1976)	Series temporales; caso-control cohortes (Lilienfeld, 1963)	Estudios transversales (Almeida Filho & Rouquayrol, 1999)
	Intervención (Almeida Filho y Rouquayrol, 1999)	Observacional; agregados; individual; logitudinal (Almeida Filho & Rouquayrol, 1999)	Estudios transversales (Almeida Filho & Rouquayrol, 1999)
	Estudios de caso con análisis históricos	Estudios comparados de casos múltiples	Estudios de caso (Yin, 1994)
Semiestructurados		Estudios centrados en la teoría de diseños sintéticos (Chen, 1990)	Investigación de desarrollo (Contandriopoulos, 1994)

cuestiones éticas, como la complejidad de las intervenciones de salud colectiva y su relación con el contexto (Almeida Filho & Rouquayrol, 1999).

Como alternativa a las limitaciones del énfasis en el método y de los diseños del tipo caja negra, experimentales, se propusieron algunas estrategias complementarias que explicarían las variaciones en los resultados a partir de las diferencias en la implementación y en el contexto (Denis & Champagne, 1997; Hartz, 1997; Contandriopoulos *et al.*, 2003; Frias & Hartz, 2003; Vieira da Silva *et al.*, 2003), con énfasis en la teoría (Chen, 1990) y recurriendo a técnicas no estructuradas o cualitativas (Cook & Reíchardt, 1986; Patton, 1987; Guba & Lincoln, 1989; Fetterman, 1997).

El debate cuantitativo vs. cualitativo es considerado por algunos autores como superado, teniendo en cuenta que son reconocidos los límites y las posibilidades tanto de las técnicas cuantitativas como de las cualitativas (Cook, 1997; House, 2001). Otros, sin embargo, aún insisten argumentando que se trata de divergencias filosóficas (Smith, 2001). En otras disciplinas del campo científico, ese debate es considerado como una cuestión falsa. Bourdieu (1989), por ejemplo, considera que lo relevante para el proceso de investigación, es la construcción del objeto y la utilización de todas las técnicas posibles para analizarlo (Bourdieu, 1999).

En el caso particular de la evaluación, existen muchos objetos preconstruidos, dado su carácter predominantemente instrumental, principalmente en las evaluaciones formativas y las volcadas a la gestión. Con todo, en la investigación evaluativa, hay necesidad y existe también un gran espacio de posibilidades para la construcción del objeto, principalmente en los análisis de implementación.

Sin intenciones de presentar un *libro de recetas* y con el objetivo de sistematizar posibilidades para orientar elecciones prácticas, se pueden clasificar las estrategias posibles en estructuradas o *listas para usar (prêt-à-porter)*¹⁴ y semiestructuradas¹⁵ o *a medida (sur mesure)* (Hartz, 1999). Entre las estrategias estructuradas pueden ser incluidos los diseños experimentales clásicos, los casi experimentales y también algunos considerados como no experimentales (Campbell & Stanley, 1966). Los diseños epidemiológicos que han sido usados para la evaluación en salud pueden ser considerados como estructurados y presentan una equivalencia con los propuestos por Campbell y Stanley (Cuadro 1.2).

Los poco estructurados generalmente son estudios de caso que, dependiendo de los niveles de análisis y de la profundidad, utilizan distintas técnicas de recolección de datos cualitativos como la observación etnográfica, los grupos focales, las entrevistas en profundidad, las historias de vida y el análisis documental (Cook & Reichardt, 1986, 1982; Patton, 1987; Guba & Lincoln, 1989; Yin, 1994).

La elección de la estrategia está relacionada con el proceso previo de delimitación del foco y de construcción del objeto de la evaluación. Evaluar la dimensión

¹⁴La analogía entre los diseños estructurados de la investigación con la costura del tipo de *confección (prêt-à-porter)* por un lado, y los estudios semiestructurados con la costura hecha *a medida (sur mesure)* por el otro, fue realizada por Hartz en un debate sobre la institucionalización de la evaluación (Hartz, 1999).

¹⁵La expresión *semiestructuradas*, en este caso, se refiere a la flexibilidad para elegir las estrategias de investigación, y no está utilizada con el sentido de poco rigor.

relacional de las prácticas requiere la realización de estudios de caso y el uso de técnicas cualitativas (Hadam *et al.*, 2002). De la misma forma, en los análisis de implementación, la respuesta a la pregunta acerca de las relaciones entre el grado de implementación y los contextos políticos y organizacionales requiere la realización de análisis históricos, entrevistas en profundidad y la elaboración de modelos teóricos causales (Denis & Champagne, 1997; Hartz *et al.*, 1997; Patton, 2002). Ambos tipos de evaluación son muy útiles para el gestor, en lo que respecta a la producción de información dirigida a realizar las rectificaciones necesarias en los programas en curso (Hulscher, Laurant *et al.*, 2003).

La evaluación de cobertura y de utilización de servicios impone la cuantificación y el uso de diseños estructurados como la encuesta (Vieira da Silva *et al.*, 1995; Travassos *et al.*, 2002). Para las evaluaciones de eficacia de tecnologías los diseños indicados aún son los experimentales o casi experimentales observacionales del tipo de los estudios ecológicos, caso control y cohorte (Barreto *et al.*, 2002).

Ya con relación a la evaluación de la efectividad de programas existe una tendencia creciente al uso de síntesis de investigaciones como una estrategia prioritaria para responder a las preguntas sobre el efecto de tecnologías o programas en sistemas operacionales (Cook, 1997). Por otro lado, ante la complejidad de la evaluación de la efectividad de programas en contextos diferenciados, se propone el uso articulado entre diversas investigaciones con diseños tradicionales o no, teniendo en cuenta la limitación de los diseños cuando son considerados en forma aislada (Pawson & Tilley, 2001). La ampliación de la base de evidencias así conseguida, junto con la utilización de la teoría y de diseños sintéticos, permiten realizar inferencias causales con mayor seguridad (Chen, 1990). Finalizando, los estudios de desarrollo de nuevas tecnologías para intervención o evaluación requieren que se ponga énfasis en el aspecto teórico y en la síntesis de conocimiento (Contandriopoulos *et al.*, 1994).

Consideraciones finales

El campo de la evaluación se expandió considerablemente al final del siglo XX, tanto en la producción científica como en su institucionalización. Sus principales características son la diversidad conceptual y terminológica, la pluralidad metodológica y la multiplicidad de cuestiones consideradas como pertinentes. Persiste una importante laguna relacionada con la incorporación de conocimiento producido en el plano de la investigación por los profesionales de la salud y los gestores.

Existe un consenso creciente en admitir que las diferencias en los abordajes y estrategias metodológicas para la evaluación dependen de los objetos y las circunstancias (Rogers, 2001). El juicio adecuado sobre el valor de una intervención requiere muchas veces de la aplicación de diferentes estrategias metodológicas, de recurrir al conocimiento producido anteriormente y al desarrollo teórico conceptual (Pawson & Tilley, 2001). En síntesis, la evaluación puede producir información tanto para mejorar las intervenciones en salud como para elaborar un juicio acerca de su

cobertura, acceso, equidad, calidad técnica, efectividad, eficiencia y percepción de los usuarios a su respecto. Con esa finalidad puede y debe utilizar las estrategias y técnicas necesarias de la epidemiología y de las ciencias humanas, sin preconceptos y sin impedimentos.

Referencias bibliográficas

- AlmeidaFilho, N. y Rouquayrol, M. Z. (1999). *Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia*. En: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. Belo Horizonte: Editora Médica e Científica.
- Barreto, M. L., Rodrigues, L. C., Cunha, S. S., Pereira, S., Hijjar, M. A., Ichihara, M. Y., De Brito S. C. & Dourado, I. (2002). Design of the Brazilian BCG-REVAC trial against tuberculosis: a large, simple randomized community trial to evaluate the impact on tuberculosis of BCG revaccination at school age. *Controlled Clinical Trials*, 23(5), 540-553.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction: Critique social du jugement*. París: Minuit.
- Bourdieu, P., Curto, D. R., Domingos, N., & Jerónimo, M. B. (1989). *O poder simbólico* (Vol. 6). Lisboa: Difel.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., & Passeron, J. C. (1999). *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas*. Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses* (Vol. 4). Paris: Seuil.
- Campbell, D. T. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research in teaching*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company (Reprinted from Handbook of Research on Teaching, American Educational Research Association, 1963).
- Campoamor, N. R. (1990) Evaluación de los sistemas locales de salud. En: Paganini JM, MIR RC. *Los Sistemas Locales de Salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 463-467.
- Canadian Institute for Health Information (2001). *Health Care in Canada*. Ottawa.
- Chelimsky, E. (1997) The coming transformations in evaluation. En: Chelimsky E, Shadish W (Eds.). *Evaluation for the 21st Century: A Handbook*. Thousand Oaks/London, Nueva Delhi: Sage Publications; 126.
- Chelimsky, E. y Shadish, W. (eds.) (1997). *Preface. Evaluation for the 21st Century: A Handbook*. California: Sage Publications; xi-xiii.
- Chen, H. (1990). *Theory-driven evaluations*. California: Sage Publications.
- Contandriopoulos, A. P.; Champagne, F.; Denis, J. y Avargues, M. (2000) L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue Epidemiologie et Santé Publique*. 48: 517-539.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. En: Hartz, Z.M.A. (ed.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 29-48.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. San Pablo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Cook, T. (1997). Lessons learned in Evaluation over the past 25 years. En: Chelimsky, E. y Shadish W. (Eds.). *Evaluation for the 21st Century: A Handbook*. California: Sage Publications; p. 30-52.

- Cook, T. D. y Reichardt, CH. S. (eds). (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Denis J. L. y Champagne, F. Análise da implantação de programas. En: Hartz, Z.M.A. (ed.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 49-88.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality: a conceptual exploration. En: Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 331.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 114: 1115-1118.
- Fetterman, D. M. (1997). *Empowerment evaluation and accreditation in higher education*. California-GonchesNueva Delhi: Sage Publications.
- Frenk, J. M. (1992) El concepto y la medición de accesibilidad. En: OPS/OMS. *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. Publicación Científica 557. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 929-943.
- Grémy, F. (1983). Evaluation of medical action and of action in public health. *Effective Health Care*. 1(1):11-23.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1989). The Coming of Age of Evaluation. En: Guba, E. y Lincoln, Y. *Fourth generation evaluation*. CaliforniaLondonNueva Delhi: Sage Publications; p. 21-49.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa I*. Madrid: Taurus.
- Hadad, S.; Franca, E. y Uchoa, E. (2002). Preventable infant mortality and quality of health care: maternal perception of the child's illness and treatment. *Cadernos de Saúde Pública*; 18(6):1519-1527.
- Handler, A.; Issel, M. y Turnock, B. (2001). A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *American Journal of Public Health*; 91(8):1235-1239.
- Hartz, Z. M. A. (1999). Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready made. *Cadernos de Saúde Pública*; 15(2):229-260.
- Hartz, Z. M. A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., y Leal, M. D. C. (1997). Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. *Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 89-131.
- Hartz, Z. M., y Pouvourville, G. D. (1998). Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3:68-82.
- Houss, E. R. (2001). Unfinished Business: causes and values. *American Journal of Evaluation*; 22(3):309-315.
- Hulscher, M. E. J. L., Laurant, M. G. H., & Grol, R. P. T. M. (2003). Process evaluation on quality improvement interventions. *BMJ Quality & Safety*, 12(1):40-46.
- Hurst, J., & Jee-Hughes, M. (2001). Performance measurement and performance management in OECD health systems.
- IGBE (2003). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde: 1998*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Knowles, J. C., & Leighton, C. (1997). Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. In: *Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators* (pp. 54-54).
- Matus, C. (1993). *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA.

- Maynard, A., y McDaid, D. (2003). Evaluating health interventions: exploiting the potential. *Health policy*, 63(2), 215-226.
- McDaid, D. (2003). Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges. *Health Policy*, 63, 117-120.
- Mercer, S. L., & Goel, V. (1994). Program evaluation in the absence of goals: a comprehensive approach to the evaluation of a population-based breast cancer screening program. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 9(1):97-112.
- OPSCPPS (Organización Panamericana de la Salud Centro Panamericano de Planificación de la Salud) (1975). *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago.
- Paim, J. S. (1982). *As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. Introdução à crítica ao planejamento de saúde*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Departamento de Medicina Preventiva.
- Paim, J. S. (1993). A reorganização das práticas em Distritos Sanitários. En: Mendes E. V. *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*. San Pablo-Río de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Paim, J. S. (1999). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. En: Rouquayrol M. Z., Almeida-Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. Belo Horizonte: MEDSI. p. 473-488.
- Paim, J. S. (2002). *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: CEPSISC.
- Paim, J. S. (2003) Políticas de saúde no Brasil. En: Rouquayrol M. Z., Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Patton, M. Q. (1987). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. California: SAGE Publications.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization Focused Evaluation. The new century text*. California: SAGE Publications.
- Patton, M. Q. (2001). Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*; 22(3):329-336.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. California: SAGE Publications.
- Pawson, R., y Tilley, N. (2001). Realistic evaluation bloodlines. *American Journal of Evaluation*, 22(3):317-324.
- Perelman, C. (1996). *Ética e Direito*. San Pablo: Martins Fontes.
- Rogers, P. J. (2001). The whole world is evaluating half-full glasses. *American Journal of Evaluation*, 22(3):431-435.
- Rossi, P. H. y Freeman, H. E. (2004). *Evaluation, a systematic approach*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus (4th ed)*. California-Gonches Nueva Delhi: Sage Publications.
- Scriven, M. (2001). Evaluation: Future Tense. *American Journal of Evaluation*; 22(3):301-307.
- Smith, M. F. (2001). Evaluation: Preview of the Future. *American Journal of Evaluation*; 22(3): 281-300.
- Smith, N. (1980). The Feasibility and Desirability of Experimental Methods in Evaluation. *Evaluation and Program Planning*; (3):251-256.
- Soberón, G. (1988). La extensión de cobertura de los servicios de salud. *Gaceta Médica de México*; 124(56), 163-166.
- Stecher, B. M. y Davis, W. A. (1987). *How to focus an evaluation*. California-Gonches Nueva Delhi: Sage Publications.

- Suchman, E. A. (1967). *Evaluative Research. Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. New York: Russel SAGE Foundation.
- Travassos, C.; Viacava, F.; Pinheiro, R. y Barro, A. (2002). Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 11(56), 365-373.
- Vieira da Silva, L. M. (1999). Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 331-339.
- Vieira da Silva, L. M. (1999). The field of evaluation and the “sur mesure” strategy. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 247-248.
- Vieira da Silva, L. M., Formigli, V. L., Cerqueira, M. P., y Kruchevsky, L. (1997). Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(6), 444-450.
- Vieira da Silva, L. M., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*, 10, 80-91.
- Vieira Da Silva, L. M., Formigli, V. L. A., Cerqueira, M. P., Kruchevsky, L., & Nascimento, C. L. (1995). O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde—avaliação do caso de Pau da Lima. *Cad Saúde Pública*, 11, 72-84.
- Vuoru, H. V. (1982). *Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO. (1999). *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*. Gothenburg: WHO European Centre for Health Policy (ECHP).
- WHO. (2000). *World Health Report*. Ginebra: World Health Organization.
- Yin, R. K. (1994) *Case Study Research. Design and Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Capítulo 2

Uso de modelos teóricos en la evaluación en salud: aspectos conceptuales y operacionales

María Guadalupe Medina¹, Gerluce Alves Pontes Silva², Rosana Aquino³, Zulmira María de Araújo Hartz⁴

Introducción

El cuestionamiento del papel desempeñado por la teoría en el campo de la evaluación de programas de salud expone, en nuestra opinión, la necesidad de una reflexión más amplia sobre el papel que ella misma desempeña en la producción del conocimiento científico, estableciendo un diálogo entre la Epistemología y el campo de la evaluación de servicios de salud. Cabría indagar cómo este campo se apropia de los términos teoría, modelo, modelo teórico y modelo lógico, y discutir cuál es el lugar del saber científico, del sentido común y del saber práctico en la construcción de los modelos utilizados.

La ciencia es un modo particular de producir creencias que se diferencia de los demás por colocar como supuesto la noción de lo real, esto significa, “algo permanente y externo sobre el cual nuestro pensamiento no puede incidir, que puede afectar a los hombres por igual, de modo que la conclusión que se obtiene referente a él es la misma para todos. Hay, por lo tanto, cosas reales, cuyos caracteres son

¹Médica. Doctora en Salud Colectiva (ISC/UFBA). Investigadora del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA), Brasil.

²Médica. Doctora en Salud Colectiva (ISC/UFBA). Sanitarista de la Secretaría de Salud de Salud del Estado de Bahía, Brasil.

³Médica. Doctora en Salud Colectiva (ISC/UFBA). Investigadora del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA), Brasil.

⁴Médica. Doctora por la Universidad de Montreal. Investigadora (residente) de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), Fiocruz, Brasil. Profesora-Investigadora invitada del Departamento de Medicina Social y Preventiva y del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal, Canadá.

enteramente independientes de nuestras opiniones sobre ellas” y que, además de eso, afectan a nuestros sentidos de acuerdo con leyes regulares; esto significa que más allá de la precedencia de una realidad objetiva, hay que afirmarla como racional, y siendo racional, pasible de pruebas realizadas con respecto a determinadas reglas, válidas para todos los individuos (Samaja, 1996)⁵. Durkheim (1984) afirma que debemos tomar a los hechos sociales como cosas, separando los fenómenos en sí mismos de las representaciones sociales que los sujetos hacen respecto de ellos. El conocimiento científico, producto de la investigación científica, resulta de un permanente ir y venir entre teoría y empiria, en una constante tensión entre lo normativo —lo universal, lo endógeno, los sistemas formales— y lo constatativo —lo observable— y de una permanente mediación de la experiencia por la teoría y de la teoría por la experiencia (Samaja, 1996). Inclusive las opciones técnicas más empíricas son inseparables de las opciones teóricas de construcción del objeto y, solamente en función de un cuerpo de hipótesis derivado de un conjunto de presupuestos teóricos, un dato empírico puede fungir como prueba o evidencia (Bourdieu, 1989).

Dos cuestiones merecen ser señaladas en este momento. Primero, que esa mediación aparece como necesaria porque lo real, el *mundo de los hechos* no es pasible de apropiación en su totalidad, tal como se manifiesta. Como corolario, el objeto de la investigación científica es y no es lo real, o sea, es lo real, pero no tal cual se presenta; es lo real recortado, reducido o transformado por algo que informa sobre lo real, por un esqueleto conceptual, por un sistema de ideas, por un constructo sobre ese mismo real. “Tenemos un mundo de certezas del cual siempre partimos, inclusive para dar sentido a nuestro asombro filosófico y nuestros interrogantes científicos” (Samaja, 1996).

El conocimiento científico se produce a partir de fracturas con el sentido común en un proceso de investigación que requiere romper con las adhesiones más profundas e inconscientes del sujeto, donde el investigador busca sustituir sus impresiones particulares sobre un determinado objeto por un cuerpo de conocimientos lo más independiente posible de la relación establecida primitivamente con el mundo social. Esto no significa la admiración por el investigador de su propia experiencia práctica, de la cual, inclusive, él extrae un conjunto de saberes, significa tomar esa experiencia como una información, en el sentido de que ella debe ser comprendida, completada, rectificadada y reinterpretada. El investigador debe aprehender su punto de vista en cuanto un punto de vista, al mismo tiempo desconfiando y tomando en cuenta su experiencia (Bachelard, 1996; Bourdieu, 1989; Pinto, 1996).

La objetividad de los objetos científicos es indisociable del acto de objetivación: objetivar el objeto y el observador objetivando su objeto, ejercitando la vigilancia epistemológica del proceso de investigación científica en diversos niveles (Bachelard, 1996).

⁵En la filosofía, el debate en torno a la objetividad del conocimiento es anterior, y opone el realismo al idealismo. La posibilidad de apropiación de esa realidad por medio de la razón marca un debate filosófico en el que se destacan, en la era moderna, Descartes (racionalismo cartesiano), Kant (revolución copernicana que pone al sujeto en el centro del proceso de conocimiento), Hegel (la razón histórica) y Marx (materialismo histórico).

El objeto de la ciencia, por lo tanto, es un objeto construido que mezcla componentes empíricos y componentes teóricos que es, por supuesto, inteligible, pasible de investigación, lo que presupone la posibilidad de describir sus componentes y de reelaborarlo según alguna racionalidad (Samaja, 1996).

Podemos decir que el objeto de la investigación científica es un constructo de la realidad pasible de modelado. Modelar significa representar el objeto, sus movimientos y sus relaciones teniendo por referencia una construcción teórica: la teoría del objetomodelo.

Según Bunge (1974), el paso inicial para la conquista conceptual de la realidad es, paradójicamente, la idealización. “Es el nacimiento del objetomodelo o modelo conceptual de una cosa o de un hecho”. El objetomodelo representa los trazos claves o esenciales de un objeto completo. No se trata aquí, tampoco, de representar un sistema de ideas (teoría) particular. El concepto de modelo aquí tomado, en esta etapa, es el de representación esquemática de un objeto completo y no de un modelo como sistema hipotético deductivo particular, de una teoría en relación con aquella idealización.

Como representación esquemática de una idealización, el objetomodelo debe ser, al menos en parte, convencional, y necesariamente reproducirá las características comunes a tipos de hechos o de cosas, perdiéndose, con eso, la individualidad de un hecho o de una cosa, pero permitiendo, por otro lado, la representatividad de toda una clase de cosas o de hechos (Bunge, 1974).

Libre de una teoría que lo soporte, el objetomodelo, por sí solo, no ayuda mucho al proceso de investigación científica. Así, al primer movimiento —de la intuición— hay que agregar una segunda condición o cualidad: la razón. Hay que dotar al objeto de ciertas propiedades pasibles de ser tratadas por la teoría. Hay que insertarlo en una teoría susceptible de ser confrontada con los hechos. De acuerdo con Bunge (1974), este es el segundo paso en el proceso de la conquista conceptual de la realidad: la construcción de la teoría del objetomodelo o, en otros términos, la elaboración del modelo teórico.

El modelo teórico es, pues, un “sistema hipotético deductivo que concierne a un objetomodelo que es, a su vez, una representación conceptual esquemática de una cosa o situación real o supuesta como tal” (Bunge, 1974).

Los objetosmodelo, por lo tanto, forman parte de las teorías científicas y los modelos teóricos encierran objetosmodelo. Vale resaltar que, aunque sea posible, o aun deseable que se represente a los modelos teóricos a través de diagramas o de símbolos, es imperiosa la descripción de las ideas, de los enunciados que componen la teoría específica, pues “los componentes de las teorías son ideas y no imágenes” (Bunge, 1974).

Así, el modelo teórico es una teoría específica de un objeto supuesto como real, constituida por una teoría general enriquecida con un objetomodelo. Para este autor, ese movimiento de enriquecimiento de la teoría general con un objetomodelo significa la disminución del dominio de acción de la teoría general y la posibilidad de tornarla verificable. En este sentido, ninguna teoría general es verificable, excepto a través de la mediación de teorías específicas que la tienen como soporte y que disminuyen su dominio. Esto no significa, no obstante, que la no comprobación de

hechos relacionados con una teoría específica invalide la teoría general, toda vez que esto puede implicar tan solo la necesidad de complejizar la teoría específica o de modificar el objetomodelo (Bunge, 1974).

En la misma línea, AlmeidaFilho (2000) sostiene que en la producción del conocimiento científico los objetos del conocimiento serían elaborados como objetos-modelo, esto es, figuras capaces de instrumentalizar el pensamiento sobre las cosas, los procesos, los fenómenos o los eventos y que la conquista conceptual de la realidad tendría inicio a partir de la integración del objetomodelo en una teoría, un conjunto de proposiciones relativas a las propiedades de tal objeto que no serían sensorialmente abordables, particularmente sus determinantes.

En el campo de la evaluación, la idea que operacionaliza el objetomodelo es la expresión *modelo lógico* (*logic modelo*, *logical framework*), aceptada en forma consensual por la mayoría de los evaluadores (Rush & Ogborne, 1991; McLaughlin & Jordan, 1999; Rowan, 2000; Cooksy *et al.*, 2001; Millar, 2001; Unrau, 2001; Renger & Titcomb, 2002). Objeto de este capítulo, la reflexión sobre el diseño de los modelos teóricos y/o lógicos se realizará abordando el papel que la teoría desempeña en el proceso de la evaluación en salud, las directrices para la construcción de modelos en evaluación y la discusión acerca de la matriz de medidas.

Diseñando el modelo teórico-lógico

La teoría en el campo de la evaluación

En el campo de la evaluación, el debate en torno al papel de la teoría y la utilización de modelos teóricos ha asumido contornos muy particulares. Los orígenes de la evaluación centrada en la teoría (*theorydriven evaluation*) se remontan a los años 70 con el proyecto del PCM (*Project Cycle Management*) propuesto por el Banco Mundial, posteriormente incorporada como *logical framework* por los evaluadores del USAID, en los programas de ayuda al desarrollo, e institucionalizada por el sector público canadiense en los años 80 (Hartz, 1999a; Hartz, 1999b; Cracknell, 2000). A partir de la década de 1980, aparece un movimiento de cambio desde una evaluación orientada metodológicamente hacia una evaluación orientada por la teoría. La no utilización de la teoría en la evaluación de programas resultó en una evaluación del tipo insumos/productos (*black box evaluations*), sin sensibilidad a los contextos políticos y organizacionales, y que relegaba temas como las relaciones entre la intervención ofrecida y la intervención planeada, entre los objetivos oficiales y los objetivos operativos, o entre los efectos esperados y los no esperados (Chen, 1990).

Para Contandriopoulos *et al.* (2000), una teoría se expresa por los enunciados de las relaciones que existen entre los conceptos, que pueden ser ampliamente generales y formalizados, o tener un alcance menor, los denominados modelos teóricos, que serían la solución teórica a la pregunta de una investigación dada.

Chen (1990) define *teoría* como un conjunto interrelacionado de presupuestos, principios y/o proposiciones para explicar o guiar las acciones sociales. El autor

considera que para muchos científicos sociales la teoría estaría relacionada solo con el propósito de describir y explicar un fenómeno dado, o sea un tipo de *teoría descriptiva*, mientras que el tipo de teoría que sería en verdad evaluativa sería del tipo *teoría prescriptiva*, pues explicita lo que debe ser hecho o cómo tornar algo mejor¹. Al discutir la naturaleza de la teoría de los programas (intervenciones) indica que ella tiene preocupaciones tanto descriptivas como prescriptivas, o científicas y prácticas.

Ese hecho implicaría, según Chen (1990), que la teoría de un programa tendría dos partes; la primera, la teoría prescriptiva, con referencia a la estructura que el programa debería tener (tratamiento, productos y proceso de implementación), y la segunda, la teoría descriptiva, con referencia a los mecanismos causales que relacionan el tratamiento utilizado en el programa, el proceso de implementación y los productos.

Para este autor, la construcción de la teoría del programa es una actividad cargada de valor (ideas o sentidos de lo que *debe ser*) que precisa incorporar tanto los saberes científicos como los saberes prácticos de los grupos implicados en la evaluación (*stakeholders*).

Algunos autores trabajan con los conceptos de macroteoría y microteoría del programa. La microteoría, basada en normas, describiría los aspectos estructurales y operacionales del programa, produciendo información sobre sus partes; la macroteoría detallaría los aspectos organizacionales y sociopolíticos que favorecerían o inhibirían los efectos del programa. La microteoría establece, entonces, una relación entre los recursos disponibles, las actividades y los resultados mientras que la macroteoría se preocupa de los aspectos relacionados al contexto de implantación del programa (Hartz, 1997).

Los presupuestos implícitos todavía son descritos como *las teorías de las políticas*, a pesar de que los términos más frecuentemente empleados son *teoría del programa* o *lógica del programa*, señalándose importantes diferencias entre estos términos (Leeuw, 2003). La lógica del programa especificaría los insumos (*inputs*), los componentes del programa, los resultados a corto y largo plazo, y los vínculos entre ellos, y raramente señalaría los mecanismos responsables de esa vinculación. Por otro lado, una teoría del programa sería una teoría explícita o un modelo de cómo el programa produce los efectos pensados u observados.

El modelo lógico se entiende como un esquema visual que presenta la forma en que un programa debe ser implementado y qué resultados se esperan (Rowan, 2000). El proceso para construir la representación visual permite que la racionalidad implícita de los programas, percibida por los gerentes y los grupos implicados, sea explicitada a través de la opinión de especialistas y de la inclusión de informes de investigaciones (Renger & Titcomb, 2002), dando mayores posibilidades de construir acuerdos en relación con los componentes del programa y los resultados de la evaluación

Presentar y discutir el modelo lógico de un programa es lo que permite definir exactamente lo que debe ser medido y cuál es la contribución del programa en los resultados observados. Explicitar el modelo lógico implica revelar los límites

¹Lo que Chen denomina *teoría* es considerado por Rossi, en el prefacio del libro, como un conocimiento sustantivo de lo que va a ser evaluado (Chen, 1990).

y debilidades de sus presupuestos, y permite identificar dónde se deben buscar mejores evidencias (Mayne, 2000).

En la opinión de Rowan (2000) una cuestión que merece ser discutida es si el modelo lógico podría representar la teoría de cambio del programa (*program's theory of change*). Para este autor, el modelo lógico estaría más relacionado con la teoría de implementación del programa y no con la teoría del programa, que trataría acerca de los mecanismos que hacen que la implementación del programa alcance los resultados propuestos/esperados.

En la literatura se puede encontrar también una concepción diferente a esa, en la que se observa la correspondencia entre los términos *modelo lógico* y *microteoría del programa*, y de los aspectos relacionados con los determinantes de su implementación, la *macroteoría*, donde se realiza el análisis del contexto (Hartz, 1997). También suelen emplearse los términos *modelo lógico*, *modelo teórico* y *modelo teórico-lógico* como equivalentes (Hartz, 1999a).

La construcción del modelo teórico o teórico-lógico del programa, explicitando su racionalidad subyacente, incluye, por lo tanto, especificaciones sobre el problema o el comportamiento considerado, la población objetivo, las condiciones del contexto, el contenido del programa y los atributos necesarios y suficientes para producir en forma aislada o integrada los efectos esperados.

El modelo teórico de un programa debe explicitar cómo funciona *idealmente* el programa (Hartz, 1999a), qué argumentos teóricos dan soporte a la hipótesis presentada y qué hipótesis alternativas (rival) se descartan. Es necesario tener conciencia de la complejidad de la situación y comprensión de los otros factores que juegan un papel importante en la producción de los resultados (esperados y no esperados), indicando las evidencias que se buscarán para mostrar que el programa en cuestión produjo una contribución significativa en ellos (Mayne, 2000).

Finalmente, es importante resaltar que la elaboración de un modelo teórico-lógico debe ser convincente, plausible en las asociaciones que establece. Esto significa, necesariamente, que su construcción no atribuya importancia al cúmulo de experiencias y conocimientos previos, para que las posibilidades establecidas en el proceso de investigación, orientadas por la teoría, puedan contribuir significativamente a reducir las incertezas sobre el impacto atribuible al programa, y a dar una razonable estimación de ese impacto.

Los métodos para reconstruir las teorías de los programas y las políticas se presentan con el propósito de hacerlas más explícitas y transparentes y para evitar errores en la planificación de programas y en el resultado de las evaluaciones (Leeuw, 2003).

Independientemente de la terminología asumida por el investigador, lo importante es señalar que, tratándose de la evaluación de programas, es fundamental explicitar claramente los presupuestos que orientan su formulación. Las ventajas de hacerlo incluyen una mayor precisión del diseño del programa, un mejor manejo en la definición de responsabilidades y una mejor planificación de los estudios evaluativos.

Directrices para la construcción de modelos en evaluación

El diseño del modelo lógico de un programa es el primer paso en la planificación de una evaluación, siendo muchos los caminos que pueden ser utilizados en su construcción (Rowan, 2000; Mercer & Goel, 1994; Rush & Ogborne, 1991; McLaughlin & Jordan, 1999; Renger & Titcomb, 2002).

Construir el diseño lógico de un programa significa examinarlo minuciosamente en términos de la constitución de sus componentes y de su forma de operacionalización, discriminando todas las etapas necesarias para la transformación de sus objetivos en metas, considerando aisladamente sus determinaciones contextuales.

En la construcción del modelo lógico, con relación al *Ontario Breast Cancer Screening Program*, Mercer y Goel (1994) debieron enfrentar un conjunto de dificultades, de las cuales destacamos algunas, que nos obligan a reflexionar sobre las posibilidades y los límites del diseño de los modelos lógicos en la evaluación de los programas de salud. La primera dificultad se relacionaba con la naturaleza compleja y multifacética del programa. Así, el conjunto de componentes, además de diversos, algunos interdependientes, operaba bajo lógicas distintas y, muchas veces, contradictorias; la segunda dificultad se refería a la ausencia de consenso en objetivos, metas y resultados esperados del programa por parte del propio equipo que lo concibió; y la tercera trataba respecto de la naturaleza descentralizada del programa, lo que significaba que su operacionalización se construía de distintas formas, en función de las características locales en que se implantaba.

Ese artículo es muy ilustrativo porque los obstáculos señalados por los autores en la elaboración del modelo lógico, se corresponden con problemas propios de la realidad de los sistemas de salud que los investigadores en evaluación suelen enfrentar. Los programas, posibles objetos de la evaluación, generalmente parten de una política gubernamental del área a pequeña escala que, a veces, no tienen directrices ni estrategias claramente definidas, y están atravesados por contradicciones y lagunas, pues en general son implementados antes de la conclusión del diseño y de la creación de consenso entre los grupos implicados sobre sus objetivos y prioridades (Mercer & Goel, 1994).

Teóricamente, un programa debe tener objetivos, actividades y recursos definidos. Mientras que, en la realidad concreta de los servicios de salud, muchas veces esos elementos son contradictorios, y estas contradicciones se pueden evidenciar a través de un análisis estratégico, tema abordado en otro capítulo de este libro.

Frente a las dificultades apuntadas, se ha destacado que en la elaboración del modelo lógico es fundamental la participación de los grupos involucrados en el programa, lo que, asociado a la opinión de los especialistas y la revisión de la literatura, puede hacer de esta fase una tarea ardua, aunque indispensable (Renger & Titcomb, 2002).

Al entender de McLaughlin y Jordan (1999) se puede hablar de un proceso del modelo lógico, que tenga como productos finales: el diagrama del modelo lógico, con la esencia del programa, un texto describiendo el diagrama y el plan de medidas. En el transcurso del proceso se deberían atravesar algunas etapas: la recolección de informaciones sobre el programa a partir de varias fuentes (documentos, entrevistas, revisión de literatura); la definición clara del problema objeto de la intervención y

su contexto; identificar los elementos del modelo lógico; diseñar el modelo lógico; y finalmente, evaluar continuamente, junto a los grupos involucrados, si el modelo producido representa la lógica del programa.

Según Rossi y colaboradores (1999), el modelo lógico debe presentar tres componentes fundamentales: primero, el plan de la organización del programa; segundo, el plan de la utilización del programa —estos dos primeros componentes conforman la teoría de proceso del programa— y, tercero, la teoría de impacto del programa.

En el modelo lógico de un programa deben constar:

- a) sus componentes esenciales y secundarios;
- b) los servicios relacionados y las prácticas requeridas para la ejecución de sus componentes;
- c) los resultados esperados, sus metas y efectos en la situación de salud de la población y de la organización de los servicios.

En la literatura se encuentran varias alternativas para el desarrollo de los modelos, con distintos niveles de especificidad, complejidad y tipos de representación visual, como ya fue mencionado (Rush & Ogborne, 1991; Mercer & Goel, 1994; WongRieger & David, 1995; McLaughlin & Jordan, 1999; Rowan, 2000; Renger & Titcomb, 2002). En general, se clasifican las propuestas en dos grandes grupos: uno que parte de los efectos que se espera que la intervención tenga, esto es, la solución del problema seleccionado, y a partir de allí se diseña el programa y sus actividades; y el otro, desencadenado por la selección de los componentes del programa y luego se considera el método hasta los objetivos y efectos esperados. Existe también la posibilidad del *abordaje mixto*, mencionado en la elaboración del modelo lógico del proyecto Nova Scotia Primary Care Project (Rowan, 2000).

A continuación, con el objetivo de explicitar mejor las distintas posibilidades de construcción de modelos en la evaluación de los programas, presentamos algunos esquemas de modelos teóricos o lógicos (Figuras 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4), que facilitarán la comprensión de las experiencias prácticas de su utilización. Se destaca que las ilustraciones siguientes no siempre presentan los factores contextuales relacionados con la implementación de los programas, contemplados en otros capítulos de esta publicación.



Figura 2.1. Elementos de un modelo lógico.

Fuente: McLaughlin y Jordan (1999).

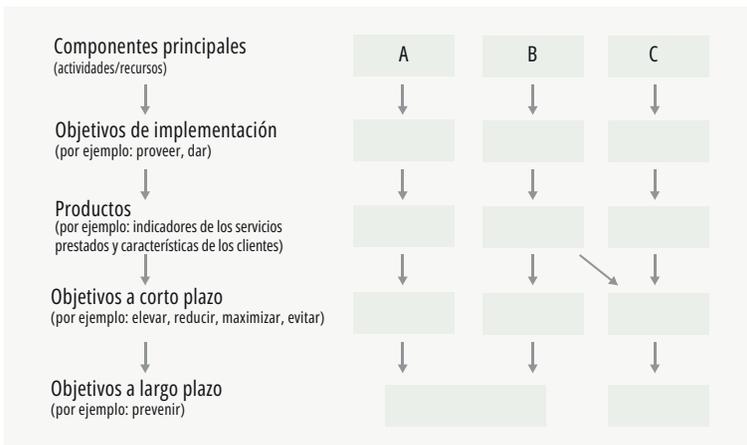


Figura 2.2. Esquema básico de modelo lógico con objetivos de implementación y de resultados demarcados.

Fuente: Rush y Ogborne (1991).

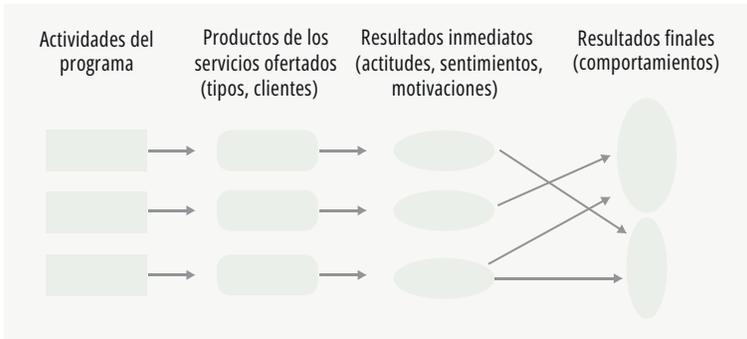


Figura 2.3. Esquema de modelo lógico para programas de concientización en el área de la salud.

Fuente: Wong-Rieger y David (1995).

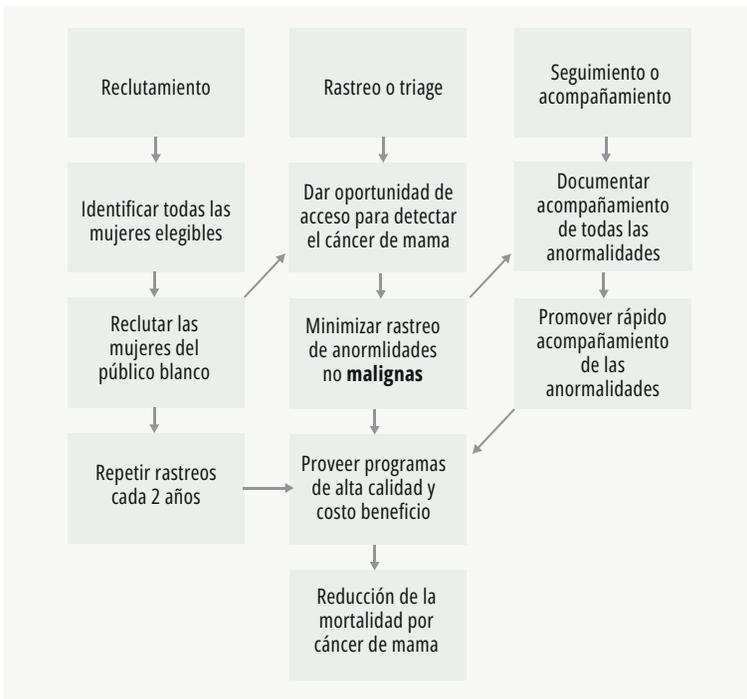


Figura 2.4. Modelo lógico de un programa de control de cáncer de mama.

Fuente: Mercer y Goel (1994). Adaptado por Hartz: Notas del curso "Evaluación de sistemas y servicios de salud" ISC-UFBA.

Después de elaborar el modelo es importante verificar si se consiguió el objetivo de representar la lógica del programa, y para ello se sugieren algunas preguntas para el final del proceso (McLaughlin & Jordan, 1999):

- ¿El nivel de detalle fue suficiente para comprender las relaciones entre los elementos?
- ¿Está completa la lógica del programa? ¿Todos los elementos fueron relacionados?
- ¿La lógica del programa es teóricamente buena? ¿Todos los elementos están puestos siguiendo una lógica? ¿Existen otros caminos para alcanzar los resultados esperados del programa?
- ¿Todos los factores relevantes del contexto fueron identificados y se describieron sus influencias potenciales?

La Unidad de Comunicación en Salud de la Universidad de Toronto recomienda, también, que se utilice como criterio de evaluación de la calidad del modelo que sea sintético (número de elementos por página o diapositiva) y claro en la presentación gráfica (HCU/CHP, 2001).

Matriz de medidas del modelo teóricológico: un desafío a vencer

Las razones que orientan la utilización de medidas para evaluar la performance de un programa se relacionan tanto con la responsabilidad del equipo gestor para rendir cuentas sobre el alcance de los objetivos propuestos, como a la necesidad de implementar mejoras en su calidad (McLaughlin & Jordan, 1999).

Las estrategias de medición deben contemplar no solo el monitoreo de las características esenciales del programa sino, especialmente, las relaciones de causaefecto asumidas en el modelo lógico, incluyendo los supuestos factores contextuales que interactúan en su implementación. Se trata, por lo tanto, de testar la hipótesis del programa, y aunque los resultados hayan sido alcanzados, cabe indagar cuáles fueron las características del programa que contribuyeron para producir los efectos esperados y los no esperados. Mayne (2000) destaca que ningún factor, aisladamente, *causa* un efecto observado. Por el contrario, siempre es el resultado de un número de factores concurrentes.

El primer paso en la evaluación del desempeño de un programa es determinar si lo que fue planeado —las actividades enunciadas en el modelo lógico— ocurrió. Para ello es necesario que las actividades presenten un nivel de detalle compatible con las necesidades de medición.

En segundo lugar, es necesario evaluar los productos y el impacto del programa, verificando si los resultados, de hecho, están relacionados con las acciones desarrolladas o en qué medida se explican por las hipótesis causales opuestas.

La implementación de la evaluación de un programa requiere el diseño de una matriz que presente los criterios/indicadores, los parámetros que se utilizarán, y sus respectivas fuentes de información.

Según Donabedian (1986), un criterio puede ser definido como un componente o un aspecto de la estructura de un servicio/sistema² de salud, o de un proceso o un resultado de un cuidado que da soporte a la calidad de la atención prestada. Entonces, el parámetro es una especificación cuantitativa precisa del nivel de un criterio que conferirá calidad en un grado determinado. Como ejemplo, la concentración de profesionales por cama en una unidad de terapia intensiva sería un criterio de calidad de ese servicio, mientras que una razón mayor o igual a dos profesionales por cama sería un parámetro especificado del criterio de calidad de ese servicio.

En el contexto de la evaluación de programas y servicios de salud, los indicadores de salud, además de representar medidas de impacto de los servicios sobre la salud de las poblaciones, deben tener en cuenta la medición de la adecuación, de la infraestructura de los servicios y de la efectividad de los procesos. Los indicadores aislados no son capaces de proveer una visión concluyente acerca del desempeño de esos servicios, es necesaria la definición de conjuntos de indicadores relevantes para conducir una evaluación determinada. Además, la evaluación de indicadores cuantitativos no debe ser realizada de forma aislada ni debe encerrarse en sí misma, sino constituirse en una herramienta que permita la formación de opinión y la toma de decisiones (NHCP, 2002).

Para la elección de los indicadores de evaluación se deben adoptar criterios bien definidos. Tradicionalmente, se recomiendan los siguientes criterios de selección: simplicidad (facilidad de cálculo); validez (en función de la característica que se desea medir); disponibilidad (utilización de datos disponibles); robustez (poco sensible a las deficiencias de los datos necesarios para su construcción); poder de síntesis (reflejar el efecto del mayor número posible de factores); poder de discriminación (alto poder discriminatorio de espacio y tiempo) y cobertura (referirse, si es necesario, a cada país/territorio y no solamente a determinada área/grupo) (Jordan Filho, 1974).

Donabedian (1986) destaca como características evaluativas importantes de los criterios de calidad: la validez (que puede ser científica o consensual y que confiere legitimidad al proceso evaluativo), la relevancia, la disponibilidad y la calidad del registro, la adaptabilidad a la evaluación (o sea, su susceptibilidad a la modificación a lo largo del tiempo), su capacidad de ser más o menos estricto y su eficiencia al rastrear el problema.

Los atributos que los indicadores en la evaluación de programas deben cumplir, según la definición dada en los criterios de selección, buscan garantizar que expresen la amplitud multidimensional del fenómeno salud/enfermedad y de las intervenciones en salud como procesos complejos, variables y multifacéticos. En

²Donabedian se refiere a *sistema*, mientras que todos los ejemplos presentados en el artículo son basados en *servicios*, de allí que hemos optado por incluir *servicio* en la definición, dado que *sistema* tiene para nosotros una connotación específica.

este sentido, otras experiencias han ampliado el espectro de criterios (NHCP, 2002), estableciendo la relevancia de estas condiciones:

1. Representar aspectos importantes de la salud pública o del desempeño del sistema de salud;
2. Ser mensurables (válidos y confiables) en la población general y en poblaciones específicas (población indígena, urbano/rural, según sexo o estrato socioeconómico);
3. Ser comprensibles para las personas que necesitan actuar;
4. Estimular la acción de individuos, grupos organizados y organizaciones públicas y privadas a nivel nacional, estatal/provincial o local;
5. Ser relevantes para la política y la práctica de los servicios, en el sentido en que evalúen acciones que puedan llevar a mejorar la situación de la salud, alterando el curso del indicador;
6. Reflejar resultados de las acciones medidas a través del tiempo;
7. Ser recolectados y analizados de la forma más oportuna posible, en cuanto al costobeneficio;
8. Ser coherentes con los criterios nacionales de definición de datos.

Un paso fundamental para la evaluación de los indicadores es el establecimiento de patrones del desempeño que definan lo que se pretende alcanzar con las acciones, los que deben ser establecidos desde el inicio de la evaluación, para determinar si la actividad fue ejecutada con éxito o no (PAG APS, 1997).

Frecuentemente, los patrones del desempeño pueden ser cuantificados. Para algunas acciones y servicios se pueden utilizar determinados parámetros técnico-científicos. Un ejemplo clásico es la cobertura de vacunas, cuyo patrón debe corresponder a la cobertura necesaria para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad. En otras situaciones, en que no existan parámetros técnico-científicos, los patrones pueden establecerse mediante el análisis de la serie histórica de los indicadores, por la adopción del valor de los indicadores para otras poblaciones o para el estado o país, o a través de mecanismos de consenso para definir los niveles a alcanzar.

Así, los parámetros para el proceso de evaluación no siempre están objetivamente establecidos. Y también puede variar la forma de medirlos. Muchas veces, es necesario que el grupo que conduce el proceso de evaluación construya consenso, no solo en relación con los parámetros más apropiados, sino también con el método más adecuado de medir lo que se quiere evaluar.

Donabedian (1986) señala las diferentes formas de construcción de consenso, el comité tradicional, en el cual uno de los miembros es el coordinador; el método Delphi, donde los miembros que definen los criterios y parámetros no llegan a encontrarse y todo el proceso de consulta es realizado por vía electrónica o por teléfono; y el método del grupo nominal, que prevé una primera etapa de consulta individual, una segunda etapa de debate entre los participantes y, finalmente, una tercera de consulta individual en que cada participante tiene la posibilidad de revisar su punto de vista inicial.

Los procesos de construcción de consenso no solo pueden aumentar la validez de los criterios/indicadores, también confieren mayor legitimidad a los procesos evaluativos.

Se toma como ejemplo la experiencia nacional del Taller del Pacto de Atención Básica que reunió en 2001 a técnicos del Ministerio de la Salud, de las secretarías estatales de salud y a gestores municipales para seleccionar, a partir de un conjunto de criterios previamente acordados, los indicadores para la evaluación de la atención básica en Brasil. Iniciativas de esta naturaleza, más allá de evidenciar que estos no son procesos meramente técnicos, están en consonancia con las referencias internacionales que han privilegiado el desarrollo de metodologías de constitución de consenso entre gestores, financiadores, evaluadores y técnicos acerca del conjunto de indicadores más relevantes para la medición del impacto de los servicios de salud (Knowles *et al.*, 1997).

Finalmente, hay que destacar los aspectos relacionados con la propia construcción de los indicadores. Aunque el término *datos* pueda sugerir que los elementos de información en que se apoya el análisis científico ya están listos, ellos son siempre el producto de una actividad de producción teórica. El investigador no recibe los datos pasivamente, pues el análisis y la construcción de los datos y los indicadores también caracterizan la *fase de recolección de datos* (Merllié, 1996).

Merllié (1996) ejemplifica, a partir de investigaciones conducidas en el campo de las ciencias sociales, algunos aspectos relevantes de la utilización de datos cuantitativos:

- La necesidad de cuestionar las condiciones prácticas de la elaboración de los datos, considerando que sus inexactitudes no son equivalentes en todos los lugares y en todas las épocas, y que las causas de la diferencia entre el fenómeno y su inscripción estadística no tiene un efecto constante entre los grupos sociales y las diferentes instituciones responsables de la recolección de los datos, etc.;
- La importancia del cuidado y el rigor puestos al comparar indicadores contruidos a partir de diferentes conceptos y criterios generales y con datos de diversas fuentes;
- La posible variabilidad de los resultados dentro de una misma investigación, destacando la importancia de lo que aparentemente no pasa de *simples detalles*: la periodicidad de la recolección (mensual/anual), la redacción de las preguntas, el papel de la simple repetición del pasaje del entrevistador en el cambio de las respuestas de los entrevistados en estudios de acompañamiento, etc.;
- La paradoja de la utilización de categorías con gran uso en investigaciones y en las instituciones, que tienen como ventaja la posibilidad de comparar, y como inconveniente, la posibilidad de que el vocabulario común disimule las diferencias en la construcción de la noción y la tendencia de los investigadores a descuidarla explicitación de los procesos metodológicos;
- Las consecuencias de utilizar datos de diversas fuentes para el cálculo de los indicadores, debido a las diferentes condiciones en que se efectúan las clasificaciones;

- Los cuidados en la construcción de los instrumentos de medición y en las condiciones técnicas de su aplicación, y con las formas de codificación y clasificación.

Así, el análisis de la calidad de los datos que generaron los indicadores de salud constituye una etapa fundamental de la evaluación, especialmente cuando son utilizadas fuentes secundarias, aunque la producción de los datos primarios también debe ser objeto de una reflexión crítica rigurosa.

En lo relativo a las fuentes secundarias cabe destacar, especialmente, que la medición se dificulta por los límites de la información en salud, por la naturaleza de la información disponible, restringida, en su mayoría, a enfermedades, daños y procedimientos, y en lo relativo a la calidad de los datos a los cuales se puede tener acceso, de orden nacional y local, considerando las marcadas heterogeneidades regionales y locales de los sistemas de información y de los sistemas estatales y municipales de salud. Se suma a estas cuestiones, el hecho de que —pese a la creciente descentralización de los sistemas de información— los límites en relación con la compatibilización de conceptos y criterios de los diferentes sistemas, dificulta el establecimiento de asociaciones entre distintas variables relacionadas con el estado de salud, y entre esas variables y las condiciones de vida y la producción de servicios de salud.

Conclusión

En el campo de la salud cada vez se refuerza más la necesidad de una permanente evaluación de las intervenciones realizadas. Aunque pesen los límites y dificultades que enfrentan los proyectos de evaluación en salud, como nos alerta Barreto (1998), el crecimiento exponencial de la producción de nuevas tecnologías volcadas al cuidado, que se utilizan no siempre con eficacia comprobada y, muchas veces, generando altos costos y efectos indeseables, impone el desarrollo y perfeccionamiento de metodologías de investigación de los servicios de salud.

Los desafíos conceptuales y metodológicos que se presentan ante una evaluación son variados, y el debate en torno de cuestiones fundamentales, por ejemplo sobre el papel que desempeña la teoría en el proceso de la evaluación en salud, está lejos de agotarse. Algunos de ellos merecen ser puntualizados por sus implicancias.

Un primer desafío es el objeto de la evaluación —las acciones y prácticas de salud— que tienen naturaleza social e histórica, lo que no puede ser descuidado por quien pretende evaluarlas (Vieira da Silva & Formigli, 1994). Si es un hecho que, por su naturaleza, el objeto de la evaluación se modifica en función del tiempo y del contexto, también lo es que el propio proceso de investigación, en la evaluación, transforma el objeto evaluado. Como señala Samaja (1993), el objeto de investigación no es solo lo real recortado, sino que es un objeto que se transforma en, y por, el proceso de investigación. Y más, no se transforma en relación con aquellos aspectos periféricos al proceso de investigación sino que, posiblemente, lo hace en relación con aquellos que forman parte de su esencia, que es tomada y problematizada en el proceso de evaluación.

Tratándose, específicamente, de la evaluación de programas, se agrega una dificultad adicional, relacionada con la naturaleza compleja, multifacética y amplia que los caracteriza (Hartz, 1995; Mercer & Goel, 1994; Contandriopoulos, Champagne *et al.*, 1997; Hartz, 1997; Hartz, 1999a). Los programas albergan, frecuentemente, un conjunto de componentes y prácticas que operan, muchas veces, con lógicas distintas y, hasta, contradictorias. No siempre existe consenso entre objetivos, metas y resultados por parte del equipo que los conciben y su operacionalización puede presentar una gran variabilidad en la implementación local (Mercer & Goel, 1994).

Un segundo desafío es la dimensión subjetiva del proceso de evaluación (Serapioni, 1999). Considerando que se emite un juicio sobre una intervención dada (Contandriopoulos, Champagne *et al.*, 1997), debe tenerse en mente que cualquier juicio de valor está orientado por una visión del mundo. Existe, por lo tanto, una dimensión subjetiva del proceso de evaluación que no puede ser despreciada y que configura tanto al recorte del objeto y de los objetivos, como al modelo teórico que sirve como parámetro de referencia, cuando se establecen comparaciones en el proceso evaluativo.

Los usuarios de los servicios, los representantes de la población, los profesionales de la salud y los gestores de los servicios tienen objetivos y percepciones distintas con relación a los servicios de salud y, generalmente, dan prioridad a aspectos diferentes cuando evalúan la calidad de las acciones de salud. Considerar los diversos actores involucrados amplía el potencial para revelar distintos aspectos de una misma intervención y de sus efectos, además de democratizar las evaluaciones que pretenden influenciar los procesos de toma de decisión en los servicios (Serapioni, 1999).

Un tercer desafío se refiere a la validez de los estudios. Evaluar intervenciones, como acciones de naturaleza transformadora, exige suficiente flexibilidad en los modelos y métodos utilizados por el evaluador, de forma que les permita lidiar con innovaciones, identificando sus efectos esperados e inesperados. Además, la inclusión de distintas visiones promoviendo la integración de diferentes puntos de vista en el proceso de evaluación ayuda a superar la visión unilateral de los problemas enfrentados (Serapioni, 1999); y facilita la incorporación de los resultados en las decisiones a adoptar y, por otra parte, intensifica el carácter subjetivo de los procesos de evaluación.

El proceso salud-enfermedad, objeto de las intervenciones que se desea evaluar, posee múltiples determinaciones causales, siendo la acción de los servicios de salud apenas uno de los factores que actúan sobre el estado de salud del individuo y de las poblaciones en contextos socioeconómicos, políticos y culturales extremadamente complejos. Incluso en los modelos teóricos más simplificados, para la mayoría de los problemas de salud se abordan siempre varios factores etiológicos o de riesgo, que actúan aisladamente o en interacción (Almeida Filho & Rouquayrol, 2002).

La necesidad de contextualizar los efectos (condicionalidad de la efectividad) y las restricciones de los métodos cuantitativos han promovido, en el campo de la evaluación de programas, el diseño de nuevas estrategias metodológicas como las evaluaciones multicéntricas y los estudios de caso múltiples con niveles de análisis imbricados (Hartz, 1999), donde se combinan abordajes cuantitativos y cualitativos

y se utilizan otras alternativas, como la triangulación, con el objetivo de aumentar la validez del estudio en la aproximación a un objeto de naturaleza tan compleja.

De hecho, la cuestión de la validez es una preocupación central en la realización de cualquier investigación. Mientras el perfeccionamiento de las alternativas metodológicas en la investigación evaluativa contribuye al aumento de la validez interna de la investigación, la ventaja principal de una evaluación orientada por la teoría (*theorydriven evaluation*) es poder contribuir a la “reproducibilidad o validez externa de las intervenciones gubernamentales en gran escala” (Hartz, 1999). Particularmente en los estudios de caso, la capacidad de una investigación para brindar resultados generalizables a otras poblaciones, contextos o períodos está directamente relacionada a la robustez y capacidad de explicación de la teoría en su confrontación con la realidad empírica (Yin, 1993; Contandriopoulos *et al.*, 1994).

Finalmente, es necesario promover, en el campo de la epistemología, una profunda reflexión acerca de cómo se produce el conocimiento de *objetos mutantes* y cómo establecer relaciones entre la teoría y lo empírico, en un campo en que la subjetividad y la praxis del investigador son constitutivas del propio objeto, en la medida en que es un agente transformador de la práctica evaluada en el mismo momento en que la evalúa. Es preciso reconocer las dificultades epistemológicas en el campo de la evaluación para no resolver el problema de la forma menos creativa: negando la importancia del papel de la teoría en este campo. Para eso, epistemólogos, evaluadores y gestores de las intervenciones evaluadas requieren referirse, continuamente, a problemas concretos de investigación para pensar qué especificidades relacionadas al campo de la evaluación en salud, dada la complejidad de su objeto y su naturaleza de práctica social transformadora, deben ser consideradas en la elaboración de modelos lógicos y en el diseño de estrategias de investigación, de modo que la epistemología contribuya de una forma más efectiva a enriquecer el debate sobre la importancia de la teoría en el campo de la evaluación en salud.

Referencias bibliográficas

- Almeida Filho, N. (2000). *A ciência da Saúde*. San Pablo: HUCITEC.
- Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. Z. (2002). *Introdução a Epidemiologia* (3ª ed.) Río de Janeiro: MEDSI.
- Bachelard, G. (1996). *A formação do espírito científico. Contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Río de Janeiro: Contraponto.
- Barreto, M. L. (1998). Por uma Epidemiologia da Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(2), 104-122.
- Bourdieu, P. (1989). Introdução a uma sociologia reflexiva. En *O poder simbólico*. Lisboa/Río de Janeiro: DIFEL/Bertran.
- Bunge, M. (1974). Os conceitos de modelo. Modelos na ciencia teórica. En *Teoria e realidade*. San Pablo: Perspectiva.
- Chen, H. T. (1990). *TheoryDriven Evaluations*. Newbury Park: Sage.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. y Avargues, M. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue Epidemiologie et Santé Publique*, 48, 517-539.

- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. y Pineault, R. (1997). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. En Z. A. Hartz (Ed.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas* (pp. 29-48). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. y Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa* (pp. 355-7986). San Pablo/Río de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Cooksy, L. J., Giu, P. y Kelly, P. A. (2001). The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 24, 119-128.
- Cracknell, B. E. (2000). *Evaluating Development Aid*. Londres: Sage.
- Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 12(3), 99-108.
- Durkheim, E. (1984). *As regras do método sociológico*. Lisboa: Presença.
- Hartz, Z. d. A. (1995). Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. *Revista do IMIP*, 9(2), 35-50.
- Hartz, Z. d. A. (Ed.) (1997). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Hartz, Z. d. A. (1999a). Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 341-354.
- Hartz, Z. d. A. (1999b). Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over readymade. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 229-260.
- HCU/CHP (2001). The Health Communication Unit at the Center for Health Promotion, University of Toronto. *Logic Models*. Version 6.1. www.thcu.ca/infoandresources/publications/logic-model.wkbk.v6.1.full.aug27.pdf (último acceso: 22/04/2006).
- Jordan Filho, L. et al. (1974). Revisão analítica dos indicadores de saúde analítica dos indicadores de saúde. *Revista Brasileira de Estatística*, 35, 22-26.
- Knowles, J. C., Leighton, C. y Stinson, W. (1997). *Measuring Result of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators. Special Initiatives Report no. 1*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates.
- Leeuw, F. L. (2003). Reconstructing Program Theories: methods available and problems to be solved. *The American Journal of Evaluation*, 24(1), 520.
- Mayne, J. (2000). Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(1), 124.
- McLaughlin, J. A. y Jordan, G. B. (1999). Logic Models: a tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22, 65-72.
- Mercer, S. L. y Goel, V. (1994). Program evaluation in the absence of goals: a comprehensive approach to the evaluation of a populationbased breast cancer screening program. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 9(1), 97-112.
- Merlié, D. A. (1996). Construção estatística. En P. Champagne, R. Lenoir, D. Merlli y L. Pinto. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes.
- Millar, A. (2001). Logic models: a system tool for performance management. *Evaluation and Program Planning*, 24(1), 73-81.
- National Health Performance Committee (NHPC) (2002). *National Report on Health Sector Performance Indicators 2001*. Queensland Health, Brisbane. [http://www.health.qld.gov.au/nathlthrp/performance_indicators/natrp.pdf](http://www.health.qld.gov.au/nathlthrp/ performance_indicators/natrp.pdf) (último acceso: 22/04/2006).

- Pag Aps (1997). *Programa Avançado de Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde. Avaliando a qualidade do serviço*. Guia do usuário. Juiz de Fora.
- Pinto, L. (1996). Experiencia vivida e exigencia científica de objetividade. En P. Champagne, R. Lenoir, D. Merllié y L. Pinto. *Iniciación à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes.
- Renger, R. y Titcomb, A. (2002). A threestep approach jo teaching Logic Models. *American Journal of Evaluation*, 23(4), 493-503.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. y Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation: a systematic approach*. California: Sage.
- Rowan, M. S. (2000). Logic Models in Primary Care Reform: navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 15(2), 81-92.
- Rush, B. y Ogborne, A. (1991). Program Logic Models: Expanding their Role and Structure for Program Planning and Evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 6(2), 95-106.
- Samaja, J. (1996). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Serapioni, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, 23(53), 81-92.
- Unrau, Y. A. (2001). Using client exit interviews to illuminate outcomes in program logic models: a case example. *Evaluation and Program Planning*, 24, 353-361.
- Vieira da Silva, L. M. y Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91.
- Wong-Rieger, D. y David, L. (1995). Using Program Logic Models to Plan and Evaluate Education and Prevention Programs. En A. J. Love. *Evaluation Methods Sourcebook II*. Ottawa, Ontario: Canadian Evaluatinn Society.
- Yin, R. K. (1993). Case study designs for evaluating highrisk youth programs: the program dictates the design. En *Applications of Case Study Research*. California: Sage.

Capítulo 3

Conferencia de consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización de la atención de salud en Brasil¹

*Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza², Ligia María Vieira da Silva³,
Zulmira María de Araújo Hartz⁴*

Introducción

La descentralización de las acciones y de los servicios ha sido parte integrante de las políticas brasileñas de salud desde el inicio de la década del 80, con las estrategias de las Acciones Integradas de Salud (AIS) y de los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS). Sin embargo, es después de la promulgación de la Constitución de 1988 que la descentralización se institucionaliza como política, pasando a ser una de las principales directrices sectoriales. En la década del 90, el proceso de descentralización se aceleraba, a partir de la edición de las Normas Operacionales Básicas, en particular las NB001/93 y 01/96, asociadas a propósitos de redefinición del modelo asistencial.

Diversos estudios investigan los efectos de la descentralización sobre las prácticas gerenciales y asistenciales, y también sobre el estado de salud de la población

¹Trabajo realizado con el apoyo financiero del Ministerio de Salud (Brasil). La conferencia de consenso de la que trata el presente artículo fue convocada por la Secretaría de Política del Ministerio de Salud, por la Asociación Brasileña de Posgraduación en Salud Colectiva (ARRASCO) y por el ISC/UFBA.

²Médico. Profesor del instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA). Doctor por la Universidad de Montreal. Canadá.

³Médica. Profesora del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA). Doctora por la Universidad de SAan Pablo (USP). Investigadora IC del CNPq. Brasil.

⁴Médica. Investigadora (residente) de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) - Fiocruz. Brasil. Profesora-Investigadora invitada del Departamento de Medicina Social y Preventiva y del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá. Doctora por la Universidad de Montreal. Canadá.

(Almeida, 1988; Mendes, 1992; Heimann, 1998). Las investigaciones evaluativas, por otro lado, se resienten por la falta de una imagen-objetivo bien establecida, con la que se pueda evaluar el grado de implementación y los efectos de la descentralización. Se trata de un problema metodológico importante, cuya superación puede contribuir al debate político y al de la investigación científica suscitados en torno de la reorganización sectorial.

Finalmente, ¿dónde se quiere llegar con la descentralización de la salud? ¿En qué consiste el llamado *nuevo modelo asistencial*? Algunos pueden considerar la simple ampliación de la cobertura asistencial; otros, la referencia a los servicios de alta y media complejidad; la existencia de acciones programáticas dirigidas a problemas prioritarios, la humanización del cuidado, el trabajo en equipo, la integralidad o la existencia de acciones intersectoriales. Son diversas las combinaciones de dimensiones del sistema de salud que podrían componer una imagen-objetivo⁵ de la descentralización. En la práctica los autores frecuentemente han adoptado, de modo implícito, imágenes-objetivo específicas para sus estudios. Esa variación en las percepciones, si bien por un lado refleja la diversidad de proyectos políticos en el campo de la salud en Brasil, por otro puede implicar la imposibilidad de comparar estudios, reduciendo la chance de consolidar la producción científica sobre el tema de la descentralización en salud.

Es clara, entonces, la necesidad de superar ese obstáculo metodológico, formulando una imagen-objetivo que sirva de referencia para las diversas investigaciones sobre la descentralización de la salud. No se trata, sin embargo, de una tarea simple.

En primer lugar, la producción científica sobre el tema es grande y presenta divergencias significativas en su interpretación. En segundo lugar, la definición de una imagen-objetivo implica necesariamente un juicio de valor. Por último, no es posible disociar la dimensión política de la dimensión técnica al seleccionar los criterios para evaluar la descentralización.

La composición de esa imagen-objetivo, por lo tanto, presupone la adopción de metodologías capaces de demostrar simultáneamente los aspectos éticos, políticos y técnicos del problema. Y además, exige que las metodologías permitan el establecimiento de un consenso mínimo entre los especialistas en el asunto.

Por todo esto, la definición de una imagen-objetivo para la descentralización de la salud requiere alguna técnica de obtención de consenso. De hecho, al tomar en cuenta la producción científica, las opiniones de los especialistas y los proyectos presentes en la escena política, una estrategia de búsqueda de consenso permite considerar los aspectos técnicos de la cuestión bajo análisis sin descuidar los elementos de orden ético y político.

Desde hace tiempo, en diversos campos del saber, se están utilizando diferentes estrategias para la obtención de consenso entre los especialistas, en particular en el

⁵Por imagen-objetivo se entiende no un simple conjunto o suma de objetivos, sino un modelo, proyectado a un tiempo futuro, cuya construcción eliminó los problemas de coherencia entre los distintos objetivos, armonizándolos y ordenándolos. Ver Boisier (1976), citado en (Cohen & Franco, 1994, p.86).

área de la salud, para definir criterios, patrones e indicadores para la evaluación de la calidad del cuidado (Donabedian, 1988; Brown *et al.*, 2001).

De modo semejante, el proyecto de investigar los efectos de las políticas de descentralización sobre la organización de los servicios de salud en el país puede beneficiarse con la utilización de estrategias de obtención de consenso en lo referente a la imagen-objetivo y, consecuentemente, a las dimensiones, criterios e indicadores para la evaluación de la descentralización.

En este capítulo se describe el proceso y se presentan los resultados de una consulta a un comité de especialistas sobre una propuesta de imagen-objetivo de la gestión descentralizada en salud. La consulta apuntó, exactamente, a definir los puntos consensuados de la propuesta. Esta experiencia fue desarrollada como un componente del proyecto de investigación "Evaluación de la descentralización de la atención de la salud en Bahía" (Vieira da Silva *et al.*, 2002).

Inicialmente, se realiza una breve discusión sobre los tipos de técnicas de obtención de consenso comúnmente utilizadas. En segundo lugar, se describe la técnica específicamente adoptada para el caso del proyecto de investigación. Luego, se presentan los resultados obtenidos, o sea, se expone la propuesta de imagen-objetivo originada de la discusión de los especialistas. Finalmente, se dan a conocer las conclusiones. No se pretende presentar una imagen-objetivo definitiva, dado que los consensos son siempre provisorios, pero se espera que la iniciativa estimule la discusión.

Las diversas técnicas de consenso

Hay diferentes técnicas que los especialistas utilizan para obtener el consenso (Donabedian, 1988; Favaro & Ferris, 1991; ANAES, 1999; Pineault & Daveluy, 1986). Entre ellas, se destacan el comité tradicional, el método Delfos, el grupo nominal y el jurado simulado.

El comité tradicional implica la discusión abierta sobre un tema determinado entre especialistas seleccionados. Su mayor ventaja es la posibilidad de intercambio de ideas y de comparación entre opiniones divergentes. Un consenso nacido de un debate rico tiende a ser bastante sólido. Por otro lado, el comité tradicional tiene la desventaja de permitir la influencia del *argumento de autoridad*. De ese modo, los participantes más *aguerridos* pueden hacer prevalecer su opinión, más por el énfasis en la defensa de su posición que por la calidad intrínseca de sus argumentos. Además, la obtención del consenso puede ser dificultada debido a las diferencias en los valores ideológicos, culturales y éticos entre los especialistas, o por la existencia de problemas de relación interpersonal.

El método Delfos, por su parte, utiliza cuestionarios que son respondidos individualmente por especialistas seleccionados. Las respuestas obtenidas se tratan estadísticamente con cálculos de medidas de tendencia central y/o de dispersión, y los resultados se distribuyen entre los participantes. Se hace, entonces, una segunda ronda de cuestionarios. Los participantes pueden mantener o modificar las respuestas anteriores. Luego, se procede a un segundo tratamiento estadístico. En caso de que no se

haya alcanzado un grado de consenso satisfactorio, se pueden realizar nuevas rondas de cuestionarios y análisis estadísticos. Este método presenta la gran ventaja de dar tiempo para que los especialistas reflexionen tranquilamente. Además, elimina la posibilidad de que aparezcan *argumentos de autoridad* y problemas de relación interpersonal. Su gran desventaja es no permitir la discusión y la interacción directa entre los componentes, lo cual, eventualmente, puede empobrecer el resultado final. Otra dificultad es la duración del proceso, que puede llevar meses.

El grupo nominal fue propuesto originalmente por Delbecq, Van de Ven y Gustafson (Favaro & Ferris, 1991; Pineault & Daveluy, 1986). Se trata, esencialmente, de un proceso estructurado de intercambio de informaciones. A un grupo reunido se le entrega una pregunta específica. Los especialistas responden individualmente y por escrito. Las respuestas son presentadas al grupo por el coordinador, preservando el anonimato. Entonces se produce una breve discusión, apenas para el esclarecimiento o la justificación de las respuestas presentadas. A continuación, los participantes hacen una lista, individualmente, de las respuestas que les parecen más adecuadas. Las diversas listas son revisadas, verificándose las respuestas más votadas, que pasan a constituir el consenso del grupo. El grupo nominal tiene la ventaja de permitir que todos los participantes expresen su opinión, sin las incomodidades de los grupos interactivos. Además, permite que se produzca un gran número de ideas. Su limitación reside en que no permite que se aborde más de una cuestión por vez. Y existe también el riesgo de que no se alcance a profundizar las ideas.

Una técnica de consenso diferente de las anteriores fue propuesta por la *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, 1999)*, de Francia. Denominada, en francés, *conférence de consensus*, optamos por nombrarla como *jurado simulado* para no confundirla con nuestra proposición de conferencia de consenso, presentada anteriormente. La denominación *jurado simulado* parece adecuada, dado que la discusión es organizada como un tribunal de justicia, con un juez, abogados querellantes y defensores y el jurado. Y lo que se juzga es algún tema científico polémico. Los trabajos se desarrollan bajo la coordinación del juez. Los abogados querellantes presentan los argumentos contra la validez de la cuestión *subjudice* y los defensores argumentan a favor. Al final de los debates los miembros del jurado deliberan, definiendo lo que va a ser aceptado como consenso. Es importante resaltar que los abogados deben reunir, previamente, toda la información científica disponible sobre el tema. La mayor ventaja de esta técnica es permitir que la discusión sea bastante profunda, con la presentación de las evidencias disponibles y de los diferentes puntos de vista. Sus desventajas están relacionadas con la sofisticada logística que exige su realización y, principalmente, a la posibilidad de incitar más al juego de ganar el debate que a la búsqueda de consenso.

En fin, todas las técnicas presentan ventajas y desventajas. La técnica ideal sería aquella que, al mismo tiempo, estimule la búsqueda de un consenso genuino, permitiendo una amplia discusión entre los especialistas, que preserve el anonimato de los participantes y sea de fácil realización. Probablemente, ninguna técnica podrá, en la práctica, reunir todas estas características. Sin embargo, es posible pensar en alternativas que permitan aproximaciones posibles.

La Conferencia de Consenso

Buscando conciliar la posibilidad de la discusión abierta con la preservación del anonimato dentro de una logística viable, fue que se propuso una técnica mixta, la *conferencia de consenso*, para la construcción de la imagen-objetivo de la descentralización de la salud, dentro del ya referido proyecto sobre la implementación y los efectos de la descentralización de la atención a la salud en Bahía.

La conferencia de consenso propuesta consta de tres etapas: 1) los especialistas invitados completan individualmente una matriz, 2) se produce la discusión abierta entre los participantes y 3) se dan nuevas respuestas, en forma individual, a las preguntas presentadas en la matriz. La primera y la tercera etapa fueron realizadas de modo de asegurar el anonimato de los participantes, mientras que la etapa intermedia permitió el debate. A continuación, se detallan los procedimientos adoptados.

Diseño de la propuesta inicial

Se elaboró una matriz basada en una amplia revisión de la literatura especializada y en el modelo lógico que orientaba la investigación, y que contenía las dimensiones, las subdimensiones y los criterios para la evaluación de la descentralización (Anexo: Cuadros 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4).

La propuesta inicial de imagen-objetivo de la descentralización, antes de ser enviada a los especialistas invitados, fue sometida a un examen preliminar, a través de una versión simplificada (una única ronda) de la técnica del grupo nominal, con un conjunto de 18 técnicos del Ministerio de Salud, alumnos de un programa de Maestría Profesionalizante en Gestión en Salud. Se verificó que el instrumento era fácil de comprender y completar. Además —y lo más importante—, todas las dimensiones y subdimensiones y todos los criterios presentes en la matriz fueron considerados pertinentes, por tratarse de una evaluación de la descentralización a partir de una perspectiva nacional. El instrumento debería ser revisado y completado si fuera analizado bajo la perspectiva del nivel local.

También se identificó la necesidad de modificar el sistema de puntuación adoptado. Del inicial, basado en porcentajes, se pasó a un sistema de escala de cero a diez puntos. La modificación buscaba independizar las evaluaciones de cada criterio, dando así mayor grado de libertad de elección a los participantes.

Selección del grupo de especialistas

El grupo de especialistas se formó con gestores y técnicos en salud, por un lado, e investigadores, por el otro. La elección de los gestores y técnicos fue consultada con la Secretaría de Políticas de Salud del Ministerio de Salud y la Asociación Brasileña de Posgraduación en Salud Colectiva. Fueron invitados profesionales responsables de la formulación de políticas nacionales de salud y de la gestión de sistemas

municipales, donde existían indicios de cambios importantes en las prácticas de salud. Los investigadores fueron seleccionados por su producción intelectual relacionada con la temática de los modelos asistenciales. El grupo quedó compuesto por 15 personas, un número adecuado para la realización de una discusión profunda en un tiempo viable. Vale resaltar que las invitaciones a los especialistas no tuvieron carácter institucional sino que fueron estrictamente personales.

Las etapas de la conferencia

En la primera etapa, los participantes de la conferencia recibieron por correo electrónico la propuesta de imagen-objetivo, organizada bajo la forma de una matriz. Se pidió a los especialistas que manifestaran individualmente su concordancia o discordancia con la propuesta. Cada participante ponderó, atribuyendo de uno a diez puntos, la importancia relativa de cada una de las dimensiones y subdimensiones de la descentralización y de cada uno de los criterios de evaluación. También pudieron sugerir la exclusión o la modificación de dimensiones, subdimensiones y criterios, o proponer la inclusión de nuevos elementos. De los quince formularios expedidos, diez volvieron completos.

Recibidas las respuestas, el equipo coordinador consolidó las informaciones, preservando el anonimato de los participantes (Anexo: Cuadro 3.5).

En la segunda etapa, se realizó una reunión presencial con el grupo de especialistas. En esa reunión participaron diez personas, siete de las cuales habían completado previamente el instrumento. Inicialmente se presentó la tabla que consolidaba las respuestas. A continuación, se abrió el debate, organizado en cuatro tópicos según las dimensiones política, gerencial, asistencial y de efectividad de las prácticas. Durante un día entero los participantes tuvieron la oportunidad de expresar sus opiniones y argumentos. No se intentó alcanzar el consenso en ese momento. El encuentro sirvió exclusivamente para el enriquecimiento de la discusión. Al final de esta se disponía de una nueva matriz de imagen-objetivo, que incorporaba las sugerencias de los participantes. Debido a que en la discusión de varios puntos se habían expresado visiones divergentes, la matriz presentaba elementos discordantes y hasta contradictorios.

En la tercera y última etapa de la conferencia, los especialistas presentes en la reunión fueron invitados a completar una nueva matriz, también de manera individual y anónima. En ese momento podrían mantener sus primeras respuestas o modificarlas, considerando los resultados de la ronda de conclusiones, de la primera matriz y de la discusión ocurrida durante el encuentro.

Recogidas las respuestas contenidas en esta segunda matriz, el equipo de investigación realizó un nuevo tratamiento estadístico. Se identificaron los puntos de mayor acuerdo y los de mayor desacuerdo. Solo hubo unanimidad con relación a las dimensiones de la descentralización. O sea, hubo amplio acuerdo en analizar la descentralización a partir de las dimensiones política, gerencial, asistencial y de efectividad de las prácticas sanitarias. Por otro lado, hubo muchas sugerencias de

inclusión de nuevas subdimensiones y, especialmente, de nuevos criterios para evaluar la descentralización. A continuación, se presenta la propuesta de imagen-objetivo resultante de la conferencia.

La propuesta de imagen-objetivo de la descentralización

Como fue mencionado, la matriz completada en la última etapa de la conferencia contenía todas las dimensiones y subdimensiones y todos los criterios provenientes tanto de la propuesta inicial como de las sugerencias de los especialistas.

De esta matriz, cada uno de los criterios de evaluación de todas las dimensiones y subdimensiones de la descentralización recibió una nota de cero a diez, representando la opinión del especialista sobre su importancia. Una nota diez significaba que el criterio era de la mayor importancia para evaluar la descentralización. Y una nota cero significaba que el criterio debía ser excluido. En el caso de que todos los criterios de una determinada subdimensión recibieran notas cero, esa subdimensión sería excluida. De modo análogo, si todas las subdimensiones de una determinada dimensión fuesen excluidas, la dimensión también lo sería.

Para todos los criterios fueron calculados la media aritmética y el desvío estándar. Cuanto mayor fuera la media, mayor era la importancia del criterio. Por su parte, el desvío estándar, permitió estimar el grado de consenso, a menor desvío estándar, mayor el grado de consenso, independientemente de la importancia otorgada al criterio. El equipo coordinador de la conferencia estableció los siguientes puntos de corte:

- Todo criterio con media igual o superior a siete fue considerado como importante. Debajo de ese puntaje, sería poco importante, por lo que no debía formar parte de la imagen-objetivo de la descentralización de la salud.
- Todo criterio con desvío estándar inferior a tres fue considerado como consensuado. En caso de que también fuese importante, el criterio debía ser incluido en la imagen-objetivo.
- Los criterios con media igual o superior a siete y desvío estándar igual o superior a tres, a pesar de que pudieran ser importantes, no debían componer la imagen-objetivo, por no estar consensuados

La combinación de esas dos medidas permitiría, teóricamente, la identificación de cuatro tipos de criterios: 1) criterios de evaluación de la descentralización que son consensualmente importantes; 2) criterios consensualmente poco importantes; 3) criterios importantes, en que prevaleció la discordancia entre los especialistas; y 4) criterios poco importantes en que prevaleció el disenso. En la práctica, ningún criterio fue considerado consensualmente poco importante.

Los Cuadros 3.6, 3.7 y 3.8 al final del capítulo (Anexo) presentan los resultados obtenidos. El Cuadro 3.6 muestra los criterios importantes y consensuados, que vienen a constituir la imagen-objetivo de la descentralización. En el Cuadro 3.7 se ven los criterios importantes, pero que no obtuvieron consenso. Y el Cuadro 3.8 exhibe los

criterios considerados poco importantes, que tampoco alcanzaron un grado suficiente de consenso.

Al analizar estos cuadros, lo que primero llama la atención es el gran número de criterios propuestos: 93 en total. Esta profusión de criterios para evaluar la descentralización es, por sí sola, indicativa de la complejidad del problema y de la diversidad de perspectivas pasibles de adoptar.

Entretanto, más valioso es el hecho de haber podido seleccionar 53 criterios, a partir de los requisitos de importancia (media igual o superior a siete) y consenso (desvío estándar menor que tres), para componer una imagen-objetivo de la descentralización de la salud. De esa forma se crea la posibilidad de que los estudios y los debates se concentren en aspectos considerados relevantes por muchos especialistas. Tal concentración puede favorecer la producción de conocimiento sobre la reorganización sectorial de la salud y su utilización en la elaboración de políticas.

Otro aspecto que merece ser mencionado se refiere al aprovechamiento de los criterios presentes en la primera propuesta de imagen-objetivo, concebida por el grupo de investigadores. De los 30 criterios iniciales, 24 se mantuvieron entre los 53 de la propuesta final.

Durante la etapa presencial de la conferencia, el debate fue bastante rico y relativamente polémico. Una primera discusión se dio en torno a la necesidad de calificar la descentralización a evaluar. ¿Se trataba de definir la imagen-objetivo de la descentralización o del sistema local de salud? ¿La descentralización es un medio o un fin? ¿Es posible evaluar la descentralización, examinando solo el desempeño del nivel municipal?

En esa discusión se concluyó que es preciso contemplar la cuestión de la articulación regional y nacional, y de las relaciones entre las tres esferas de gobierno, aunque el recorte de la evaluación sea el municipio, entendido como la punta del sistema, donde se materializa el resultado de la descentralización, expresado en el cambio o en el mantenimiento del actual modelo asistencial.

No obstante, se argumentó que no hay motivos para fijarse, prioritariamente, en el ámbito de las relaciones intergubernamentales. La descentralización puede ser definida, más genéricamente, como la aproximación del poder de decisión al lugar de ejecución de las prácticas en salud. En ese sentido, la imagen-objetivo en discusión no se refiere a los objetivos finales o doctrinarios del SUS, que ya están contemplados en la ley. El desafío era construir un instrumento que, estableciendo criterios de manera consensuada, permitiera la realización de evaluaciones más objetivas del proceso de reorganización del sector de la salud.

Fue importante haber acordado en que se trata de un instrumento de investigación. Los consensos políticos más generales se construyen en otros ámbitos. Además, el instrumento en discusión es una propuesta de imagen-objetivo y no una relación de indicadores concretos de evaluación. No obstante, si bien no contiene indicadores, el instrumento contempla criterios útiles para delimitar la evaluación de la gestión descentralizada, mediante una graduación que va desde la descentralización incipiente hasta la avanzada, pasando por la intermedia.

Siendo una imagen-objetivo, es posible construir un único instrumento aplicable a diferentes tipos de municipios independientemente, por ejemplo, del tipo de gestión descentralizada (del sistema completo o de la atención básica), o del tamaño del municipio. Se podría, inclusive, pensar en indicadores opcionales que midieran un mismo criterio, pero que serían aplicados de acuerdo con las características de los municipios investigados.

Además se notó que, frecuentemente, existen zonas de superposición entre los criterios y también entre las subdimensiones. Asimismo, los criterios de una misma subdimensión no constituyen necesariamente una misma categoría taxonómica. Sin embargo, no pareció a los especialistas que eso comprometiera la calidad del instrumento en discusión. La inexistencia de jerarquización entre los criterios, garantizada por la adopción de un sistema de puntuación en escala de cero a diez, posibilitó que hubiera zonas de superposición o de categorías diferentes sin que se generasen incoherencias o contradicciones.

Los puntos de consenso y de disenso

Consenso y disenso en la dimensión política

Analizando específicamente los resultados de la discusión de cada dimensión, se observa que, en la dimensión política, en cuanto a las subdimensiones *competencias y relaciones entre los tres niveles de gobierno*, *proyecto de gobierno* y *capacidad de gobierno*, todos los criterios son importantes y consensuados.

La subdimensión *competencias y relaciones entre los tres niveles de gobierno* surgió de la comprensión de que, para evaluar un municipio, se debe considerar su inserción en el sistema de salud regional, estadual y aun nacional. Una ciudad que organiza satisfactoriamente su sistema municipal, pero que *cierra las fronteras* a los ciudadanos de otros municipios, no tiene el mismo nivel de desempeño de otras ciudades que están integradas en un sistema regional, estadual y nacional.

La cuestión de los servicios de alta complejidad trae ejemplos claros de la integración entre las tres esferas de gobierno. Si bien no tiene sentido imaginar que todos los servicios deban estar disponibles en todas las localidades, es correcto pensar que los ciudadanos de todos los municipios deban tener acceso a toda la gama de acciones y servicios de salud. En ese sentido, importa menos saber qué esfera de gobierno es directamente responsable por la oferta del servicio y más si la integralidad de la atención y el acceso a los servicios están garantizados.

Al tratar la subdimensión *proyecto de gobierno* hubo un debate sobre las diferencias entre *programa electoral*, *plan de gobierno* y *compromiso político*. La inclusión de la salud como prioridad en el programa electoral no parece ser un criterio importante para evaluar el proyecto de gobierno. Es más relevante lo efectivamente ejecutado, que lo enunciado en programas de campaña e inclusive en planes de gobierno. Por eso se debe evaluar el proyecto de gobierno lo más concretamente posible: en los presupuestos y en las acciones de gobierno. De todos modos, lo esencial es el compromiso

político con la salud, que debe estar claro al punto de ser percibido por la mayoría de la población.

En esa misma subdimensión se debatió la cuestión de las iniciativas intersectoriales, consideradas por todos como un criterio importante para evaluar la descentralización. Se destacó, no obstante, la necesidad de especificar el tipo de iniciativa intersectorial que se pretende considerar. Es importante que las iniciativas analizadas estén relacionadas de modo inequívoco con la salud. Además, es preciso tener en cuenta el financiamiento de las acciones intersectoriales. Si representaran una reducción del gasto sectorial, con la inclusión, por ejemplo, del saneamiento en el presupuesto de la salud, tales acciones hablarían en contra de la gestión descentralizada.

También se discutió la cuestión del financiamiento en general. Hubo polémica: algunos participantes consideran el cumplimiento de la Enmienda Constitucional No. 29 un criterio fundamental para la evaluación de la gestión descentralizada. Para otros, la proporción de gastos para la salud en el presupuesto no es un buen criterio, pues está muy influenciado por el porte de los municipios. En grandes municipios, una proporción menor puede representar una inversión significativa, mientras que, en ciudades más chicas, una proporción elevada puede no representar mucho. Finalmente, como ya se vio, el criterio del financiamiento según la EC29 se mantuvo.

Aunque su inclusión no haya sido propuesta formalmente entre los criterios, durante el debate se sugirió que la equidad en el reparto de los recursos fuese contemplada en el ítem relativo al financiamiento.

Vale registrar que el financiamiento está presente en dos momentos en el instrumento propuesto: como criterio de la subdimensión *proyecto de gobierno* y como elemento para medir la prioridad dada a la salud.

Con relación a la subdimensión *capacidad de gobierno* también ocurrió un rico debate. Los especialistas consideran que la capacidad de gobernar es fundamental, en particular, por su carácter cultural y político de conquistar adhesiones al proyecto de gobierno. Por eso, el cargo de gestor de la salud —secretario municipal, secretario estadual, ministro— es eminentemente político. De modo coherente con esa concepción, los participantes de la conferencia enfatizan los criterios relativos a la capacidad de construcción de un proyecto común y de articulación política. También se sugirió la inclusión de un criterio concerniente a la capacidad de diálogo y de síntesis de intereses.

Por otro lado, se cuestionaron algunos de los criterios de evaluación de esa subdimensión. Uno de los puntos problemáticos fue el de la política de recursos humanos. La pregunta era: ¿sirve al propósito de evaluación de la capacidad de gobierno saber si la política de personal es adecuada? ¿No se trata de un criterio más apropiado a la dimensión gerencial?

Otro criterio problemático fue la capacidad de liderazgo del gestor. Algunos participantes criticaron no el criterio en sí, sino el hecho de que estuviera en la subdimensión de la capacidad de gobierno y no en la de la gobernabilidad. Se argumentó que si la capacidad de liderazgo es la que va a permitir al gestor ampliar su libertad de acción en el campo político, ella es un elemento de la gobernabilidad del sistema.

En la dimensión política, la subdimensión *governabilidad* fue la más discutida. Al contrario de las demás, en esa subdimensión predominó el disenso. De los 14 criterios propuestos para evaluar la gobernabilidad, apenas tres fueron consensuados. Además, fue alto el número de criterios considerados poco importantes: exactamente siete, la mitad del total.

Un criterio muy debatido, dentro de esa subdimensión, fue la autonomía financiera de la Secretaría Municipal de Salud. Algunos participantes destacaron la diferencia de significado de la autonomía entre municipios grandes y pequeños.

Se llamó la atención sobre la posible confusión entre autonomía en sí y ciertos instrumentos gerenciales, como la Comisión Permanente de Licitaciones (CPL). Una secretaría puede tener autonomía, sin tener una CPL. Para algunos miembros de la conferencia, incluir entre los criterios la existencia de la CPL era una equivocación pues, consideraban, la imagen-objetivo de la descentralización debía concentrarse en macrocategorías, descartando aspectos demasiado específicos. Para otros participantes, al contrario, era fundamental mantener la referencia a la CPL, dado que las dificultades en el proceso de compras pueden ser políticamente comprometedoras.

Vale apuntar también que se sugirió la transferencia del criterio de la CPL a la subdimensión *capacidad de gobierno*. Aunque la sugerencia no fue formalizada por ningún participante mediante su inclusión en la matriz.

Con relación a la autonomía financiera, fue sugerido el criterio de la existencia de un fondo especial de gastos. Aunque la mayoría de los participantes lo consideró poco importante. En verdad, fue el menos importante de todos los criterios propuestos para evaluar la gobernabilidad.

De esa discusión resultó que la autonomía financiera de la SMS, con Comisión de Licitación, fue considerada importante y obtuvo un grado elevado de consenso, integrando la imagen-objetivo de la descentralización.

La capacidad del gestor municipal para la iniciativa política también mereció discusión. Un participante de la conferencia llegó a cuestionar el significado preciso de la expresión *iniciativa política*. Entretanto, rápidamente se estableció un consenso sobre la importancia de la articulación, no solamente con los gestores federal y estadual, sino también con otros gestores municipales. Se recordó que la integridad de la atención de la salud no puede ser garantizada sin esa articulación. Ese criterio fue el más importante y el más consensuado, dentro de la subdimensión de la gobernabilidad.

La discusión sobre la capacidad de iniciativa política llevó al surgimiento de criterios alternativos al propuesto originalmente, con diferencias relativas al aspecto enfatizado. Así, un participante sugirió el criterio de la capacidad del gestor de argumentar y convencer a los socios estaduales y federales. Otro propuso algo como la existencia de relaciones políticas civilizadas entre el intendente y el gobernador, o entre las distintas esferas políticas. Un tercero sugirió que se evaluase la capacidad de desconcentrar poder de las tres esferas de gobierno. Esos tres criterios fueron considerados importantes por muchos especialistas, pero no obtuvieron un grado suficiente de consenso para integrar la imagen-objetivo.

La capacidad del gestor para producir hechos técnicos, políticos y sociales que amplíen sus grados de libertad —un criterio surgido durante el debate— fue el tercero y último criterio importante y consensuado de la subdimensión de la gobernabilidad.

El criterio relativo a la base de apoyo en el parlamento suscitó polémica. Algunos ven un peligro en el hecho de estar evaluando positivamente un apoyo parlamentario, conquistado, eventualmente, a partir de *arreglos* y prácticas clientelistas. Otros creen que por ser esencial la sustentación parlamentaria, la ocurrencia de prácticas condenables no justifica la exclusión del criterio.

Todos los que expresaron opinión al respecto concuerdan con la necesidad de ponderar separadamente el apoyo del parlamento y el apoyo de la sociedad civil. El parlamento y el movimiento social tienen dinámicas propias. Además, se debe recordar que la relación del gestor de la salud con el parlamento y con la sociedad civil envuelve la presión de *lobbies* y de grupos de intereses particulares.

Se sugirió además la inclusión de un criterio relativo a la comunidad, por considerarse que, en el nivel local, hay una proximidad de los servicios con la población que torna significativo para la evaluación el apoyo de la dimensión comunitaria, diferenciado del apoyo de la sociedad civil organizada.

Otro punto recogido se refirió a la importancia y a la dificultad de tomar en cuenta los intereses de la porción desorganizada de la población.

Sin embargo, finalmente no hubo acuerdo suficiente para incluir cualquiera de los criterios relativos al apoyo parlamentario, social o comunitario —de forma separada o conjunta— en la imagen-objetivo.

En la subdimensión *gobernabilidad*, también se propuso incluir un criterio referente a la articulación del gestor con los medios, dada la importancia de los medios de comunicación para la disputa de proyectos políticos. Pero ese criterio no obtuvo la puntuación necesaria, para ser incluido en la imagen-objetivo.

En suma, en la dimensión política, el consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización de la atención de la salud se construyó en base a cuatro subdimensiones y trece criterios. Hubo un amplio consenso sobre la importancia de la cooperación y complementariedad entre las acciones de las tres esferas de gobierno. La subdimensión del proyecto de gobierno con sus tres criterios —salud como prioridad de gobierno, existencia de iniciativas intersectoriales y financiamiento según la EC29— también fue consensuada como importante. Los participantes de la conferencia se pusieron de acuerdo además sobre la importancia de la capacidad del gobierno para evaluar la descentralización, aun con los cuestionamientos sobre los criterios relativos a la capacidad de liderazgo del gestor y a la política de recursos humanos. Del mismo modo, la gobernabilidad, por consenso, se mantuvo como una subdimensión fundamental de la imagen-objetivo de la descentralización. En cuanto a los criterios para evaluar la gobernabilidad, prevaleció el disenso. Como vimos, de trece criterios sugeridos, solo tres se consensuaron como importantes: la autonomía financiera de la SMS, la capacidad de iniciativa del gestor municipal y la capacidad del gestor para producir hechos que amplíen sus grados de libertad.

Consenso y disenso en la dimensión gerencial

En la dimensión gerencial los criterios pueden ser clasificados en tres bloques. El primero, bastante consensuado, está formado por los criterios que componen las subdimensiones *planificación y evaluación*, *capacidad de regulación de la secretaría municipal de salud*, *relación públicoprivado* y *relaciones de la SMS con los profesionales de salud*. Además, todos los criterios son importantes, con una única excepción: las organizaciones sociales.

Al contrario, el segundo bloque presenta esencialmente puntos divergentes. Este bloque está compuesto por dos subdimensiones. La *estructura organizacional de la secretaría municipal de salud* solo tiene un criterio, que no fue consensuado. Como no posee ningún criterio consensuado, esta subdimensión no llegó a componer la imagen-objetivo de la descentralización. El *control social* también fue polémico. De los once criterios propuestos, solo tres fueron consensuados y apenas cinco resultaron importantes.

El tercer bloque reúne dos subdimensiones, cuyos criterios se dividen en consensuados y no consensuados. La *dinámica gerencial*, por ejemplo, tiene dos criterios consensuados y dos divergentes, y tres son importantes. La *organización de servicios*, por su parte, es una subdimensión de criterios relativamente polémicos: de los trece, ocho fueron consensuados y cinco no. En cuanto al grado de importancia, nueve criterios obtuvieron puntajes por encima de siete.

Durante la etapa presencial de la conferencia de consenso, la dimensión gerencial de la descentralización fue muy discutida. Un buen indicador de la diversidad de puntos de vista o de abordajes posibles fue el alto número de nuevos criterios sugeridos: treinta y dos, que se sumaron a los nueve criterios iniciales.

En la discusión se llamó la atención sobre el papel de instancia doblemente mediadora de la dimensión gerencial. En un sentido, la gestión hace la mediación entre las dimensiones política y asistencial. Es decir, es una tarea propia de la gestión traducir las directrices políticas en servicios de salud prestados a la población. En otro sentido, la dimensión gerencial es mediadora temporal entre directrices políticas que se suceden, por ejemplo, con los cambios de gobiernos. Vale agregar que la función mediadora no elimina un cierto grado de autonomía propio de la dimensión gerencial. Basta recordar los obstáculos que una máquina burocrática puede oponer a la implementación de cualquier política.

Esa posición intermediaria fue tal vez la causante de algunas polémicas durante el debate. Hubo muchos cuestionamientos sobre la mejor localización de las subdimensiones y de los criterios. El control social, por ejemplo, ¿pertenece a la dimensión gerencial o a la política? ¿La cobertura y la accesibilidad son criterios de la dimensión gerencial o de la asistencial? A pesar de los cuestionamientos, no hubo proposiciones formalizadas de transferencia de ninguna subdimensión y de ningún criterio de la dimensión gerencial para alguna otra.

Se criticó también lo que sería una excesiva generalidad de los criterios propuestos o un grado insuficiente de precisión en la identificación de las competencias gerenciales del gestor municipal de la salud. Tal vez por eso hayan sido sugeridos

tantos nuevos criterios. Un buen ejemplo de esa búsqueda de criterios más específicos o precisos se encuentra en la subdimensión *planificación y evaluación*, que recibió sugerencias como *planificación por problemas* o *uso rutinario de la evaluación*.

La discusión de esa subdimensión trajo un punto interesante, relativo a la institucionalización de las prácticas de planificación y de evaluación. Algunos especialistas destacaron que es más importante la incorporación de esas prácticas en la gestión cotidiana de los servicios, que su carácter innovador. E insistieron mucho también en la necesidad de valorizar de igual modo la planificación y la evaluación.

La relación públicoprivado suscitó bastante discusión. Varios conferencistas manifestaron preferencia por una formulación más genérica, que abordase la capacidad de regulación de la secretaría municipal de salud, y no solo la relación con el sector privado. Se consideró muy interesante la idea de regulación, porque supone la noción de articulación permanente entre las actividades de planificación, control, supervisión, evaluación y auditoría.

La regulación no se limita al control del sector privado bajo convenio. En la visión de los especialistas, debe incluir al sector privado sin convenio, como los planes de salud y también al propio sector público. En ese aspecto, es importante analizar la capacidad de contratación del gestor de la salud: no solo poder contratar, sino también fijar metas y acompañar el desempeño del servicio contratado.

Se estableció una polémica sobre la capacidad del Estado de ejercer la regulación. Algunos opinan que el Estado tiene que poseer cierta capacidad de oferta de servicios propios, bajo riesgo de quedar rehén del sector privado y no conseguir cumplir la función de regulador. Para otros, el Estado puede ser regulador sin ser productor directo de servicios. Delegar la producción al sector privado o, especialmente, a entes públicos no estatales, como las organizaciones sociales, puede favorecer el ejercicio de la actividad regulatoria. Lo esencial es que el Estado garantice la eficacia social del sistema de salud.

También en la subdimensión de la relación públicoprivado, se llamó la atención al hecho de que los criterios no pueden limitarse a la cuestión de la gestión pública de los servicios de alta y media complejidad, único criterio propuesto inicialmente. Incluso, ese problema no se refiere, exclusiva o preferentemente, a la relación públicoprivado. En el interior del propio sector público, la cuestión importante es cómo equilibrar la relación entre la alta y la media complejidad y la atención básica.

Las decisiones acerca del financiamiento son extremadamente complejas: la ampliación —necesaria, recomendable— de la atención básica genera, por su parte, mayor demanda de procedimientos de alta y media complejidad. En una situación de escasez, ¿cuál es la mejor distribución de recursos? ¿Cuál el punto de equilibrio?

Se produjo una amplia discusión sobre la organización administrativa de la secretaría municipal de salud, dando origen a dos nuevas subdimensiones y cinco nuevos criterios. La descentralización de la gestión de la salud exige, muchas veces, que sean creadas nuevas estructuras organizacionales en los municipios. Ciertos participantes creen que un buen criterio para evaluar esa subdimensión sería la verificación del grado con que esas estructuras facilitan la gestión participativa. Otros consideran que, para evaluar la gestión, no es importante verificar si hay participación de los

servidores. Por otro lado, todos están de acuerdo sobre la importancia de buscar el compromiso de los profesionales de salud en las cuestiones gerenciales.

La segunda nueva dimensión, que fue denominada *dinámica de la gerencia*, también involucró el tema de la participación de los trabajadores, destacándose, además, el papel del gerente como coordinador de grupo y la existencia de redes de negociación en torno a un proyecto común.

Un aspecto particular, pero muy valorizado, fue la cuestión de un componente ético en la dimensión gerencial. Se argumentó que las elecciones en lo cotidiano de la gestión son pautadas por valores que precisan ser discutidos y socializados. Se sugirió también incluir un criterio específico sobre la transparencia de la gestión. Como se vio anteriormente, algunas de esas sugerencias fueron consensuadas y pasaron a componer la imagen-objetivo de la descentralización, pero otras no.

La subdimensión *organización de los servicios* también fue objeto de mucho debate. Algunos conferencistas estimaron que estaría mejor ubicada en la dimensión asistencial. Otros criticaron lo que juzgaron como un excesivo fraccionamiento de los criterios. Otros además sintieron una falta de criterios específicos en cuanto a las políticas de insumos, como medicamentos y vacunas; o en cuanto a la calidad y continuidad del cuidado; o también en relación a las vigilancias epidemiológica y sanitaria. Se recordó igualmente la necesidad de contemplar la capacitación del personal. Se pensó también incluir un criterio particular sobre el Programa de Salud de la Familia, pero la amplia mayoría opinó en contra, argumentando que el punto fundamental —las concepciones en que se basa el programa— ya estaba contemplado.

El tema de la accesibilidad recibió una atención especial. Se destacó la importancia de este criterio, vista la existencia de dinámicas de exclusión, de barreras creadas por el propio sistema de salud. En ese sentido, importa verificar el modo como se da el ingreso del usuario en servicio, para identificar posibles obstáculos.

Con relación al tema de la accesibilidad, se discutió mucho la adscripción de la clientela. Si, por un lado, es esencial para la planificación en la lógica de la demanda, por otro, puede representar una barrera, si es realizada burocráticamente, sin tomar en cuenta el desplazamiento real de las personas en el territorio. Una adscripción restringida a las unidades básicas de salud será, ciertamente, problemática. En tanto, si las unidades básicas son, efectivamente, puertas de entrada de un sistema integrado, la adscripción será probablemente facilitadora del acceso.

Se agregó que, sin la adscripción, los sistemas de referencia y contrarreferencia se limitan a ser mecanismos meramente formales de encaminamiento de los pacientes, y no instrumentos de garantía de acceso a los servicios que cada caso requiere.

La última subdimensión gerencial trata del control social. Muchos conferencistas opinaron que el control social debería integrar la dimensión política y no la gerencial de la imagen-objetivo de la descentralización. Además, muchos hallaron insuficiente un solo criterio para evaluar el control social, como fue propuesto inicialmente. Además de verificar si el Consejo Municipal de Salud (CMS) actúa, se debería analizar la lógica de su funcionamiento: qué funciones ejerce, qué intereses representa. Es preciso averiguar si el CMS tiene capacidad de decisión política, si define las prioridades de salud de la administración municipal y diseña estrategias,

si acompaña los trabajos de la Secretaría de Salud. Con eso, el criterio de actividad se volvería más concreto.

Diversos criterios fueron sugeridos con el objetivo de calificar la evaluación del control social: la existencia de consejos locales de salud, la transformación de los centros de salud en unidades gestoras y presupuestarias, la existencia de contraloría y de auditoría interna; y la de publicidad de los resultados de las acciones de la Secretaría Municipal de Salud. Sin embargo, solo tres criterios fueron consensuados: CMS activo, prioridades definidas por el CMS y existencia de auditoría interna.

En suma, en la dimensión gerencial el consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización se estableció con siete subdimensiones y veintitrés criterios. Hubo gran acuerdo sobre la importancia de las acciones de planificación y evaluación, de la capacidad regulatoria de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) y sus profesionales y de la ética en la gestión. Aunque con alguna polémica, las subdimensiones de la organización de los servicios y del control social obtuvieron, al final, elevada aceptación en importancia y consenso. Probablemente debido al surgimiento de nuevos criterios durante la etapa presencial de la conferencia. Por fin, vale resaltar que un único ítem no fue considerado importante por la mayoría de los especialistas: la existencia de organizaciones sociales.

Consenso y disenso en las dimensiones asistencial y de la efectividad de las prácticas

La dimensión asistencial y la dimensión de la efectividad de las prácticas fueron discutidas conjuntamente durante la etapa presencial de la conferencia, a pesar de estar separadas en la propuesta inicial de imagen-objetivo de la descentralización. La opción por la discusión conjunta se justifica, si consideramos que, desde el punto de vista teórico, las dos dimensiones pueden ser integradas en una única —prácticas asistenciales de salud— dividida en dos subdimensiones: la organización y la efectividad.

Se estableció un amplio consenso sobre la centralidad de esas dimensiones para evaluar la descentralización de la atención a la salud. Es en ellas que se puede averiguar si el sistema está funcionando o no.

Es fácil reconocer que desde su creación el Sistema Único de Salud tuvo progresos en los requisitos de participación social y de descentralización de la gestión; pero en la cuestión del cuidado, de la asistencia real, del contenido mismo de las prácticas de salud, los avances no son evidentes.

Cuando se discuten los modelos asistenciales, con frecuencia se habla de vínculo y adscripción, acceso y acogimiento, cuidado y atención, pero ¿cuáles son los significados concretos u operacionales de esos conceptos? Los especialistas concuerdan en que la mejoría de la asistencia a la salud y de la situación de la salud no será resultado de ninguna estrategia política o gerencial aislada, sino que dependerá de un conjunto bien articulado de estrategias, que desencadene una nueva dinámica asistencial. Al final, es preciso retomar el concepto de seguridad social, definiendo

simultáneamente el lugar propio y las interfaces de la prestación de servicios de salud dentro de una red de protección social.

Entretanto, no todo fue consenso. Algunos conferencistas cuestionaron el criterio referente al énfasis en la promoción de la salud. Para ellos, la integralidad presupone un equilibrio entre las acciones de promoción, prevención, cura y rehabilitación, y no el énfasis en alguno de los tipos de acción. Además, se recomendó cuidado al evaluar la promoción de la salud, pues implica requisitos que están fuera del sector salud.

Se afirmó, sin divergencias, que la integralidad exige el uso racional de los servicios, pues si hay insuficiencias en la oferta, hay también excesos de utilización. En ese sentido, el riesgo de medicalización es claro. En particular, la utilización de protocolos es bien vista como estrategia de racionalización del uso de los servicios y de garantía de la calidad de la atención.

Se destacó también que la integralidad tiene distintas dimensiones, separables solo para fines de análisis teórico. Una dimensión se refiere a los niveles de atención (promoción, protección, cura, rehabilitación), como fue mencionado más arriba. Otra dimensión, que puede ser caracterizada como tecnológica, se torna evidente cuando se habla de servicios de baja, media o alta complejidad. Finalmente, se puede pensar en una dimensión de la integralidad de la atención, que remite al respeto a la integralidad biopsicosocial de la persona atendida.

La proposición de dos subdimensiones —integralidad de las acciones y abordaje integral— dentro de la dimensión asistencial, buscó dar cuenta de las distintas acepciones de la noción de integralidad. En la acepción del abordaje integral se enfatizó la importancia de evaluar la existencia de vínculos efectivos entre los profesionales de salud y los usuarios, y de compromisos entre los servicios y la población. La creación de esos vínculos y el establecimiento de esos compromisos exigen, claramente, una reorganización del proceso de trabajo en salud.

Se comentó que el equipo multiprofesional es, probablemente, el medio más adecuado para alcanzar la integralidad. También se resaltó la necesidad de un funcionamiento muy bien articulado del equipo, para evitar el riesgo de fragmentación del cuidado por un conjunto de profesionales. El equipo requeriría compartir una concepción integral de la persona humana y, por eso, tal vez valdría la pena incluir un criterio que permita evaluar la existencia de esa concepción. El desarrollo de una concepción holística puede ser favorecido si los equipos pueden definir su *proyecto asistencial*, contando con el apoyo de gerencias descentralizadas.

La cuestión de la visita domiciliaria también fue mencionada. Un participante destacó el peso simbólico que tiene para las personas la concurrencia de un profesional de la salud a su domicilio. Significa el reconocimiento del usuario como ser humano. Es, por lo tanto, un criterio importante para evaluar el abordaje integral.

Hubo cierta polémica en cuanto a los criterios relativos a áreas específicas de la asistencia. Algunos miembros de la conferencia se posicionaron contra la referencia particular a las acciones de salud bucal o de salud mental. Otros consideraron importante que hubiera criterios propios de esas áreas, dado que constituyen prácticas diferenciadas que permiten calificar el sistema de servicios de salud de un

modo que otros criterios no consiguen. En esa línea, se sugirió también la inclusión de un criterio relativo al área de servicio social.

Otra área específica mencionada fue la asistencia farmacéutica. Se destacó que es insuficiente evaluar solo la disponibilidad de medicamentos y la promoción del uso racional. Se deberían buscar otros criterios que permitan evaluar la organización de la asistencia farmacéutica como un todo.

En cuanto a la dimensión de la efectividad de las prácticas, durante la discusión se manifestaron algunas preocupaciones con el tema de la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna. Se planteó que una cosa es reducir las tasas de niveles elevados a niveles medios y otra reducir tasas de niveles intermedios a bajos. En ese sentido, señalaron que el criterio debería ser matizado y no dar el mismo peso, independientemente de las tasas de mortalidad de los municipios analizados.

Se destacó también la importancia de evaluar con más profundidad la percepción de la población. O sea, investigar, no solo el grado de satisfacción, sino también las formas de uso y la capacidad de respuesta de la unidad, o sea, si la población se siente obligada a retornar o a peregrinar por varias unidades hasta tener su problema resuelto.

Se criticó, finalmente, la ausencia de criterios específicos para evaluar la equidad del sistema de salud, o más pragmáticamente, la equidad en la utilización de los servicios de salud. Tal vez la alternativa sea verificar esa dimensión a través del acceso y de la cobertura. Investigar si hay acceso y cobertura iguales para igual necesidad, independientemente de la clase social, nivel económico, nivel educacional, género o etnia.

En suma, en la dimensión asistencial el consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización fue desarrollado en base a dos subdimensiones y diez criterios. La subdimensión *integralidad de las acciones* posee criterios consensuados referidos al énfasis en las acciones de promoción, a la integración de las acciones promocionales, preventivas, recuperadoras y rehabilitadoras y a la disponibilidad de medicamentos. La subdimensión *abordaje integral*, por su parte, tiene siete criterios consensuados e importantes que incluyen, entre otros, el acogimiento y la atención domiciliaria. Vale resaltar que apenas dos de los dieciocho criterios de la dimensión asistencial debatidos durante la conferencia fueron considerados poco importantes.

En la dimensión *efectividad de las prácticas* se estableció el consenso en torno a tres subdimensiones y nueve criterios. La subdimensión *impacto sobre la salud* quedó con dos criterios ampliamente consensuados, relativos a la mortalidad infantil y materna. Las subdimensiones relativas a la percepción de los usuarios y de los prestadores también alcanzaron niveles elevados de importancia y consenso, con criterios que contemplan tanto las investigaciones de opinión, como la capacidad de respuesta del equipo local.

Consideraciones finales

La imagen-objetivo de la descentralización de la salud, resultante de una conferencia de consenso que incluyó a diez especialistas, contiene cincuenta y tres criterios de evaluación, agrupados en dieciséis subdimensiones que, a su vez, se agrupan en cuatro dimensiones.

La dimensión de la efectividad de las prácticas y la dimensión asistencial fueron las consideradas como de mayor importancia y obtuvieron los grados más elevados de consenso. La dimensión gerencial obtuvo también niveles elevados en importancia y en consenso, aunque no tan altos como la asistencial y la de efectividad de las prácticas. Por último, la dimensión política fue la que tuvo más divergencias. Sin embargo, los puntos consensuados superaron en mucho los de disenso.

Entre las subdimensiones, la capacidad regulatoria de la SMS y la de competencia y las relaciones entre los tres niveles de gobierno fueron las de mayor importancia y las de mayor grado de consenso. En el polo contrario, la gobernabilidad y las estructuras organizacionales fueron las subdimensiones de mayor disenso y de menor importancia relativa.

Entre los criterios, el de accesibilidad se destacó como el más importante y el más consensuado. El criterio *Secretaría con capacidad regulatoria* se ubicó en segundo lugar. En el lado opuesto, los criterios de existencia de un fondo especial de gastos y la existencia de organizaciones sociales fueron los de menor importancia y de mayor divergencia.

Es posible ahora retomar la pregunta de la introducción: ¿a dónde se quiere llegar con la descentralización de la salud?

Según el consenso de los especialistas, la descentralización debe tener impacto sobre el estado de salud, en particular, reduciendo la mortalidad infantil y la materna. Debe buscar la satisfacción de los usuarios, sobre todo aumentando la resolutivez de los servicios de salud. Y debe buscar la satisfacción de los prestadores, inclusive a través de una gestión participativa.

Las personas deben ser bien acogidas por equipos multiprofesionales, que definen sus proyectos asistenciales de modo de reorganizar el proceso de trabajo, con vistas a ofrecer un abordaje integral de la persona atendida. Las acciones de salud deben ser bien integradas, desde las de promoción hasta las de rehabilitación. La garantía de acceso al conjunto de los servicios es esencial, incluyendo la asistencia farmacéutica.

La Secretaría Municipal de Salud debe usar en forma rutinaria las herramientas de planificación y de evaluación y precisa tener alta capacidad regulatoria, tanto sobre el sector privado como sobre el sector público. La oferta de servicios se debe adecuar al perfil epidemiológico de la población y debe estar organizada en una red jerarquizada. Las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria deben estar integradas. Las unidades de salud deben ser acreditadas. La gerencia debe explicitar los valores éticos que guían sus elecciones. El Consejo Municipal de Salud requiere ser activo, definiendo prioridades y acompañando las acciones de la auditoría interna.

Los tres niveles de gobierno —municipal, estatal (provincial) y federal— necesitan trabajar de modo coordinado y complementario. La salud debe ser ampliamente reconocida como prioridad del gobierno, las iniciativas sectoriales tienen que estar presentes y el financiamiento debe respetar la Enmienda Constitucional N° 29. El gestor precisa tener capacidad para liderar y elaborar un proyecto común, además de contar con técnicos calificados. Finalmente, el gestor debe ser capaz de producir hechos que amplíen sus grados de libertad de acción.

Si todo esto se alcanzara, la descentralización habría cumplido plenamente su misión estratégica de reorganizar la atención de la salud.

Evidentemente, la imagen-objetivo construida a través de la conferencia no es, ni podría ser, definitiva. Representa apenas un cierto grado de consenso provisorio. Sin embargo, se constituye como un instrumento útil para la realización de investigaciones y para la discusión de políticas de salud.

Los investigadores pueden encontrar en ella un apoyo para la realización de sus investigaciones evaluativas. Podrán utilizar diferentes combinaciones de las dimensiones y de los criterios disponibles, dependiendo de su referencial teórico, teniendo conciencia del grado de consenso y de relevancia atribuidos a ellos por especialistas en el tema. Además, en caso de que sea utilizada en varias investigaciones, la imagen-objetivo consensuada podrá facilitar la comparación de resultados y ampliar el grado de conocimiento acerca de los procesos de reorganización sectorial.

Los gestores y formuladores de políticas de salud, por su parte, pasan a contar con un instrumento más que les dice en qué aspectos concentrar su atención. Concretamente, la imagen-objetivo elaborada indica que asegurar la coordinación y complementariedad entre las tres esferas de gobierno y ampliar la capacidad regulatoria de las secretarías municipales de salud son dos grandes desafíos a enfrentar.

Referencias bibliográficas

- Almeida, C. (1988). *Os Atalhos da Mudança na Saúde do Brasil*. Río de Janeiro: OPAS.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (1999). *Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France*. París: ANAES.
- Brown, A. D., Goldacre, M. J., Hicks, N., Rourke, J. T., McMurtry, R. Y., Brown, J. D. y Anderson G. M. (2001). Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Canadian Journal of Public Health*, 92(2), 155-159.
- Cohen, E. y Franco, R. (1994). *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Donabedian, A. (1988). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volumen II*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Favaro, P. y Ferris, L. (1991). Program evaluation with limited fiscal and human resources. En J. A. Love (Ed.). *Evaluation Methods Sourcebook I*. Ottawa: Canadian Evaluation Society.
- Fleury Teixeira, S. (1992). Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. En *IX Conferencia Nacional de Saúde. Cadernos da nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília: Grupo técnico da Comissão Organizadora.
- Heimann, L. S., Castro, I. E. N., Kayano, J., Rocha, J. L., Riedel, L. F., Terence, M. F., Lutz, O. C., Fraissat, R. A., Pessoto, U. C. y Junqueira, V. (1998). *A descentralização do sistema de Saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*. San Pablo: Instituto de Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de San Pablo (mimeo).
- Instituto de Saúde Coletiva/UFBA (ISC) (2002). *Análise da implantação da gestão descentralizada da atenção a saúde na Bahia. Relatório final da pesquisa*. Salvador: ISC.
- Mendes, E. V. (1992). A descentralização como processo social. En M. E. Kalil (Org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. Anais*. San Pablo: Hucitec.

Muller Neto, J. (1992). Política de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. En *IX Conferencia Nacional de Saúde. Cadernos da nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília: Grupo técnico da Comissão Organizadora.

Pineault, R. y Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Montreal: Agende d'ARC.

Vieira Da Silva, L., Hartz, Z., Paim, J. S., Chaves, S., Silva, G. A., Lopes, R. y Pacheco, E. (2002). *Avaliação da descentralização da atenção a saúde na Bahia. Relatório Final de Pesquisa*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva.

Anexos

Cuadro 3.1. Imagen-objetivo de la descentralización de la salud: dimensiones, subdimensiones y criterios de evaluación (dimensión política).

DIMENSIÓN POLÍTICA			
Subdimensiones	Criterios de evaluación	Puntos atribuidos a los criterios Escala de cero (sin importancia o exclusión) a diez (importancia máxima).	Comentarios y observaciones (en caso que prefiera excluir el criterio, justifique su opinión)
Proyecto de gobierno	Prioridad para la salud explicitada en el Plan de Gobierno		
	Iniciativas intersectoriales como práctica regular en la gestión fundamental		
	Financiamiento de la salud programado y ejecutado de acuerdo con la C-29.		
Capacidad de gobierno	Dirección de la salud ejercida por liderazgo político, portador de capacidad técnica y de un proyecto de sistema local de alta calidad.		
	Cuadros técnicos de la salud calificados y en número suficiente		
	Política de recursos humanos adecuada, con Plan de Cargos y Salarios, admisión a través de concurso público e incentivo a la capacitación ligado a la remuneración		
	Amplia base de apoyo político en el parlamento municipal y en la sociedad civil organizada		
Gobernabilidad	Secretaría de salud con autonomía para utilización de los recursos municipales, con Comisión de licitación y con contador responsable.		
	Gestor municipal con capacidad de iniciativa política junto a los niveles estatal y federal		
OBS.			
*Otras subdimensiones y/o criterios juzgados importante pueden ser agregados y también puntuados en las planillas.			

Cuadro 3.2. Imagen-objetivo de la descentralización de la salud: dimensiones, subdimensiones y criterios de evaluación (dimensión gerencial).

DIMENSIÓN GERENCIAL			
Subdimensiones	Criterios de evaluación	Puntos atribuidos a los criterios Escala de cero (sin importancia o exclusión) a diez (importancia máxima).	Comentarios y observaciones (en caso que prefiera excluir el criterio, justifique su opinión)
Planificación y evaluación	Prácticas regulares de planificación de salud con un enfoque estratégico		
	Evaluación realizada sistemáticamente para subsidiar el proceso de toma de decisiones.		
Relación público-privada	Conjunto de las acciones de alta y media complejidad administradas por el sector público, con la realización de parte significativa de esas acciones por servicios públicos.		
Relación de la SMS con los profesionales	El proyecto de la SMS moviliza a los profesionales de la salud, que se sienten co-responsables por el proyecto político de la SMS.		
Organización de los servicios	Oferta de servicios adecuada al perfil socio-epidemiológico del municipio.		
	Accesibilidad garantizada a la atención básica, a los servicios de urgencia-emergencia, a la hospitalización y a los servicios de alta y media complejidad.		
	Cobertura efectivamente ampliada, con la utilización de los servicios del SUS por el 75% de la población como mínimo.		
	Integración de la red de servicios de Conferencia Municipal de Salud.		
Control social	Existencia de CMS activo y realización de Conferencia Municipal de Salud		
OBS.			
*Otras subdimensiones y/o criterios juzgados importante pueden ser agregados y también puntuados en las planillas.			

Cuadro 3.3. Imagen-objetivo de la descentralización de la salud: dimensiones, subdimensiones y criterios de evaluación (dimensión asistencial).

DIMENSIÓN ASISTENCIAL			
Subdimensiones	Criterios de evaluación	Puntos atribuidos a los criterios Escala de cero (sin importancia o exclusión) a diez (importancia máxima).	Comentarios y observaciones (en caso que prefiera excluir el criterio, justifique su opinión).
Integralidad de las acciones	Énfasis en las acciones de promoción de la salud, con utilización de tecnologías de comunicación social.		
	Existencia de integración de las acciones de promoción, preventivas, de recuperación para los eventos priorizados.		
	Disponibilidad de medicamentos y promoción del uso racional de los mismos.		
	Desarrollo de acciones integrales en salud bucal de acuerdo con el perfil epidemiológico.		
Abordaje integral (cuidado completo y continuo)	Utilización sistemática de protocolos de atención para los eventos priorizados.		
	Adopción de estrategias explícitas de acogimiento del usuario (triage por profesionales de salud, flexibilidad en la rutina de los servicios, patrón razonables de confort en las instalaciones físicas).		
	Realización regular de actividades de salud por equipos multiprofesionales.		
OBS.*			

*Otras subdimensiones y/o criterios juzgados importante pueden ser agregados y también puntuados en las planillas.

Cuadro 3.4. Imagen-objetivo de la descentralización de la salud: dimensiones, subdimensiones y criterios de evaluación (dimensión de la efectividad de las prácticas).

DIMENSIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS PRÁCTICAS			
Subdimensiones	Criterios de evaluación	Puntos atribuidos a los criterios Escala de cero (sin importancia o exclusión) a diez (importancia máxima).	Comentarios y observaciones (en caso que prefiera excluir el criterio, justifique su opinión).
Impactos sobre el estado de salud	Reducción de la mortalidad infantil.		
	Reducción de la mortalidad materna.		
	Reducción de los daños y riesgos priorizados en el plan de salud.		
Percepción de la población	Satisfacción de los usuarios con relación al acogimiento, a la atención básica, a la atención especializada y a las acciones promocionales y preventivas.		
	Resultados de encuestas de opinión.		
OBS.*			

*Otras subdimensiones y/o criterios juzgados importante pueden ser agregados y también puntuados en las planillas.

Cuadro 3.5. Imagen objetivo de la descentralización de la salud.

	Media	Desvío estándar
DIMENSIÓN POLÍTICA	7,1	2,57
1. Competencias y relaciones entre los tres niveles	9,1	1,36
1.1. Coordinación y complementariedad	9,1	1,36
2. Proyecto de gobierno	8,4	1,71
2.1. Prioridad de Gobierno	7,9	2,13
2.2. Iniciativas intersectoriales	8,2	1,87
2.3. Financiamiento de acuerdo con la EC-29	9,2	1,14
3. Capacidad de Gobierno	8,0	1,85
3.1. Liderazgo	7,4	2,72
3.2. Cuadros técnicos	8,7	0,82
3.3. Política de RRHH	7,0	2,83
3.4. Capacidad dialógica y de síntesis de intereses	7,8	2,2
3.5. Capacidad de formar un proyecto común	8,4	1,35
3.6. Articulación municipal	8,6	1,19
4. Gobernabilidad	6,2	3,21
4.1. Amplia base de apoyo en el parlamento y en la sociedad civil	6,0	3,68
4.2. Autonomía de la SMS	7,7	1,89
4.3. Capacidad de iniciativa junto a los niveles estatal y federal	6,5	3,69
4.4. Amplia base de apoyo en el parlamento	4,4	3,95
4.5. Amplia base de apoyo en la sociedad civil	6,3	3,53
4.6. Amplia base de apoyo comunitaria	7,1	3,02
4.7. Capacidad de iniciativa junto al nivel estatal/federal y a los otros municipios	8,1	1,45
4.8. Gestor produciendo hechos que amplíen sus grados de libertad	7,0	2,98
4.9. Gestor capacitado para convencer a socios estatales y federales	7,1	3,03
4.10. Existencia de un fondo especial de gastos	4,0	4,36
4.11. Articulación respetuosa con los medios	6,8	3,19
4.12. Relaciones políticas entre las esferas de gobierno	7,4	3,2
4.13. Capacidad de las tres esferas de desconcentrar poder	7,3	3,12
4.14. Plan de asesorías	2,7	3,45
4.15. Entrenamiento	5,1	3,53

Cuadro 3.6. Imagen-objetivo consensual de la descentralización de la salud.

DIMENSIÓN POLÍTICA
1. Competencias y relaciones entre los tres niveles de gobierno
1.1. Coordinación y complementariedad
2. Proyecto de gobierno
2.1. Salud como prioridad de gobierno
2.2. Existencia de iniciativas intersectoriales
2.3. Financiamiento de acuerdo con la Enmienda Constitucional N° 29
3. Capacidad de gobierno
3.1. Gestor con capacidad de liderazgo
3.2. Cuadros técnicos capacitados en número suficiente
3.3. Política de recursos humanos adecuada
3.4. Capacidad de diálogo y de síntesis de intereses
3.5. Capacidad de formar un proyecto común
3.6. Capacidad de articulación política municipal
4. Gobernabilidad
4.1. Autonomía de la Secretaría Municipal de Salud
4.2. Capacidad de iniciativa junto a otros gestores (estatal/federal/municipal)
4.3. Capacidad del gestor de producir hechos que amplíen sus grados de libertad.
5. Planificación y evaluación
5.1. Planificación estratégica
5.2. Evaluación sistemática
5.3. Planificación por problemas y participativa
5.4. Uso rutinario de la evaluación de la calidad de la atención
5.5. Calidad del registro y de las informaciones
5.6. Diseminación/discusión de los resultados de la evaluación
6. Capacidad reguladora de la Secretaría Municipal de Salud
6.1. Secretaría con capacidad reguladora
8. Relación de la Secretaría Municipal de Salud con sus profesionales
8.1. Profesionales movilizados y co-responsables
9. Organización de los servicios
9.1. Oferta adecuada al perfil epidemiológico
9.2. Garantía de acceso a los servicios
9.3. Integración de los servicios en una red jerarquizada
9.4. Vigilancia epidemiológica y sanitaria integradas
9.5. Capacitación de servidores y educación permanente
9.6. Servicios, hospitales y centros de hemoterapia acreditados
9.7. Existencia de una política de insumos
9.8. Programación pactada e integrada

Cuadro 3.6. Imagen-objetivo consensual de la descentralización de la salud. (Continuación)

DIMENSIÓN POLÍTICA	
10. Dinámica de la gerencia	
	10.1. Ética en la gestión 10.2. Gerencia descentralizada
11. Control social	
	11.1. Consejo Municipal de Salud activo 11.2. Prioridades definidas por el Consejo Municipal de Salud 11.3. Existencia de auditoría interna
DIMENSIÓN ASISTENCIAL	
12. Integralidad de las acciones	
	12.1. Énfasis en la promoción de la salud 12.2. Integración de acciones preventivas-curativas 12.3. Equipos multiprofesionales
13. Abordaje integral	
	13.1. Utilización de protocolos 13.2. Acogimiento 13.3. Equipos multiprofesionales 13.4. Atención domiciliaria 13.5. Supervisión del trabajo en equipo por las gerencias descentralizadas 13.6. Organización del servicio como proceso cotidiano de trabajo 13.7. Equipos de salud definen “proyecto asistencial”
DIMENSIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS PRÁCTICAS	
14. Impacto sobre la salud	
	14.1. Reducción de la mortalidad infantil 14.2. Reducción de la mortalidad materna
15. Percepción de la población	
	15.1. Satisfacción de los usuarios 15.2. Pesquisas de opinión 15.3. Formas de uso por la clientela (repetitivo, peregrinación en diversas unidades de salud) 15.4. Acogimiento de las demandas 15.5. Percepción sobre la capacidad de respuesta del equipo profesional
16. Percepción de los servidores	
	16.1. Satisfacción de los servidores con su trabajo

Cuadro 3.7. Criterios importantes, excluidos de la imagen-objetivo de la descentralización por no ser consensuados.

DIMENSIÓN POLÍTICA
Gobernabilidad
Amplia base de apoyo comunitaria Gestor capacitado para argumentar y convencer a sus pares estatales y federales Relaciones políticas entre las esferas de gobierno Capacidad de las tres esferas de desconcentrar poder
DIMENSIÓN GERENCIAL
Organización de los servicios
Cobertura ampliada
Dinámica de la gerencia
Existencia de redes de negociación en torno a un proyecto común
Control social
Capacidad de acompañamiento de los proyectos por el Consejo Municipal de Salud Publicidad de los resultados de las acciones de la Secretaría Municipal de Salud
DIMENSIÓN ASISTENCIAL
Integralidad de las acciones
Acciones integrales en salud mental Acciones en otras esferas de cuidado como alimentación, placer, cultura
Abordaje integral
Acompañamiento en la calidad del cuidado Realización de foros de consenso Adopción de metodologías de evaluación del proceso de trabajo
DIMENSIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS PRÁCTICAS
Impacto sobre la salud
Daños y riesgos priorizados
Percepción de la población
Vínculos establecidos entre usuario y servicio Respuestas efectivamente dadas en el lugar

Cuadro 3.8. Criterios excluidos de la imagen-objetivo de la descentralización por no ser consensuados.

DIMENSIÓN POLÍTICA
Gobernabilidad
<ul style="list-style-type: none"> Amplia base de apoyo en el parlamento y en la sociedad civil Capacidad de iniciativa junto a los niveles estatal y federal Amplia base de apoyo en el parlamento Amplia base de apoyo en la sociedad civil Existencia de un fondo especial de gastos Articulación respetuosa con los medios Existencia de un plan de asesorías Realización de entrenamientos
DIMENSIÓN GERENCIAL
Relación público-privado
Organizaciones sociales
Estructuras organizacionales de la Secretaría Municipal de Salud
Estructuras horizontales que faciliten la gestión participativa
Organización de los servicios
<ul style="list-style-type: none"> Redes ambulatoria y hospitalaria con flujos monitoreados Flujo de pacientes entre municipios monitoreado Programa de certificación profesional implantado Existencia de una política de inversiones
Dinámica de la gerencia
Gerente como coordinador de grupo
Control Social
<ul style="list-style-type: none"> Consejo Municipal de Salud con capacidad de decisión política Capacidad deliberativa del Consejo Municipal de Salud Existencia de Consejos Locales de Salud Unidades gestoras y presupuestarias en el ámbito de los distritos y unidades de salud Compromiso de los profesionales en el proyecto institucional Existencia de auditorías
DIMENSIÓN ASISTENCIAL
Integralidad de las acciones
Acciones integrales de salud bucal
Abordaje integral
Acciones de rehabilitación

Capítulo 4

Intersectorialidad en salud: un estudio de caso

Vitória Solange Coelho Ferreira¹, Ligia Maria Vieira-da-Silva²

Introducción

La intersectorialidad en salud ha sido definida como una coordinación entre sectores (OMS, 1984); o como una intervención coordinada de instituciones en acciones destinadas a abordar un problema vinculado a la salud (Suaréz, 1992); o también como la articulación entre saberes y experiencias en la planificación, realización y evaluación de acciones para alcanzar efectos sinérgicos en situaciones complejas (Junqueira e Inojosa, 1997). Actualmente, es considerada un componente central de las políticas de salud dirigidas al cambio del modelo asistencial (Paim, 1994; Mendes, 1996).

La propuesta de la intersectorialidad en salud aparece en los principales planes y programas de los organismos internacionales, como la OMS, desde 1961, o el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso. A partir de entonces, en diversos documentos y eventos oficiales se ha recomendado su adopción. Destacamos por su importancia, la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en 1972, la reunión de AlmaAta en 1978, el Encuentro sobre Acciones Intersectoriales en Salud en 1986, la Carta de Ottawa en 1986; la Declaración de Adelaida, en 1988; la Conferencia de Sundsvall, en 1991 y la de Santa Fe de Bogotá, en 1992; la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI, en 1997 y la Conferencia Internacional sobre Acciones Intersectoriales para la Salud, en 1997.

En esos eventos se ha señalado, de diferentes maneras, que la promoción de la salud también es responsabilidad de sectores gubernamentales tales como la agricultura, el comercio, la educación, la industria y la comunicación, y que debe ser

¹Enfermera sanitaria. Profesora de la Universidad Estatal de Santa Cruz (UESC). Master en Salud Colectiva (ISC/UFBA). Brasil.

²Médica. Profesora del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA). Doctora por la Universidad de SAan Pablo (USP). Investigadora IC del CNPq. Brasil.

considerada en el conjunto de las formulaciones políticas sectoriales (OMS, 1986; Brasil, 1996; Buss, 2000).

Para profundizar el conocimiento sobre el tema, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó, en cooperación técnica con países de América Latina y el Caribe, una serie de estudios de casos en los años 1983, 1984, 1989 y 1990. Los resultados de esas experiencias revelan que la mayoría de las acciones desarrolladas entre los diversos sectores fueron actividades conjuntas, no acciones intersectoriales, excepto las realizadas en Cuba (OPS, 1984; OPS, 1989; OPS, 1990; Novaes, 1990).

En Brasil la propuesta de la intersectorialidad existe desde la década del 70, en el II Plan Nacional de Desarrollo Económico (PND), para el período de 1975 a 1979. Ya en la VI Conferencia Nacional de Salud aparecía como un objetivo de la política nacional, y era incluida en el Programa de Interiorización de Acciones de Salud y Saneamiento para el Nordeste (PIASS) y en el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición. (PRONAN) (Brasil, 1997).

Posteriormente, en la década de 1990, se desarrollaron algunas experiencias de descentralización en varios estados del país, que incorporaron, en alguna medida, acciones intersectoriales como: el Caso de Camacari (Vieira da Silva, 1991), el Proyecto Salud, Medio Ambiente y lucha contra la pobreza (OPS, 1991), el Plan de Acción Intersectorial para la mejoría de la calidad de vida en Campinas (Mendes, 1995), la experiencia de una gestión descentralizada intersectorial: el caso de Fortaleza y el Forum de Combate a la Violencia del Proyecto UNIBA (BAHIAUFBA/PROJETO UNI, 1998).

Para Inojosa y Junqueira (1997), algunos de esos proyectos intersectoriales ofrecen la oportunidad de reflexionar sobre el desafío de la articulación intersectorial, cuestión que excede los límites de eventuales acciones conjuntas a partir de determinadas estructuras organizacionales específicas, para presentarse como un problema más amplio en los tres niveles de gobierno. Además, refieren que la implementación de ese tipo de estrategia de trabajo en el aparato gubernamental requiere de decisión política, lo que implica romper con el antiguo patrón de prestación de servicios que refleja una determinada estructura de poder donde impera la fragmentación, la sectorización y la centralización.

Estas experiencias se refieren a tentativas de consolidación de una reforma administrativa municipal, teniendo como eje articulador el enfoque de la descentralización, de la intersectorialidad y de la formación de redes, y como imagen-objetivo la implementación de un nuevo modelo de gestión de las políticas públicas que posibilite la optimización de los recursos municipales para el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, a través de la introducción de nuevas tecnologías de gestión y de alteraciones en las relaciones de poder que se establecen en el nivel individual y de las instituciones.

Entre las preguntas que emergen de la síntesis hecha se destaca la que se refiere a las razones por las cuales esta propuesta no fue implementada extensivamente, a pesar de estar presente en planes y programas en las últimas cuatro décadas. La respuesta a esa pregunta requiere la investigación de la implantación de la estrategia de la intersectorialidad en diferentes contextos.

En Bahía, a partir de 1995, la Secretaría Estatal de Salud desarrolló el Programa de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI), utilizando como metodología el desarrollo de acciones conjuntas, coordinadas e integradas entre los diversos sectores para intervenir en las necesidades sociales y en los problemas de salud de la población, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad maternoinfantil en los municipios de mayor riesgo.

Para contribuir a esclarecer esta cuestión, se realizó un análisis acerca de los procesos involucrados en la implantación de las acciones intersectoriales, en el Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI) de la Dirección Regional de Salud (DIRES) de GaliléiaBA, en un municipio seleccionado. En ese análisis se realizó la caracterización del grado de implementación de las acciones intersectoriales, la identificación de los factores facilitadores y restrictivos de su implementación, y la descripción de las concepciones que sobre intersectorialidad tenían los diversos actores sociales del municipio seleccionado.

Modelo teórico

El estudio de la intersectorialidad comprendió el desarrollo de las siguientes categorías analíticas (Testa, 1982): el poder, las políticas de salud y las instituciones. A partir de esas categorías, se identificaron otras, correlacionadas y adyacentes, que auxiliaron en la operacionalización de las primeras, a saber: gobierno, estrategia, situación, política y actores sociales.

El referencial teórico escogido para abordar esas categorías fue desarrollado, principalmente, a partir de Matus (1997), Testa (1981, 1982, 1992 y 1995), Denis y Champagne (1997) y Yin (1994). El análisis del grado de implementación y de los factores allí involucrados requiere cierta comprensión acerca de la estructura de poder sectorial, de la articulación entre los componentes del triángulo de gobierno (Matus, 1997) y de cómo se conforma el poder local (Fisher, 1993; Costa, 1996; Nunes, 1996; Souza, 1996; Blumm & Souza, 1998).

Totalidad de lo real

La realidad social, por ser compleja, dinámica y conflictiva, está siempre en movimiento, imponiendo cambios en la trayectoria de los acontecimientos, independientemente de nuestra voluntad. Para comprenderla, Matus (1997) propone que la analicemos tal como es: indivisible. Para ese autor, mientras la realidad opera con problemas complejos y mal estructurados, las instituciones se organizan por sectores y las universidades fragmentan el saber en departamentos.

Esa concepción del mundo ha imposibilitado profundizar la mirada más allá de los hechos más visibles, sean económicos, políticos, sociales o ideológicos, dificultando la abstracción y elaboración de pensamientos totalizantes que puedan dar cuenta de los problemas presentes en la sociedad mediante su interconexión con el

espacio de su inserción —general, particular o singular— y de las relaciones desarrolladas en los planos situacionales —genoestructuras, fenoproducción y fenoeestructuras— (Matus, 1997).

Testa (1981, 1982) también llama la atención sobre las limitaciones de la noción de sector en la interpretación de lo real, y considera necesario vincular el análisis sectorial con su contexto social, lo cual implica reconocer lo social como totalidad histórica.

Aunque la ciencia necesite delimitar y recortar lo real para que sea posible aprehenderlo, el movimiento inverso también forma parte del proceso de producción del conocimiento. Ya en el ámbito de las intervenciones sociales, la comprensión de lo real como totalidad y síntesis de múltiples determinaciones permite que la acción apunte a los determinantes estructurales y tenga, consecuentemente, más probabilidad de ser efectiva.

Intersectorialidad, estrategia y políticas de salud

La intersectorialidad en salud se comprende como parte de un conjunto de estrategias que consisten en acciones movilizadoras y articuladoras de prácticas y proyectos entre el sector salud y los demás sectores del desarrollo, en la planificación, organización, dirección, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones orientadas a la modificación del modelo asistencial (Paim, 1994; Mendes, 1996). En este sentido, representa una acción intencional mediante la cual los actores sociales, productores de acciones, esperan consciente o inconscientemente alcanzar determinados efectos en situaciones de cooperación y/o conflicto con otros (Matus, 1997).

Así, su implementación consiste en incorporar pensamientos y conceptos que muestren una nueva manera de planificar, ejecutar y controlar la prestación de servicios volcados a una nueva práctica sanitaria. Eso significa alterar toda una forma de articular los diversos segmentos gubernamentales y sus intereses (Junqueira, 1997). Su efectivización exige disponibilidad e interés por parte de los actores involucrados en desarrollar una acción comunicativa (Rivera, 1995); esto es, en practicar un diálogo permanente con representantes de otros sectores, órganos o instituciones, y con representantes de los grupos sociales existentes, en un trabajo colectivo cuyo propósito mayor es promover la salud en la medida en que la acción intersectorial permita la intervención de factores condicionantes de la misma.

La estrategia puede ser considerada como una forma de implementación de una política mediante el comportamiento de un actor —individuo, grupo, institución— cuyo propósito es adquirir cierta libertad de acción que le permita ganar un espacio de maniobra para alcanzar los objetivos buscados. Esos objetivos son el contenido específico de la política que, por su parte, es definida como una forma de distribución de poder en la sociedad o en un sector, como es el caso de la salud (Testa, 1995); también, se refiere a los procesos sociales que conducen a la adopción y ejecución de decisiones a través de las cuales se atribuyen valores para toda la sociedad (OPS, 1975).

Por otro lado, una política de salud puede ser comprendida como la decisión de una autoridad formal (OPS, 1975), o también como una intención o consolidación de

poder para algunos grupos sociales concretos, a través de ciertos contenidos específicos (programas o proyectos de la política) y de ciertas acciones viabilizadoras (la estrategia) dirigidas a conseguir alianzas, consensos o para luchas que debiliten el poder de sus oponentes, contrarios a esa política.

La intersectorialidad, como parte de una propuesta del contenido político de un plan, puede ser considerada como una estrategia, por apuntar en *la dirección del cambio de poder* (Testa, 1982) y posibilitar a las fuerzas sociales comprometidas libertad y oportunidad de acción para perseguir los objetivos pretendidos.

Poder, gobierno y situación

La importancia de la valorizar el grado de implementación de una intervención se relaciona con la distancia entre la fase decisoria y la de implementación de una política, llamando la atención hacia la distancia entre el pensamiento y la acción, la decisión y la aplicación, y la ejecución y su eficacia política (Testa, 1982; Gerschman, 1989; Matus, 1997).

En este sentido, el nivel local reviste gran importancia porque facilita, al menos teóricamente, una mayor participación política, un mayor control social, más proximidad al ciudadano y mejor distribución de los servicios (Blumm & Souza, 1998), además de constituir un lugar privilegiado para la implementación de las políticas de salud en Brasil. Es en este contexto de valorización positiva que se produce la resignificación del poder local (Costa, 1996) y el poder municipal (Davidovich, 1993). Su análisis remite al estudio del poder en cuanto a relaciones de fuerza entre actores, insertos en un conjunto de redes sociales articuladas en las que se tejen relaciones de cooperación o conflicto en torno a intereses, recursos y valores, en un espacio que no está solo físicamente localizado, sino que también está socialmente construido (Fisher, 1993).

Para algunos autores, como Davidovich (1993), la subordinación de lo local a los niveles superiores recorta la autonomía del poder local respecto a la toma de decisiones, al excluir la posibilidad de actuar, debido a determinaciones que escapan de su control y están ligadas a intereses externos. Desde esa perspectiva, el nivel local no sería otra cosa que un mero soporte de las instancias superiores de gestión y su efectivización solo tendría resultado en regímenes de base popular.

No obstante esas propuestas, otros autores como Blumm y Souza (1998) y Nunes (1996) refieren que uno de los principales problemas enfrentados por el gobierno local resulta de su doble responsabilidad: la de ser vehículo de la democracia local, proveyendo servicios adecuados a las necesidades y, la de servir de soporte al aparato administrativo del Estado Nacional, ejecutando políticas en áreas prioritarias, teniendo como objetivo la eficiencia burocrática.

La articulación y la interrelación que se establecen entre el poder local y el poder en una esfera más amplia requieren que las investigaciones sobre los poderes locales tomen en cuenta esa compleja dinámica. Esto implica que el poder local, por contener elementos comunes al poder nacional, nos remite a hablar del Estado y sus

organizaciones. Siendo el Estado producto de la institucionalización progresiva de una estructura política, no se puede desconocer que la esfera local forma parte de ella. Por otro lado, las organizaciones, que según Testa (1997), pueden ser entendidas como la forma de relación que se establece entre las personas para realizar determinada tarea o función pueden ser consideradas, también, como componentes del poder local.

De esa forma, se torna necesario analizar las relaciones de poder existentes en el gobierno y en las organizaciones, puesto que las acciones intersectoriales están atravesadas por un juego estratégico entre los distintos actores y las fuerzas sociales, pertenecientes a los diversos sectores. Las relaciones de poder que se establecen en el interior de las organizaciones y entre las fuerzas sociales son complejas y conflictivas, y expresan intereses múltiples, diversos y a veces, contradictorios. El análisis de las posibilidades de cambio de esa realidad a partir de la intervención externa debe tener en cuenta esa determinación.

Para Testa (1981, 1982, 1995) la interpretación de la estructura del poder en el sector salud permite dilucidar el comportamiento de los grupos sociales en lo que se refiere al proceso de toma de decisiones, el cual posee tres grandes propósitos: promover cambios, crecer o reproducirse y legitimarse. Para ello caracterizó tres tipos particulares de poder: el político, el técnico y el administrativo. El técnico es la capacidad de generar, acceder y/o lidiar con información de características distintas. El poder administrativo es la capacidad de apropiarse y distribuir recursos y el poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades e intereses. Esas caracterizaciones expresan la capacidad de manipular recursos, información e intereses, que acumulan determinadas personas, grupos sociales e instituciones.

Para el análisis de las características del gobierno se utilizó como referencia el triángulo de gobierno propuesto por Matus (1997). Este autor señala que para gobernar, las fuerzas sociales necesitan articular tres componentes: a) proyecto de gobierno; b) capacidad de gobierno; y c) gobernabilidad del sistema.

El *proyecto de gobierno* (P) se refiere al contenido propositivo del plan, que contiene el conjunto de propuestas de acción, las que un actor pretende realizar para alcanzar sus objetivos. Expresa el capital político e intelectual de los actores que planifican y su aplicación en el diseño de una propuesta de acción; tiene relación con la direccionalidad del plan.

La *capacidad de gobierno* (C) habla respecto del capital teórico, del instrumental y de la experiencia acumulada que tiene un actor y su equipo de gobierno para conducir, gerenciar, administrar y controlar el proceso mediante la destreza para concebir y ejecutar estrategias y tácticas eficaces para aprovechar las oportunidades y resolver los problemas.

La *gobernabilidad del sistema* (G) está relacionada con la libertad de la que disponen los actores sociales para actuar frente a las variables que controlan o no controlan en el proceso de gobierno, o sea, se refiere a la posibilidad de actuar y al control sobre sus efectos. Gobernar es una actividad bastante compleja, requiere que los actores sociales en cuestión cuenten con habilidades para conducir un proceso que implica

una definición clara de los objetivos pretendidos, los cuales podrán ser reformulados o descartados de acuerdo con la evolución de los resultados.

El concepto de situación es el desarrollado por Matus (1997), según el cual la situación está constituida por actores y problemas, por lo que puede ser objeto de múltiples explicaciones, dependiendo de la posición ocupada por el actor que la describe, en función de sus intereses, su visión del mundo, sus creencias e ideologías, del papel que desempeña en la sociedad y de la lucha que establece con otras fuerzas sociales.

La categoría *actor social* puede referirse a una persona, a una organización o agrupamiento humano que, de forma estable o transitoria, tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en una situación (Matus, 1997).

La implantación de un programa supone cambios organizacionales que implican procesos complejos de adaptación y de apropiación de las políticas y/o programas en los diferentes medios en cuestión, y requiere, para su análisis, la elección de un modelo teórico explicativo del contexto de su implementación. Se optó por el modelo político y contingente, que corresponde al abordaje político y estructural propuesto por Denis y Champagne (1997), donde la organización es considerada una arena política en la cual los actores persiguen estrategias diferentes.

El abordaje político parte de una perspectiva crítica dialéctica de análisis de las organizaciones, considerando la implementación de una intervención como un juego de poder organizacional, cuyo resultado constituye un ajuste de las presiones internas y externas. Refiere que un contexto favorable a la implementación y a la eficacia de una intervención depende del soporte dado por los agentes de implementación; del control organizacional que posean para operacionalizar y tornar eficaz la intervención; y de una fuerte coherencia entre sus objetivos y aquellos asociados a la intervención que se quiere implementar. Paralelamente a esto, considera que las dificultades relacionadas a la implementación dependen de intereses particulares de los actores que influyen en la organización (Denis & Champagne, 1997).

Estrategia de la investigación

Se realizó un estudio de caso, con múltiples niveles de análisis, sobre la implementación de las acciones intersectoriales en un municipio seleccionado del Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI) en el período de 1998 a 1999. La elección de esa estrategia de investigación se justificó por tratarse de un estudio empírico que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos y en el cual se utilizan varias fuentes de evidencias (Yin, 1993).

Se seleccionaron los siguientes niveles de análisis: a) gestión estatal y regional del programa: grupo de trabajo intersectorial estatal (GTIE) y regional (GTIR); b) gobierno municipal y gestión municipal del programa: el grupo de trabajo

intersectorial municipal (GTIM); c) instituciones participantes y ejecutoras del programa.

Para la caracterización de la *situación inicial* se elaboró un flujograma situacional (Anexo: Figura 4.1) a partir de la información obtenida del documento institucional del Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI) acerca del contexto político, sanitario y organizacional vigente, y de indicadores socioeconómicos, de morbimortalidad y de servicios.

A continuación, se elaboraron los flujogramas referentes a la gestión sectorial (Anexo: Figuras 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 y 4.6), lo que posibilitó una visión global de las acciones que se deberían desarrollar, y a partir de ellos se construyó un modelo de lo que sería la gestión intersectorial (Anexo: Figura 4.7).

Para la descripción del grado de implementación de las acciones intersectoriales del municipio de AlvorecerBA³, se seleccionaron cuatro componentes o *dimensiones* y trece criterios de evaluación con sus respectivas actividades: I) Organización del grupo de trabajo intersectorial municipal del Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (GTIM/PRMI), con cuatro criterios; II) Gestión, con tres criterios; III) Desarrollo de las acciones sectoriales, con cinco criterios; y IV) Articulación entre las acciones intersectoriales, con un criterio.

Se clasificaron las acciones intersectoriales en cuatro grados de implementación: I) Implementado (I); II) Parcialmente implementado (PI); III) Incipiente (IN); y IV) No implementado (NI), con sus respectivos niveles para la valorización del grado de implementación de cada criterio o actividad del programa. Cada criterio seleccionado fue calificado en una escala de cero (0) a diez (10) puntos. También se realizó una ponderación de los criterios a partir de la importancia atribuida a ellos en el programa, lo que resultó en la diferenciación de la puntuación máxima para cada ítem (Anexo: Cuadro 4.1).

Para atribuir los puntos se utilizaron diversas fuentes de información: documentos, entrevistas y diario de campo. Una versión preliminar fue sometida al juicio de algunos miembros del grupo de trabajo intersectorial regional (GTIR) y estatal (GTIE), quienes concordaron con la selección de criterios y con la ponderación propuesta.

La estimación del grado de implementación fue hecha a partir del puntaje final obtenido:

$$\text{Puntaje final} = \frac{\text{Puntuación obtenida}}{\text{Puntuación máxima}} \times 100$$

Puntuación obtenida = Σ de la puntuación obtenida de cada criterio.

Puntuación máxima = Σ de la puntuación máxima de cada criterio.

Para la conclusión acerca del grado de implantación, se utilizó la siguiente clasificación del puntaje final:

³Nombre ficticio.

Clasificación	Puntaje final	
	n	%
Implantado	75	100
Parcialmente implantado	50	75
Incipiente	25	50
No implantado	0	25

La selección del municipio *caso* estuvo basada en información obtenida en entrevistas semiestructuradas realizadas con la coordinación y la secretaría del proyecto, las que participaban del grupo de trabajo intersectorial regional del Programa de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (GTIR/PRMI) en el período de 1998 a 1999; en los instrumentos de evaluación de las acciones básicas del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Infancia y la Mujer (PAISC y PAISM) de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía (Brasil); y en los seminarios de evaluación regional y estatal realizados, respectivamente, en noviembre y diciembre de 1999. Importa recalcar que la exposición hecha por el vicecoordinador del municipio seleccionado tuvo un peso significativo para su elección pues, de acuerdo con su relato, el municipio se encontraba en un grado avanzado de implementación de las acciones intersectoriales.

Procedimientos para la recolección y fuentes de información

En la fase exploratoria de la investigación se tomó contacto con el gestor municipal, el secretario de salud, el director de la Dirección Regional de Salud (DIRES) y con los miembros del grupo de trabajo intersectorial estatal, regional y municipal (GTIE, GTIR y GTIM) para presentar la propuesta de investigación y solicitar autorización para realizar el estudio y utilizar los documentos existentes sobre el proyecto.

La recolección de los datos fue realizada en dos etapas: una antes de la selección del municipio (1998) y otra después (1999), e incluyó análisis documental, entrevistas semiestructuradas abiertas y observación directa (Yin, 1994; Minayo, 1996).

La selección de los informantes clave se realizó a partir de la indicación de los miembros de los grupos de trabajo estatal, regional y municipal (GTIE, GTIR y GTIM) e incluyó a los actores que cumplían con los criterios: a) el gestor municipal y el de salud en el año de la implantación del proyecto, en 1998; b) los representantes de las instituciones y/o organizaciones del grupo de trabajo intersectorial estatal, regional y municipal (GTIE, GTIR y GTIM) del Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI); c) algunos profesionales de la salud que trabajaban

y/o estuviesen trabajando en el municipio en los años 1998 a 1999; d) líderes de la comunidad; e) coordinadores del GTIE, GTIR y GTIM en el período de 1998 y 1999.

La identificación de los entrevistados se realizó después de las primeras visitas al municipio y las entrevistas fueron agendadas y realizadas posteriormente, de acuerdo con su disponibilidad. Del grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM), fueron entrevistados catorce componentes. La secretaria de salud se rehusó a conceder la entrevista y tampoco permitió que los funcionarios de su secretaría la realizaran. Fueron entrevistados, también, diez representantes del grupo de trabajo intersectorial regional (GTIR) y nueve del grupo de trabajo intersectorial estatal (GTIE). Vale destacar que se entrevistó al jefe de gabinete, hijo del gestor municipal, dado que este, por razones de salud, no estaba en condiciones de reunirse.

Se elaboraron guías específicas para entrevistar al gestor municipal, a los asesores del intendente, a la secretaria de salud, a la coordinadora y a la secretaria del proyecto, a los representantes del grupo de trabajo intersectorial y a los líderes populares. Con algunos profesionales de los sectores involucrados y con otros actores se realizaron entrevistas abiertas. También se listaron algunos tópicos para observación. Las entrevistas fueron grabadas por la investigadora con la colaboración de una becaria de iniciación científica y transcritas por un profesional habilitado. Durante su realización, se solicitó el consentimiento verbal para la utilización de la información, habiendo previamente asegurado las condiciones necesarias para su realización (anonimato, privacidad y sigilo). Vale destacar que se utilizaron nombres ficticios para identificar a los entrevistados y a los municipios, barrios, poblados y distritos, excepto para el municipio de Salvador.

Las guías fueron utilizadas de acuerdo con la dinámica narrativa del entrevistado, por lo cual algunas informaciones surgieron espontáneamente y otras fueron estimuladas por el entrevistador. Las guías contenían los siguientes ítems: experiencia en el Grupo de Trabajo Intersectorial Regional (GTIR), implementación de las acciones intersectoriales, funcionamiento del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM), planificación conjunta y acciones efectivamente implementadas, existencia de informes, actas, evaluaciones.

La observación directa con registro en diarios de campo se concentró en algunos momentos, también se realizaron visitas a los lugares de intervención y entrevistas abiertas con los asesores del gestor municipal, los líderes de la comunidad y el sacerdote de la parroquia. Y se fotografiaron determinados lugares del municipio considerados relevantes para la investigación.

Análisis de los datos

Después del ordenamiento, la selección y la lectura de los documentos, se procedió al análisis del material empírico que tuvo como base los elementos teóricos del estudio y la articulación entre las categorías analíticas, establecidas *a priori*, y las operacionales, a fin de establecer un conjunto de evidencias que dieran respuesta a las preguntas del estudio, teniendo como referencia los objetivos.

El análisis de las informaciones obtenidas a partir de las fuentes utilizadas incluyó dos momentos: a) la valorización del grado de implementación de las acciones intersectoriales, y b) la identificación de los obstáculos y concepciones sobre intersectorialidad.

La organización de la información recogida en las entrevistas se hizo manualmente, de forma secuencial, con cada entrevista por vez, a través de una codificación, utilizando unidades de registro para clasificar los extractos del texto que expresaran los pensamientos y acciones de los actores sociales. Para eso se utilizaron las categorías analíticas presentes en el marco teórico del estudio, que sirvieron de referencia para la interpretación de los hallazgos empíricos y la selección de las categorías operacionales (Minayo, 1996). En ese proceso se tuvieron en cuenta los tres niveles de análisis descriptos.

Específicamente, para la valorización del grado de implementación, las entrevistas del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM) se analizaron teniendo en cuenta también los criterios establecidos en el Cuadro 4.1 (Anexo). En ese sentido, se redujeron los textos a unidades de registros que contuvieran trechos de expresiones relacionadas a los criterios y actividades de los componentes de la implementación seleccionados para el análisis.

El ordenamiento del material empírico recolectado permitió identificar convergencias y divergencias entre los diversos discursos de los actores sociales, que fueron comparadas con otras entrevistas, con las observaciones registradas en el diario de campo y con las evidencias obtenidas en los documentos analizados.

La triangulación hecha entre las evidencias halladas y las diversas fuentes de información utilizadas tuvo como objetivo reducir los sesgos de las autoras y proceder a la construcción del objeto de análisis teniendo como referencia los presupuestos iniciales del estudio.

El Programa de Reducción de la Mortalidad en la Infancia: el municipio caso

El Programa de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI) fue implementado en el Estado de Bahía en junio de 1995, con el objetivo general de mejorar la calidad de vida en los municipios bahianos con mayor riesgo para la supervivencia infantil, seleccionados según el ingreso familiar, el grado de instrucción materna, la prevalencia de la desnutrición y las condiciones de saneamiento básico de los domicilios.

Se utilizó como metodología el desarrollo de acciones intersectoriales y la creación de Grupos de Trabajo Intersectoriales Estatales, Regionales y Municipales (GTIE, GTIR y GTIM) que, bajo la coordinación de la Secretaría Estatal de Salud (SESAB), debían actuar conjuntamente con otras áreas gubernamentales en la planificación, la implantación y/o la implementación de acciones y estrategias para reducir la mortalidad materna e infantil, a saber: salud y saneamiento, asistencia social y judicial, educación y producción (SESAB, 1995).

En 1998, con la ampliación del proyecto en el nivel estatal, el municipio *caso* pasa a integrarlo, con la previa aceptación del gestor municipal. El proceso se inició a partir de que el municipio de Alvorecer aceptara realizar el seminario de implantación y creara el Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM), en noviembre de ese año.

El proceso electoral en el municipio de Alvorecer se dio a través de alianzas de los partidos del oficialismo ligados al gobierno estatal. Y aunque otros partidos del oficialismo estaban ligados al partido gobernante en el ámbito local, no apoyaron la candidatura del intendente, que era entonces el candidato del oficialismo.

En 1997, con la victoria de los partidos oficialistas, asumió el gobierno local el Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Aunque, debido a un grave problema de salud, el intendente electo no asumió y el viceintendente, del Partido liberal (PL), se hizo cargo del gobierno por noventa días. Después de ese período, a pesar de no haber mejorado el estado de salud del intendente, el viceintendente fue arbitrariamente separado del poder y la conducción de la intendencia fue asumida por el hijo del intendente, quien ocupaba el cargo de jefe de gabinete. Frente a la irregularidad de la nueva situación, se produjeron serias disidencias y el vice y seis concejales rompieron con el intendente. Ese hecho tuvo gran repercusión en el municipio y todos los entrevistados, sin excepción, se refirieron al acontecimiento y afirmaron que quien gobernaba no era el intendente sino su familia.

...El intendente, nosotros sabemos que él está enfermo, él no participa de casi nada, entonces inicialmente comenzó el viceintendente. El viceintendente administró durante tres meses. *Pero ellos mismos se desentendieron y los propios hijos del intendente llegaron y tomaron el poder del viceintendente.* E.1 (p.10), GTIM

Frente a tal situación, la legitimidad y la legalidad del poder municipal, que podrían haber sustentado al proyecto en el ámbito municipal se encontraban bastante perjudicadas, dada la disminución de la adhesión de los ciudadanos por los acontecimientos. A partir de entonces, se verificó una recomposición de la base política del gobierno municipal: seis concejales pasaron a apoyar al intendente, seis al vice y uno se mantuvo independiente. Frente a ese cuadro, se produjo, después, otra recomposición de la base política del gobierno local cuando uno de los concejales que apoyaba al viceintendente cambió de bando, quedando así el intendente con mayoría en la cámara. Ese hecho posibilitó el *retorno* del intendente que pasó a *gobernar* asesorado por los hijos.

...Son trece concejales. Después, *con las negociaciones, nadie sabe bien*, como yo tampoco lo sé, el intendente consiguió la mayoría. Consiguió traer un concejal más para su lado, con eso quedó, él quedó con siete, el otro quedó con cinco y quedó uno que trabaja en forma independiente... E.1 (p.10), GTIM.

Alvorecer se sitúa en la región económica del litoral sur, tiene una extensión territorial de cerca de 200 km (SESAB, 1996), y su población estimada en 1991 era de aproximadamente 17.000 habitantes. Consta de cuatro barrios, un distrito y un poblado,

ambos localizados en la zona rural. Su principal actividad económica era, en aquel momento, la agricultura, y con relación al mercado informal de trabajo se observaba, como consecuencia del desempleo y de la crisis, un crecimiento gradual del monocultivo del cacao, (PMASMS, 1997). El poder adquisitivo de la población era bajo y el gran empleador era la intendencia.

El municipio disponía de cerca de 5.000 unidades domiciliarias registradas. En la zona urbana, las construcciones eran en su mayoría de mampostería simple, y en la zona rural predominaban las construcciones de adobe. El sistema eléctrico de la Compañía de Electricidad de Bahía (COELBA) proveía a 3.760 domicilios (94%) en la zona urbana y a 240 (6%) en la zona rural (SESAB, 2000).

El sistema de captación, tratamiento y distribución del agua, a cargo de la Empresa Bahiana de Agua y Saneamiento (EMBASA), a través de dos subestaciones abastecía a cerca de 4.000 domicilios, distribuidos en tres barrios y un distrito. El poblado Jardim Bela Vista poseía red distribuidora municipal con dos reservorios, por lo tanto, el agua no recibía ningún tipo de tratamiento. De acuerdo con el relevamiento hecho en enero de aquel año por la oficina local de la Empresa Bahiana de Agua y Saneamiento (EMBASA), en el centro del municipio había solo 170 casas que se abastecían con agua de cisternas sin ningún tratamiento.

Según datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (IBGE/UNICEF, 1994) basados en el CENSO 1991, 100% de los domicilios del municipio presentaban servicios sanitarios inadecuados, pues carecían de red cloacal. Los desechos y aguas residuales eran arrojados en el río o en terrenos próximos a las casas y/o a cielo abierto. El servicio de limpieza pública hacía la recolección de basura en el centro del municipio de lunes a sábado; en los barrios, de dos a tres veces por semana y en el poblado y el distrito, una o dos veces en la semana. La basura era depositada en un terreno baldío, en el poblado Jardim Bela Vista, a cielo abierto.

El sistema educativo estaba compuesto por cerca de cincuenta escuelas. El municipio tenía cuarenta escuelas con 4.000 alumnos matriculados en enseñanza fundamental de 1° a 4° grado. El sistema estatal de educación disponía de cinco escuelas, con un total de 3.000 alumnos matriculados en enseñanza fundamental y media. El sistema educacional privado tenía una escuela con 600 alumnos matriculados en enseñanza media (PMASME, 1999).

La red de servicios de salud estaba constituida por cinco unidades, tres ubicadas en la zona urbana (centros de salud tipo II) y dos en la zona rural (puestos de salud tipo I), un hospital privado, tres consultorios médicos en la zona rural y doce en la urbana (diez del municipio y dos privados). Había además dos consultorios odontológicos en la zona urbana y dos en la zona rural, y dos laboratorios de análisis clínicos: uno del municipio y otro privado, ambos en la zona urbana.

Al asumir la Secretaría Municipal de Salud, la nueva gestora tomó medidas para habilitar al municipio en la Gestión Plena de la Atención Básica, lo cual ocurrió en julio de 1998. El Consejo Municipal de Salud fue reorganizado y la secretaria fue elegida como presidenta.

De acuerdo con el informe de gestión, la secretaria de salud realizó las siguientes acciones: ampliación del cuadro de recursos humanos, inicialmente a través de concursos, y posteriormente por medio de contrataciones; implantación en noviembre de 1997 del Programa de Agentes Comunitarios en Salud (PACS), con cobertura superior al 80% de la población (SESAB, 2000); informatización e implementación del sistema de información en salud: SIM, SINASC, SINAN, SIABMUN, SISVAN, SIGAB, BPA, PNI, y el SIA/SUS; implementación de la vigilancia epidemiológica y sanitaria; realización de la I Conferencia Municipal de Salud, en 1999; readequación de la red física y de la capacidad instalada con adquisición de materiales y equipamientos; implementación del Programa Salud de la Familia (PSF), con dos equipos, con una cobertura de cerca del 30% (SESAB, 2000); implementación del Plan de Combate a las Carencias Nutricionales (PCCN) en 1999 e implementación de los programas de asistencia en el área maternoinfantil, entre ellos el Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI) en 1998 (PMASMS, 1999).

A pesar de esos cambios, el nivel de organización y participación de la población era tímido, debido principalmente al hecho de que la mayoría de los representantes de la población en el Consejo Municipal de Salud eran funcionarios de la intendencia. Con referencia a ese hecho, uno de los actores sociales entrevistados afirmó:

...en la Secretaría de Salud, existe un número pequeño de personas que no están vinculadas al poder. [...] Entonces, las acciones quedan centralizadas todas allí, porque los servidores nunca están, jamás, en contra de las acciones de la propia secretaría, no es cierto? [...] el propio Consejo queda inhibido de hablar así: "mira... si la Señora hubiese participado de la conferencia Municipal de Salud...". E.1 (p. 12), GTIM

Vale resaltar que, a pesar de la reestructuración de la vigilancia sanitaria, las acciones volcadas al control de los riesgos ambientales y de los servicios no ocurrían en forma efectiva.

El plan municipal de salud (1997 a 2000) tenía como directrices la descentralización, la jerarquización, el control social, la articulación institucional e intersectorial, las acciones prioritarias en la promoción de la salud, la mejoría de la calidad de la asistencia y la implementación del sistema de información en salud y en recursos humanos. Pero no especificaba acciones orientadas al control de los problemas de salud del niño, como tampoco constaba nada sobre el proyecto en el Informe de Gestión de 1998 (PMASMS, 1997).

La implementación de las acciones intersectoriales

El análisis realizado reveló que las acciones intersectoriales se encontraban en un estadio incipiente de implantación en el municipio *caso*, con una proporción global de adecuación entre lo previsto y lo realizado del 47% (Anexo: Cuadro 4.1 y Figura 4.7).

La Figura 4.7 muestra que la característica inicial de esas acciones se debía, en gran parte, a la no implantación de algunas actividades o criterios relacionados con los siguientes componentes:

- En el componente I, organización del grupo de trabajo intersectorial municipal del Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (GTIM/PRMI): se observaba que la feria de salud, evento considerado como una importante estrategia de sensibilización de la comunidad y de participación de diversos sectores, correspondiente al criterio/actividad 3, no se había organizado. En las entrevistas realizadas, la mayoría de las personas desconocía esa acción y la posibilidad de su ejecución.
- En el componente III, *desarrollo de las acciones sectoriales*: el sector salud solo desarrolló parcialmente sus acciones. Los otros sectores: educación, saneamiento, producción y acción judicial y social desarrollaron de forma incipiente o no desarrollaron ninguna de las actividades previstas, por ejemplo (Anexo: Cuadro 4.1 y Figura 4.7):
 - Educación: no fueron contempladas, en las diversas disciplinas curriculares, los contenidos referentes a la temática de la mortalidad en la infancia, conforme puede ser observado en el ítem 9.3;
 - Saneamiento: el sector responsable por el *saneamiento* no amplió ni readecuó la red cloacal, no ejecutó obras destinadas al relleno sanitario, no promovió el reciclado de basura y no implantó talleres municipales de saneamiento, conforme con los ítems 10.2, 10.4, 10.5, y 10.6;
 - Producción: el sector encargado de la *producción* no desarrolló ninguna acción de apoyo a las organizaciones comunitarias, no implementó el funcionamiento de las comisiones tripartitas y paritarias de empleo, no promovió la capacitación y el entrenamiento para los pequeños productores rurales, ni los cursos profesionalizantes en colaboración con la Secretaría de Trabajo y Acción Social (SETRAS) y/o la universidad, de acuerdo con los ítems 11.2, 11.3 y 11.4;
 - Asistencia social y jurídica: El sector encargado no realizó capacitaciones y talleres en articulación y colaboración con la Secretaría de Trabajo y Acción Social (SETRAS) y/u otros órganos, incluyendo recursos humanos de los criterios/actividades, salud y guarderías, no estimuló las acciones de asesoría previstas para implementar los consejos de asistencia social y del niño y el adolescente y no promovió la divulgación de las acciones pertinentes al PRMI en la población, conforme a los ítems 12.1, 12.2, y 12.3;
 - Salud: el sector *salud* no desarrolló prácticas educativas, conforme al ítem 8.8.
- Con relación al componente IV, articulación entre las acciones intersectoriales, no fueron realizadas acciones conjuntas, integradas y articuladas de acuerdo con lo previsto en el criterio/actividad 13 (Cuadro 4.1 y Figura 4.7). El carácter incipiente de la implementación puede ser inferido a través del análisis del discurso de algunos entrevistados que, cuando se les preguntó sobre aspectos relacionados al proyecto y las acciones conjuntas desarrolladas, los desconocían.

...nosotros consideramos así todavía el grupo así hasta como una cosa muy [...] es el trabajo que está siendo hecho [...] no, *es aún llamado embrión*. [...] *nosotros todavía vemos una cosa muy prematura*, muchas cosas quedan en las discusiones y de forma conjunta. E.1 (p. 2), GTIM

Apenas se pudieron considerar como *implantadas* algunas acciones sectoriales de salud del componente III referentes a las actividades 8.1 (Cobertura de vacunas), 8.7 (Asistencia a la planificación familiar) y 8.11 (Acompañamiento del crecimiento y desarrollo) y la actividad 2 del componente I, organización del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM)/PRMI, respecto a la realización del seminario de sensibilización e implementación con la participación de los representantes del GTIR.

Se observa que las tres actividades del componente II, gestión, ítems 5 (características de la planificación), 6 (coordinación y dirección) y 7 (acompañamiento y evaluación) se encontraban en un estadio de desarrollo incipiente, tanto como algunas acciones sectoriales de salud, ítems 8.3 (Control de las infecciones respiratorias agudas), 8.6 (Asistencia al período prenatal, parto y puerperio), 8.9 (Implantación y/o implementación del sistema de información en salud) y 8.10 (Implantación y/o implementación del PACS) (Cuadro 4.1 y Figura 4.7).

Con relación a las características del proceso de gestión (planificación, coordinación, dirección, acompañamiento y evaluación), ese carácter incipiente puede ser observado, también, a partir de los discursos de los actores sociales entrevistados:

...Quedó en aquella planificación del seminario y poco fue hecho en términos de decir así: vamos a planificar, vamos a planificar las acciones, vamos a discutir, vamos a analizar lo que fue hecho, vamos a analizar nuestras debilidades, vamos a ver por qué no hicimos, cuál es el potencial que nosotros tenemos para hacer. E.1 (p. 19), GTIM

Entre los componentes analizados, la conducción del proceso que consiste en la organización y estructuración del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM) fue el único que consiguió ser parcialmente implementado.

Se observó, en relación con la percepción de los actores sociales involucrados, que la realización del seminario marcó positivamente a sus miembros, creando una gran expectativa en torno al proyecto por la posibilidad de desarrollo de un trabajo que iría a contribuir a reducir la mortalidad infantil y a mejorar las condiciones de vida de grupos poblacionales específicos (E. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, y 14).

Para los miembros del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM) las visitas preliminares realizadas por el Grupo de Trabajo Intersectorial Regional (GTIR) y la Secretaría de Salud para la sensibilización, tanto de los representantes institucionales como de las organizaciones populares, fueron insuficientes desde el punto de vista del apoyo y la participación efectiva necesaria para la operacionalización de las acciones (E. 4, 6, 8, 13, 14). El hecho de que el funcionamiento del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM) ocurriera de forma esporádica e irregular puede haber contribuido a la no implantación y/o insuficiencia de algunas

actividades de los diversos componentes, como también puede haber sido responsable por la desmovilización de los representantes del grupo de trabajo.

...a veces *dos meses, tres meses, queda sin reunir*. Lo bueno sería si tuviésemos más reuniones, más constantes y activas. E.14 (p. 6), GTIM

La Figura 4.7 expresa claramente que desde el punto de vista de la implantación del programa, hubo un estímulo relacionado al componente organizacional y algunas acciones sectoriales de salud, y que las limitaciones por su carácter incipiente están ligadas a la baja implementación de las acciones sectoriales y de la articulación intersectorial.

En ese sentido, la ausencia de apoyo y/o la no participación de las secretarías de infraestructura, agricultura, educación, bienestar social y administración contribuyeron decisivamente para esa implementación incipiente, visto que se trataba de un proyecto interinstitucional. Hecho que se observa al analizar el grado de implementación alcanzado por las diversas actividades ligadas a los componentes del proyecto.

A pesar de los resultados observados en el ámbito municipal, los diversos discursos de miembros del GTIR y GTIE consideraban que, concretamente, la intersectorialidad no se produjo.

Obstáculos a la implementación de las acciones intersectoriales

Para la identificación de los factores restrictivos a la implementación de las acciones intersectoriales, se trabajó con los resultados de las entrevistas realizadas con el GTIM, por ser el foco principal del análisis, y posteriormente con las del GTIR y GTIE, teniendo como base los referenciales teóricos y conceptuales relacionados a los niveles de análisis anteriormente citados. En ese sentido, fueron inicialmente identificados los siguientes obstáculos a la implantación del programa:

Proyecto de gobierno

Incorporación del programa al proyecto de gobierno

En el discurso de los entrevistados vinculados al gobierno aparece, muy claramente, una sensación de *externalidad* y distanciamiento con relación al proyecto, que no es incorporado como *propio* por el gobierno municipal y sus instituciones, excepto por la Secretaría de Salud, y las asociaciones y organizaciones de la sociedad civil involucradas. Ese hecho es observado inclusive en relación con el *intendente en ejercicio*, para quien el proyecto no parece pertenecer a *su* programa de gobierno, no parece ser algo *de su gestión* y sí aparece como algo externo que, sin embargo, él apoya.

Igualmente y, en consecuencia, las secretarías municipales, con excepción de la de salud y las instituciones estatales involucradas, no reconocen el proyecto como

importante y necesario, y no lo incorporan en sus planes operativos y presupuestarios, o asumen una participación meramente formal.

Además, también se reproduce en las asociaciones y organizaciones de la sociedad civil una percepción vaga y genérica acerca del proyecto, más bien como de algo que *viene de arriba para abajo*, consecuente a una política federal.

...es más bien algo implantado. Porque actualmente hay cierta imposición del Gobierno Federal de que todo pasa a través de un grupo. [...] no es una cuestión local, es una cuestión que viene más desde afuera [...] viene de arriba hacia abajo. No parte de la cuestión política de aquí, sino de la de allá afuera. E.1 (p. 12), GTIM

Se evidenció, entonces, que el Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal no fue asumido por las demás secretarías, lo que lo caracterizó como un proyecto sectorial de la salud, apoyado por algunas asociaciones populares. Se observó, principalmente en las entrevistas de los representantes de los grupos de trabajo intersectorial regional y estatal, la misma percepción de no incorporación del Programa de Reducción de la Mortalidad en la Infancia (PRMI) por el gobierno estatal y sus secretarías, especialmente en lo que se refiere a las áreas ligadas a la producción: agricultura, trabajo y acción social y la justicia. Este hecho puede haber influenciado la escasa implementación del programa en los niveles regional y municipal, lo que se reveló en la adhesión formal y por la poca importancia y prioridad dadas al proyecto.

...esa propuesta fue una propuesta impuesta. Fue fruto de un decreto gubernamental. No fue, por lo que yo tengo conocimiento, no partió de las secretarías, como un todo, la necesidad de un trabajo intersectorial. E.6 (p. 1), GTIE

Solo hubo un testimonio contrario a esas declaraciones, el del representante de la Empresa Bahiana de Agua y Saneamiento Regional E.8 (p. 6, 11 y 13), que consideraba que el gobierno estadual había adherido al Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia a través de su incorporación al plan de gobierno y de sus respectivas instituciones jerárquicas.

Vale destacar que el apoyo y el compromiso institucional se restringían a la indicación y liberación del representante para participar de las reuniones, en la realización de seminario y ferias de salud y en los grupos de trabajo intersectorial municipal, regional y estatal. A partir de los testimonios de los entrevistados se supone que el proyecto tuvo un pequeño grado de institucionalización en los tres ámbitos de gobierno. Entretanto, otras limitaciones también contribuyeron para esa incipiente implementación.

Representaciones de los diversos actores acerca del significado y el potencial del proyecto

La concepción de intersectorialidad y/o trabajo intersectorial difiere un poco en los tres ámbitos de gestión del proyecto. En los discursos de los diversos actores municipales, la intersectorialidad aparece como un movimiento social, expresado por las ideas de trabajo como misión, militancia, tarea, algo para ayudar a los niños e integrar la comunidad. Es decir, algo relacionado a la caridad, sueño, ideal, filantropía y asistencia social. Además, respecto al contenido de las acciones, frecuentemente eran entendidas como atención básica.

Esas conversaciones revelan una equivocación en la concepción de esos actores, al no considerar el grupo de trabajo como una instancia interinstitucional de gobierno para implementar acciones institucionales, tales como: saneamiento básico, ampliación de la cobertura y resolución de los problemas de salud, de educación, de agricultura y generación de empleo e ingresos, capaces de influir en los determinantes sociales de la salud.

En ese sentido, el proyecto pasó a ser considerado como un espacio de articulación de fuerzas políticas para la lucha y que descuidan su responsabilidad como gobierno y no como una instancia de poder que tiene representantes institucionales, creando, así, una justificación para una actitud conservadora. En la medida en que el grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM) pasó a funcionar como un movimiento popular que aglutinaba las fuerzas para resolver los problemas de la población a través de soluciones simplificadas y acciones individualizadas, ocurrió una desinstitucionalización del proyecto, no solamente en la concepción sino también en la práctica. Además, las acciones referidas eran de índole *asistencialista*, volcadas a la atención primaria.

Esas estrategias de movilización y divulgación, como la *feria de la salud*, que aparecían como sustitutas de la acción gubernamental, correspondían a soluciones simplificadas y paliativas para el problema de generación de empleo e ingresos, transfiriendo la responsabilidad de la esfera gubernamental al ámbito de los individuos.

Según algunos discursos, la viabilidad de las acciones dependía de negar la vinculación institucional del grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM) con la intención. Conceder que el programa formaba parte del proyecto de gobierno municipal implicaba conferir créditos que podían resultar en *acumulación de poder* para la intención. Eso significó relacionarlo con un ente suprapartidario, como si fuese posible sustraerle cualquier connotación política, despolitizándolo. O sea, el gobierno municipal era visto como algo *politicopartidario* y no como una institución pública.

Aunque la concepción de miembros del grupo de trabajo intersectorial regional (GTIR) fuese adecuada con relación a la determinación compleja y social de la salud y de lo que sería la intersectorialidad, las ideas sobre la estrategia de actuación del proyecto eran semejantes a aquellas del grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM), o sea, el proyecto de *organizar* la sociedad, la atención básica y la asistencia

social. De ese modo, se verificó un distanciamiento entre los objetivos y las actividades desarrolladas.

A pesar de que la percepción de los miembros del grupo de trabajo intersectorial estatal (GTIE) también fuera adecuada con relación a la determinación social y compleja de la salud, las ideas sobre estrategias de implementación del proyecto oscilaban entre la acción gubernamental considerada como *fuerte* y la asistencia social. Aparecía en los discursos de los entrevistados E.4 (p. 3, 4, 17) y E.2 (p. 5) la concepción de intersectorialidad como trabajo en red y comunicativo, o sea, una acción dialógica.

La noción de trabajo conjunto, presente en diversas formulaciones, remite a las ideas de integración, colaboración, unión y participación del sentido común. Se observaron, también, percepciones diferenciadas sobre la participación de los diversos actores en el proceso de implementación del trabajo intersectorial.

Gobernabilidad en la gestión del programa

Las características de la composición del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (GTIM) comprometen la gobernabilidad del proyecto

Se observó en la composición del grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM) una participación prioritaria de las organizaciones de la sociedad civil, lo que no sería problemático si no estuviesen ausentes, exactamente, instituciones gubernamentales clave para el desarrollo de las acciones intersectoriales, como las secretarías de Educación, Agricultura y Producción. La poca importancia atribuida al grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM) por las instituciones se revelaba también en la práctica común de delegar en suplentes la participación en las reuniones, incluso la delegación de la coordinación del propio proyecto.

Además, era frecuente la elección de personas que ocupaban cargos secundarios en las instituciones, tanto como la ausencia de apoyo institucional para tomar decisiones por parte de los representantes, el desconocimiento sobre el funcionamiento y la organización de su propio órgano y la ausencia de claridad sobre su papel, los objetivos y acciones desarrolladas por el programa.

En caso de que el proyecto fuese relevante y prioritario para la intendencia, habría una cobranza del *gestor* en ejercicio y las instituciones indicarían personas clave con autonomía para decidir. En ese contexto, tanto los representantes como las instituciones tendrían interés no solo en participar, como también en incorporarlo como parte de sus planes operativos por las posibles *acumulaciones políticas* que este hecho podría generar.

La composición de los grupos de trabajo intersectorial regional y estatal (GTIR y GTIE) difiere del municipal solo por estar formados, en su gran mayoría, por mujeres e instituciones gubernamentales. A pesar de que la designación de los representantes estatales ocurrió mediante un decreto gubernamental, eso no significó un

apoyo y adhesión a la propuesta por las secretarías, ni un respaldo institucional que implicase una delegación de poder para sus miembros.

En los grupos de trabajo intersectoriales regional y estatal (GTIR y GTIE) sucedió lo mismo que en el grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM): la designación de personas que no ocupaban posiciones importantes en sus instituciones y no tenían poder de decisión.

Todas esas cuestiones son indicativas del bajo grado de institucionalización y del poco valor que la propuesta tuvo para los diversos actores, principalmente por no favorecer a sus estrategias individuales o colectivas de acumulación y capitalización de recursos de poder político, económico y social.

Con relación a la participación efectiva en los tres ámbitos de gestión del programa, fue limitada, observándose la presencia de una representación a veces formal. Los problemas relacionados con el funcionamiento del grupo de trabajo intersectorial regional y estatal (GTIR y GTIE) repercutieron en el grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM), contribuyendo a su funcionamiento inadecuado. De tal modo, no se aseguró la ejecución de las acciones contempladas en los planes operativos, dado que los representantes de las instituciones estatales no tenían apoyo institucional ni autonomía para decidir, lo que dificultaba su implementación.

Además, el carácter transitorio, circunstancial e informal de la gestión del programa posibilitó una desarticulación y un funcionamiento precario, dificultando la implementación de las acciones y actividades en los niveles estatal, regional y municipal, expresado principalmente en el manejo insuficiente de los instrumentos que componen el proceso de gestión del programa.

Problemas relacionados con la coordinación del programa en el ámbito municipal, regional y estatal

La coordinación del programa fue delegada a un técnico en los grupos de trabajo intersectorial municipal, regional y estatal (GTIM, GTIR y GTIE). La falta de liderazgo político del coordinador dificultó la aglutinación de los gestores municipales y su adhesión al proyecto. En verdad, la tarea de la coordinación política del proceso fue derivada al campo técnico, lo que generó confusión y comprometió la gobernabilidad del proyecto. Por otro lado, la dificultad de coordinación interinstitucional, debido a la ausencia de experiencia en desarrollar ese tipo de trabajo, contribuyó mucho a la no operacionalización del proyecto.

Se observó también que los conflictos relacionados con la distribución y la disputa de poder entre las secretarías de gobierno por la conducción del proyecto, derivó en el alejamiento de algunas instituciones y en una disminución de la adhesión, lo que afectó la gobernabilidad del programa.

Estabilidad de las direcciones

Los cambios constantes de las personas responsables de la conducción del proceso dificultaron su implementación o causaron retrocesos, porque los nuevos representantes no tenían conocimiento acerca del proyecto. Por otro lado, los cambios ocurridos en la dirección de las instituciones también influenciaron mucho la dinámica del proceso, llevando, inclusive, en la regional, a una paralización casi total de las actividades.

El cambio de los dirigentes de las instituciones, de representantes de las sectoriales y de la coordinación del proyecto, está relacionado con la inexistencia de una burocracia estable en el sentido weberiano, pues en caso de existir, se podrían haber superado los problemas relacionados con los cambios de gobierno. Por lo tanto, como el Estado es patrimonialista y clientelista, los proyectos pertenecen a determinados grupos, y quien asume los cargos públicos pretende instalar sus proyectos, descartando los existentes, y frecuentemente, también, realiza una amplia sustitución de técnicos en los diversos puestos de trabajo.

Otro problema enfrentado por los grupos municipal, regional y estatal fue la ausencia de dirección estable. En el plano estatal, la delegación de la coordinación en terceros tradujo la falta de importancia atribuida al programa por parte de la Secretaría de Salud del Estado.

La desmotivación, el desencanto, la ausencia de estímulo, la participación escasa o solo formal de los representantes fueron expresiones utilizadas por los diversos actores frente a la impotencia por la falta de compromiso institucional, tanto como los cambios frecuentes de coordinación e irregularidad de las reuniones. La adhesión de los técnicos de las regionales y del grupo estatal fue un factor fundamental para que, pese a todo, se mantuviera la continuidad del proyecto.

Composición política del municipio

Finalmente, algunos problemas relacionados con la propia gobernabilidad del municipio comprometieron la implementación del proyecto. De acuerdo con el *intendente en ejercicio* y con el coordinador municipal, el enfrentamiento político en la cámara le generó diversos problemas administrativos y financieros a la intendencia, lo que venía obstaculizando la implementación de las políticas municipales. En tanto, las entrevistas analizadas, inclusive las entrevistas abiertas realizadas con el viceintendente y los concejales de la oposición, no apuntaban concretamente a la posibilidad de un boicot al proyecto. Además, el ejecutivo tenía mayoría en la cámara, o sea, tenía una base de sustentación política que le daba cierta libertad de acción para actuar e implementar el programa. Según informaciones de esos actores, el legislativo desconocía la propuesta y no fueron invitados a participar del seminario de implementación del proyecto en el municipio.

Capacidad de gobierno

Desconocimiento acerca del proyecto y estado incipiente de la organización municipal de salud

Las diversas entrevistas revelan la poca claridad o ausencia de entendimiento sobre la propuesta de la intersectorialidad. Considerar como evidencias de la implantación de las acciones intersectoriales la realización de seminarios, ferias de salud, elaboración del plan de acción y reglamento interno, corresponde a una reducción del proyecto a sus aspectos formales y a las actividades *medio*, lo cual, en última instancia, corresponde al bajo grado de acumulación de poder técnico por parte de los miembros de los grupos de trabajo.

Además, el hecho de que los miembros del grupo de trabajo intersectorial regional desconocieran la variación de los coeficientes de la mortalidad infantil en esos cuatro años, indica que no se habían realizado evaluaciones sistemáticas y, al mismo tiempo, que la pastoral tenga más experiencia de trabajo intersectorial, revela el no entendimiento de la intersectorialidad como una propuesta gubernamental para intervenir en los determinantes complejos y sociales de la salud.

En ese sentido, se observó una disociación entre el plan y las necesidades, ocurriendo, en algunos casos, una percepción vaga, genérica y difusa sobre el proyecto y sus actividades, y dispersión y fragmentación de las acciones. Se percibió que los obstáculos relacionados al poder técnico se refieren, principalmente, al bajo grado de conocimiento sobre el proyecto, la no socialización de las informaciones y los cambios constantes de representantes en los tres ámbitos de gestión del proyecto. Se verificó también la no utilización del planeamiento como un instrumento de gestión lo cual dificultó la priorización de los problemas.

Se observó, con cierta regularidad, la aparición de ideas orientadas a una conciencia sanitaria en un estadio atrasado, con énfasis en la ideología de la atención primaria y acciones extrasectoriales simplificadas, como huertas comunitarias o distribución de tanques y canastas básicas.

La ausencia de secretarías municipales y la precaria organización de las existentes llevaron al grupo de trabajo intersectorial regional (GTIR) a asumir el papel que correspondería a las secretarías de salud, produciendo una dispersión de las acciones y un desplazamiento del objetivo del proyecto.

Distribución y disputa por el poder local

En relación con la distribución del poder local, las secretarías municipales no disponían de recursos para gerenciar autónomamente, excepto salud y educación que recibían partidas federales. Se verificó una centralización y concentración de recursos en las intendencias, quedando las secretarías con el papel de ejecutoras, lo cual dificultaba la implementación de acciones no priorizadas por las primeras.

Se observó también que las disputas entre los grupos políticos que gobernaban por el control de una parte de los recursos transferidos al municipio por el Sistema Único de Salud (SUS) generaba conflictos entre las instituciones que componían el sistema de servicios de salud municipal: la Secretaría Municipal de Salud, el Sindicato Patronal y el Hospital Santa Rita, con convenios con el SUS. Esa situación acababa interfiriendo en la atención a la salud prestada a la población. Esos conflictos revelan una desarticulación en el interior del propio sector salud y entre las diversas instituciones que lo componen, en la conducción de las políticas sectoriales.

Con relación a la distribución del poder entre las secretarías municipales, el hecho de que ese proyecto tuviera su origen en la salud, hacía que fuese visto como un proyecto sectorial perteneciente a un determinado grupo político y, consecuentemente, con capacidad de producir acumulaciones para el mismo. La decisión, o no, de adhesión al proyecto estaba relacionada con las posibilidades concretas de acumulación política.

Vale destacar que la inexistencia de recursos específicos para el proyecto, con excepción de aquellos destinados al sector *salud*, además de generar conflictos interinstitucionales, estimuló la disputa por la conducción y por la distribución de recursos en el interior mismo del sector salud.

Poder local

En la esfera municipal, el ejercicio del poder político local se revelaba a través de una práctica patrimonialista y clientelista que dificultaba la continuidad en la gestión del proyecto, conforme a lo anteriormente analizado. Además, dar autonomía a las secretarías correspondía a distribuir poder político en el municipio. Transferir ese poder al grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM) implicaba disminuir las porciones de poder de cada secretaría.

Entre las características del poder político, se observaron aspectos relacionados a la legalidad y legitimidad del gobierno municipal, ya mencionadas anteriormente, y que comprometían la implementación de las políticas públicas.

...la participación del intendente, yo no digo ni del intendente, porque yo no sé quién es el intendente. Existe un intendente electo, que es Leandro Matis, y ahora existen los intendentes que mandan en la intendencia, que es el hijo de Leandro. Entonces, con relación, estoy colocando, dos intendentes, ¿no?
E.8 (p. 4), GTIM

Conclusiones

La reorganización de la atención de la salud a partir de un cambio del modelo asistencial centrado en la estrategia del desarrollo de acciones intersectoriales viene enfrentando dificultades de diversos tipos. El presente análisis reúne muestras de

que los principales obstáculos responsables por el carácter incipiente de la implementación de esa estrategia en el municipio estudiado, están relacionados con las características del poder local, el proyecto de gobierno, la capacidad de gobierno, con la distribución y la lucha por el poder entre las diversas formas que gobiernan, la gobernabilidad, y con el poder técnico y político.

El dominio de las características patrimonialistas y clientelistas en el ejercicio del poder local dificultaron el desarrollo del proyecto, en consonancia con los cambios constantes de las personas responsables por la coordinación del programa, de los dirigentes institucionales y los representantes de las sectoriales. Ese hecho revela la inexistencia de una burocracia y una dirección (en el sentido weberiano) estables.

La no incorporación de la estrategia de la intersectorialidad por el gobierno local, como parte de su *Proyecto de gobierno*, influyó en el bajo grado de compromiso y participación de las instituciones municipales importantes; y puede explicarse al mismo tiempo, porque el mismo no fue gestado en el ámbito local y no es una expresión de las necesidades sentidas por los actores sociales en la búsqueda de autonomía.

También el hecho de que el gobierno estatal no haya desarrollado esfuerzos para viabilizar la coordinación y la articulación entre las distintas instituciones gubernamentales para materializar los objetivos del proyecto, puede haber influenciado el carácter incipiente del proceso de implementación de la intersectorialidad. Esos hechos condujeron a la reproducción, en los tres ámbitos de gestión del programa, de una serie de problemas que dificultaron su implantación, particularmente la participación formal de la mayoría de los representantes de las instituciones, resultado de la falta de mayor participación de sus dirigentes.

Además de ser visto como algo externo, no asumido por la gestión municipal, sino solo por la Secretaría de Salud y, por lo tanto, *sectorial*, el proyecto también era concebido como *movimiento social*. Como consecuencia, la gran mayoría de las acciones referidas eran de corte asistencialista, oscilando entre la atención primaria, la realización de ferias y la simple reivindicación de mejoras.

En relación con la gobernabilidad, se observaron problemas relacionados tanto con la gestión como con la intervención de las fuerzas políticas del municipio, expresados en la propia composición del grupo de trabajo intersectorial municipal (GTIM), que además de contener una participación mayoritaria de las organizaciones de la sociedad civil, frecuentemente delegaban la representación en suplentes y terceros que ocupaban cargos secundarios en las instituciones.

Otras limitantes al ejercicio del gobierno y, consecuentemente, a la implementación de los programas fueron: la mínima mayoría en la cámara de concejales, la ocupación de espacios importantes en las instituciones de salud por parte de la oposición y la discutida legitimidad del *intendente en ejercicio*.

Además, la dificultad de coordinación por parte de la Secretaría de Salud, la discontinuidad de las reuniones, el carácter transitorio e informal de la gestión del programa y los conflictos relacionados con la distribución y la disputa entre las secretarías de gobierno por la conducción del proyecto, interfirieron en las posibilidades de negociar y articular, lo que dificultó la operacionalización de las acciones.

Con relación a la distribución y disputa por el poder local, se observó una centralización/concentración de recursos en la intendencia, quedando las secretarías sin autonomía, excepto las de Salud y Educación, para implementar acciones no priorizadas por la intendencia. Dar autonomía a esas secretarías significaba distribuir poder político en el municipio. Y derivar parte de ese poder al grupo de trabajo intersectorial, implicaba disminuir aún más las parcelas de poder de cada secretaría.

En lo que se refiere a la capacidad de gobierno, el bajo grado de conocimiento acerca del proyecto y la acumulación de *poder técnico* por parte de los representantes de los grupos de trabajo, revelaron una reducción del programa a sus aspectos formales y a las actividades *medio*, y un no entendimiento de la propuesta como una acción gubernamental que debería intervenir en los determinantes complejos y sociales de la salud.

En consecuencia, se percibe una distancia entre el plan y las necesidades, y entre las actividades efectivamente desarrolladas y el plan. El manejo inadecuado e insuficiente de los instrumentos que componen el proceso de gestión del proyecto, específicamente la no utilización de la planificación como instrumento de trabajo, refleja la escasa acumulación de poder técnico.

A pesar de la limitación del análisis sobre el contexto organizacional, muchos de los entrevistados apuntaban a la cultura institucional con exceso de centralización política y sus análogos, o sea, sus leyes, reglas, normas, como obstáculos a la implantación del programa. Además, la precaria organización municipal de la salud llevó al grupo de trabajo a una dispersión de las acciones y un desplazamiento de los objetivos del proyecto.

La comparación de la presente investigación con otras experiencias publicadas que incorporaron la propuesta de la intersectorialidad revela semejanzas respecto a gran parte de los obstáculos encontrados (OPS, 1980; Schaefer, 1981; Gunatileke, 1984; Grompone, 1988; Romero, 1988; OPS, 1984; Gómez, 1987; OPS, 1989, 1990; Novaes, 1990; Chile, 1991; OPS, 1992).

Las limitaciones de esta investigación están relacionadas con la estrategia escogida. Las dificultades existentes en la operacionalización de la categoría *poder*, dada su complejidad, y el insuficiente estudio del contexto organizacional limitaron las posibilidades de explicación acerca de las razones para la implementación incipiente. Además, el proceso de creación de consenso en relación con el instrumento de evaluación fue débil debido a problemas operacionales.

El análisis de los procesos relacionados con la implementación de las acciones intersectoriales permitió la formulación de algunas preguntas que podrán tornarse objeto de futuras investigaciones: ¿en qué medida el contexto organizacional e institucional facilita y/o dificulta la implementación de las acciones intersectoriales?; ¿hasta qué punto la existencia de mecanismos formales influencia la institucionalización de ese tipo de propuesta?

Para finalizar, a partir de los hallazgos y de las reflexiones resultantes del desarrollo del presente estudio fue posible la formulación de propuestas que podrán contribuir a elaborar estrategias de superación de algunos obstáculos identificados: asegurar mayor participación política con la propuesta; movilizar liderazgos

políticoinstitucionales y promover su estabilidad en la conducción del proceso; definir mecanismos financieros y presupuestarios integrados; adoptar medidas técnicas y administrativas coordinadas, articuladas e integradas y desarrollar mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial estipulados.

Referencias bibliográficas

- Blumm, M. y Souza, C. (1998). Autonomia política local: uma revisão da literatura. En XXII ENANPAD. *Anais do XXII Encontro Nacional dos Cursos de Pós-graduação em Administração* [CD-ROM]. Foz de Iguazú, Paraná, Brasil.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/UNICEF (BrasilIBGE/UNICEF) (1994). *Municípios Brasileiros: Crianças e suas Condições de Sobrevivência. Censo Demográfico 1991*. Censo Demográfico, Brasília.
- BrasilMS (Ministério da Saúde) (1995). *Projeto para Redução da Mortalidade na Infancia*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BrasilMS (Ministério da Saúde) (1996). *Promedio da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BrasilUNICEF (1978). *Relatório da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata*. URSS.
- Buss, P. M. (Org.) (2000). *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Río de Janeiro.
- ChileMS (Ministerio de Salud) (1991). *Análisis estratégico (AE) y desarrollo participativo en salud pública: proposiciones metodológicas (documento de trabajo)*. Santiago: Ministerio de Salud.
- ChileMS (Ministerio de Salud) (1991). *Programa Interinstitucional MAQUEHUE: propuesta para un desarrollo local autosustentable*. Temuco: Ministerio de Salud.
- Costa, J. B. A. (1996). A resignificação do local: o imaginário político brasileiro pós-80. O novo município: economia e política local. *Sao Paulo em perspectiva*, Fundação SEADE, 10(3), 113118.
- Davidovich, F. (1993). Poder Local e Município, algumas Considerações. *Revista de Administração Pública*, 27(1), 514.
- Denis, J. y Champagne, F. (1997). Análise da implantação de programas. Em Z. M. A. Hartz (Ed.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Fischer, T. (Org.) (1993). *Poder local*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Gerschmann, S. (1989). Sobre a formulação de políticas sociais. En S. Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. San Pablo: CORTEZ/ABRASCO.
- Gómez, D. J. (1987). *Intersectorialidad en salud en el proceso de descentralización y desconcentración y regionalización en el departamento de Cajamarca*. Perú: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Perú. Proyecto Intersectorialidad en salud.
- Grompone, R. (1988). *Intersectorialidad, descentralización y su efecto en la dimensión salud: informe de actividades realizadas en el Cono Sur de Lima en el período de octubre de 1987 a enero de 1998*. Perú: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Perú. Proyecto Intersectorialidad en salud.
- Guanatileke, G. (1984). *Intersectoral linkages and health development: case studies in India (Kerala State), Jamaica, Norway, Sri Lanka, and Thailand*. Publication N° 83. Ginebra: OMS.

- Junqueira, L. A. P. e Inijosa, R. M. (1997). *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. San Pablo: FUNDAP.
- Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2), 3146.
- Matus, C. (1997). *Política, planejamento e governo* (3ª ed.), Tomo I. Brasília: IPEA.
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. San Pablo: Hucitec.
- Minayo, M. C. (1996). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (4ta. ed.) San Pablo/Río de Janeiro: Hucitec.
- Novaes, H. M. (1990). *Acciones integradas en los Sistemas Locales de Salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina* (Cuaderno técnico N° 31). Washington DC: OPS.
- Nunes, E. (1996). Poder local, descentralização e democratização: um encontro difícil. En O novo município: economia e política local. *Sao Paulo em perspectiva*. Fundação SEADE. 1996; 10(3): 32-39.
- OPASITALIA (Organização PanAmericana da Saúdelitalia) (1991). *Coordenação de projetos de saúde do Brasil. Saúde, meio ambiente e luta contra a pobreza (SMALP): vigilância à Saúde no processo de distritalização, plano operativo*. Salvador.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1961). Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este. *Boletín de la Oficina Panamericana de Salud*, 51(5), 473-494.
- OPS (1972). *Plan Decenal de Salud para las Américas: Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Santiago de Chile: Documento Oficial N° 118.
- OPS (1980). *Estrategia salud para todos en el año 2000. La articulación intersectorial*. Washington DC: Documento Oficial N° 173.
- OPS (1984). *Glosario de términos empleados en la serie "Salud para Todos", N° 18*. Ginebra.
- OPS (1984). *Participación de la comunidad y el desarrollo en las Américas: Análisis de estudios de casos seleccionados*. Washington DC: Publicación Científica N° 473.
- OPS (1989). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La intersectorialidad*. Washington DC: OPS.
- OPS (1990). *Las condiciones de salud en las Américas*. (Publicación Científica N° 524. Sección: Infraestructura de los sistemas de salud. Articulación intersectorial). Washington DC: OPS.
- OPS (1990). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participación social*. HSD/SILOS3. Washington DC: OPS.
- OPS (1990). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participación social. Estudios de casos*. HSD/SILOS 7. Washington DC: OPS.
- OPS (1992). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: la administración estratégica. El sector salud y el desarrollo intersectorial*. Washington DC: OPS.
- OPSCPPS (Organización Panamericana de la SaludCentro Panamericano de Planificación de la Salud) (1994). *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago de Chile; 1975.
- PAIM, J. S. (1994). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. En M. Z. Rouquayrol. *Epidemiologia & Saúde* (pp. 473-488). San PabloBelo Horizonte: MEDSI.
- PMASMS (Prefeitura Municipal de AlvorecerSecretaria Municipal de Saúde) (1997). *Plano Municipal de Saúde de Alvorecer 1997 a 2000*. Alvorecer: PMA-SMS.
- PMASME (Prefeitura Municipal de AlvorecerSecretaria Municipal de Educação) (1999). *Alunos matriculados na rede municipal de educação*. Alvorecer: PMA-SME.

- PMASMS (Prefeitura Municipal de AlvorécerSecretaria Municipal de Saúde) (1999). *Relatório de gestão*. Alvorécer: PMA-SMS.
- PMASMS (Prefeitura Municipal de AlvorécerSecretaria Municipal de Saúde) (1999). *Relatório de avaliação do grupo de trabalho intersectorial municipal (GTIM)*. Alvorécer: PMA-SMS.
- Rivera, F. J. U. (1995). *Agir comunicativo e pensamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Romero, G. E. (1988). *Análisis del proceso de desconcentración y descentralización y su impacto en la intersectorialidad en salud en la microregión de Huari*. Perú: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Perú. Proyecto Intersectorialidad en salud.
- Schaefer, M. (1981). *Coordinación intersectorial y aspectos sanitarios de la ordenación del medio ambiente: examen de la experiencia de distintos países*. Serie Cuadernos de Salud Pública N° 74. Ginebra: OMS.
- SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia) (1995/1998). *Avaliação preliminar do processo de implantação do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMJ)*. Salvador: SESAB (mimeo).
- SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia) (1995). *Programa de Redução da Mortalidade na Infância*. Salvador: SESAB.
- SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia) (maio 1995). *Relatório do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil nas áreas de maior risco de sobrevivência*. Salvador: SESAB (mimeo)
- SESABCIS (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Coordenação de Informação em Saúde) (2000). *Estimativa da população residente de Alvorécer em 1999*. Salvador: SESAB-CIS.
- SESABCODAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção Básica) (2000). *Sistema de Informação de Atenção Básica*. Salvador: SESAB-CODAB.
- Souza, C. (1996). Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. En *O novo município: economia e política local. Sao Paulo em perspectiva*. Fundação SEADE, 10(3), 103-111.
- Suaréz J. (1992). Contribuição ao marco teórico para o desenvolvimento da ação intersectorial. *Saúde, Educação, Medicina*, 26(2), 225-241.
- Testa, M. (1981). *Planificación estratégica en el sector salud*. Caracas: CENDESUCV.
- Testa, M. (1982). *Estructura de poder en el Sector Salud*. Caracas: CENDESUCV.
- Testa, M. (1992). *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Testa, M. (1995). *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso saúde*. San Pablo. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- UFBA (Universidade Federal da Bahia/Projeto UNI) (1998). *O rastro de violência em Salvador. Mortes violentas de residentes em Salvador, 1997: sistema de vigilância das violências*. Salvador: UFBA.
- Vieira Da Silva, L. M. (1991). As AIS/SUDS no Município. Repercussões e obstáculos: O Caso de Camaçari. *Saúde em Debate*, CEBES, 31, 72-82.
- WHO (World Health Organization) (1997). *Report of the International Conference on Intersectorial Action for Health: a cornerstone for health for all in the twenty first century*. Nueva Escocia, Canadá: WHO.
- YIN, R. (1993). *Case Study Research, Design an Methods* (2da. Ed.). Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Anexo

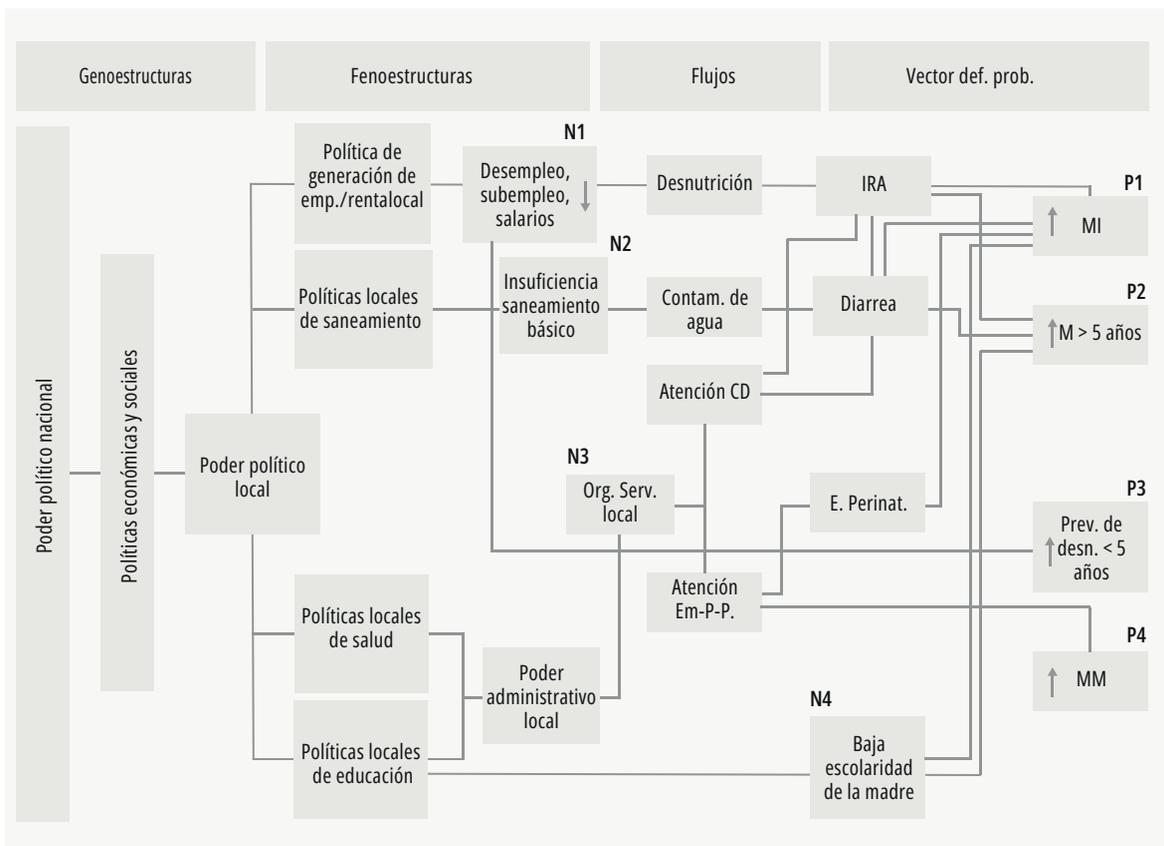


Figura 4.1. Flujograma de la situación global (inicial).

P= Problema; N= Nudo crítico; CD= Crecimiento y desarrollo; Em-P-P= Embarazo, parto y puerperio; E= Enfermedad; MM= Mortalidad materna; MI= Mortalidad infantil; — Relación establecida.

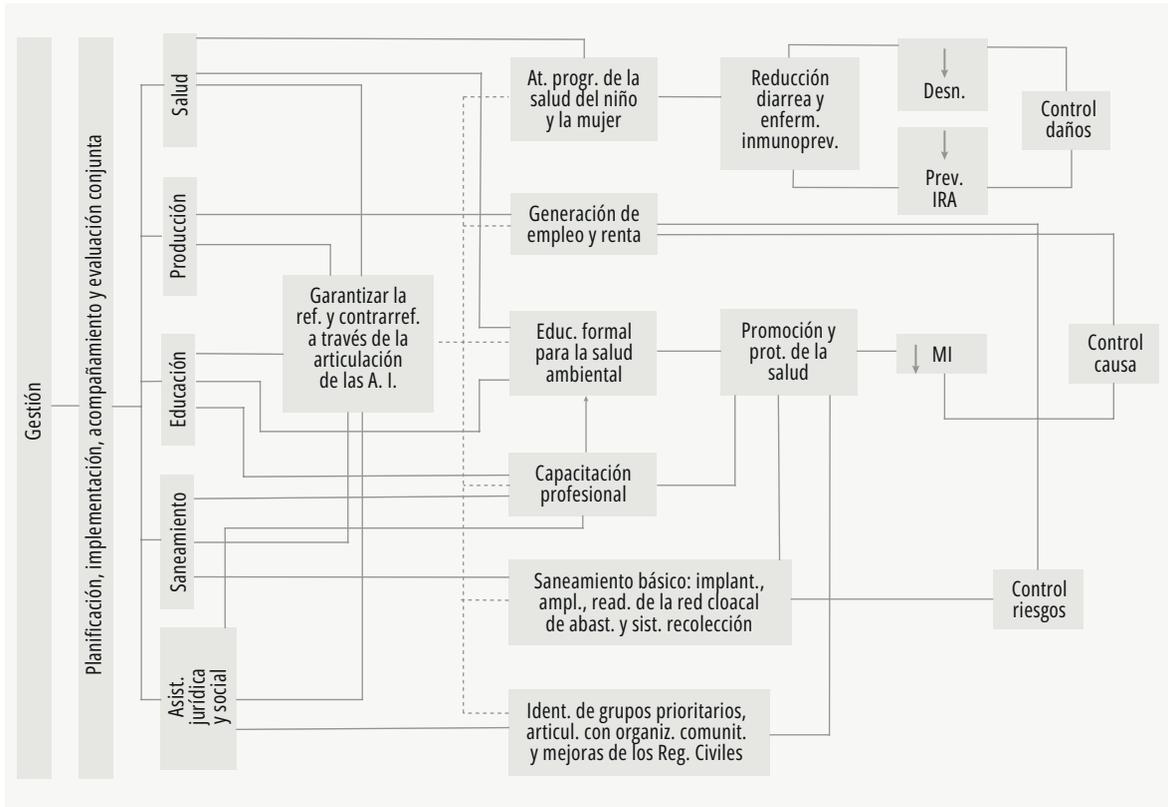


Figura 4.2. Gestión intersectorial.

IRA= Infección respiratoria aguda; MI= Mortalidad infantil.

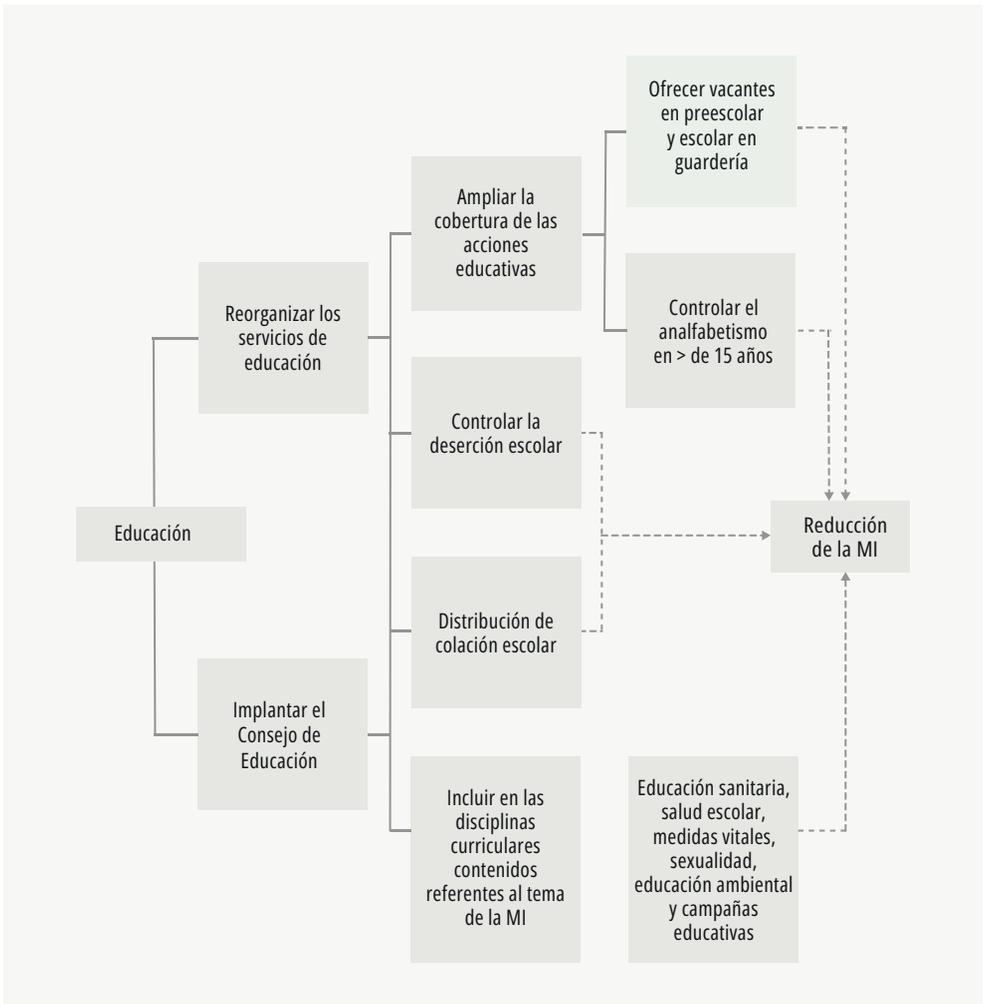


Figura 4.3. Gestión sectorial de educación.

MI= Mortalidad infantil.

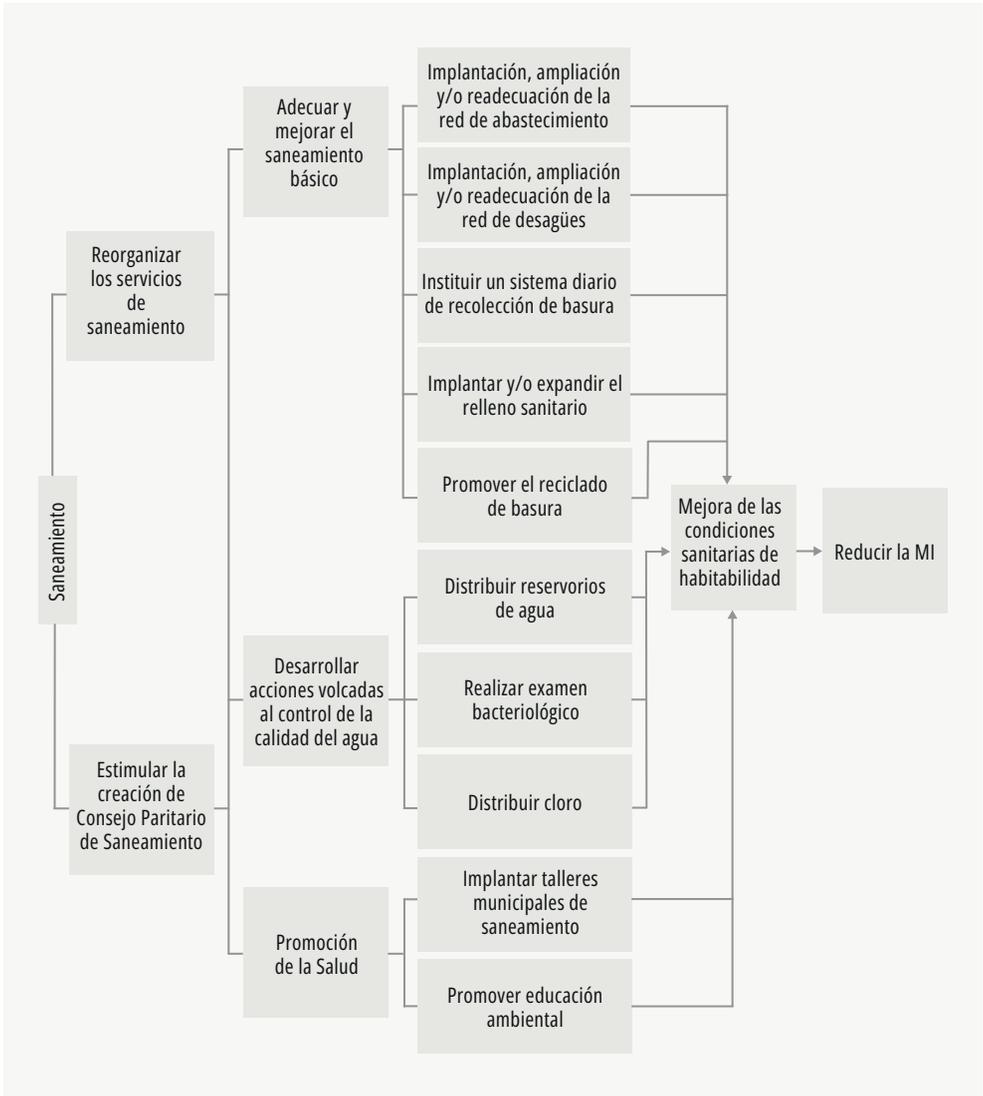


Figura 4.4. Gestión sectorial de saneamiento.

MI= Mortalidad infantil.

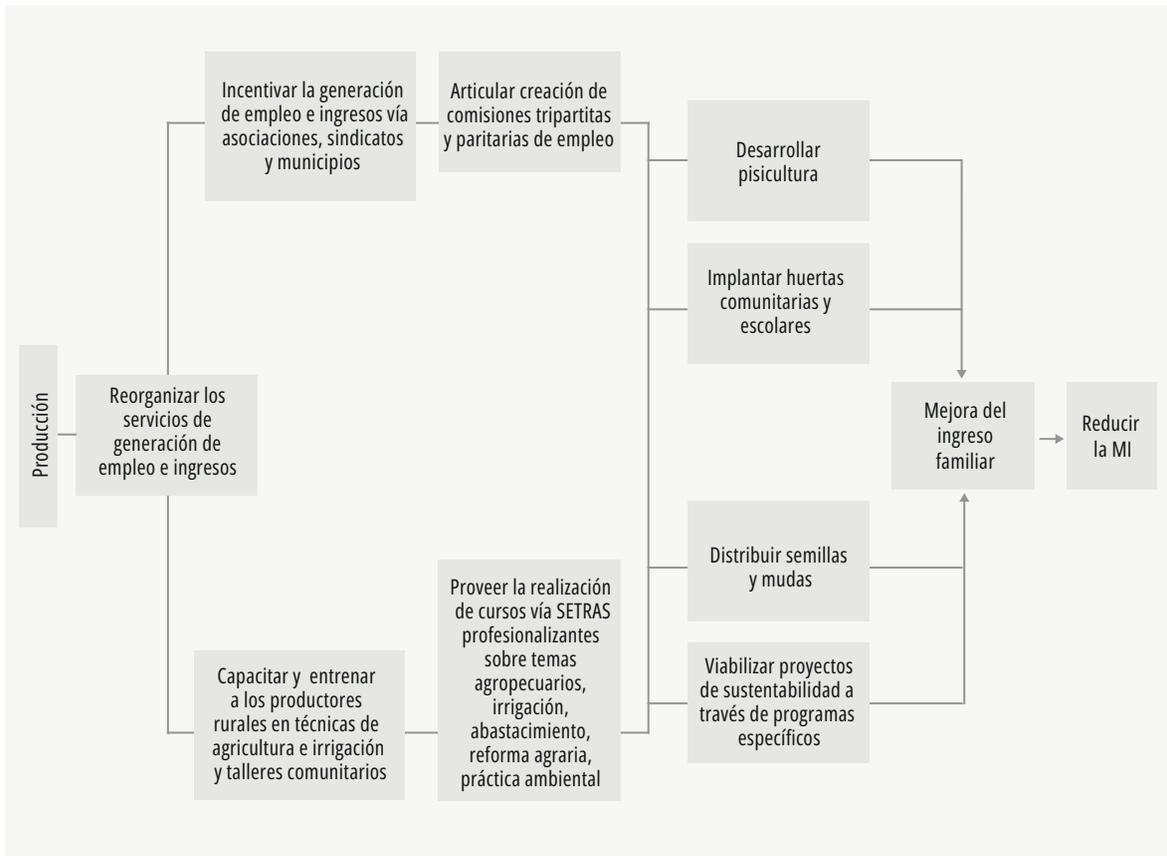


Figura 4.5. Gestión sectorial de producción.

SETRAS= Secretaría de Trabajo y Acción Social; MI= Mortalidad infantil.

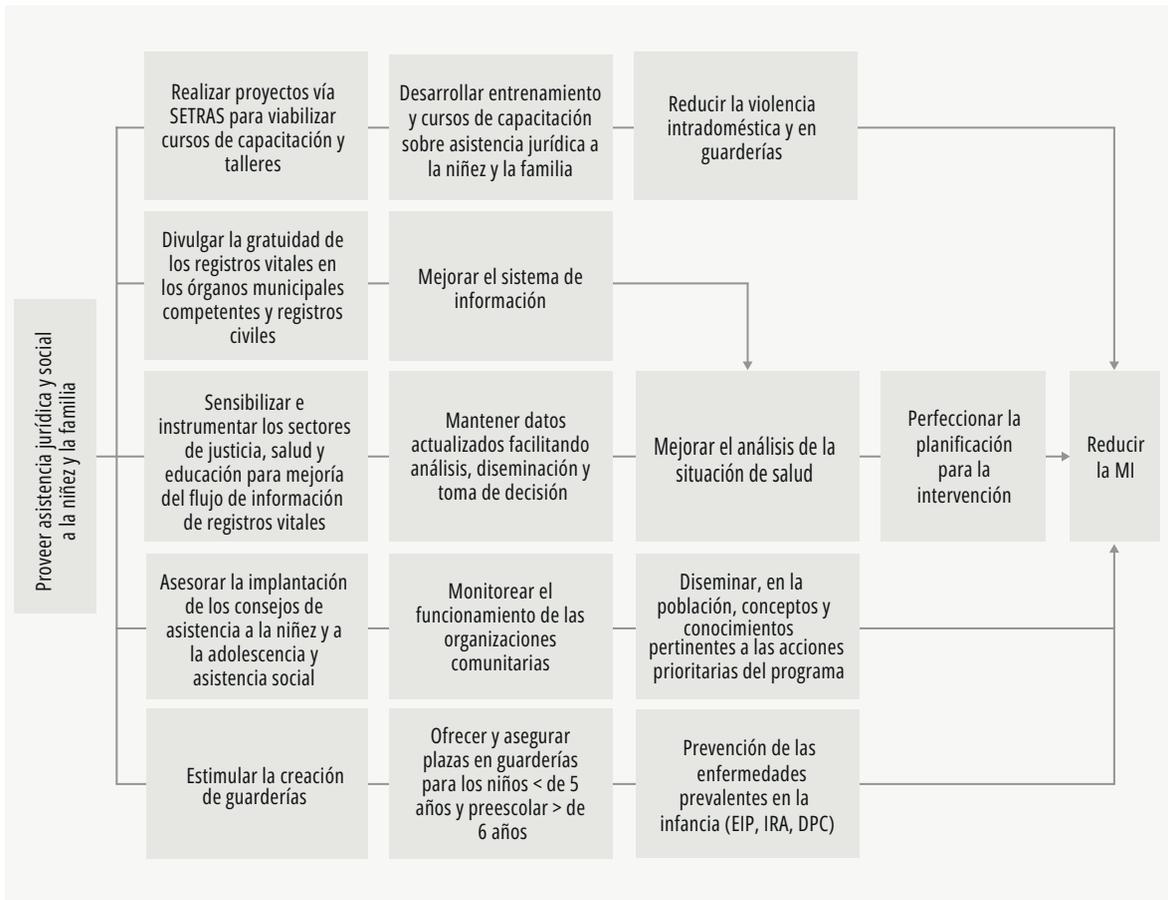


Figura 4.6. Gestión sectorial de asistencia social y jurídica.

SETRAS= Secretaría de Trabajo y Acción Social; EIP= Enfermedades infecciosas y parasitarias; IRA= Infección respiratoria aguda; DPC= Desnutrición proteico-calórica; MI= Mortalidad infantil.

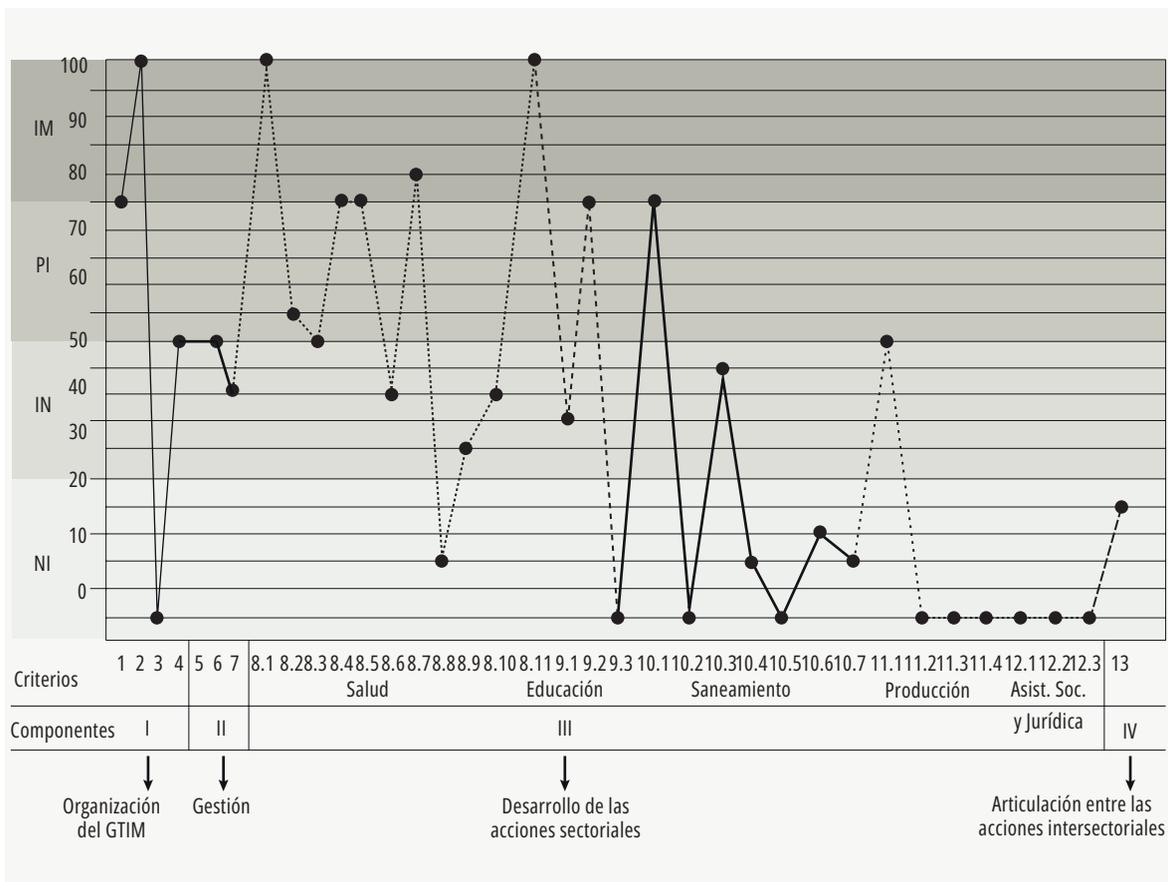


Figura 4.7. Grado de implantación de las acciones intersectoriales. Municipio "caso", 1998-1999.

IM= Implantado; PI= Parcialmente implantado; IN= Incipiente; NI= No implantado. GTIM= Grupo de trabajo intersectorial municipal.

Cuadro 4.1. Matriz de medidas del grado de implantación de las acciones intersectoriales.

Componentes	Criterios de evaluación	Puntuación atribuida		Graduación (ejemplos)			
		Máxima	Obtenida	Implantado (IM)	Parcialmente (PI)	Incipiente (IN)	No implantado (NI)
I. Organización del GTIM/PRMI municipal	1. Visita y contacto en el municipio acerca de los objetivos del PRMI	4	3	Visita realizada, hechos los contactos y propósitos discutidos			
	2. Realización del seminario	10	10	Realizado con presencia de todos sectores			
	3. Realización feria salud	4	0				No realizó feria salud
	4. Funcionamiento del GTIM	10	5		Tiene plan de acción y saben informar sobre proyecto		
		28	18		Parcialmente implantado		
II. Gestión (característica de la planificación)	5. Elaboración del plan de acción	10	5		Centralizado, aunque discutido y modificado		
	6. Coordinación y dirección	10	5		Decisiones claves tomadas sectorialmente		
	7. Acompañamiento y evaluación	10	4				
		30	14	Incipiente			
	8. Salud						
	8.1. Cobertura de vacunas	10	10	Cobertura superior 80% y utiliza instrumentos de evaluación	Cobertura >50% y <80%	Cobertura ≤50%	No desarrolla acción prevista o no implantada
	8.2. Control de vacunas	10	5,5				
	8.3. Control IRA	10	5				
	8.4. Control DPC	10	7,5				
	8.5. Incentivo amamantamiento	10	7,5				
	8.6. Asist. PN, P y P	10	4				
	8.7. Asistencia PF	10	8				
8.8. Práctica educativa	4	1					
8.9. Implementación SIS	4	3					
8.10. Implantación PACS	4	4					
8.11. ACD	10	10					
	92	65,5	Parcialmente implantado				
III. Desarrollo de las acciones sectoriales	9. Educación						
	9.1. Nivel alfabetización población >15 años	10	3		Cobertura >50% y <80%	Cobertura <50%	No fueron incluidos referentes a MI
	9.2. No. plazas preescolar y guarderías	10	7,5				
	9.3. Incluir # disciplinas contenidos referente MI	4	0				
	24	10,5	Incipiente				

Cuadro 4.1. Matriz de medidas del grado de implantación de las acciones intersectoriales. (Continuación)

Componentes	Criterios de evaluación	Puntuación atribuida		Graduación (ejemplos)			
		Máxima	Obtenida	Implantado (IM)	Parcialmente implantado (PI)	Incipiente (IN)	No implantado (NI)
III. Desarrollo de las acciones sectoriales	10. Saneamiento						
	10.1. Implantar, reade-cuar o ampliar red abas-tecimiento agua	10	7,5		Cobertura >50% y <80% y desarrolla acciones control agua	Recolección de ba-sura: centro 3 x se-mana y barrios 2 x semana	No desarrolla acciones previstas y no posee relleno, quema ni promueve acciones para reciclado
	10.2. Implantar, reade-cuar o ampliar red cloacal	10	0				
	10.3. Recolección diaria de basura	10	4,5				
	10.4. Implantar/im-plementar relleno sanitario	4	1				
	10.5. Promoción recic-la-je basura	10	0				
	10.6. Implantar talleres de saneamiento	4	1,5				
	10.7. Promover educación ambiental	4	1				
		52	15,5	Incipiente			
	11. Producción						
	11.1. Incentivar genera-ción empleo/ingresos en colaboración	10	5			Ejecución proyecto empleo/ingreso sectorial sin discusión con GTIM	No realiza acciones previstas
	11.2. Apoyar organizacio-nes comunitarias	4	0				
	11.3. Capacitar/entrenar pequeño productor	4	0				
	11.4. Curso profesores, en colaboración con otros organismos	4	0				
		22	5	No implantado			
	12. Asistencia social/ jurídica						
	12.1. Capacitación y talleres en colaboración con organismos	4	0				No desarrolla acción prevista ni articula con otros órgano o sectores
12.2. Estimular imple-mentación Consejo Asist. Social, y niñez y adolescencia	4	0					
12.3. Comunicación so-cial acciones prioritarias del PRMI	4	0					
	12	0	No implantado				
	202	92	Incipiente				
IV. Articulación entre las acciones intersectoriales	13. Acciones conjuntas e intersectoriales	10	2				Inexistencia de articulación de las acciones
		10	2	No implantado			
Total		270	126	Incipiente			

Cuadro 4.2. Síntesis de la evaluación del grado de implantación de las acciones intersectoriales, municipio “caso”, 1998-1999.

Componentes	Puntuación		% de adecuación	Clasificación
	Máxima	Obtenida		
I. Organización de GTIM/PRMI municipal	28	18	64,3	PI
II. Gestión	30	14	46,7	IN
III. Desarrollo de las acciones sectoriales	202	92	45,5	IN
IV. Articulaciones entre las acciones intersectoriales	20	02	10,0	NI
TOTAL	270	126	46,7	INCIPIENTE

GTIM= grupo de trabajo intersectorial municipal; PRMI= Proyecto de Reducción de la Mortalidad en la Infancia; PI= Parcialmente implantado; IN= Incipiente; NI= No implantado.

Capítulo 5

Evaluación de la implementación de un proyecto para la reducción de la mortalidad infantil¹

Paulo Germano de Frias², Pedro Israel Cabral de Lira³, Zulmira Maria de Araújo Hartz⁴

Introducción

El Coeficiente de Mortalidad Infantil (CMI), medida del riesgo de morir de un niño antes de completar el primer año de vida, ha sido un indicador ampliamente utilizado para evaluar el nivel global de salud, las condiciones de vida de una población y la eficacia de los servicios de salud. Esta medida puede revelar grandes disparidades al comparar diferentes áreas geográficas, siendo un buen estimador de inequidades (Murnaghan, 1981; Rouquayrol & KerrPontes, 1994; UNICEF, 1998; UNICEF, 2001b). Sin embargo, algunos autores han relativizado su utilidad al constatar que, aun en coyunturas de alta concentración de ingresos y enormes desigualdades sociales, el CMI puede mantener su tendencia decreciente (Reichenheim; Werneck, 1994).

En Brasil, los innumerables trabajos publicados que abordan el tema de la mortalidad infantil señalan un descenso de los indicadores en las tres últimas décadas (Monteiro, 1982; Barros *et al.*, 1987; Victora *et al.*, 1988; Monteiro & Zuñiga, 1995; Simões, 1997; UNICEF 2001b). En contrapartida, las publicaciones de UNICEF (1998; 2001a) mostraron que ningún país con ingreso *per cápita* similar a Brasil presenta

¹Trabajo desarrollado en la Maestría de Pediatría de la Universidad Federal de Pernambuco. Parcialmente financiado por el CENEFA.

²Médico con Maestría en Pediatría. Profesor e investigador del Núcleo de Evaluación del Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Brasil.

³Doctor en Medicina. Profesor de la Universidad Federal de Pernambuco. Brasil.

⁴Médica. Investigadora (residente) de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) - Fiocruz. Brasil. Profesora-Investigadora invitada del Departamento de Medicina Social y Preventiva y del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá. Doctora por la Universidad de Montreal. Canadá.

tasas tan altas. Agravando la situación, diversos estudios han enfatizado la persistencia de diferencias importantes entre regiones, estados y micro regiones (Becker & Lechtig, 1996; Simões & Oliveira, 1986; Szwarcwald *et al.*, 1992; Paim & Costa, 1993; Leal, 1996; Simões, 1997; Simões, 1999; UNICEF, 2001b).

Siguiendo el patrón caracterizado por la desigualdad en la distribución de los riesgos de muerte, el estado de Pernambuco presentó diferencias importantes en las diversas micro regiones (Simões, 1999), municipios (Cardoso, 2001) y hasta en los espacios interurbanos (Holmes *et al.*, 1994; Guimarães, 1998). Para el año 1998, las estimaciones indicaban extremos que iban de 39,3 a 98,5 defunciones/1.000 nacidos vivos (nv) en las micro regiones de Recife y Brejo pernambucano, respectivamente (Simões, 1999). Y entre municipios, Cardoso (2001) estima diferencias que van de 16 a 111 defunciones/1.000 nv.

En cuanto al patrón de mortalidad según causas, en las localidades con condiciones de vida más precarias predominan las defunciones provocadas por gastroenteritis e infecciones respiratorias, casi siempre asociadas a las carencias nutricionales que ocurren, sobre todo, en los mayores de 28 días. Se observa, sin embargo, que en localidades con extrema pobreza, donde las condiciones socio ambientales son particularmente adversas, esas causas muchas veces alcanzan también a los menores de 28 días.

A medida que mejoran las condiciones de vida, incluyendo el acceso a los servicios de salud, las enfermedades infecciosas y nutricionales tienden a declinar y gana importancia proporcional el componente neonatal representado por las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas y las afecciones de origen genético (Rouquayrol & KerrPontes, 1994; Pernambuco, 1996c; Pernambuco, 1998c).

En los países desarrollados, la modificación en los niveles de salud y en los perfiles de morbimortalidad que caracterizó la transición epidemiológica, ocurrió hace algunas décadas (Laurenti, 1990). Hoy, en esos países, la mayoría de las defunciones son clasificadas como inevitables y se deben básicamente a malformaciones congénitas. En los países en desarrollo, Brasil por ejemplo, donde no se invirtió en políticas públicas capaces de reducir las inequidades, la transición epidemiológica no concluyó. Tal vez por eso, sería más adecuado hablar de polarización epidemiológica, en especial en el Nordeste, claramente evidenciada en el grupo de los menores de un año. (Araújo, 1992; Silva, 2000).

Los diferentes comportamientos de la mortalidad infantil, desde la magnitud del indicador al perfil según la causa básica, están relacionados con un conjunto de factores condicionantes y determinantes que interactúan entre sí y se manifiestan a través de una forma peculiar en cada espacio geográfico, pasible de intervenciones particulares.

En Brasil, al inicio de los años 70, se desarrolló el Plan Nacional de Saneamiento (PIANASA), que llevó a cabo la rápida expansión de los servicios de saneamiento, sobre todo la red de abastecimiento de agua (Ferreira, 1992). Vinculadas al II Plan Nacional de Desarrollo se implementaron, progresivamente, una serie de políticas públicas compensatorias, entre las que se destacan los Programas de Salud Materno-Infantil y el de Nutrición en Salud. Al mismo tiempo, las modernizaciones en el área de la medicina preventiva y de la farmacología potenciaron los efectos de estas políticas de salud (Oliveira & Simões, 1996).

A partir de 1980, las campañas de vacunación en masa, las medidas de estímulo a la lactancia materna, la terapia de rehidratación oral y el combate a las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas, entre otras, se sumaron en un efecto sinérgico, contribuyendo al descenso de la mortalidad infantil (Oliveira & Simões, 1986).

A estos aspectos, se agregan dos situaciones consideradas como factores indirectos en la disminución de la mortalidad infantil: la acelerada caída de la fecundidad (Szwarcwald *et al.*, 1992) y el proceso de urbanización de las últimas décadas (Teixeira, 1996).

Sin embargo, en Brasil, la estructura social caracterizada por las desigualdades y la ausencia de mejorías efectivas en las condiciones de vida, impusieron importantes limitaciones a los beneficios generados por el incremento de las políticas públicas. Se destaca también que los aspectos relacionados con el acceso y la calidad de la asistencia prestada por los servicios de salud, de alguna forma reprodujeron e intensificaron las desigualdades existentes en el interior de la sociedad (Oliveira & Simões, 1986; Leal, 1996).

Frente a esta situación, parece existir un consenso acerca de que la persistencia de enormes desigualdades sociales entre regiones, estados y municipios brasileiros obliga a las autoridades del país a definir una agenda mínima de compromisos con la transformación social de las áreas sometidas a peores condiciones de vida. La ejecución de políticas públicas compensatorias, aun sin alterar la estructura social, permite mejorar en algún grado las condiciones de supervivencia (Pernambuco, 1997).

Después que la Declaración de AlmaAta definió la *atención primaria de la salud* como “la llave para la obtención de un nivel de salud que pueda permitir a las comunidades desenvolverse y llevar una vida social y económicamente productiva...” (Declaración, 1979). Brasil implantó, a partir de 1984, el Programa de Asistencia Integral a la Salud del Niño (PAISC) como estrategia de enfrentamiento de las altas tasas de mortalidad prevalentes en la infancia (Brasil, 2000g).

A comienzos de la década de 1990, en la región Nordeste, se instituyó el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) como un instrumento de intensificación de las acciones dirigidas a niños y mujeres. En 1994 nació el Programa de Salud de la Familia (PSF), presentado como una estrategia para estimular el cambio del modelo asistencial y que, al año siguiente, pasó a ser considerado proyecto prioritario de gobierno. La adscripción de familias y la definición de la responsabilidad territorial contribuyeron, de alguna forma, a establecer vínculos entre los servicios, los profesionales y la comunidad (Brasil, 1997b).

En 1995, al lanzar el Proyecto de Reducción de la Mortalidad Infantil (PRMI), el gobierno insertó en su agenda política el problema de la supervivencia infantil y reafirmó los compromisos asumidos en esta década en encuentros nacionales e internacionales (Brasil, 2000a).

El PRMI buscaba reducir las defunciones infantiles y la mejoría de la situación de salud de los niños a través del incremento de los diversos programas gubernamentales, promoviendo la articulación intersectorial (salud, educación, agricultura, saneamiento, habitación, trabajo, comunicación social, justicia y presupuesto) con instituciones internacionales, UNICEF y Organización Panamericana de la Salud

(OPS), organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas de clase, consejos de secretarios de salud en los tres niveles de gobierno y la sociedad (Brasil, 1995b).

Con el lanzamiento del PRMI se produjo una gran movilización a través de seminarios regionales y nacionales, que involucró a las Secretarías Estatales de Salud (SES) y a las instituciones asociadas. En estas se presentaban las directrices y los componentes de la intervención: Asistencia a la Salud MaternoInfantil, Alimentación y Nutrición, Inmunización, Saneamiento, PACS (Programa de Agentes Comunitarios de Salud) y PSF (Programa de Salud de la Familia), Información, Educación y Comunicación y Recursos Humanos. Las SES eran orientadas a adaptar el Proyecto a sus realidades locales a partir de las directrices propuestas (Brasil, 1995b; Brasil, 1996a).

En Pernambuco se estaban realizando algunas experiencias para combatir la mortalidad infantil en los municipios de la región metropolitana de Recife. Simultáneamente, el gobierno del estado lanzó, en marzo de 1995, un proyecto con el mismo objetivo, denominado SalvaVidas (Pernambuco, 1997).

El SalvaVidas se diferenciaba del proyecto nacional por adoptar el enfoque de riesgo no solo en los criterios de selección de los municipios, sino también en la selección de los niños blanco de la intervención. Incluía además la evaluación entre sus objetivos y adoptaba, como estrategia de participación de las Secretarías Municipales de Salud, las discusiones sobre temas relevantes que favorecieran el proceso de municipalización en curso (Frias *et al.*, 2002a).

El proceso de implementación en este Estado fue diseñado en seis etapas, con la participación de amplios sectores de la sociedad, para alcanzar una mejor adaptación a la realidad local, a partir de la participación de la comunidad y estimulando la autonomía municipal (Pernambuco, 1997).

La fase de implantación del proyecto se inició con la sensibilización de los políticos, gestores y profesionales de la salud de los municipios, mediante seminarios estatales, regionales y municipales. Siguió un proceso de sensibilización/capacitación para los municipios y regionales de la salud. Estos desarrollaron, en sus respectivos municipios, diagnósticos preliminares sobre la situación de salud, las condiciones estructurales de funcionamiento de las unidades e instituciones involucradas con la prestación de servicios y la producción de datos relevantes (Frias *et al.*, 2002a).

Ya con el diagnóstico preliminar, se efectuó una gran movilización local con la participación de varias instituciones y socios estatales y municipales, para la divulgación amplia de los resultados, la realización de talleres de trabajo sectoriales y el montaje de un Plan de Intervención Local, con la consideración del Consejo Municipal de Salud. Luego, la Secretaría Estatal de Salud pasó a prestar asesoría a las secretarías municipales de salud. La etapa de monitoreo, supervisión y evaluación completaba la programación prevista (Frias *et al.*, 2002a; Pernambuco, 1997).

La incorporación de municipios al PRMI fue amplia en el primer año (1995), con 43 municipios integrados, y disminuyó en los años subsiguientes, en 1998 se alcanzaba un total de 60 municipios (Frias *et al.*, 2002a). En 1999, con el cambio de las autoridades estatales y el insuficiente estímulo del Ministerio, el PRMI, sufrió una desaceleración importante en su proceso de implementación.

En este escenario, y a pesar del gran número de programas, proyectos y acciones desarrollados en los últimos años, se realizaron pocas evaluaciones, por lo que se desconoce el grado de integralidad de las acciones ofrecidas, su eficiencia, eficacia y efectividad (Hartz & Pouvourville, 1998). La ABRASCO (1995), reconociendo la insuficiencia de los estudios epidemiológicos para evaluar la necesidad, adaptación y efectividad de los servicios prestados, y poniendo como punto crítico el desconocimiento del grado de implementación de las acciones programáticas en los servicios, propuso realizar estudios locales y regionales para analizar la implementación de los programas y su correlación con los indicadores de impacto.

Considerando que las muertes infantiles todavía constituyen un grave problema de salud pública en Brasil, en particular en la región Nordeste; que los diferenciales de riesgo de muerte entre los diversos espacios geográficos no han disminuido como era deseable; que las políticas públicas de salud pueden ejercer un reconocido papel en la reducción de los índices de mortalidad infantil, en la reducción de las inequidades sociales y en la mejoría de las condiciones de vida de este grupo poblacional; que se vienen desarrollando diversas acciones gubernamentales y no gubernamentales para hacer frente a este cuadro; que los programas especiales, orientados a la asistencia a la salud de la mujer y del niño en el país, en especial en el interior del Nordeste, fueron escasamente evaluados en su implementación, se eligió el foco del presente estudio.

Por otra parte, considerando el conjunto de criterios de elegibilidad prioritarios para la evaluación contenidos en la Guía de los Servicios Humanos de la Salud de la División de Evaluación de Programas del *General Accounting Office* (Hartz & Pouvourville, 1998), este estudio puede ser relevante porque: el PRMI es de interés local, por lo tanto compatible con las prioridades nacionales; puede tener un valor demostrativo al diseñar la teoría del programa, contribuyendo a la reproducibilidad de las intervenciones gubernamentales y/o la reestructuración organizacional de otras localidades; testea y desarrolla modelos de evaluación para un programa específico, pudiendo contribuir a la elaboración/validación de manuales o guías metodológicos; contribuye a implementar y validar algunos sistemas de información; con el proceso de descentralización del SUS, efectivizado a través de la municipalización y la crisis políctofinanciera del sistema, la evaluación de programas gana importancia como elemento esencial para la planificación, en la redefinición de prioridades y en el redireccionamiento de las acciones; es necesario formar y capacitar a evaluadores locales para mejorar la utilización de los resultados y la elaboración de estrategias adecuadas para las intervenciones.

En esta investigación, donde se pretende confrontar un modelo teórico con la realidad empírica cuyas variables son interdependientes, se establecieron los presupuestos teóricos de la investigación. El presupuesto básico puede ser descrito como: “el perfil de enfermedad y muerte de los menores de un año está relacionado al grado de implementación de las acciones de atención a la mujer y el niño”.

Este trabajo tiene por objetivo, por lo tanto, caracterizar la influencia que, según el grado de implementación, produjeron las acciones del Proyecto de Reducción de

la Mortalidad Infantil (PRMI), utilizando indicadores de resultados, en dos municipios pernambucanos con condiciones semejantes de vida en 1999.

Procedimientos Metodológicos

Estrategia de la investigación

El abordaje metodológico seleccionado fue la investigación sintética y el estudio de casos múltiples, con niveles de análisis imbricados (Yin, 1993; Yin, 1994; Contandriopoulos *et al.*, 1997b; Hartz *et al.*, 1997). Para eso se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, privilegiando la evaluación normativa en los aspectos ligados a la cobertura de los subprogramas.

En la investigación sintética se utiliza un abordaje deductivo, partiendo de presupuestos teóricos y documentando la realidad empírica observable. La comprensión de los casos está relacionada con la profundidad del análisis y con la coherencia en la construcción del modelo teórico (también llamado modelo lógico), considerando todos los componentes involucrados, y no el número de unidades estudiadas (Denis & Champagne, 1997).

La unidad de análisis utilizada fue el PRMI (en su dimensión unitaria) y sus componentes (representado por algunos subprogramas) en los municipios caso. En cuanto a los niveles de análisis, se optó por la superposición de estos, a través de la observación de los procesos de organización técnica normativa del PRMI y sus componentes en los diferentes casos estudiados. Los principales niveles de análisis estudiados fueron los indicadores operacionales del PRMI (estructura, proceso y resultados) y los tipos de cuidado puestos a disposición (primario, secundario y terciario).

El modelado utilizado para la verificación del grado de implementación de las acciones del Proyecto de Reducción de la Mortalidad Infantil incorporó diversos métodos, fuentes de datos e informaciones, procurando construir una cadena de evidencias con informaciones válidas y confiables, buscando aumentar la validez de la construcción del estudio. La evaluación técnica normativa y los aspectos ligados a la cobertura tuvieron atención particular en el análisis de implementación realizado en este estudio, el componente dos. Este corresponde al “Análisis de la influencia de la variación en la implementación sobre los efectos observados” en la tipología propuesta por Denis y Champagne (1997). El modelo de estudio de casos múltiples utilizado comprendió el desarrollo de la teoría, la construcción del protocolo de recolección de datos, la selección de los casos, el relato individual de ellos, la confrontación de la realidad empírica observada con el modelo teórico y la posterior elaboración de las conclusiones sobre la implementación y el desarrollo de las recomendaciones para las políticas públicas.

Municipios-caso

Se decidió que los municipios del interior del estado serían privilegiados por la coherencia con el diseño del estudio y por la carencia de investigaciones evaluativas en esa región. El municipio de Brejo da Madre de Deus fue seleccionado como caso índice en función de las inversiones realizadas en el sector salud a través del Proyecto “Salud Pública en el Nordeste: la experiencia de Pernambuco” (UFPE & JICA, 1999).

Los indicadores elegidos para seleccionar el municipio con condiciones de vida similares al municipio de Brejo da Madre de Deus fueron: el Índice de Desarrollo Humano Municipal, IDHM (IPEA & Fundación João Pinheiro, 1996), el Índice de Condición de Vida, ICV (IPEA & Fundación João Pinheiro, 1996) y el Índice de Condición de Supervivencia, ICS (UNICEF & FIBGE, 1994). Estos indicadores fueron elegidos por representar un conjunto de variables relacionadas a la determinación de las condiciones de vida y supervivencia de la población, de la disponibilidad y de la facilidad en el manejo, además del reconocimiento por la comunidad científica nacional e internacional.

Entre las limitaciones de los indicadores seleccionados se destaca que los datos primarios son del Censo Demográfico de 1991, que no captan los cambios ocurridos posteriormente, que representan medias que esconden variaciones intramunicipales y, por su naturaleza cuantitativa, no permiten identificar aspectos cualitativos importantes (UNICEF & FIBGE, 1994; IPEA & Fundación João Pinheiro, 1996).

Primero se procedió a la jerarquización de los municipios de Pernambuco para cada uno de los indicadores seleccionados, luego se calcularon los deciles y se identificaron los municipios que se encuadraron en el mismo decil del municipio índice, Brejo da Madre de Deus. Se encontraron 41 municipios que estaban en el mismo decil en por lo menos un indicador, pero solo el municipio de Bom Conselho en los tres indicadores, por lo que se lo eligió para el estudio.

El estudio comprendió el período desde el 1° de enero al 31 de diciembre de 1999, en las dos ciudades seleccionadas. En el Cuadro 5.1 (Anexo) se observan algunas variables sociodemográficas correspondientes a los municipios en cuestión.

Modelo teórico

Existen varias formas de elaborar las hipótesis y los presupuestos de una investigación antes de seleccionar las variables que deben ser estudiadas. Una de ellas es la elaboración de un modelo teórico. Este ha sido mencionado con una terminología diversa: modelo hipotético causal (Beghin *et al.*, 1989), modelo explicativo o modelo lógico (Hartz, 1999). El término, según Beghin *et al.*, (1989), sugiere la idea de “representación simplificada de un proceso o sistema”, mientras que para Graham (1994) es un método estructurado para definir el fundamento lógico del programa.

El modelo lógico trata de una serie de eventos organizados de forma jerárquica donde los componentes del programa dispuestos en un diagrama presentan su funcionamiento teórico. El objetivo es proporcionar una explicación, una comprensión

de los mecanismos implicados en la producción de los resultados del programa (Beghin *et al.*, 1989). Una de sus ventajas es posibilitar la ligación del proceso a los resultados a través de una secuencia de pasos, además de valorizar la interacción de los efectos de los componentes con el impacto del programa (CDC, 1999).

En la elaboración del modelo debe estar explicitado el problema, la población-objetivo, el contexto y los componentes esenciales del programa que van a producir de forma aislada o integrada los efectos deseados. El programa debe ser tratado en un todo y en la particularidad de sus componentes (subprogramas), nunca con un solo efecto deseado, sino con una serie de efectos jerárquicamente articulados (Hartz, 1999). En la diagramación del modelo, también puede aparecer la infraestructura necesaria para la operacionalización del programa. Generalmente están incluidos los insumos (*inputs*), las actividades, los productos (*outputs*) y los efectos a corto, medio y largo plazo (*outcomes*) (CDC, 1999; Hartz *et al.*, 1997).

Beghin *et al.* (1989) afirman que “el ejercicio de construir un modelo no es solamente una vía para generar nuevos conocimientos, sino que constituye, también, un proceso por medio del cual se organizan y comparten los conocimientos y las formas de comprensión”. Ellos establecen una estructura de referencia para las evaluaciones (CDC, 1999) y, una vez construido, también puede ser perfeccionado con el correr del proceso de evaluación, en la búsqueda de una mayor consistencia de los resultados obtenidos (Cosendey, 2000). Para Hartz (1999) esta es una etapa esencial en la apreciación de la *evaluabilidad* de cualquier programa.

Una vez definido el modelo lógico, el tiempo disponible y los recursos de la investigación, la definición de los indicadores resulta más fácil, aunque casi siempre es necesaria una gran selectividad (Beghin *et al.*, 1989). La selección de los indicadores demanda informaciones cuantitativas o cualitativas dependiendo de la cuestión formulada, disponibilidad del dato y su uso planeado. Durante el proceso evaluativo puede ser necesario incorporar nuevos indicadores o modificar los previamente elegidos (CDC, 1999).

El modelo presentado en la Figura 5.1 (Anexo), adoptado como referencia en este estudio, fue adaptado del propuesto por Hartz *et al.* (1997) al estudiar el análisis de implementación del Programa MaternoInfantil en Sistemas Locales de Salud.

Al modelo originalmente propuesto, después de concluido el análisis documental del Proyecto SalvaVidas, se le incorporaron algunos componentes para identificar y especificar su contenido (Brasil, 1995b; Felisberto *et al.*, 1995; Pernambuco, 1996a; Pernambuco, 1996c; Pernambuco, 1997; Pernambuco, 1998c).

Se consideraron los componentes: Educación para la Salud, Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), Programa de Atención Integral a la Salud del Niño (PAISC), Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), Programa Estatal de Parteras Tradicionales (PEPT), Acciones de Asistencia al Parto Hospitalario, Acciones de Asistencia al Niño Hospitalizado, Sistema de Información en Salud y Vigilancia de Defunciones.

A pesar de la incorporación de algunos componentes como las Afecciones Perinatales, en función de las particularidades del objeto evaluado, las principales causas

de defunción o de *fragilización* consideradas por Hartz *et al.* (1997), el bajo peso al nacer, la desnutrición y las enfermedades infecciosas se mantuvieron.

Elenco de variables

El Cuadro 5.2 (Anexo) presenta la relación de variables, sus definiciones y los indicadores operacionales con las respectivas formas de obtención.

Fuente y recolección de datos

Grado de implementación del PRMI

Los datos referentes al Grado de Implementación del PRMI tuvieron como fuente datos primarios recolectados específicamente para este fin y datos secundarios de documentación oficial, obtenidos en las secretarías municipales y estatales. Fueron recolectados a través de diferentes técnicas, utilizándose documentos escritos oficiales, observación sistemática, observación ligada a la entrevista y entrevista dirigida semiestructurada, variando de acuerdo con la viabilidad y operacionalidad de los indicadores utilizados para cada componente del PRMI. La recolección de los datos ocurrió en el período de enero a mayo de 2000. El Cuadro 5.3 (Anexo) presenta, para cada componente del PRMI, los tipos de datos, las técnicas de recolección y los instrumentos/ documentos utilizados.

Coefficientes de mortalidad infantil y mortalidad proporcional

Los datos sobre las defunciones no fetales de menores de un año de los residentes de Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho tuvieron como fuente el Certificado de Defunción (CD). Excepcionalmente, las Secretarías Municipales de Salud emitieron CD para los casos no notificados al SIM, después de la conclusión de una búsqueda activa de defunciones no fetales de menores de un año en cementerios oficiales y clandestinos, unidades de salud, en las comunidades, a través de los agentes comunitarios de salud y parteras tradicionales, y compatibilización de los sistemas de información del PACS y PEPT. La recolección de los CD incluyó las defunciones fetales y no fetales de menores de un año. La incorporación de las defunciones fetales en el universo de la recolección se realizó para posibilitar la validación del tipo de defunción.

Los datos referentes a los nacidos vivos tuvieron como fuente las Declaraciones de Nacidos Vivos (DNV) de residentes en Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho. Después de concluida la búsqueda activa de nacidos vivos en libros de registros en unidades de salud, en las comunidades, a través de los agentes comunitarios de salud

y parteras tradicionales, y su compatibilización con los sistemas de información del PACS y PEPT, fueron emitidas copias de DNV.

Calidad de los instrumentos de medida

La verificación de la calidad de los instrumentos de medida puede ser cotejada por su confiabilidad y su validez. Lo primero está relacionado con la medición fiel del objeto estudiado y el segundo con la precisión (Contandriopoulos *et al.*, 1997b).

En este estudio trabajamos con diversos instrumentos: el Instrumento Gerencial de la Mujer, del Niño y del Adolescente: evaluación, sistema de información y programación (Brasil, 1995a); las Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Atención MaternoInfantil: modelo de evaluación, internación en obstetricia y en pediatría (OPS; OMS, 1987), y el Instrumento de Investigación de Defunciones en Menores de un año (Pernambuco, 1998g). Estos instrumentos se seleccionaron en función del conocimiento de sus cualidades de medición, de la posibilidad de comparar con estudios realizados en tiempos y/o localidades distintas, de la reducción del tiempo para concluir el estudio lo que redundaría en el costo final de la investigación, y de la experiencia previa del autor.

Diversos estudios apuntan la pertinencia y las limitaciones de los instrumentos utilizados en esta investigación. El instrumento Gerencial de la Mujer, del Niño y del Adolescente objetiva el grado de implantación y/o implementación de las acciones programáticas involucradas en la asistencia a la mujer y el niño (Brasil, 1995a), posibilitando trazar el perfil de implantación asistencial en las Unidades de Salud (Pernambuco, 1996a; Pernambuco, 1996b; Vidal *et al.*, 2001). Lo abordado por las Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Atención MaternoInfantil (modelo de evaluación, internación en obstetricia y en pediatría), tiene como finalidad analizar la estructura y la organización general del servicio de salud en su dotación física y de personal (OPS & OMS, 1987), muchos estudios realizados durante la última década utilizaron este instrumento (IMIP & SUDENE, 1990; Hartz *et al.*, 1997; Alves & Silva, 2000). Finalmente, el instrumento de Investigación de defunciones en menores de un año (Pernambuco, 1998g) tiene como objetivo identificar el perfil de mortalidad infantil, reconstituyendo la causa básica de la defunción y el recorrido de las familias en busca de asistencia. Este instrumento es una adaptación del utilizado por Puffer y Serrano (1973), y posteriormente aplicado por Duchiaide *et al.* (1989), Hartz *et al.* (1996), Hartz *et al.* (1997), Secretaría de Salud de Pernambuco (Pernambuco, 1998g) y Barreto y Pontes (2000).

Para discutir la validez de los instrumentos de medida se adoptó la nomenclatura usada por Contandriopoulos *et al.* (1997b): validez de contenido, de construcción y de criterio.

La validez de contenido, relacionada con la capacidad de juzgar si la construcción teórica representa todos los aspectos del concepto a medir (Contandriopoulos *et al.*, 1997b), fue testeada por diversos autores, conforme a la descripción anterior, e incorporó el concepto de validez aparente, o sea, abordando la coherencia aparente

entre el objeto a medir y el instrumento. Para no afectar la validez del contenido, los cuestionarios referentes a la evaluación de Unidades Básicas y Servicios de Obstetricia y Pediatría fueron aplicados por el autor del estudio y las investigaciones de defunciones pasaron previamente por una adaptación del lenguaje y una capacitación de los técnicos involucrados en el procedimiento.

En cuanto a la validez de construcción, relacionada con la operacionalización de los conceptos teóricos (Contandriopoulos *et al.*, 1997b), fue abordada por la forma teórica o nomológica. En esta forma de validación, según Contandriopoulos *et al.* (1997b), se construyen “hipótesis sobre los resultados que se deberían observar con la ayuda del instrumento, en ciertas condiciones y para ciertas poblaciones”, y destaca a continuación que “toda hipótesis que se basa en un abordaje teórico puede ser formulada, *a priori*, para testear la validez nomológica de un instrumento”. La confirmación de la hipótesis consolida la suposición de la adaptación del instrumento, pero la no confirmación no lo invalida necesariamente. Para este estudio fueron identificadas las dimensiones que más se aproximaban a los resultados que debían ser observados y promovían una adecuada comprensión conceptual. La validez de la construcción está presentada gráficamente en la Figura 5.1 (Anexo), referente al modelo lógico.

Finalmente, la validez de criterio, relacionada con la capacidad del instrumento de medir un fenómeno con criterios definidos (Contandriopoulos *et al.*, 1997b), fue abordada evaluando la consistencia de las relaciones entre los indicadores elegidos para representar el grado de implementación con los indicadores de efecto del PRMI. La falta de coherencia indicaría la existencia de problemas en el instrumento utilizado.

En esta investigación, los instrumentos seleccionados mostraron una mayor validez de contenido y de construcción, lo que implicaba una mayor potencia del estudio.

Procedimientos de verificación de la confiabilidad de los datos

Componentes del PRMI

La forma de verificar la confiabilidad de los datos en relación con la capacidad de reproducción de los resultados obtenidos (Contandriopoulos *et al.*, 1997b) por los componentes del PRMI varió de acuerdo con los instrumentos y métodos utilizados para cada uno de ellos.

Se utilizó el análisis documental para los componentes PACS, PEPT, Educación en Salud y Vigilancia de Defunciones, procediéndose a la máxima diversificación posible de las fuentes de información. En este tipo de análisis, las fuentes múltiples son deseables, pues la reproducción de los resultados sugiere una mayor confiabilidad de los datos (Yin, 1994).

Los resultados hallados fueron revisados por los gerentes de los subprogramas (componentes) para detectar eventuales errores de interpretación. Solo fue necesario hacer ajustes con relación al PACS. A pesar de que la mayoría de la documentación

oficial se refería al mismo número de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), hubo pequeñas fluctuaciones, relacionadas con los movimientos de salida y sustitución que ocurren a lo largo del año. Se adoptó, en consecuencia, el número de ACS existente en julio de 1999 para los dos municipios.

En cuanto a los componentes PAISC, PAISM y Asistencia al Parto y Recién Nacido, y Asistencia al Niño Hospitalizado, se siguió una de las recomendaciones de Contandriopoulos *et al.*, (1997b): “la estimación de la equivalencia de los resultados obtenidos, cuando un mismo fenómeno es medido por varios observadores al mismo tiempo”. Los observadores seleccionados, además del propio autor, fueron técnicos de nivel superior de las Secretarías Municipales de Salud, previamente entrenados. Las diferencias señaladas en los instrumentos por los observadores no interfirieron en la clasificación final del grado de implementación de las acciones.

Para el componente *Sistema de Información en Salud*, que fue evaluado a partir del subregistro de defunciones de menores de un año, se utilizó la búsqueda activa en múltiples fuentes, conforme a la descripción que sigue.

Certificados de defunción

Revisión de los certificados de defunción, tipo de defunción y edad declarada

La revisión de los CD comprendió dos procedimientos: el primero relacionado con la búsqueda activa de CD emitidos por médicos o registros civiles y el segundo relacionado con los no emitidos y los no registrados en el registro civil.

Para detectar fallas en el proceso de recolección de los CD emitidos, se procedió a la búsqueda activa en los registros civiles y las Unidades de Salud de los dos municipios, en los de la sede de la Dirección Regional de Salud y en los órganos procesadores de los CD. Para la realización de esta etapa de la investigación fue necesario identificar y consignar las defunciones inscriptas en los registros civiles de los municipios. Para las defunciones que no fueron declaradas en registros civiles ni fueron emitidos los CD respectivos, se procedió a la búsqueda activa en cementerios oficiales y clandestinos, en Unidades de Salud de los municipios caso y en la sede de las Regionales de Salud, y se recabaron informaciones del PACS, PSF y PEPT.

Para la ejecución de esta etapa fue necesario identificar y registrar los cementerios oficiales y clandestinos existentes en los dos municipios. En las Unidades de Salud se utilizaron solamente las informaciones escritas de acuerdo con la disponibilidad. Para la obtención de los datos del PACS y PSF, se utilizaron fuentes escritas (ficha D del Sistema de Información de la Atención Básica SIAB) y verbales, documentadas posteriormente por las enfermeras instructoras del PACS. Las parteras tradicionales contribuyeron con documentación escrita, cuando estaba disponible y, cuando no, con relatos verbales, que fueron registrados por la enfermera instructora del PACS. La investigación de las defunciones fue adoptada para confirmar la información

recolectada. Después de la búsqueda activa se procedió a la confrontación de la información disponible, a través del *software* EpiInfo versión 6.0, identificando así las defunciones que no tuvieran el CD emitido.

La totalidad de los certificados de defunción de menores de un año, fetales y no fetales, recolectados fueron sometidos a una evaluación, para detectar errores en la clasificación en la tipificación. Este procedimiento permitió identificar una defunción fetal entre los no fetales en Bom Conselho, siendo así eliminado del estudio; y uno no fetal entre los fetales en Brejo da Madre de Deus, siendo incorporado a las defunciones de este municipio.

La consistencia de la edad declarada fue observada a partir de los datos informados en los campos fecha de nacimiento y fecha de defunción. Las diferencias verificadas estaban relacionadas, sobre todo, con las edades registradas en horas y días completos.

Las reglas utilizadas en la selección de la causa básica fueron las propuestas por la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS & OPS, 1999) realizadas por codificadores de los municipios, revisadas y corregidas por el codificador de la Secretaría Estatal de Salud, quien identificó algunas variables que podrían especificar mejor la causa de defunción. El número de CD con Signos, Síntomas y Afecciones Mal Definidas fue elevado, hecho que hacía inviable el establecimiento de la relación entre el grado de implementación de las acciones del PRMI y sus efectos. Esto determinó la necesidad de esclarecer estos aspectos, para lo cual se realizó una investigación conforme a la descripción que sigue.

Investigación de las defunciones de menores de un año no fetales

Para solucionar el elevado número de CD con Signos, Síntomas y Afecciones Mal Definidas se investigó la totalidad de las defunciones, en la tentativa de rescatar datos relevantes para la codificación de la causa básica y reconstituir la historia de la enfermedad y muerte del niño y su recorrido en búsqueda de asistencia, creando una cadena de evidencias que posibilitara la mejor definición posible de la causa de la muerte del niño.

Para ello se realizaron visitas a los domicilios y a los hospitales. En los domicilios fueron entrevistadas las madres y en los Servicios de Salud se consultaron historias clínicas y/o fichas de atención.

En el municipio de Brejo da Madre de Deus se encontró que las investigaciones de defunción de menores de un año habían sido incorporadas parcialmente a la rutina del servicio, se identificaron 30 defunciones investigadas en domicilio. En cuanto al municipio de Bom Conselho, ha sido un procedimiento ocasional, se encontró que 11 defunciones fueron investigadas en domicilio.

Criterios utilizados para la definición de la causa básica después de la investigación

Para la definición de la causa básica de las defunciones no fetales de menores de un año inicialmente codificadas como Signos, Síntomas y Afecciones Mal Definidas, se utilizaron, además del CD y de la DNV, cuando estuvieron disponibles, el instrumento de investigación de defunciones y el resumen de los casos obtenidos en la documentación en los Servicios de Salud. La multiplicidad de documentos utilizados para establecer la causa básica de las defunciones fue una tentativa de rescatar el máximo de evidencias que permitiera identificar, con alguna precisión, los hechos relevantes para la enfermedad y muerte del niño.

La documentación fue puesta a disposición de tres pediatras sanitaristas con maestrías en Salud MaternoInfantil, en forma independiente, uno de ellos también era codificador de causa básica. Estos profesionales, a partir de criterios implícitos de calidad técnicocientífica, reconstituyeron las causas de las defunciones.

Aunque son preferibles los criterios explícitos, aquellos que son especificados detallada y previamente antes del inicio de la evaluación (Chassin, 1998), se optó por criterios implícitos, o sea aquéllos donde los especialistas, a partir de sus conocimientos y experiencias personales, juzgan el caso; subordinados, por lo tanto, a la mayor influencia del juicio y de la integridad de los analistas por diversos motivos (Donabedian, 1981). Se destaca la multiplicidad de patologías pasibles de ocurrir, asociada a la falta de uniformidad de datos disponibles para los casos y el elevado número de combinaciones diagnósticas. La utilización de criterios explícitos presupondría la existencia de definiciones escritas con precisión y detalles específicos para cada enfermedad, uniformidad de informaciones y susceptibilidad de verificación (Donabedian, 1982).

El número de casos que necesitaron de esta evaluación fue de 13 en Brejo da Madre de Deus y 57 en Bom Conselho, posibilitando una visión más profunda y abarcadora de la historia de vida, de la enfermedad, de la peregrinación de los responsables en busca de asistencia y de la muerte del niño, sin restringirse a algunos aspectos preestablecidos, hechos ya considerados en la elección de criterios implícitos por otros autores (Formigli *et al.*, 1996). En los casos en que hubo discordancia entre los pediatras en cuanto a la causa básica, el autor desempeñó el papel de árbitro.

Con la implementación de la búsqueda activa (no solo de los CD emitidos, sino también de aquellas defunciones ocurridas sin el debido registro), se obtuvo un incremento considerable en el número de defunciones identificadas, 51 en Brejo da Madre de Deus y 72 en Bom Conselho. El subregistro de defunciones, después de la búsqueda activa, fue de 11,8% y 45,8%, respectivamente. Tal procedimiento, al incorporar diversas fuentes y formas de recolección, además de aumentar la confiabilidad de los datos, proporcionó mayor consistencia al estudio.

Declaraciones de nacidos vivos

Revisión de la totalidad de las declaraciones de nacidos vivos

La revisión de la totalidad de las DNV incluyó dos procedimientos: el primero relacionado con la recolección de DNV emitidos, y el segundo, con la búsqueda de nacidos vivos sin la correspondiente emisión del documento.

Para identificar las DNV efectivamente emitidas, se procedió a una búsqueda activa en los registros civiles y unidades de salud. Para identificar los nacidos vivos no documentados en el registro civil (sin DNV) se procedió a una búsqueda activa en unidades de salud de los municipioscaso y en los receptores reconocidos de nacimientos, inclusive en otros estados. Se utilizaron también las informaciones del PACS, PSF y PEPT.

En las unidades de salud se buscaron los datos registradas en diversos libros. Para la obtención de los datos del PACS y PSF se utilizaron relatos orales documentados por las enfermeras instructoras del PACS. En cuanto a la información del PEPT, se utilizaron las anotaciones contenidas en las fichas de notificación de los nacimientos, y los relatos orales, registradas por la enfermera instructora del PACS. Después de la búsqueda activa, se realizó la confrontación de la información disponible a través del *software* EpiInfo versión 6.0 y se identificaron los nacidos vivos sin DNV emitida.

La implementación de la búsqueda activa de los nacidos vivos, sin la emisión de la DNV, permitió la identificación de un número considerable de omisiones. En Brejo da Madre de Deus se identificaron 1004 nacidos vivos y en Bom Conselho, 1020. La subnotificación de nacidos vivos encontrada en estos municipios fue de 2,9% y 10,9%, respectivamente. Con las medidas adoptadas para reducir el subregistro de los nacidos vivos, los datos ganaron en confiabilidad y en potencia explicativa.

Procesamiento de los datos

Grado de implementación del PRMI

Los datos de los componentes del PRMI relacionados al PAISC y PAISM fueron codificados según el patrón propuesto por el Ministerio de Salud y organizados en un banco de datos único para todas las acciones programáticas, utilizándose el programa EpiInfo versión 6.0. Con relación al PACS, PEPT y Vigilancia de Defunciones, después de la recolección de los datos previamente descriptos (Anexo: Cuadro 5.3), se calcularon manualmente las coberturas específicas de cada componente. Para los componentes Asistencia al Parto y Recién Nacido y Asistencia al Niño Hospitalizado, la consolidación de los datos fue hecha manualmente por la simplicidad del proceso y el bajo número de unidades involucradas (una en cada municipio). Para el Sistema de Información fue utilizado el programa EpiInfo versión 6.0. Para el componente Educación en Salud se utilizó el análisis documental extensivo de diversas fuentes con encuadramiento en las categorías previamente definidas.

Certificados de defunción y declaraciones de nacidos vivos

Todas las variables de los CD y las DNV emitidas previamente y después de la búsqueda activa, fueron codificadas según las normas adoptadas por la Secretaría de Salud de Pernambuco. La codificación de la causa básica fue hecha de acuerdo con la CID 10 (OMS & OPS, 1999). Utilizando el programa EpiInfo versión 6.0, se diseñaron dos bancos de datos, uno para las defunciones y otro para los nacidos vivos, con la información provista por los CD y las DNV y la obtenida mediante otros mecanismos.

Plan de análisis

Construcción del indicador Grado de Implementación del PRMI (criterios definidos para su medición)

El indicador sintético *Grado de Implementación del PRMI* fue definido a partir de sus componentes. La selección de los componentes principales del proyecto se realizó después del análisis documental de las publicaciones del Ministerio de Salud, de las secretarías de salud de Pernambuco y de las municipales de Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho.

Se observó que para algunos componentes del proyecto (subprogramas) existía un conjunto de acciones programáticas, y estas, por su parte, contenían diversas actividades normatizadas. Para otros componentes las acciones eran implícitas, muchas de ellas insuficientemente normatizadas. Como la definición adoptada para el grado de implementación fue que este corresponde a la medida de la integralidad de las acciones programáticas que componen el PRMI, fueron necesarios algunos ajustes para operacionalizar la construcción del indicador sintético.

El Cuadro 5.4 (Anexo) presenta los componentes del PRMI, los criterios y los puntos de corte adoptados en la definición de los respectivos grados de implementación.

Para la estimación numérica de grado de implementación del PRMI, se estipuló la atribución de pesos específicos para cada etapa alcanzada por sus componentes. Así, para los componentes con las acciones implementadas se atribuyeron 2 puntos, para las parcialmente implementadas 1 punto y para las no implementadas 0. El cálculo del puntaje del grado de implementación del PRMI fue obtenido por la sumatoria de los valores encontrados para cada uno de sus componentes.

A partir del puntaje alcanzado, se clasificó el grado de implementación del PRMI en 4 categorías:

- Satisfactorio: entre 15 y 18 puntos
- Aceptable: entre 11 y 14 puntos
- Regular: entre 7 y 10 puntos
- Crítico: menores o iguales a 6 puntos.

Construcción de los indicadores de efecto del PRMI

Para los indicadores relativos a la mortalidad infantil, peso al nacer y lugar de ocurrencia de las defunciones, se utilizó el programa EpiInfo versión 6.0, cumpliéndose las operaciones necesarias para su construcción. Fueron calculados los coeficientes de mortalidad infantil y la mortalidad proporcional por componentes (neonatal y posneonatal) y por causa básica, para los dos municipioscaso. Se procedió también al cálculo de los coeficientes de mortalidad infantil y la mortalidad proporcional por causa básica, agrupadas según su reductibilidad por medidas de atención, de acuerdo con la clasificación propuesta por la Fundación SEADE (Conjuntura Demográfica, 1991) y adecuada a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (OMS & OPS, 1999).

Relación entre el grado de implementación del PRMI y los indicadores de efecto

Para el análisis del estudio de casos, el abordaje elegido fue el apareamiento del modelo lógico con la configuración empírica observada. Partiendo de los presupuestos teóricos y con la documentación de la realidad empírica observada, se obtuvo la comprensión de los casos, considerando tanto los componentes aisladamente como la dimensión unitaria del PRMI.

El análisis de la influencia de la variación en el grado de implementación del PRMI sobre sus efectos en los municipioscaso se basó, fundamentalmente, en el conocimiento de la configuración de los efectos producidos por intervenciones con características similares. Denis y Champagne (1997) afirman que “es poco útil buscar especificar el conjunto y la diversidad de otros factores, en vez de la intervención, implicados en la producción de los efectos, si estos no varían entre los varios medios de implementación”. En esta investigación, reconociendo la red de causalidad involucrada en la determinación de la aparición de enfermedad y muerte en el grupo blanco del PRMI, y que los servicios de salud deberían ser más accesibles y eficientes en localidades donde persisten las condiciones socioeconómicas precarias, se optó por trabajar en dos municipios con condiciones de vida semejantes, de forma de valorizar las diferencias encontradas en el grado de implementación de la intervención y en los resultados encontrados, minimizando los sesgos de confusión.

Por lo tanto, la identificación de puntos coincidentes y discordantes entre los municipioscaso, las interrelaciones entre los datos observados en cada uno de ellos y su confrontación con el modelo lógico crearon una estructura explicativa de los hechos observados.

Resultados

PRMI: el grado de implementación de sus componentes y su dimensión unitaria

La construcción del indicador *grado de implementación del PRMI* se dio a partir de los componentes PAISC, PAISM, Asistencia al Parto y al RN, Asistencia al Niño Hospitalizado, PACS, PEPT, Sistema de Información, Educación en Salud y Vigilancia de Defunciones.

Utilizando la propuesta de los criterios adoptados para la definición del *Grado de Implementación del Componente* (PAISC) contenido en el Cuadro 5.4 (Anexo), el municipio de Brejo da Madre de Deus alcanzó el puntaje de 84,6% al sumarse los valores alcanzados por las acciones programáticas *implementadas* (7,7%) y *parcialmente implementadas* (76,9%), clasificándose en la condición de PAISC *implementado*. En cuanto a Bom Conselho, se encuadró en la condición PAISC *parcialmente implementado*, pues la suma de estos valores fue de 60% (6% *implementado* y 54% *parcialmente implementado*).

En relación con el encuadramiento del *Grado de Implementación* del PAISM en los municipios de Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, considerando los criterios adoptados descritos en el Cuadro 5.4 (Anexo), el primero alcanzó el grado *parcialmente implementado* con un puntaje de 71,9% (19,3% *implementado* y 52,6% *parcialmente implementado*). Bom Conselho quedó en la condición de PAISM *no implementado*, en la medida en que la suma de las acciones implementadas (2,2%) y parcialmente implementadas (13%) alcanzó solo el 15,2%.

El análisis de *Asistencia al Parto* fue considerado en su perspectiva estructural y de *Organización de Servicios disponibles para la atención a la mujer y al RN*. Para el conjunto de los ítems evaluados, los dos municipios obtuvieron comportamientos similares, excepto al ser observada la asistencia al parto como un todo, situación que confirió a Brejo da Madre de Deus la clasificación *parcialmente implementado* (45,6%) y a Bom Conselho *no implementado* (37,9%).

El análisis de la Asistencia al Niño Hospitalizado fue considerado en su perspectiva estructural y en la de Organización de Servicios disponibles para la atención del niño enfermo. La Tabla 5.4 (Anexo) muestra la situación de los municipios relativa a los ítems seleccionados como descriptivos de las condiciones estructurales de la asistencia ofrecida al niño internado. Para el municipio de Brejo da Madre de Deus, la peor performance fue la del ítem Recursos Humanos (31,6%) y la mejor fue la de Material de Consumo (70%); mientras que Bom Conselho presentó los ítems Recursos Humanos y Programación y Administración, sin cumplimiento de ninguno de los requisitos de la evaluación, y Material de Consumo con un desempeño del 75%. En la clasificación del componente Asistencia al Niño Hospitalizado, Brejo da Madre de Deus se encuadró como *parcialmente implementado* (44,6%) y Bom Conselho como *no implementado* (28,4%) (Anexo: Tabla 5.4).

El indicador seleccionado para representar el componente PACS fue la cobertura del Programa. En cuanto al tiempo de funcionamiento del PACS, en los dos

municipios fue superior a seis años, habiendo adherido el municipio de Brejo da Madre de Deus al Programa un año antes que Bom Conselho. El *Grado de Implementación* considerado para los municipios, a partir de los criterios adoptados, fue de *parcialmente implementado*, con una cobertura de 48,4% y 70,6% en Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, respectivamente.

Los indicadores seleccionados para representar el componente PEPT fueron Cobertura de las Actividades de Catastro y Capacitación de las Parteras Tradicionales. También se consideró el compromiso de las secretarías municipales de salud en la coordinación del Programa. La cobertura de la capacitación alcanzó a la totalidad de las parteras tradicionales en Brejo da Madre de Deus y al 90,9% de las de Bom Conselho. Con respecto al *Grado de Implementación del Programa*, los dos municipios fueron clasificados como PEPT *implementado*.

El indicador seleccionado para representar el componente Sistema de Información fue la cobertura del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM). Fueron identificadas 51 defunciones no fetales de menores de un año en Brejo da Madre de Deus y 72 en Bom Conselho, lo que habla de una cobertura de 88,2% y 54,2% respectivamente. Estos valores clasifican a los municipios de Brejo da Madre de Deus en *implementado* y de Bom Conselho en *parcialmente implementado* en el componente *Sistema de Información*.

El componente Educación en Salud fue evaluado a partir de la categorización de las actividades relacionadas al tema. El análisis documental para el municipio de Brejo da Madre de Deus sugiere la preocupación y priorización de la educación como instrumento fundamental de las acciones en salud. En cuanto al municipio de Bom Conselho, el análisis documental sugiere la inexistencia de un núcleo de educación en salud, aunque se observaron algunas acciones asistemáticas y focalizadas en las campañas. Las descripciones anteriores clasifican a los municipios de Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho como acción *implementada* y *parcialmente implementada*, respectivamente, en el componente Educación en Salud.

El indicador escogido para representar al componente Vigilancia de Defunciones fue la cobertura de defunciones infantiles investigadas en el período anterior a la investigación. La cobertura de defunciones infantiles investigadas fue de 58,8% y 15,2% para Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, respectivamente. En referencia al Grado de Implementación, el primer municipio fue clasificado como *parcialmente implementado* y el segundo como *no implementado*.

El PRMI en su dimensión total fue evaluado a partir de la consolidación de las informaciones obtenidas de cada uno de sus componentes. Estos puntajes clasifican al municipio de Brejo da Madre de Deus con un Grado de Implementación del PRMI *aceptable*, y al municipio de Bom Conselho con un grado *crítico*, según los puntos de corte descritos en los procedimientos metodológicos (Anexo: Cuadro 5.5).

PRMI: efectos observados

Para la observación de la realidad empírica, se seleccionó un conjunto de indicadores que expresaran las condiciones de nacimiento y muerte de los residentes en los municipios estudiados. La diversidad encontrada entre los municipios caso para los indicadores es presentada en forma agregada a escala municipal.

En la clasificación adoptada para analizar el ítem *Grado de Implementación del PRMI*, el municipio de Brejo da Madre de Deus obtuvo 13 puntos, siendo encuadrado en la categoría *acceptable*; mientras que Bom Conselho obtuvo 6 puntos, siendo categorizado como con implementación *crítica*.

En la Figura 5.2 (Anexo) puede verse una síntesis de la evaluación referente al grado de implementación de los componentes del PRMI y algunos resultados de la intervención para los dos municipios analizados. La Figura está presentada en tres columnas que intentan reproducir el modelo lógico de forma simplificada. En la primera, que se refiere a los componentes del PRMI, se observa que el municipio de Brejo da Madre de Deus presentó una mayor adherencia a las propuestas, con un grado de implementación igual o superior al municipio de Bom Conselho. Solo aparece como excepción el componente PACS, donde Bom Conselho presentó una mejor performance, a pesar de quedar encuadrado en la misma condición en función del punto de corte.

La segunda columna muestra la estructura y el proceso de cuatro componentes: el PAISC, el PAISM, Asistencia al Niño Hospitalizado y Asistencia al Parto Hospitalario. Para los componentes PAISC, PAISM y Asistencia al Niño Hospitalizado, el municipio de Brejo da Madre de Deus presentó siempre una condición de implementación igual o superior a Bom Conselho, excepto en la acción programática Inmunización del PAISC. Con respecto a Asistencia al Parto Hospitalario, la situación de los aspectos estructurales y de proceso fue similar en los dos municipios, a pesar de que, después de agregados, los datos hicieron posible el encuadre del municipio de Brejo da Madre de Deus en una mejor situación en el grado de implementación.

La tercera columna muestra los resultados alcanzados en los dos municipios, donde Brejo da Madre de Deus presentó una proporción menor de defunciones domiciliarias de niños nacidos con peso inferior a 2500 gramos, y de las debidas a neumonías y enfermedades diarreicas. Por su lado, Bom Conselho presentó una menor proporción de defunciones por afecciones perinatales.

En el Cuadro 5.6 (Anexo), se encuentra el conjunto de indicadores que sintetizan la situación encontrada en los dos municipios en relación con los resultados. Por otro lado, en la Figura 5.3 (Anexo) se presenta, a partir de los resultados encontrados (realidad empírica) y considerando el modelo lógico adoptado, una simulación de cómo podría ser la realidad en los dos municipios (realidad alcanzable) si todas las defunciones evitables por medidas de atención a la salud fuesen adecuadamente asistidas y prevenidas.

Discusión

Considerando la importancia demográfica, social y biológica del grupo poblacional representado por las mujeres y los niños, este segmento representa uno de los grupos de interés dominante en términos de la salud pública. La vulnerabilidad social y biológica de este grupo lo hace susceptible de contraer ciertas enfermedades de alta prevalencia, aunque la mayoría de ellas sea de fácil control a través de medidas de promoción y prevención o diagnóstico y tratamiento precoces (Baranchuk, 1971; IMIP & SUDENE, 1990). Una parte importante de estas medidas, aun en localidades donde predomina un cuadro estructural de pobreza, son inherentes al sector salud (IMIP & SUDENE, 1990; Leal, 1996).

La reestructuración del sistema nacional de salud, después de la promulgación de la Constitución de 1988, ha privilegiado a las políticas públicas relacionadas a la municipalización de las acciones y servicios de salud, buscando la implementación de cambios que culminen en la mejoría de las condiciones de salud y en la reducción de las inequidades (Acurcio *et al.*, 1991; Silva, 1999).

A partir de la diversidad de experiencias que fueron surgiendo en el ámbito del Sistema Único de Salud, el acompañamiento y monitoreo de políticas y programas implementados por los servicios de salud culminó en la recomendación de la ABRASCO (1995) sobre la importancia de la evaluación de los servicios, de la mejora de los sistemas de información de base nacional y de la necesidad de integración investigación-servicios de salud. El mismo documento reconoce que las prácticas de los servicios de salud han exigido del campo de la salud pública la focalización de los problemas desde múltiples perspectivas.

En tanto, es importante resaltar algunas implicancias insertas en todo proceso evaluativo, como las reducciones sucesivas entre la elección del tema, del objeto, su recorte para el trabajo, la definición de criterios y patrones, la elección de indicadores para la operacionalización y el juicio del programa o del servicio. Nemes (1996) ya destacaba el *reduccionismo* al proceder a una evaluación. Sin embargo, todas las reducciones sucesivas originadas en la evaluación pueden ser sometidas a prueba en el momento de totalizar el trabajo evaluativo.

En este trabajo no fue diferente: la selección de la pregunta, de los métodos y técnicas para la definición de criterios, de los indicadores y patrones utilizados implicaron sucesivas reducciones. Sin embargo, el plano de las reducciones verificadas parece ya estar claro y validado lo que, según palabras de Schraiber *et al.* (1999) permite

...abstraer parcialmente la elección previa y la normativa emanada de esta propia elección, evaluando inmediatamente los patrones de la operación técnica. Se trata de una claridad de reglas que, con todo, no evidencia la racionalidad de su construcción; esta ya está dada y validada como "bien" tecnológico.

Vale mencionar también que el municipio, como una esfera de gobierno compleja donde el área de salud dispone de una autonomía relativa, en que las relaciones de los actores y las organizaciones involucradas en la construcción del SUS están

íntimamente relacionadas con el poder, el estudio del contexto municipal posibilitaría comprender mejor los procesos involucrados, un aspecto no contemplado en este texto.

La discusión que sigue viene a confrontar el modelo lógico con la realidad empírica observada, enfocando sobre los componentes de la intervención y sus relaciones de interdependencia con la producción de los efectos.

La fragilidad de los servicios de atención de la salud de la mujer y el niño ha sido analizada y documentada a lo largo de la última década. Las diferentes metodologías, con enfoques centrados en distintos niveles de complejidad, tienen en común, al tomar la referencia de 80% o más de adherencia, preconizada como satisfactoria, que han calificado la condición de implementación como insuficiente para la mayoría de las unidades de salud analizadas. Algunos estudios evalúan los aspectos estructurales y de proceso de la asistencia a la mujer y al recién nacido durante la gestación y el parto, y otros toman como foco las acciones programáticas del PAISC y del PAISM (IMIP & SUDENE, 1990; Ojeda, 1992; Rattner, 1996; Pernambuco, 1996a; Pernambuco, 1996b; Hartz *et al.*, 1997; Alves & Silva, 2000; Aragão *et al.*, 2000; Paes & Macedo, 2000; Vidal *et al.*, 2001).

Por otro lado, históricamente, el análisis de los efectos finales de los programas ha sido hecho por la epidemiología, sin tomar en consideración las distintas etapas de su desarrollo, cuando lo deseable sería tener en cuenta todo el proceso (ABRASCO, 1995). Este abordaje, el *modelo de la caja negra* según Denis y Champagne (1997), no permite relacionar el programa con los efectos, por no considerar ni los medios de implementación, ni los procesos involucrados.

Evaluar desde el momento de la elaboración de los programas, las estructuras organizacionales y la implementación posibilita la selección de las variables que, a partir de un modelo teórico, representen los efectos finales (ABRASCO, 1995). Hartz (1999) indicó a la evaluación de los efectos como “el eje de las preocupaciones, dada la prioridad político-institucional y la complejidad de las intervenciones y de sus abordajes teórico-metodológicos”. Scriven (1993), sostenía que la evaluación de los efectos de los programas frecuentemente “produce muy poco, muy tarde” (Hartz, 1999).

Travassos *et al.* (1999) afirman que la medida de los efectos representa una forma indirecta de verificar la asistencia prestada, y que la defunción solo es una medida apropiada en ciertas condiciones mórbidas. Y ejemplifican: una tasa baja de mortalidad puede expresar una buena atención, como en los casos de las enfermedades tratables. Al contrario, cuando la muerte es inevitable, como en algunas enfermedades terminales, anomalías congénitas o genéticas, las cifras de mortalidad pueden no reflejar la calidad de la asistencia prestada.

Las diferencias entre las tasas de mortalidad pueden estar relacionadas con un amplio conjunto de factores, desde inequidades en las condiciones de vida a errores aleatorios, pasando por el acceso a los servicios, la adecuación de los cuidados prestados, las variaciones en la eficacia de las tecnologías médicas utilizadas, entre otras (Travassos *et al.*, 1999; Duarte *et al.*, 2002).

En este estudio, en el camino para explicar las variaciones de los indicadores de resultado se tuvo la preocupación inicial de seleccionar dos municipios del interior

de Pernambuco que fueran los más parecidos en sus condiciones de vida. Este fue un intento de dejar a las acciones de los servicios locales de salud como la variación remanente, valorizando no solamente los diferenciales de implementación sino también los efectos obtenidos.

La implementación y su relación con los efectos del PRMI: la confrontación con el modelo lógico

El modelo lógico construido asume el presupuesto de que los programas y servicios solo tienen la eficacia esperada si se integran las acciones entre sus componentes (Leal, 1996). Las relaciones entre los componentes son de complementariedad e interdependencia entre sí. La articulación y la interacción de los equipos que trabajan en los diversos subprogramas pueden calificar la atención prestada en el nivel local. Para ello se impone el conocimiento y el reconocimiento de la importancia de cada acción por parte de los diversos actores involucrados en el cuidado de la salud (Schraiber *et al.*, 1999).

El modelo lógico referenciado, presume la posibilidad de intervenir con impacto positivo sobre los indicadores de morbilidad infantil, inclusive considerando las amplias posibilidades de intervención que tienen las políticas públicas externas al sector salud. En algunos estados, por ejemplo el de Río de Janeiro, ha sido señalado el *agotamiento de los logros sociales* a través de intervenciones externas al sector salud para la reducción de la mortalidad infantil y fueron presentadas como una alternativa para el mantenimiento de la tendencia decreciente de este indicador, las intervenciones sectoriales de la salud (Leal, 1996). Inclusive en estas situaciones, se imagina la adecuación del modelo propuesto con mayor o menor énfasis en determinados subprogramas, dependiendo del perfil local encontrado.

1. La implementación de las acciones relacionadas al Control de las Enfermedades Diarreicas y al Control de las Infecciones Respiratorias y la Mortalidad por estas Causas.

Los componentes más directamente relacionados con los indicadores Control de las Enfermedades Diarreicas y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas son el PAISC, Asistencia al Niño Hospitalizado, el PACS y Educación en Salud. En las comunidades el trabajo se desarrolla a través de los componentes PACS y Educación en Salud, y en las Unidades de Salud a través del PAISC y de la Asistencia al Niño Hospitalizado.

Los componentes Sistema de Información y Vigilancia de las defunciones contribuyen con este y con los demás indicadores utilizados a través de la evaluación y el monitoreo de las condiciones de enfermedad y muerte, ofreciendo recursos para la identificación de problemas en la asistencia y en la toma de decisiones, buscando la remisión del cuadro (Hartz, 1995; Aerts, 1997). En la Figura 5.2 (Anexo), mediante

el modelo lógico, se puede observar de forma simplificada la interrelación entre los componentes y los resultados en relación con la enfermedad diarreica.

La confrontación entre el grado de implementación de las acciones relacionadas con Control de las Enfermedades Diarreicas parece compatible con los efectos observados en los dos municipios. Brejo da Madre de Deus alcanzó siempre un grado de adherencia a las normas igual o mayor que Bom Conselho y, consecuentemente, menores coeficientes de mortalidad por esta causa. El coeficiente llega a ser 3, siete veces mayor en Bom Conselho que en Brejo da Madre de Deus. La mortalidad proporcional en Bom Conselho tuvo mayor importancia en virtud de la condición precaria de implementación de las actividades, sobre todo de la acción programática CDD, parte integrante del PAISC, considerada implementada en apenas el 20% de las unidades existentes en el municipio.

Al igual que la situación encontrada para Enfermedad Diarreica, la situación de Infecciones Respiratorias presenta una gran coherencia entre la condición de implementación de la acción y los resultados observados en la mortalidad por esta causa. Los componentes más directamente relacionados con las defunciones por neumonías y bronconeumonías están presentados en la Figura 5.2 (Anexo) en forma simplificada. En esta se puede evidenciar un menor grado de adherencia a las normas por parte de Bom Conselho, reflejado en el patrón de mortalidad observado. El coeficiente de mortalidad por neumonías fue de 10 por cada 1.000 nacidos vivos en Bom Conselho y de 2 por cada 1.000 nacidos vivos en Brejo da Madre de Deus, representando un coeficiente cinco veces mayor en el primer municipio. La participación proporcional de las infecciones respiratorias en el total de muertes fue también mayor en Bom Conselho (14%), mientras que en Brejo da Madre de Deus fue de 4%.

2. La implementación de las acciones relacionadas con Control de las Afecciones Perinatales y la Mortalidad por estas Causas.

En cuanto a Control de las Afecciones Perinatales, las acciones más directamente relacionadas son las de PAISM, Asistencia al Parto y al Recién Nacido, el Programa de Parteras Tradicionales, el PACS y Educación en Salud.

El PACS y los núcleos de Educación en Salud trabajan en las comunidades buscando la concientización y la adhesión a las prácticas de reconocido efecto benéfico, alertando sobre los signos de riesgo y vinculando las personas a los servicios de salud. En el caso de los partos domiciliarios las parteras tradicionales asumen un papel relevante en la conducción de los casos, reconocimiento de complicaciones y alteraciones, asegurando asistencia a las mujeres y a los recién nacidos en localidades de difícil acceso, donde el poder público no siempre está presente (Brasil, 1997b; Pernambuco, 1998e; Brasil & Grupo Curumin Geração e Parto, 2000).

En las unidades de salud las acciones quedan por cuenta de los componentes PAISM, sobre todo de las acciones programáticas relacionadas con el Prenatal y la Planificación Familiar y Asistencia al Parto Hospitalario. La confrontación entre la

situación de implementación y los indicadores de resultados que representan a las afecciones perinatales se presenta en forma simplificada en la Figura 5.2 (Anexo).

La implementación de las acciones relacionadas al PAISM, Asistencia al Parto Hospitalario y Educación en Salud son mejores en Brejo da Madre de Deus y las de PACS y Programa de Parteras son similares en los dos municipios. En cuanto a Coeficientes de Mortalidad por Afecciones Perinatales y por Malformaciones Congénitas, se presentan elevados en los dos municipios, con Brejo da Madre de Deus sobrepasando a Bom Conselho en los dos indicadores.

La aparente incompatibilidad entre lo observado en la implementación de las acciones y los resultados puede atribuirse a algunos aspectos que describiremos a continuación. El primero es inherente al estudio como un todo y no solo a este ítem, el reconocido *efecto de los pequeños números* de defunciones y nacidos vivos, que puede determinar fluctuaciones importantes de las tasas. El segundo está relacionado con la precariedad de la asistencia a la salud de la mujer. En el municipio de Bom Conselho, la implementación del PAISM es tan deficitaria que no contribuye a que las mujeres transcurran bien sus embarazos, lo cual se refleja, en tasas altísimas de mortalidad perinatal, representadas sobre todo por las defunciones fetales y la incidencia elevada de abortos. Abona a esta hipótesis el grado de implementación del PAISM en Bom Conselho, que se presenta como no implementado para el conjunto de las acciones programáticas, excepto la asistencia al parto domiciliario. Sin embargo, este estudio no investigó las defunciones fetales y los abortos, lo cual impide constatar las tasas de mortalidad perinatal y la incidencia de abortos.

Un tercer aspecto para considerar está relacionado con los conceptos de nacido vivo, nacido muerto, defunción fetal y aborto, y sus implicancias jurídicas, económicas y sociales (Holmes *et al*, 1994; Silveira, 1996; Brasil, 1996b; Brasil 1996c; Laurenti; Mello Jorge, 1996). También en este estudio, habiendo procedido a una búsqueda activa exhaustiva y habiendo identificado niveles alarmantes de subregistro de defunciones en menores de un año en Bom Conselho, hay que considerar la falta de identificación de defunciones neonatales como consecuencia de la rotulación como *nacido muerto* en aquellos casos de nacidos con señales débiles de vida, y para los casos donde se *economizó* el registro de nacimiento.

En relación con la mortalidad proporcional por causas, en Brejo da Madre de Deus, la alta participación de las afecciones perinatales (51%) se corresponde con la menor frecuencia proporcional de las defunciones por diarrea y neumonías. En Bom Conselho, la baja participación de las afecciones perinatales (18%) está relacionada con el elevado número de defunciones por diarreas y neumonías y, posiblemente, esté influenciada también por el subregistro, conforme a la hipótesis planteada en el párrafo anterior.

La implementación de las acciones y el bajo peso al nacer

Las acciones relacionadas con el peso al nacer están más ligadas, en el modelo lógico utilizado, con el PAISM, el PACS, el Programa de Parteras Tradicionales y la

Educación en Salud. En el nivel comunitario, la participación de los agentes de salud en el acompañamiento de las embarazadas, en la identificación/monitoreo de signos de riesgo y en la derivación a las unidades de salud, en trabajo articulado con las parteras tradicionales y las demás acciones de Educación en Salud, son importantes en la prevención de los partos prematuros y en la vigilancia nutricional de las embarazadas. En las unidades de salud, las acciones programáticas del PAISM y las acciones de vigilancia y recuperación nutricional y de carencias específicas, que tienen mayor peso, completan el ciclo de actuación.

En la Figura 5.2 (Anexo) se pueden observar las interrelaciones de los componentes involucrados y los resultados relativos al bajo peso hallados en los dos municipios.

La proporción de niños nacidos con peso inferior a 2.500 gramos en los dos municipios parecen ser coherentes con el grado de implementación de los componentes arriba citados. Sobre todo, al incorporar la información complementaria obtenida de los profesionales de salud, no documentada sistemáticamente en este estudio, referente a la discontinuidad de los programas de recuperación nutricional de embarazadas.

El municipio de Bom Conselho presentó un grado de implementación similar al de Brejo da Madre de Deus para los componentes PACS y Programa de Parteras, e inferior en los componentes Educación en Salud y PAISM. En este último, el diferencial de implementación varió de 15 a 72%. En cuanto a la proporción de bajo peso, osciló de 8% a 10%, con Bom Conselho alcanzando una proporción de 20% superior a Brejo da Madre de Deus.

Otro aspecto para considerar es que los datos fueron obtenidos de una base secundaria (SINASC) y el proceso de rescate/corrección fue realizado solo para los casos de defunción, a partir de información de las madres y de los libros de registro de los hospitales en los casos en que no hubo emisión de la Declaración de Nacido Vivo. El número de nacidos con peso ignorado, después de los procedimientos enumerados, quedó en 1% para el municipio índice y 4,2% para el de comparación.

La implementación de las acciones y las defunciones domiciliarias

El lugar de ocurrencia de las defunciones está relacionado con un conjunto de factores que van desde cuestiones geográficas, económicas, de disponibilidad y calidad de los servicios prestados hasta cuestiones socioculturales. Sin embargo, parece indiscutible la pertinencia de adoptar este indicador para evaluar la existencia, el funcionamiento, la calidad de los servicios en sus múltiples dimensiones y la consideración por parte del sistema de salud de los problemas de la población (Duchiade *et al.*, 1989; Hartz *et al.*, 1996; Barreta & Pontes, 2000; Frias *et al.*, 2002b).

En el modelo teórico referencial de este estudio, el conjunto de los componentes influencia la *opción* por la defunción domiciliaria por parte de un significativo grupo de personas. La mayoría de los componentes ligados en forma más directa a la prestación de los cuidados médicos, el PAISM, la Asistencia al Niño Hospitalizado y la

Asistencia al Parto (excepto el PAISC), obtuvieron bajos grados de implementación, sobre todo en el municipio de Bom Conselho. En este municipio, durante las evaluaciones normativas de las unidades, se observó una gran demanda al hospital local y a una unidad del PSF, y la casi ausencia de la población en las demás unidades. Este acontecimiento fue explicado por los empleados, en función de la inexistencia de profesionales en la mayoría de los horarios de funcionamiento de las unidades. En Brejo da Madre de Deus hubo referencia a un hecho similar en solo una unidad. Llamó la atención también el hecho de que dos de las diez unidades visitadas en Bom Conselho estuvieran cerradas durante el horario de funcionamiento regular, en los días señalados para realizar la evaluación.

Por otro lado, la proporción de certificados de defunción con causa básica clasificadas como signos y síntomas y afecciones mal definidas (SSAMD) antes de la investigación de los casos en domicilio y unidades de salud, independientemente del lugar de ocurrencia, refuerzan la impresión de la precariedad de la asistencia, y hace más comprensible la *opción* por morir en casa (Pernambuco, 1996c). La proporción de SSAMD en Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, antes y después de la investigación, fue de 26% y 6%, y de 78% y 6%, respectivamente.

La proporción de defunciones ocurridas en domicilio fue de 24% en Brejo da Madre de Deus y de 68% en Bom Conselho. Este conjunto de evidencias sostiene la hipótesis de que el grado de implementación de las acciones está relacionado con la mayor o menor proporción de defunciones en domicilio sin asistencia médica.

La conformación del perfil de mortalidad por grupo etario influenciada por la implementación del PRMI (dimensión unitaria)

Las diferencias en el grado de implementación de cada uno de los componentes del PRMI determinaron distintas conformaciones en el perfil de mortalidad por causa básica y por grupos etarios de menores de un año, según se discutió en las sesiones anteriores. Las enfermedades diarreicas y las neumonías afectaron, más frecuentemente, a los mayores de 28 días, en los dos municipios. Entre tanto, en Bom Conselho las defunciones por estas causas también tuvieron una contribución en la mortalidad neonatal tardía, como consecuencia de las condiciones sociales adversas y del bajísimo nivel de implementación de las acciones programáticas del PAISC relacionadas al control de la enfermedad diarreica.

Las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas estuvieron más relacionadas a las defunciones de menores de 28 días, como era de esperar. Las afecciones perinatales en el municipio de Brejo da Madre de Deus también contribuyeron, en pequeña escala, con la mortalidad posneonatal, hecho indicativo del efecto del uso de la tecnología médica a la postergación de algunas defunciones o a la sobrevida de algunos recién nacidos.

Las elevadas proporciones de bajo peso al nacer ciertamente contribuyeron al aumento del riesgo de muerte entre los menores de un año (Almeida, 1994; Hartz

et al., 1997; Sarinho, 1998). El proceso de debilitamiento consecuente con la elevada incidencia de episodios diarreicos y de infecciones respiratorias durante los primeros meses de vida, asociados a la baja prevalencia de amamantamiento materno en el interior de Pernambuco (Brasil *et al.*, 1998; Batista Filho & Romani, 2000) y las precarias condiciones de asistencia prenatal, del parto y recién nacido (Pernambuco, 1996b; Pernambuco, 1998d; Batista Filho & Romani, 2000; Paes & Macedo, 2000), crearon un escenario favorable a las altas tasas de mortalidad halladas en los dos municipios estudiados.

Los elevados coeficientes de mortalidad infantil, obviamente no fueron determinados por los servicios de salud; sin embargo, el bajo grado de implementación de las acciones, consecuencia de una estructura y de procesos de trabajo inadecuados, aun con tecnologías disponibles, muchas de ellas de bajo costo y comprobada efectividad, representan una responsabilidad inherente a los servicios. En este sentido, el monitoreo del riesgo de muerte y la mayor o menor sobrevida de los niños son función del sector salud, sin dejar de considerar, por supuesto, las profundas determinaciones económicas, sociales y culturales.

Para Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, el patrón de mortalidad infantil fue de 50,8‰ y 70,6‰ nacidos vivos, de 29,9‰ y 20,6‰ nv para las defunciones neonatales, y de 20,9‰ y 50‰ nv para las posneonatales. Estos coeficientes son coherentes con el grado de implementación de las acciones observadas. El municipio que presentó el grado más bajo de implementación de las acciones obtuvo los más elevados coeficientes, indicando, por un lado, la precariedad de la asistencia prestada a la población y por el otro, las amplias posibilidades de enfrentar esta cuestión.

Validez interna y externa

La validez interna y la externa han sido descritas como instrumentos útiles para evaluar la calidad de la estrategia de investigación, así como el modelo teórico seleccionado para explicar la realidad empírica observada (Contandriopoulos *et al.*, 1997b).

La evaluación de la validez interna, en este tipo de estudio, está vinculada a las características del modelo lógico, a partir de que las relaciones de causalidad entre las variables dependientes e independientes no puedan ser explicadas por otras variables que no sean las señaladas en el modelo seleccionado. Y está relacionada con la calidad y complejidad de la articulación teórica en que se basó el estudio, además de la adaptación entre el modo de análisis seleccionado y el modelo lógico (Contandriopoulos *et al.*, 1997b; Denis & Champagne, 1997).

La evaluación de la validez externa está relacionada con la adaptación de la teoría subyacente al estudio, basándose en la confrontación de las observaciones empíricas con el marco teórico seleccionado (Hartz *et al.*, 1997). En los estudios de caso se aspira a la generalización analítica (Yin, 1994; Denis & Champagne, 1997) antes que a la estadística. Por lo tanto, la generalización del marco teórico está vinculada con la comprensión de la cuestión de la investigación en diferentes situaciones, y no está vinculada al proceso de muestreo (Yin, 1993; Denis; Champagne, 1997; Hartz *et al.*, 1997).

Conclusiones

Los hallazgos y principales conclusiones de este estudio nos remiten a las diferentes dimensiones a considerar: el estadio de implementación de los diversos subprogramas (componentes) integrantes del PRMI, el perfil de la mortalidad infantil, la relación entre el grado de implementación observado y los resultados hallados, y el papel de las políticas sectoriales, más específicamente del sector salud, frente al problema de las muertes infantiles.

El principal hallazgo en la implementación de los subprogramas del PRMI fue, en general, la baja adherencia a las normas promovidas y a la situación deseable. De los nueve componentes del PRMI, solo cuatro en Brejo da Madre de Deus y uno en Bom Conselho se consideraron como implementados. Con relación a los efectos del PRMI, se observaron coeficientes de mortalidad infantil elevados en los dos municipios, aunque con diferencias importantes para el conjunto de indicadores estudiados. El perfil de la mortalidad de los menores de un año por causa básica se caracterizó por la convivencia de causas de muerte características de las localidades subdesarrolladas con otras más frecuentes en regiones desarrolladas.

Los problemas en el acceso a los bienes, servicios y tecnologías, asociados a la más baja calidad de cuidados técnicocientíficos, estuvieron relacionados con la alta proporción de defunciones domiciliarias. En el municipio de Bom Conselho, estas condiciones fueron más evidentes.

La adhesión insuficiente y la escasa utilización de tecnologías simples normatizadas en los subprogramas, íntimamente relacionadas con la promoción y la prevención, y con la precocidad en el diagnóstico y el tratamiento de los diversos eventos estudiados fueron determinantes la producción de las altas tasas de mortalidad infantil señaladas.

En cuanto a la confrontación del grado de implementación de los diversos subprogramas integrantes del PRMI con los resultados encontrados; considerando el modelo lógico, fue evidente la estrecha relación entre la mayor o menor adherencia a los subprogramas, dimensión unitaria de los componentes del PRMI, y el perfil de morbimortalidad de los municipios.

Con relación a la reflexión necesaria sobre el papel de las políticas y las actividades sectoriales de la salud frente a las elevadas tasas de mortalidad, al observarse el número y proporción de defunciones potencialmente evitables y las oportunidades desiguales de sobrevivida entre los nacidos en las diversas regiones, es evidente el insuficiente compromiso con la vida y la reducción de las inequidades.

Finalmente, cabe destacar que aun sin negar las determinaciones sociales más importantes de la mortalidad infantil, es necesario que, a comienzos del siglo XXI, el sector salud pueda crear las condiciones que reviertan la persistencia de un sinnúmero de muertes de niños, muchas de las cuales son todavía invisibles y la sobrevivida de otros tantos que crecerán sin dignidad por carecer de la posibilidad de un desarrollo en toda su plenitud.

Referencias bibliográficas

- Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). (1995). *II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 1995-1999*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Acurcio, F. D. A., Cherchiglia, M. L., y Santos, M. A. D. (1991). Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde debate*, 50-33.
- Aerts, R. G. C. (1997). Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. *Jornal de Pediatria*; 73(6), 364-366.
- Almeida Filho, N. M. (1994). Anotações sobre a história da Epidemiologia. En: Rouquayrol, M. Z. y Almeida Filho, N. M. *Epidemiologia & Saúde* (4a ed.) Rio de Janeiro: MEDSI.
- Almeida, M. F. (1994). *Mortalidade neonatal em Santo André*. Tesis de Doctorado em Epidemiologia. San Pablo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Alves, M. T. S. S. B. y Silva, A.A. M. (2000). Qualidade da assistência ao parto. En: Alves, M. T. S. S. B. y Silva, A.A. M. (Org.). *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência a mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), p. 37-46.
- Aragão, V. M. F.; Silva, A. A. M. y Filho, F. L. (2000). Qualidade da assistência ao recém-nascido. En: Alves, M. T. S. S., y Silva, A. A. M. D. *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Unico de Saúde*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), p. 104-104.
- Araújo, J. D. (1992). Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1(2), 516.
- Baranchuk, N. S. (Coord.) (1971). *Condiciones de eficiencia de los Servicios de Atención Materno Infantil-guías de evaluación y su adecuación a los niveles de complejidad hospitalaria* (2ª ed.) Buenos Aires: SMI; p. 206.
- Barrêto, I. C., Pontes, L. K., y Corrêa, L. (2000). Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(5), 303-312.
- Barros, F. C. D., Victora, C. G., Vaughan, J. P., Teixeira, A. M., y Ashworth, A. (1987). Infant mortality in southern Brazil: a population based study of causes of death. *Archives of disease in childhood*, 62(5), 487-490.
- Batista Filho, M., y Romani, S. D. A. M. (2000). *Atenção à saúde materno-infantil no estado de Pernambuco*. Recife: Ministério da Saúde, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sao Paulo, Secretaria de Saúde de Pernambuco.
- Becker, R. A., y Lechtig, A. (1986). *Brasil: evolução da mortalidade infantil no período 1977-1984*, (Série C: Estudos e Projetos, 3). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Beghin, I., Cap, M., y Dujardin, B. (1989). *Guía para evaluar el estado de nutrición*. (Publicação científica 515). Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- BENFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil) (1997). *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde: 1996*. Rio de Janeiro: A Sociedade.
- Bom Conselho (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999a) *Atas das reuniões de 1999 do Conselho Municipal de Saúde*. Bom Conselho: A Secretaria.
- Bom Conselho (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999b) *Plano Municipal de Saúde 1999*. Bom Conselho: A Secretaria.
- Bom Conselho (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999c) *Plano Plurianual da Saúde 1998-2001*. Bom Conselho: A Secretaria.

- Bom Conselho (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999d) *Relatório da II Conferência Municipal de Saúde*. Bom Conselho: A Secretaria.
- Bom Conselho (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (2000) *Sala de situação do município*. Bom Conselho: A Secretaria.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1995a). *Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente: avaliação, sistema de informação e programação*. Brasília: O Ministério; 3.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1995b). *Projeto para redução da mortalidade na infância*. Brasília: O Ministério.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996a). *Avaliação do projeto para redução da mortalidade na infância PRMI*. Brasília: O Ministério.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996b). *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo* (2ª ed.). Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996c). *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997a). *Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância avaliação de meia década, 1990-1995*. Brasília: O Ministério.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997b). *Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997* (Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; I, p. 11-13.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000b). *Relatório de dados para pagamento dos incentivos PACS e PSF: unidade federada, Pernambuco*. (Programa: Cadastro de Pessoal no Sistema de Informação-CapSI, 1999). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000c). *Relatório de quantidade de profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica SLAB: unidade federada Pernambuco* (Programa: Cadastro de Pessoal no Sistema de Informação-CapSI, 1999). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000d). *Criança saudável*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/sauda.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000f). *Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): relatório de controle de informações de saúde 1994 a 2000 unidade federada Pernambuco*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000g). *Situação da criança no Brasil*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/situacao.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Grupo Curumin Gestação e Parto. *Trabalhando com parteiras tradicionais* (2ª ed.). Brasília: O Ministério.
- Brasil. Ministério da Saúde. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco), UFPE (Universidade Federal de Pernambuco); Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998). *II Pesquisa estadual de saúde e nutrição: saúde nutrição, alimentação e condições socioeconômicas no estado de Pernambuco*. Recife: O Ministério.
- Brejo da Madre de Deus (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999a) *Atas das reuniões de 1999 do Conselho Municipal de Saúde*. Brejo da Madre de Deus: A Secretaria.
- Brejo da Madre de Deus (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999b). *Planejamento do Núcleo de Educação em Saúde*. Brejo da Madre de Deus: A Secretaria.
- Brejo da Madre de Deus (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999c). *Plano Municipal de Saúde*. Brejo da Madre de Deus: A Secretaria.

- Brejo da Madre de Deus (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (1999d). *Relatório do Núcleo de Educação em Saúde*. Brejo da Madre de Deus: A Secretaria.
- Brejo da Madre de Deus (Pernambuco). Secretaria de Saúde. (2000). *Sala de situação do município*, Brejo da Madre de Deus: A Secretaria.
- Cardoso, M. C. S. (2001). Mortalidade infantil: uma abordagem da diversidade espacial na perspectiva dos sistemas de informações de mortalidade e nascimentos. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- Castiel, L. D. (1986). Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(2), 184-190.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (1999). Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(RR11).
- Cesar, C. L. G., y Tanaka, O. Y. (1996). Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 12, 59-70.
- Chassin, M. R., Bouxsein, P., & Dans, P. (1988). Standards of Care in Medicine. *Inquiry*, 25(4) 437-453.
- Chen, H. T. (1990). *Theorydriven evaluations*. Londres: Sage.
- Chen, H. T. (1997). Applying mixed methods under the framework of the theorydriven evaluations. *New Directions for Evaluation*, (74), 61-72.
- Clemenstagen, C., y Champagne, F. (1986). Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads. *QRB-Quality Review Bulletin*, 12(11), 383-387.
- Coimbra, L. C., & Silva, A. A. M. (2000). Características das mulheres e assistência pré-natal. *Alves MTSSB, Silva AAM, organizadores. Avaliação de qualidade de maternidades. São Luís: Fundo das Nações Unidas para a Infância*, p. 25-30.
- Conjuntura Demográfica (1991). San Pablo, n. 14/15.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., y Pineault, R. (1997). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), p. 29-48.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., y Boyle, P. (1997b). *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento* (2ª ed.). San Pablo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Coutinho, S. B. (1996). *Mortalidade neonatal em cinco maternidades da cidade do Recife, 1994*. Recife: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
- Cosendey, M.A.E. *Análise de implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro; 2000.
- Declaração de AlmaAta. (1979). En: *Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, AlmaAta, Cazaquistão, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas*. (Relatório). Brasília: Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 25.
- Denis, J. L. y Champagne, F. (1997). Análise de implantação. En: Hartz, Z. M. D. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), p. 49-88.

- Donabedian, A. (1980). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. *The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring*, 1, 77-128.
- Donabedian, A. (1981). Advantages and limitations of explicit criteria for assessing the quality health care. *Health and Society*, 59, pp. 99-106.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration; 2.
- Duarte, E. C., Schneider, M. C., Paes-Sousa, R., Ramalho, W. M., Sardinha, L. M. V., Silva Junior, J. B. D., y Castilho-Salgado, C. (2002). *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil, um estudo exploratório*. Brasília: OPAS, p. 118.
- Duchiade, M. P., Carvalho, M. L. D., y Leal, M. D. C. (1989). As mortes “em domicílio” de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986: um “evento-sentinel” na avaliação dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 5, 251-263.
- Felisberto, E.; Frias, P. G., Fernandes, A. S.; Beltrão, A. B.; Figueiro, A. C.; Holmes, C.; Melo Filho, D. A.; Antunes, M. B. C. y Lyra, T. M. (1995). Projeto de redução da mortalidade infantil do estado de Pernambuco. *Revista do IMIP*, 9(1), pp. 56-93.
- Ferreira, C. E. C. (1992) Saneamento e mortalidade infantil. *Sao Paulo em Perspectiva*, 6(4), pp. 62-69.
- FIAM (Fundação do Desenvolvimento do Interior de Pernambuco). (1996). *Perfil municipal do interior de Pernambuco 1996*. Recife: A Fundação.
- FLBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). (2000). *População residente*. Disponible en: www.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm.
- Formiga, J. F. N., y Ferreira, J. (2009). Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. *Galvão L, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec*.
- Formigli, V. L. A., Silva, L. M. V. D., Cerdeira, A. J., Pinto, C. M., Oliveira, R. S., Caldas, A. C., Vilas Boas, M. J. B., Fonseca, A. C., Souza, L. S. F., Silva, L. R. y Paes, M. S. F. (1996). Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2), pp. 33-41.
- Frias, P. G.; Leal, M. C.; Cardoso, M. C. S. y Rodrigues, C. R. (2002a). Projeto de redução da mortalidade infantil em Pernambuco: critérios de seleção dos municípios, estratégias para estabelecimento de parcerias e alguns resultados preliminares. *Arquivos de Pediatria*, 15(1), pp. 33-38.
- Frias, P. G., Lira, P. I. C. D., Vidal, S. A., y Vanderlei, L. C. (2002). Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde-estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. *Jornal de Pediatria*, 78, 509-516.
- Graham, K. (1994). *The evaluation casebook: using evaluations techniques to enhance program quality in addictions*. Toronto: Addiction Research Formulations (ARF).
- Guimarães, M. J. B. (1998). Mortalidade infantil e condições de vida: uma análise da desigualdade espacial no Recife. Dissertação de Mestrado em Saúde MaternoInfantil. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Recife, p. 149.
- Hartz, Z. M. D. A. Vigilancia epidemiológica da mortalidade infantil. Contribuição a planificação dos programas de saúde da enanca. *Pediatria Atual*. 1995; 8, 31-34.
- Hartz, Z. M. D. A., Champagne, F., Leal, M. D. C., y Contandriopoulos, A. P. (1996). Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 30, 310-318.
- Hartz, Z. M. D. A. (1997). Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 19-28.

- Hartz, Z. M. A. (1999) Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricometodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 341-353.
- Hartz, Z. M. A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., y Leal, M. D. C. (1997). Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. *Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 89-131.
- Hartz, Z. M. A. y Pouvourville, G. D. (1998). Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3, 68-82.
- Holmes, C. E.; Rodrigues, C.; Frias, P. G. y Holmes, S. M. (1994). *Mortalidade infantil: uma análise da heterogeneidade espacial em Olinda*. Monografia de Especialização em Epidemiologia. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife.
- IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco), SUDENE (Superintendencia do Desenvolvimento do Nordeste). (1990) *Relatório da pesquisa avaliação das condições de eficiência de serviços de atenção materno-infantil e planejamento familiar*. Recife: O Instituto/SUDENE.
- Informa Saúde, Bom Conselho (Pernambuco) (1999); 2(8).
- Informa Saúde, Bom Conselho (Pernambuco) (1999b); 2(9).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Aplicada); Fundação João Pinheiro. *Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros*. Brasília: O Instituto; 1996.
- Lannes, R. (1999). Responsabilidade partilhada: o papel das instâncias do SUS na organização da assistência perinatal. *Radis-Tema*, 17, 2-5.
- Laurenti, R. (1990) Transição demográfica e epidemiológica. En: *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO; p. 143-165.
- Laurenti, R., & de Mello Jorge, M. H. P. (1996). *O atestado de óbito*. San Pablo: Organização Mundial da Saúde (OMS), Centro Brasileiro para Classificação de Doenças em Português.
- Leal, M. D. C. (1996). Evolução da mortalidade infantil no Estado do Rio de Janeiro na década de 80: o componente neonatal. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- Leite, J. M., Marcopito, L. F., Diniz, R. L., Silva, A. V. S., Souza, L. C. B. D., Borges, J. C., & Sa, H. L. D. C. (1997). Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? *Jornal de Pediatria*, 73(6), 367-382.
- Maranhão, A. G. K.; Joaquim, M. M. C. y Siu, C. (1999) Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *Tema*, 17.
- Menezes, A. M., Victora, C. G., Barros, F. C., Menezes, F. S., Jannke, H., Albernaz, E., ... y Oliveira, A. L. (1997). Estudo populacional de investigação de óbitos perinatais e infantis: metodologia, validade do diagnóstico e sub-registro. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 73(6), 383-387.
- Minayo, M. C. D. S., y Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde pública*, 9, 237-248.
- Monteiro, C. A. (1982). Contribuição para o estudo do significado da evolução do coeficiente de mortalidade infantil no município de São Paulo, SP (Brasil) nas três últimas décadas (1950-1979). *Revista de Saúde Pública*, 16, 7-18.
- Monteiro, C. A. y Zuñiga, H. P. P. (1995). Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil da cidade de São Paulo nos anos 60. In *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*, p. 157-172.
- Murnaghan, J. H. (1981). Health indicators and information systems for the year 2000. *Annual Reviews of Public Health*, 2, 299-361.

- Nemes, M. I. B. (1996). Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde. Tese de Doutorado em Medicina. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. San Pablo.
- Ojeda, J. M. (1992). Evaluación de servicios de salud maternoinfantil en América Latina. *Foro mundial de la salud*, 13 (2/3): 140-143.
- Oliveira, L. A. P. D., y Simões, C. C. D. S. (1986). O papel das políticas de saúde e saneamento na recente queda da mortalidad infantil: significado, alcance e limitações estruturais. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos sócio-econômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas*. Rio de Janeiro: A Fundação, p. 51-57.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização PanAmericana da Saúde). (1999). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde*. 10. rev. San Pablo: EDUSP, 1.
- OPAS (Organização PanAmericana da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde). (1987). *Condições de eficiencia dos serviços de atenção materno infantil*. Brasília: OPAS, 2.
- Osis, M. J. M. D. (1998). País: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 25-32.
- Paes, C. V. y Macedo, V. C. (2000). *Avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no município de Brejo da Madre de Deus PE*. Monografia de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- Paim, J. S., y Costa, M. D. C. N. (1993). Decline and unevenness of infant mortality in Salvador, Brazil, 1980-1988. *Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)*; 27(1).
- Pation, M. Q. (1982). *Practical evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1996a). *Avaliação das ações de atenção integral à saúde da criança (1995): situação atual grau de implantação e de gestão municipal*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 4). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1996b). *Hygeia*. (Cadernos de Avaliação, Série Saúde da Mulher e do Adolescente). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (19986c). *Mortalidade infantil em Pernambuco (1980-1991): geografia, magnitude e significados*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 2). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1997). *Coletânea de projetos relacionados coma redução da mortalidade infantil*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 7). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998a). *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, processo de implantação da estratégia em Pernambuco*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 14). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998b). *Avaliação sobre o manejo das infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos no Município de Recife/PE*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 10). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998c). *Condições de vida e mortalidade infantil em Pernambuco: uma descrição dos municípios integrantes do Projeto SalvaVidas*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 15). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998d). *Diagnóstico estrutural das maternidades do estado de Pernambuco 1997*. (Cadernos de Avaliação, Série Projeto SalvaVidas, N° 12). Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998e). *Relatório de avaliação do Programa de Parteias Tradicionais da Secretaria de Saúde de Pernambuco, 1998*. Recife: A Secretaria.

- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998f). *Relatório de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Pernambuco de 1991 a 1997*. Recife: A Secretaria.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. (1998g). *Relatório de pesquisa: investigação de óbitos de menores de 1 ano em 3 municípios de Pernambuco*. Recife: A Secretaria.
- Post, C. L. A., Victora, C. G., Valente, J. G., Leal, M. D. C., Niobey, F. M. L., & Sabroza, P. C. (1992). Fatores prognósticos de letalidade hospitalar por diarreia ou pneumonia em menores de um ano de idade: estudo de caso e controle. *Revista de saúde pública*, 26, 369-378.
- Puffer, R. R., & Serrano, C. V. (1973). *Patterns of mortality in childhood: report of the Inter-American Investigation of Mortality in Childhood* (Scientific Publication N° 262). Washington D.C.: Pan American Health Organization.
- Rattner, D. (1996). A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cadernos de Saúde Pública*, 12, S21-S32.
- Reichenheim, M. E., y Verneck, G. L. (1994). Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. En: Guimarães, R. y Tavares, R. (Eds.) *Saúde e sociedade no Brasil anos 80*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará.
- Ribeiro, V. S.; Silva A. A. M.; Barbieri M. A.; Bettiol, H. y Galvão, C. C. A. (2000). Baixo peso e prematuridade em coortes populacionais de duas cidades brasileiras de diferentes regiões. *Jornal de Pediatria*, 76(1), S73.
- Romero, D. E., & Szwarcwald, C. L. (2000). Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. *Cadernos de saúde pública*, 16, 799-814.
- Rouquayrol, M. Z. y Kerr-Pontes, L. R. (1994). A medida da saúde coletiva. En: Rouquayrol, M. Z., Almeida Filho, N. M. (Eds.) *Epidemiologia & saúde* (4ª ed.). Rio de Janeiro: MEDSI; p. 23-76.
- Rutstein, D. D., Berenberg, W., Chalmers, T. C., Child 3rd, C. G., Fishman, A. P., Perrin, E. B., ... y Evans, C. C. (1976). Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England journal of medicine*, 294(11), 582-588.
- Sarinho, S. W. (1998). *Mortalidade neonatal na cidade do Recife: um estudo casocontrole*. Tese de Doutorado em Medicina. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- Sarinho, S. W., Silva, G. A., Melo Filho, D. A., y Guimarães, M. J. B. (1998). Causas de óbitos neonatais na Cidade do Recife segundo critério de evitabilidade. *Anais da Faculdade de Medicina, Universidade Federal Pernambuco*, p. 112-115.
- Schraiber, L. B., Peduzzi, M., Sala, A., Nemes, M. I. B., Castanhera, E. R. L., y Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 221-242.
- Segre, C. A. M.; Guillaumon, M. R. y Severino, J.A.O. (2000). Indicadores perinatais de qualidade. *Revista de Pediatria do Ceará*, 1(1) 284.
- Silva, L. M. Y. (1995). *Diferenciais intraurbanos de saúde em Olinda/PE*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Silva, L. M. Y. (1999). Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 331-339.
- Silva, L. M. Y. (2000). Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 857-861.
- Silva, L. M. Y. y Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*; 10(1), 80-91.
- Silveira, R. D. M. J. (1996). Atestado médico falso. En *Atestado médico falso*. San Pablo: Centro Brasileiro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para classificação de doenças em português, 9.

- Simões, C. C. S. (1997). *A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil: um estudo comparativo entre o Nordeste e o Sudeste*. Tese de Doutorado em Demografia. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Simões, C. C. S. (1999). *Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Simões, C. C. S., OLIVEIRA, L. A. P. (1986). Evolução da mortalidade infantil. En: FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (Ed.) *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos sócioeconômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas*. Rio de Janeiro: A Fundação, p. 29-48.
- Szwarcwald, C. L., Leal, M. C., y Jourdan, A. M. (1992). Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro. En Leal, M. C.; Sabroza, P. C.; Rodrigues R. H.; Buss P. M. (Eds.) *Saúde, ambiente e desenvolvimento: processos e consequências sobre as condições de vida*. San Pablo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 251-278.
- Teixeira, P. (1996). Mortalidade da infância no Nordeste dos anos trinta aos noventa: um estudo de tendências. En Seminário sobre Mortalidade Infantil no Nordeste do Brasil: sistemas de registros, aspectos metodológicos e resultados. Recife.
- Travassos, C., Noronha, J. C. D., y Martins, M. (1999). Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 367-381.
- UNICEF, FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). (1998). *Municípios brasileiros, crianças e suas condições de sobrevivência*. Brasília: A Fundação.
- UNICEF. (1998). *Situação da infância: 1998*. Brasília: A Fundação.
- UNICEF. (2001a). *Situação da infância: 2001*. Brasília: A Fundação.
- UNICEF. (2001b). *Situação da infância brasileira: 2001*. Brasília: A Fundação.
- UFPE (Universidade Federal de Pernambuco), JICA (Agencia de Cooperação Internacional do Japão). (1999). *Relatório da avaliação conjunta referente à cooperação técnica no âmbito do Projeto "Saúde Pública no Nordeste: a experiência de Pernambuco"*. Recife: A Universidade.
- Victora, C. G., Barros, F. G., y Vaughan, J. P. (1988). *Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras* (2ª ed.). San Pablo: HUCITEC.
- Vidal, S. A. (1996). *Avaliação do programa de controle das infecções respiratórias agudas nos serviços públicos ambulatoriais do Recife*. Dissertação de Mestrado em Saúde MaternoInfantil. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Recife.
- Vidal, S. A., Frias, P. G. D., y Marques, N. M. (2001). Avaliação normativa das ações do Programa do Assistência Integral à Saúde da Criança. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1(2), 129-135.
- Vuori, H. A. (1991). A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate. Cadernos de Ciencia e Tecnologia*, 1, 17-25.
- Yin, R. K. (1993). *Applications of case study research*. California: Sage.
- Yin, R. K. (1994). Discovering the future of the case study method in evaluation research. *Evaluation Practice*, 15(3), 283-290.

Anexo

Cuadro 5.1. Características sociodemográficas de los municipios seleccionados.

VARIABLES	Brejo da Madre de Deus	Bom Conselho
Fecha de la emancipación	4/2/1879	7/6/1898
Distancia de la Capital	204 Km	282 Km
Área geográfica	782,6 Km ²	798,1 Km ²
Mesorregión	Agreste	Agreste
Microrregión	Vale do Ipojuca	Garanhuns
Clima/ temp. Media	Semiárido cálido/25°C	Semiárido cálido/25°C
Densidad demográfica	47,4	50,9
Población total (1999)	37.123	40.662
Zona urbana	(62,5%)	(50,6%)
Zona rural	(37,5%)	(48,6%)
Inmuebles rurales (total) (1991)	2.418(100%)	2.896(100%)
<10ha	1.421 (58,7%)	1623(56,0%)
10-100 ha	884(36,6%)	1050(34,4%)
100-<1.000 ha	112 (4,6%)	217(7,5%)
>1.000 ha	1 (0,1%)	1 (0,1%)
Ingresos jefe de hogar (1991)		
Salario medio (en salario mínimo)	1,6	1,6
Hasta 1 SM	60,5%	71,5%
1-3 SM	33,9%	21,7%
>3 SM	5,6%	6,8%
Población mayor de 15 años alfabetizada (1991)	50,5%	45,0%
Instrucción jefe domicilio (1991)		
Sin instrucción		
1-3 años		
Actividad económica predominante	Agropecuaria	Agropecuaria
Saneamiento (1991)		
Abastecimiento de agua adecuada	33,7%	34,2%
Desagüe sanitario adecuado	4,1%	0,1%
Recolección de basura	32,8%	42,1%
Unidades de Salud		
Hospital	1	1
Centros de Salud	3	-
Puestos de Salud	4	8
Unidades de Salud de la Familia	6	1

Fuente: FIAM (Fundação do Desenvolvimento do Interior de Pernambuco). Perfil municipal do interior de Pernambuco-1996. Recife: A Fundação, 1996.

Cuadro 5.2. Lista de variables e indicadores básicos utilizados en el estudio.

Variable	Definición	Indicador	Cálculo de los indicadores
Implantación del PRMI	Corresponde a la integralidad de las acciones programáticas que componen el PRMI	Grado de implantación del PRMI	Sumatoria de las puntuaciones obtenidas por los componentes del PRMI según escala de valores atribuidos (1)
Defunción infantil	Defunción no fetal de menores de 1 año de edad	Coefficiente de mortalidad infantil	(Nº de defunciones de <1 año/nº de nacidos vivos) x 1.000
Defunción neonatal	Defunción no fetal de menores de 28 días	Coefficiente de mortalidad neonatal	(Nº de defunciones de <28 días/nº de nacidos vivos) x 1.000
		Mortalidad proporcional neonatal	(Nº de defunciones de <28 días/nº de defunciones de <1 año) x 100
Defunción posneonatal	Defunción no fetal con edad mayor o igual a 28 días y menor que 12 meses	Coefficiente de mortalidad posneonatal	(Nº de defunciones entre 28 días y menores de 1 año/Nº de nacidos vivos) x 1.000
		Mortalidad proporcional posneonatal	(Nº de defunciones entre 28 días y menores de 1 año/ Nº de defunciones de < 1 año) x 100
Causa básica de defunción infantil	"Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimiento patológico que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal" (OMS, OPAS, 1999) en menores de 1 año (2)	Coefficiente de mortalidad infantil por causa básica de defunción	(Nº de defunciones de <1 año por grupo específico de causa básica/ Nº de nacidos vivos) x 1.000
		Mortalidad proporcional en menores de 1 año por causa básica	(Nº de defunciones de <1 año por grupo específico de causa básica/Nº de defunciones de <1 año) x 100
Causa básica de defunción infantil reducible por medidas de atención a la salud	Causa básica de defunción neonatal o posneonatal clasificada como reducible considerando los criterios adoptados por la FSEADE (3)	Coefficiente de mortalidad neonatal por causas reducibles por medidas de atención a la salud	(Nº de defunciones de <28 días por causas reducibles por medidas de atención a la salud/Nº de nacidos vivos) x 1.000
		Mortalidad proporcional neonatal por causas reducibles por medidas de atención a la salud	(Nº de defunciones de <28 días por causas reducibles por medidas de atención a la salud/Nº de defunciones de <1 año) x 100
		Coefficiente de mortalidad posneonatal por causas reducibles por medidas de atención a la salud	(Nº de defunciones entre 28 días y menores de 1 año por causas reducibles por medidas de atención a la salud/Nº de nacidos vivos) x 1.000
		Mortalidad proporcional posneonatal por causas reducibles por medidas de atención a la salud	(Nº de defunciones entre 28 días y menores de 1 año por causas reducibles por medidas de atención a la salud/Nº de defunciones de <1 año) x 100
Defunción infantil domiciliaria	Defunción no fetal de menores de 1 año ocurridos en domicilio o vía pública	Mortalidad proporcional de las defunciones domiciliarias	(Nº de defunciones de <1 año ocurridos en domicilios o vía pública/ Nº de defunciones de <1 año) x 100
Bajo peso al nacer	Nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos	Proporción de nacidos vivos con bajo peso	(Nº de nacidos vivos con peso <2.500 gramos/ Nº total de nacidos vivos) x 100

(1) Escala de valores atribuidos a los componentes del PRMI para estimación del grado de implantación: Acciones implantadas: 2 puntos. Acciones parcialmente implantadas: 1 punto. Acciones no implantadas: 0 puntos

(2) Las causas básicas fueron clasificadas de acuerdo con las recomendaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión – CIE-10 (OMS, OPS, 1991) Fueron agrupadas en: Enfermedades infecciosas (A00 a A09), Bronconeumonías (J10 a J22), Afecciones perinatales (P00 a P96), Malformaciones congénitas (Q00 a Q09), Signos, síntomas y afecciones mal definidas (R00 a R99) y demás causas (demás códigos de la CID -10).

(3) FSEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, São Paulo (Conjuntura Demográfica, 1991).

Cuadro 5.3. Componentes del PRMI según tipo de datos, técnicas de recolección e instrumentos/documentos utilizados

Componentes del indicador	Tipo de Dato	Técnica de Recolección	Instrumento/Documentos utilizados
PAISC	Primario	Observación sistemática y observación ligada a la entrevista	Instrumento gerencial de la mujer, de la infancia y del adolescente: evaluación, sistema de información y programación (Brasil, 1995a)
PAISM	Primario	Observación sistemática y observación ligada a la entrevista	Instrumento gerencial de la mujer, de la infancia y del adolescente: evaluación, sistema de información y programación (Brasil, 1995a)
PACS	Secundario	Análisis documental (medios escritos y electrónico oficial)	Población residente (FIBGE,2000); informe de implantación del PACS en Pernambuco (Pernambuco, 1998f); Informe de datos para pago de los incentivos PACS y PSF (Brasil, 2000b); Informa de Cantidad de Profesionales del Sistema de Información de Atención Básica (Brasil, 1997b); Plan Plurianual 1998-2001 (Bom Conselho, 1999c); Planes municipales de Salud de Brejo da Madre de Deus, 1999c); Informes de las salas de situación de Brejo da Madre de Deus, 2000); Informe final de evaluación del proyecto "Salud Pública no Nordeste; a experiencia de Pernambuco" (UFPE & JICA, 1999)
PEPT	Secundario	Análisis documental (medios escritos)	Plan Plurianual 1998-2001 (Bom Conselho, 1999c); Plan municipal de Salud de Brejo da Madre de Deus y Birn Conselho (Bom Conselho, 1999b; Brejo da Madre de Deus, 1999c); Informa de las salas de situación de Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999 (Bom Conselho, 2000; Brejo da Madre de Deus, 2000); Informe de evaluación del Programa de Parteras Tradicionales de la Secretaría de Salud de Pernambuco (Pernambuco, 1998e); Informe final de evaluación del proyecto "Salud Pública en el Nordeste: la experiencia de Pernambuco" (UFPE & JICA, 1999)
Asistencia al parto hospitalario	Primario	Observación sistemática y observación ligada a la entrevista	Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil – modelo de evaluación, internación de obstetricia (OPAS & OMS, 1987)
Educación en salud	Secundario	Análisis documental (medios escritos)	Plan Plurianual 1998-2001 (Bom Conselho, 1999c); Planes municipals de Salud de Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho (Bom Conselho, 1999b; Brejo da Madre de Deus, 1999c); Informe final de evaluación del proyecto "Salud Pública en el Nordeste; la experiencia de Pernambuco" (UFPE & JICA, 1999); Planificación del núcleo de educación en Salud, 1999 (Brejo da Madre de Deus, 1999b); Informe del núcleo de educación en Salud de 1999 (Brejo da Madre de Deus, 1999d); Actas de las reuniones de 1999 del Consejo Municipal de Salud (Bom Conselho, 1999a; Brejo da Madre de Deus, 1999a); Informa Salud (1999a, 1999b)
Sistema de Información	Primario y Secundario	Entrevista semi-estructurada y análisis documental (medios escritos)	Intrumento de investigación de defunciones de menores de un año (Pernambuco, 1998g) Copias de los Certificados de Defunción de residentes en los municipios y transcripción de libros de registros de internaciones y/o de autorización hospitalaria y/o de la sala de parto de las unidades de salud en que ocurrieron defunciones de residentes, ficha D del Sistema de Información de la Atención Básica
Vigilancia de Defunciones	Secundario	Entrevista semi-estructurada y análisis documental (medios escritos)	Instrumento de investigación de Defunciones de menores de un año

PAISC= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Infancia; PAISM= rograma de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer; PACS= Programa de Agentes Comunitarios de Salud; PEPT= Programa Estadual de Parteras Tradicionales.

Cuadro 5.4. Componentes del PRMI, criterios y puntos de corte adoptados en la definición del grado de implantación.

Grado de implantación	PACS (1)	PEPT(2)	PAISC	PAISM	Asistencia al parto y recién nacido	Asistencia al niño hospitalizado	Educación en salud	Sistema de Información	Vigilancia de defunciones
Implantado	Cobertura de 80% o más	Cobertura de 80% o más de parteras tradicionales catastradas y entrenadas	80% o más de las acciones programáticas en las US implantadas o parcialmente implantadas	80% o más de las acciones programáticas en las US implantadas o parcialmente implantadas	Adecuación superior al 80% de la estructura disponible para atención al parto y recién nacido	Adecuación superior al 80% de la estructura disponible para atención al niño hospitalizado	Núcleo o grupo movilizado y funcionando en la SMS	Cobertura del SIM superior a 80%	Entre 40 y 80% de las defunciones infantiles investigadas
Parcialmente implantado	Cobertura entre 40 y 79%	Cobertura entre 40 y 79% de las acciones programáticas en las US implantadas o parcialmente implantadas	Entre 40 y 79% de las parteras tradicionales catastradas y entrenadas	Entre 40 y 79% de las acciones programáticas en las US implantadas o parcialmente implantadas	Adecuación entre 40 y 79% de la estructura disponible para atención al parto y recién nacido	Adecuación entre 40 y 79% de la estructura disponible para atención al niño hospitalizado	Desarrolla acciones sistemáticas aunque aisladas	Cobertura del SIM entre 40 y 80%	Entre 40 y 80% de las defunciones infantiles investigadas
No implantado	Cobertura inferior a 40%	Cobertura inferior a 40% de parteras tradicionales catastradas y entrenada o no catastradas	Menos de 40% de las acciones programáticas en las US implantadas o parcialmente implantadas	Menos de 40% de las acciones programáticas en las US implantadas o parcialmente implantadas	Adecuación inferior a 40% de la estructura disponible para atención al parto y recién nacido	Adecuación inferior a 40% de la estructura disponible para atención al niño hospitalizado	Desarrolla acciones asistemáticas y ocasionales	Cobertura del SIM inferior a 40%	Menos de 40% de las defunciones investigadas

PACS= Programa de Agentes Comunitarios de Salud; PEPT= Programa Estadual de Parteras Tradicionales; PAISC= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Infancia; PAISM= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer; US= Unidades de salud; SIM= Sistema de Información sobre Mortalidad.

(1) Los puntos de corte son válidos cuando la implantación ocurrió durante dos o más años ininterrumpidos. Tiempo inferior a éste el municipio debe ser encuadrado en la categoría inmediatamente anterior.

(2) Los puntos de corte son válidos cuando las parteras estuvieron bajo coordinación de la Secretaría Municipal de Salud. Cuando la coordinación fue de la Secretaría Estadual el municipio debe ser encuadrado en la categoría inmediatamente anterior.

Cuadro 5.5. Grado de implantación del PRMI según componentes y dimensión unitaria. Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999.

Municipios Componentes	Brejo da Madre de Deus	Bom Conselho
PAISC	2	1
PAISM	1	0
Asistencia al parto	1	0
Asistencia al niño hospitalizado	1	0
PACS	1	1
PEPT	2	2
Sistema de información	2	1
Educación para la salud	2	1
Vigilancia de defunciones	1	0
PUNTAJE	13	6
	Implantado	
	Parcialmente implantado	
	No implantado	
<p>PAISC= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Infancia; PAISM= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer; PACS= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer; PACS= Programa de Agentes Comunitarios en Salud; PEPT= Programa Estatal de Parteras Tradicionales.</p>		

Cuadro 5.6. Síntesis de los resultados de los indicadores de salud infantil. Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999.

Resultados	Brejo da Madre de Deus	Bom Conselho
Proporción de niños bajo peso al nacer	7,7	10,4
Proporción de defunciones domiciliarias	23,5	68,1
Coefficiente de mortalidad		
Infantil (1.000 nacidos vivos)	50,8	70,6
Neonatal	29,9	20,6
Posneonatal	20,9	50,0
Mortalidad % grupo etario		
Neonatal	58,8	29,2
Posneonatal	70,8	41,2
Coefficiente de mortalidad por causa básica (100 nacidos vivos)		
Afecciones perinatales	25,9	12,7
Malformaciones congénitas	7,0	3,0
Enfermedades infecciosas intestinales	10,0	37,3
Neumonías	2,0	9,8
Mortalidad % causas (1)		
Afecciones perinatales	47,1 (51,0)	4,2 (18,0)
Malformaciones congénitas	7,8 (13,7)	1,4 (4,1)
Enfermedades infecciosas intestinales	17,6 (19,6)	6,9 (52,8)
Neumonías	0,0 (3,9)	5,5 (13,9)
Demás causas	2,0 (5,9)	4,2 (5,6)
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	77,8 (5,6)	25,5 (5,9)
CMI por grupo etario y causa básica reducible por medidas de atención a la salud		
Infantil	39,8	63,7
Neonatal	24,9	17,6
Posneonatal	14,9	46,1
Mortalidad % por causa básica reducible por medidas de atención a la salud		
Infantil	78,4	90,3
Neonatal	83,3	85,7
Posneonatal	71,4	92,2
(1) Los números entre paréntesis corresponden a la mortalidad proporcional posterior a investigación.		

Tabla 5.1. Grado de implantación (%) de las acciones del PAISC en las unidades de Salud. Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999.

Grado de Implantación	CD	LM	CED	CIRA	PNI	TOTAL
	%	%	%	%	%	%
Implantado						
Brejo da Madre de Deus	-	23,1	-	-	15,4	7,7
Bom Conselho	-	10,0	-	10,0	10,0	6,0
Parcialmente implantado						
Brejo da Madre de Deus	100,0	69,2	84,6	76,9	53,8	76,9
Bom Conselho	80,0	90,0	20,0	10,0	70,0	54,0
No implantado						
Brejo da Madre de Deus	-	7,7	15,4	23,1	30,8	15,4
Bom Conselho	20,0	-	80,0	80,0	20,0	40,0

PAISC= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Infancia; CD= Crecimiento y desarrollo; LM= Lactancia materna; CED= Control de enfermedades diarreicas; CIRA= Control de infecciones respiratorias agudas; PNI= Programa Nacional de Inmunización.

Tabla 5.2. Grado de implantación (%) de las acciones del PAISM en las unidades de Salud. Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999.

Grado de Implantación	PN	PF	Asistencia clínicoginecológica (ETS)	Prevención de cáncer	Asistencia parto domiciliario*	Total
	%	%	%	%	%	%
Implantado						
Brejo da Madre de Deus	46,2	-	-	-	100,0	19,3
Bom Conselho	-	-	-	-	16,7	2,2
Parcialmente implantado						
Brejo da Madre de Deus	53,8	61,5	23,1	92,3	-	52,6
Bom Conselho	20,0	-	-	20,0	33,3	13,0
No implantado						
Brejo da Madre de Deus	-	38,5	76,9	7,7	-	28,1
Bom Conselho	80,0	100,0	100,0	80,0	50,0	84,8

*En 8 unidades de Brejo da Madre de Deus y en 4 de Bom Conselho no existen parteras en el área de influencia o existen apenas las institucionales, que no realizan partos domiciliarios.

PAISM= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer; PN= Prenatal; PF= Planificación familiar.

Tabla 5.3. Evaluación de la estructura disponible para la atención al parto hospitalario. Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999.

Aspectos evaluados	Puntuación Máxima	Brejo da madre de Deus		Bom Conselho	
		Puntos obtenidos	%	Puntos obtenidos	%
Planta física	200	145	72,5	80	40,0
Recursos materiales	120	58	48,3	61	50,8
Recursos humanos	180	40	22,2	60	33,3
Normas y procedimientos	240	90	37,5	60	25,0
Programación y administración	90	10	11,1	-	-
Material de consumo	115	95	82,6	100	87,0
Educación para la salud	60	20	33,3	20	33,3
TOTAL	1.005	458	45,6	381	37,9

Tabla 5.4. Evaluación de la estructura disponible para la atención al niño hospitalario. Brejo da Madre de Deus y Bom Conselho, 1999.

Aspectos evaluados	Puntuación Máxima	Brejo da madre de Deus		Bom Conselho	
		Puntos obtenidos	%	Puntos obtenidos	%
Planta física	170	85	50,0	65	38,2
Recursos materiales	150	50	33,3	50	33,3
Recursos humanos	190	60	31,6	-	-
Normas y procedimientos	230	120	52,2	80	34,8
Programación y administración	90	40	44,4	-	-
Material de consumo	100	70	70,0	75	75,0
Educación para la salud	90	30	33,3	20	22,2
TOTAL	1.020	455	44,6	290	28,4

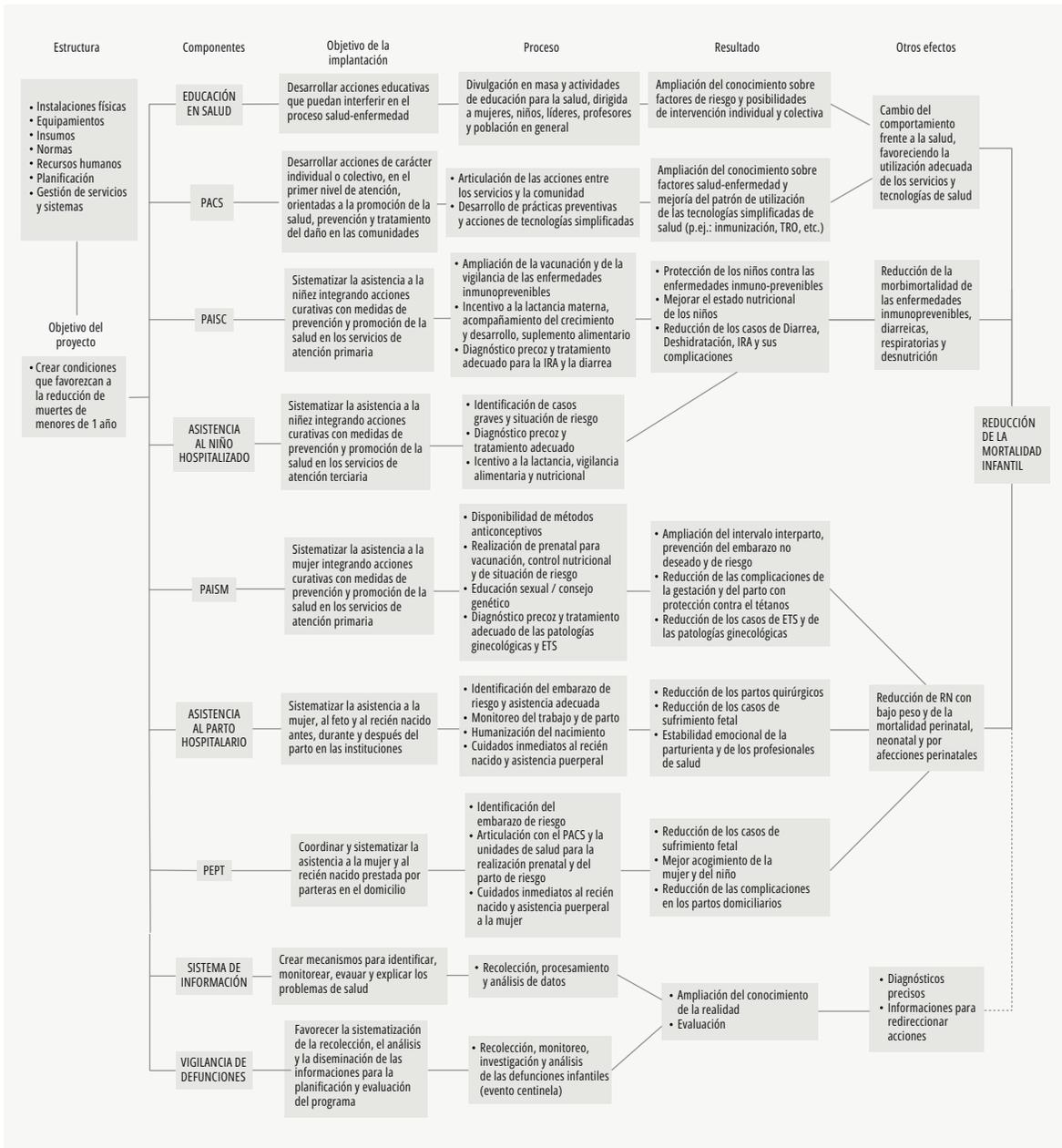


Figura 5.1. Modelo lógico del proyecto de reducción de la mortalidad infantil.

PACS= Programa de Agentes Comunitarios en Salud; PAISC= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Infancia; PAISM= Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer; PEPT= Programa Estatal de Parteras Tradicionales.

PAISC	BMD 85 BC 60	Control de Enfermedades Diarreicas	BMD 85 BC 20	Coef. Mortalidad Infantil por Diarrea ⁽¹⁾	BMD 10 (20) BC 37 (20)	
		Crecimiento y Desarrollo	BMD 100 BC 80			
	Lactancia Materna	BMD 92 BC 100	Control del IRA	BMD 77 BC 20	Coef. Mortalidad Infantil por Neumonía ⁽¹⁾	BMD 2 (4) BC 10 (14)
				Programa Nacional de Inmunización		BMD 69 BC 80
	Asist. al niño hosp.	BMD 45 BC 28	Planta Física	BMD 50 BC 38		
			Recursos Materiales	BMD 33 BC 33		
Recursos Humanos		BMD 32 BC 0				
Normas y Procedimientos		BMD 52 BC 35	Programación y Administración	BMD 44 BC 0		
				Material de Consumo		
Educación para la Salud		BMD 33 BC 22	Educación para la Salud	BMD 33 BC 22		
Educación p/la Salud		BMD BC				
PASCS	BMD 51 BC 71					
PAISM	BMD 72 BC 15	Prenatal	BMD 100 BC 20	Coef. Mortalidad Infantil por Afec. Perinatales ⁽¹⁾	BMD 26 (51) BC 13 (18)	
		Planificación Familiar	BMD 62 BC 0			
	Asist. Clínico-Ginecológica	BMD 23 BC 0	Prevención del Cancer	BMD 92 BC 20		
				Asist. al parto Domiciliario	BMD 100 BC 60	
	Asist. al parto hosp.	BMD 45 BC 28	Planta Física	BMD 73 BC 40	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	BMD 8 BC 10
			Recursos Materiales	BMD 48 BC 51		
Recursos Humanos		BMD 22 BC 33				
Normas y Procedimientos		BMD 38 BC 25	Programación y Administración	BMD 11 BC 0		
				Material de Consumo		BMD 83 BC 87
Educación para la Salud		BMD 33 BC 33	Educación para la Salud	BMD 33 BC 33		
PEPT		BMD 100 BC 91				Porcentaje defunciones domiciliarias
Sist. de Informac.	BMD 88 BC 54			Porcentaje de óbitos con diagn. de SSAMD ^(1y2)	BMD 26 (6) BC 78 (6)	
Vig. defunciones	BMD 59 BC 15					

Figura 5.2. Superposición de la evaluación del grado de implantación de los componentes del PRMI y sus resultados con el modelo lógico. Brejo da Madre de Deus (BMD) y Bom Conselho (BC), 1999.

(1) Entre paréntesis, mortalidad proporcional; (2) SSAMD= Signos, síntesis y afecciones mal definidas.

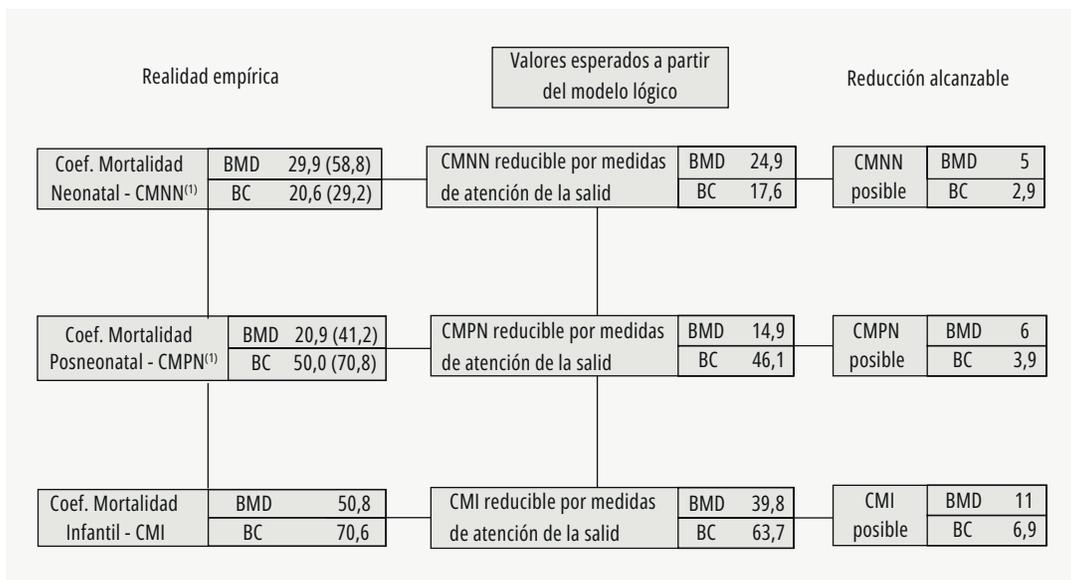


Figura 5.3. Coeficiente de mortalidad neonatal (CMNN) e infantil (CMI) observados y posibilidad de reducción a partir de medidas de atención de la salud. Brejo da Madre de Deus (BMD) y Bom Conselho (BC), 1999.

(1) Entre paréntesis, mortalidad proporcional.

Capítulo 6

Metodología para el análisis de la implementación de los procesos relacionados con la descentralización de la atención de la salud en Brasil¹

*Ligia Maria Vieira da Silva*², *Zulmira Maria de Araújo Hartz*³, *Sonia Cristina Lima Chaves*⁴, *Gerluce Alves Pontes da Silva*⁵

Introducción

La reorganización de las prácticas de atención a la salud en Brasil, a partir de las directrices aprobadas en la VIII Conferencia Nacional de Salud, constituye un complejo proceso que abarca múltiples dimensiones (Paim *et al.*, 1999). Entre esas directrices, que posteriormente fueron incorporadas en la Constitución Federal, la que tuvo una implementación más consistente fue la que se refiere a la descentralización de la gestión. Aunque este proceso se remonta a la década de 1980, con las Acciones Integradas de Salud (AIS) y el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) (Vieira da Silva, 1990), los cambios se institucionalizaron y alcanzaron mayor alcance y densidad a partir de la aprobación de las leyes y de la publicación de las Normas Operacionales Básicas (NOB) 01/93 y de la NOB 01/96 (Brasil, 1997). La NOB 96 aumentó

¹Trabajo realizado con el apoyo financiero del Ministerio de Salud.

²Médica. Profesora del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (ISC/UFBA). Doctora por la Universidad de SAan Pablo (USP). Investigadora IC del CNPq. Brasil.

³Médica. Investigadora (residente) de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) - Fiocruz. Brasil. Profesora-Investigadora invitada del Departamento de Medicina Social y Preventiva y del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá. Doctora por la Universidad de Montreal. Canadá.

⁴Odontóloga. Profesora Adjunta de la Facultad de Odontología de la UFBA. Doctora en Salud Colectiva (ISC/UFBA). Brasil.

⁵Médica sanitaria de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía. Doctora en Salud Colectiva (ISC/UFBA). Brasil.

la viabilidad de la reorganización sectorial de base municipal en la medida en que aseguró el traspaso fondo a fondo⁶ y amplió la transferencia de responsabilidades federales y estatales a los municipios que optaron por la gestión plena (Brasil, 1997).

El proceso de descentralización, que hoy alcanza a 4.973 municipios (99,6% del total), se desarrolló de forma diversa en lo que respecta a la reorganización de las prácticas asistenciales (Brasil, 2003). Algunos estudios preliminares sobre los efectos de las NOBs 93 y 96 revelan un aumento en la oferta de servicios y un incremento de recursos financieros originados en el tesoro municipal. (Heimann *et al.*, 1998; Claus & Capra, 2001; Solla *et al.*, 2002). Otros análisis de experiencias municipales han registrado reducción de costos (Jiménez & Shimazaki, 2002; Solla *et al.*, 2002) y aumento de la satisfacción de los usuarios (Solla *et al.*, 2002; Jiménez & Shimazaki, 2002). Una amplia investigación realizada sobre los 523 municipios con gestión plena entre 1998 y 2000 reveló que el proceso de descentralización inducida por el gobierno federal amplió la oferta de servicios, sobre todo en la atención de la media y la alta complejidad (Vianna *et al.*, 2002). A pesar de todo, pocos estudios se han ocupado de investigar las relaciones entre la descentralización y las prácticas de atención.

Este fenómeno se ha observado en otros países con reformas en curso en los sistemas de salud, que han enfocado la atención sobre los ajustes financieros y administrativos y han dado poca importancia a los efectos sobre la salud de la población y sobre las prácticas de salud propiamente dichas (Vienonen, 1999), aquí consideradas como el *núcleo duro* para el cambio de los sistemas y servicios de salud (Paim, 2002).

En Bahía, del total de 417 municipios, aunque 397 están habilitados para la gestión plena de la atención básica (95,2%) solo 19 ciudades alcanzaron la gestión plena del sistema municipal (4,6%), porcentaje inferior al proceso de descentralización observado en el Nordeste y en el total del país (Brasil, 2003).

La descentralización no puede ser contemplada como una *panacea* (de Mattos, 1989), ni como algo intrínsecamente bueno o malo (Muller Neto, 1992; Fleury, 1992); corresponde a un término ambiguo (Martín, 1997) que corre el riesgo de ser descontextualizado al considerar los factores de orden económico, político, ideológico, cultural y social desencadenantes y sostenedores de este proceso (Paim, 2002).

¿Cuáles son las razones para esa diversidad de resultados de la misma intervención sanitaria, en este caso la descentralización de la gestión de la salud? La respuesta a esa pregunta compleja requiere el desarrollo concomitante de investigaciones complementarias. Este proyecto se propone contribuir a la comprensión de este fenómeno a partir del análisis de la influencia de la situación politicogubernamental e histórica en relación con la gestión municipal de la salud, y sus efectos en la reorganización de las prácticas asistenciales. En este capítulo, se presentan la metodología utilizada y los resultados preliminares del estudio piloto.

⁶Del original *fundo a fundo*: significa "la transferencia (regular y automática) de valores, directamente del Fondo Nacional de Salud (FNS) a estados y municipios, independientemente de convenios o instrumentos similares. Se destina al financiamiento de los programas del SUS y comprende recursos para procedimientos de media y alta complejidad, para la atención básica y para acciones estratégicas". Extraído de: Portal da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/se/area.cfm?id_area=574). Último acceso: 20/01/2007) (N. del T.)

Metodología

Estrategia de investigación y selección de casos

Esta investigación formó parte de un proyecto más amplio titulado *Evaluación de la descentralización de la atención de la salud en Bahía* (Vieira da Silva *et al.*, 2002), cuyo objetivo central fue evaluar los efectos del proceso de descentralización de la atención a la salud en municipios seleccionados en el estado de Bahía a través de estrategias metodológicas complementarias. Se desarrollaron dos subproyectos en forma concomitante, el primero analizó una muestra de 68 municipios, estratificada según condiciones de vida; el segundo fue un estudio de casos múltiples con niveles de análisis imbricados (Yin, 1993). Los cinco municipios elegidos se encontraban clasificados como con *gestión plena del sistema* de acuerdo con los criterios derivados de la Norma Operacional Básica (NOB) 96 (Brasil, 1997). Esos municipios fueron elegidos a partir de informes referentes al éxito del proceso de descentralización, obtenidos de informantes clave de la Secretaría Estatal de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). De los cinco municipios, dos fueron considerados *exitosos*, dos *no exitosos* y uno fue elegido como piloto.

El estudio se inició en el municipio considerado como piloto para la prueba, tanto de los instrumentos utilizados en la recolección de datos, como de la estrategia de la investigación, y que denominamos “N”. Se lo eligió por estar en gestión plena del sistema de salud, por presentar una historia de descentralización de las acciones de salud desde la década del ochenta, y por poseer una red estructurada de servicios públicos.

Modelo lógico

Fue elaborado un modelo teóricológico (Anexo: Figura 6.1), teniendo en cuenta la propuesta de análisis de implementación elaborada por Denis y Champagne (1997). En ese modelo se define la *imagen-objetivo* de la descentralización de la salud en los municipios, la cual funciona como referencia para apreciar el grado de implementación de los diversos componentes de la descentralización (Anexo: Figura 6.1).

La descentralización en la gestión de la salud, conforme instrumentos legales anteriores a la Norma Operacional de Asistencia a la Salud (NOAS) (Brasil, 2003), debía producirse desde el gobierno federal y los de los estados hacia los municipios. En este sentido, el análisis requiere el encuadre en el *Espacio general* del contexto nacional, en el *particular* del contexto estadual y en el *Singular* del municipio en estudio (Anexo: Figura 6.1).

En el contexto local del municipio, donde se efectiviza la descentralización, se pueden observar tres componentes que hacen a la calidad del gobierno y constituyen un sistema singular interdependiente, descrito por Matus, al que denominó *triángulo de gobierno* conformado por: a) el proyecto de gobierno; b) la capacidad de

gobierno; y c) la gobernabilidad (Matus, 1997). Para la implementación de una propuesta dada, sería necesaria una relación sinérgica entre esos tres componentes. El *proyecto de gobierno* se refiere al conjunto de propuestas elaboradas por los dirigentes locales que permita alcanzar los objetivos finales. La *capacidad de gobierno* corresponde a los recursos que se requieren para la conducción y el gerenciamiento adecuado de las acciones. Y la *gobernabilidad* se refiere a las condiciones necesarias para la implementación de las acciones propuestas, como respuestas y anticipaciones, considerando los obstáculos y oportunidades que el medio ofrece a las propuestas.

La capacidad de gobierno, según Matus (1997), depende del *capital intelectual* acumulado por los dirigentes, y este *capital* ha crecido mucho más lentamente que la complejidad del sistema social. El capital intelectual es el conjunto de *capital teórico, instrumental y de experiencia* acumulada por el dirigente y su equipo. La gobernabilidad depende de varios factores, entre los que se destaca el *capital político*, o sea, el poder o peso político en el gobierno en curso. El proyecto de gobierno expresa la conjunción del *capital político e intelectual* aplicados en una propuesta de acción (Matus, 1997).

La descentralización, cuando ocurre con una articulación adecuada entre los componentes del triángulo de gobierno, contribuye a un fortalecimiento del poder local, de las instituciones públicas y de la capacidad de gestión del sistema de salud. La actuación conjunta de los tres componentes puede resultar en una mejor organización de los servicios de salud, viabilizando mayor acceso y cobertura; y un mayor control sobre los prestadores privados con la consiguiente optimización del uso de los recursos públicos, lo que permitiría brindar mayor integralidad y resolutiveidad. Ese contexto es favorable para un mayor control social, en el sentido de mayor participación popular, lo que podría aproximar los gestores a las necesidades de la población y mejorar la capacidad de intervención del sistema.

El perfeccionamiento de la gestión de la salud puede tener un efecto positivo tanto en la reorientación de las prácticas sectoriales de atención, individuales y colectivas, como en las iniciativas de acción intersectorial. En el ámbito sectorial, las posibilidades de cambio pueden reflejarse en el aumento de la accesibilidad, la humanización del acogimiento, el aumento de la resolutiveidad y la mejoría en la calidad técnicocientífica del cuidado. Por otro lado, el desarrollo de proyectos intersectoriales en el ámbito del desarrollo de políticas públicas saludables, incluyendo, además de la salud, la esfera del trabajo, de la educación, de la comunicación y de la infraestructura urbana, podría viabilizar acciones de alcance colectivo orientadas a la promoción de la salud. Ese conjunto de intervenciones podría contribuir a una mejoría en el estado de salud de la población la cual se objetivaría a través de la reducción de los indicadores de internación hospitalaria y de los coeficientes de mortalidad, y de una mayor satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, lo que redundaría en una mayor calidad de vida (Anexo: Figura 6.1).

Niveles, dimensiones y criterios

A partir del modelo lógico descripto, que corresponde a una *imagen-objetivo* en el sentido de Matus (1997), se seleccionaron para el análisis, los siguientes niveles: I) gobierno; II) gestión de la salud; III) prácticas asistenciales. Cada nivel, fue subdividido en dimensiones, subdimensiones y criterios que se inscribieron en una matriz con la descripción del patrón esperado para cada uno de ellos (Anexo: Tabla 6.1). Esa matriz, elaborada por el equipo de investigación, fue enviada a un grupo de dirigentes y técnicos del Ministerio de Salud⁷ para una atribución inicial de pesos, mediante la técnica del grupo nominal (Donabedian, 1988). Los niveles, dimensiones, subdimensiones y criterios adoptados fueron los siguientes:

Componentes de gobierno

Proyecto de gobierno

- **Prioridad para la salud.** Se verificó si la salud era prioridad tanto en el plan de gobierno como en el discurso de los entrevistados. Además, se observó si en el plan municipal de salud había consistencia entre problemas priorizados y acciones propuestas.
- **Características del financiamiento sectorial:**
- **Porcentual de gastos en salud en relación con el total de la recaudación de tributos del municipio.** Incluidas la recaudación municipal, estatal y federal (Previsto en la Enmienda Constitucional 29).
Clasificación:
Incipiente: municipios cuyo porcentual de gastos en salud fue inferior a 7%.
Intermedio: municipios con un porcentual de gastos en salud entre 7% y 8%.
Avanzado: municipios cuyo porcentual de gastos en salud fue superior al 8%.
- **Gasto per cápita en salud, en reales (R\$) y en dólares (US\$):** la conversión de real a dólar se hizo considerando una relación de 2:1. Se calculó la razón entre el gasto total en salud (gasto municipal, estatal y federal) y la población total del municipio para aquel año.
Clasificación:
Incipiente: municipios con gasto per cápita inferior a US\$ 80.
Intermedio: municipios con gasto per cápita entre US\$ 80 y US\$ 150.
Avanzado: municipios con gasto per cápita superior a US\$150.

⁷El grupo de dirigentes y técnicos, en esa época, cursaba la disciplina de evaluación de la Maestría Profesional de Salud Colectiva, de la Secretaría de Asistencia a la Salud/Universidad Estatal de Río de Janeiro, en el año 2001.

- Existencia de iniciativas intersectoriales. Se consideraron como intersectoriales aquellas iniciativas y acciones articuladas entre el sector salud y otros, que tuvieran una planificación integrada o un comité gestor mixto entre dos o más sectores del gobierno, con presupuesto propio para los proyectos. Se verificó si había, por lo menos, un proyecto implementado.

Capacidad de gobierno

- Perfil del gestor. Los gestores fueron caracterizados en lo que se refiere al liderazgo y su formación en salud pública.
- Adaptación del marco técnico a las necesidades del sistema municipal de salud. Se contempló si los asesores directos tenían formación o especialización en salud pública; si había un número adecuado de profesionales calificados en sus áreas específicas de acción.
- Política de recursos humanos. Se indagó acerca de la existencia de un plan de cargos y salarios, de contratos mediante concurso público o selección pública, del incentivo a la capacitación sin vínculo con la remuneración.

Gobernabilidad

- Existencia de base de apoyo político. Se investigó la existencia de base de apoyo: parlamentario y/o de la sociedad civil organizada.
- Autonomía financiera del sector salud con relación a la Intendencia. Se investigó la existencia tanto de una Comisión propia de la Secretaría Municipal de Salud para realizar los procesos licitatorios, como de un profesional responsable por la gestión financiera del Fondo Municipal de Salud.
- Características de la relación entre los gestores. Se buscó determinar si había articulación y colaboración entre los diversos niveles de gestión del sistema para la definición e implementación de políticas, con énfasis en iniciativas innovadoras.
- Adhesión de los profesionales a la gestión. Se indagó tanto sobre la satisfacción de los profesionales con el trabajo desarrollado (realización profesional o personal) como sobre la percepción de *participación* en la gestión.

Gestión y organización del sistema de salud

Planificación y evaluación

- Características de la planificación. Se investigó la existencia de prácticas de planificación situacional local en salud, de la regularidad de la planificación y su utilización como instrumento de gestión.

- Institucionalización de la evaluación. Se indagó sobre las características del proceso de evaluación: si se evaluaba en forma regular y si los resultados se utilizaban para la toma de decisiones; y si los sistemas de información oficiales se utilizaban para el monitoreo de las acciones implementadas.

Organización del sistema

- Relación públicoprivado. Se chequeó si la gestión de las acciones de media y alta complejidad las realizaba el sector público; si existían servicios públicos de referencia para la regulación de la oferta; si las acciones de media y alta complejidad eran referenciadas para el sector privado contratado y bajo convenio.
- Adecuación de la oferta a las necesidades de la población. Se analizó si las acciones programáticas de salud y la oferta de servicios eran adecuadas al perfil epidemiológico y social o si, por lo menos, se implementaban los programas indicados por el nivel federal.
- Acceso. Se verificó la existencia de: sistemas de registro de turnos para las consultas (en servicios de diferente complejidad) y en internación, con sistemas de referencia y central de vacantes; el aumento de la proporción de población adscripta a la red básica; mejoría en la accesibilidad geográfica, o sea, en la distribución espacial de las unidades o a través de sistemas de comunicación y transporte.
- Cobertura asistencial. La cobertura asistencial potencial (oferta de servicios) fue estimada a través del número de unidades de salud, y por la proporción de profesionales/población (médicos, enfermeros, odontólogos y personal auxiliar). La cobertura asistencial real (utilización de servicios) fue estimada mediante los coeficientes calculados entre la producción ambulatoria del SUS, de cada año y la población, en el período comprendido entre 1994 y 2001.
- Organización e integración de la red de servicios en una lógica jerarquizada y regionalizada. Se verificó si la calificación dada por el nivel federal (NOAS, 2001) como sede de un módulo asistencial o como polo de una micro región, se correspondía con la existencia de un sistema de referencia y contrarreferencia con flujo formalizado, y un registro de atención y control de pacientes.
- Participación popular y control social. Entendidos como la capacidad de influir en las políticas de salud. Se observaron los siguientes aspectos:
 - Presencia del Consejo Municipal representativo, propositivo y actuante (control de la aplicación de recursos y funcionamiento regular).
 - Convocatoria de Conferencias Municipales sobre la política de salud;
 - Miembros de los Consejos Municipal y Local de Salud preparados adecuadamente para el ejercicio de la función.
 - Consejos Locales de Salud actuantes y con funcionamiento regular.

Prácticas asistenciales

Características de las prácticas

- Acciones de promoción de la salud. Existencia de acciones intersectoriales dirigidas a los problemas priorizados en el territorio; incorporación por parte del nivel central y local de tecnologías de comunicación social.
- Acciones de vigilancia de riesgos y daños a la salud. Utilización de los datos de los sistemas de información para el monitoreo de la situación de salud y la toma de decisiones en el nivel local; y existencia de estructuración de un sistema de vigilancia de la salud con integración/articulación entre las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria.
- Articulación entre los niveles de protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Integración entre los niveles de prevención, recuperación y rehabilitación para las enfermedades/problemas priorizados en el municipio. Existencia de estrategias de diagnóstico precoz y prevención, por lo menos para grupos con riesgo de hipertensión arterial; coherencia entre las acciones realizadas para prevención y control (acciones sobre los riesgos) y los problemas priorizados.
- Asistencia farmacéutica. Se evaluó la disponibilidad de medicamentos para las enfermedades de mayor prevalencia y/o gravedad, y su relación con el costo; y el desarrollo de acciones de promoción del uso racional de medicamentos.
- Atención de la salud bucal. Programación e intervención sobre los problemas relacionados con la salud bucal a partir del perfil epidemiológico del municipio. Énfasis en las acciones preventivas y colectivas. Disponibilidad de atención restauradora.
- Existencia de protocolos de atención para enfermedades específicas priorizadas. Para el nivel local o, por lo menos, utilización sistemática de los protocolos de atención para enfermedades de prioridad estatal/nacional.
- Estrategias de acogimiento. Existencia de iniciativas referentes a la mejoría del acogimiento a los usuarios de la propia Secretaría Municipal de Salud y de los profesionales del nivel local. Que incluyan instalaciones con confort mínimo (bancos y sillas, área cubierta con acceso a baños y agua potable y garantía de privacidad de la atención). Existencia de diálogo y flexibilidad en la rutina de la red de servicios. *Triage* realizado por profesionales de la salud.
- Prácticas con equipos multidisciplinarios. Realización de actividades de promoción y protección de la salud a través de técnicas incluyendo trabajo con grupos de usuarios (terapéuticos, preventivos y educativos) y con equipos multiprofesionales.

Efectividad de las prácticas

Estudios de series históricas de trazadores seleccionados

Para apreciar la efectividad de las prácticas en los municipios estudiados, se analizaron las series temporales de las enfermedades trazadoras del periodo 1980 — 1999. Los indicadores seleccionados fueron: a) Coeficiente de mortalidad infantil; b) Coeficiente de mortalidad infantil evitable; c) Proporción de óbitos infantiles evitables; d) Mortalidad infantil por diarrea; e) Mortalidad infantil por infección respiratoria aguda; f) Coeficiente estandarizado de mortalidad por tuberculosis y Coeficiente estandarizado de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Estos últimos cuatro indicadores fueron seleccionados como condiciones trazadoras conforme a criterios propuestos por Kessner y Kalk (1992).

Se analizó la evolución de las medias quinquenales de los coeficientes de mortalidad de las enfermedades consideradas trazadoras, entre 1990 y 1999. Como valores de referencia se consideraron las medias quinquenales de los coeficientes de mortalidad para las mismas enfermedades referentes al estrato de municipios del municipio caso⁸.

Los indicadores de morbilidad elegidos para los municipios caso en el período comprendido entre 1995 y 2000 fueron los siguientes: a) Tasa de internación hospitalaria por causa específica (tuberculosis e hipertensión arterial); b) Tasa de internación hospitalaria por diarrea y por infección respiratoria aguda, para menores de un año. Estos indicadores fueron comparados con los del estrato de municipios de referencia.

El análisis se hizo a través de la observación de las curvas de la serie histórica frente a los hechos y eventos relacionados con el proceso de descentralización en el municipio. Para visualizar mejor la tendencia, las variabilidades verificadas en estas curvas fueron suavizadas por el empleo del método de las medias móviles, de orden 5 en el caso de la mortalidad y de orden 3 para las internaciones. Se calculó también la velocidad de la variación media anual (b) de los coeficientes para todo el período analizado, utilizando el análisis de regresión lineal bivariada, en el cual el año calendario fue la variable independiente. Además, se estimó la variación porcentual (D%) para las medias de los dos últimos quinquenios para la mortalidad y para toda la serie histórica en la morbilidad.

⁸Ver el informe de Vieira da Silva *et al.*: “Evaluación de la descentralización de la atención a la salud en Bahía”. Subproyecto “Evaluación de los efectos de la descentralización con relación a condiciones marcadoras de la atención a la salud”. ISCMS Informe de Investigación, 2002.

Satisfacción de los usuarios

La satisfacción de los usuarios se investigó mediante entrevistas semiestructuradas en las que se indagó sobre la percepción de los entrevistados en relación al acogimiento en la unidad básica de salud; a la capacidad de resolución de sus demandas (problemas de salud) en la atención básica; en la atención de las especialidades (forma de encaminar y acceso a otros procedimientos); en las acciones preventivas desarrolladas por los agentes comunitarios de salud en su domicilio y en el área; y en la generación de vínculos con el equipo de la unidad y los profesionales de salud en la red. La recolección de datos se realizó en las siguientes fuentes (Anexo: Tabla 6.1):

1. Análisis documental de (a):
 - El Plan de Salud del Municipio A (1998-2001).
 - Los Informes de Gestión del Municipio A (1999 y 2000).
 - Los Traspasos federales al Municipio A entre 1997 y 2001. La información sobre los recursos financieros federales destinados al municipio fue obtenida del DATASUS Recursos Federales del SUS y engloba todo el volumen de recursos destinados al municipio por la Unión.
2. Sistema de Información Ambulatoria y Hospitalaria del Sistema Único de Salud (SIA/SIHSUS) para:
 - Morbilidad ambulatoria y hospitalaria para eventos seleccionados (Tuberculosis, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, internación por diarrea e infección respiratoria aguda) en el periodo de 1998 a 2000;
 - Producción ambulatoria de los servicios de atención básica odontológica (consultas, procedimientos colectivos, preventivos individuales, restauradores, quirúrgicos y periodontales en el período entre 1994 y 2001).
3. Datos de mortalidad para enfermedades específicas: tuberculosis, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y mortalidad infantil, disponibles en el Sistema de Información de Mortalidad (SIM).
4. Trayectorias de las condiciones trazadoras. Fueron descriptas las trayectorias asistenciales de eventos considerados como prioritarios, tales como óbitos e internaciones por diarrea, infección respiratoria aguda (IRA), tuberculosis y enfermedad cerebrovascular a partir de entrevistas con familiares y análisis de historias clínicas.
5. Entrevistas semiestructuradas a partir de guías elaboradas, teniendo como referencia el marco teórico.
6. Elaboración de diarios de campo.

Fueron realizadas 19 entrevistas con los siguientes actores:

- a) Gestor del sistema.
- b) Coordinadores de las siguientes áreas en el nivel central: 1) asistencia a la salud; 2) vigilancia de la salud y 3) PACS/PSF;

- c) Un representante de los usuarios o prestadores en el Consejo Municipal de Salud.
- d) Nivel local: médico, enfermera, un agente comunitario de salud y cuatro usuarios del servicio de la unidad de observación considerada *satisfactoria*.
- e) Nivel local: médico, enfermera, un agente comunitario de salud y cuatro usuarios del servicio de la unidad de observación considerada *no satisfactoria*.

Las unidades de salud seleccionadas para observación y realización de las entrevistas fueron caracterizadas como *satisfactorias* y *no satisfactorias*. Esa caracterización fue hecha a partir de entrevistas abiertas con técnicos del nivel central de la Secretaría Municipal de Salud.

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas según las dimensiones propuestas, cuyas evidencias más relevantes fueron transportadas a la matriz de análisis del grado de implementación (Anexo: Tabla 6.1).

Dos investigadores, aisladamente, a partir de la lectura de las evidencias, puntuaron cada uno de los criterios propuestos para cada una de las subdimensiones. Después buscaron un consenso sobre la puntuación y el valor de cada criterio.

La clasificación del grado de implementación de las dimensiones analizadas a la luz del grupo de evidencias obtenidas se realizó mediante la atribución de puntos (Anexo: Tabla 6.2). La puntuación obtenida en cada criterio fue comparada con el total de puntos máximos. La diferencia porcentual entre la puntuación máxima y la obtenida clasificaba cada criterio como:

1. Incipiente ≥ 0 y $\leq 33,3\%$
2. Intermedio: $> 33,3\% \leq 66,6\%$
3. Avanzado: $> 66,6\%$

Para cada dimensión, subdimensión y en la puntuación general, el municipio que alcanzó menos de 33,3% de la puntuación máxima fue considerado *Incipiente*. *Intermedio* fue aquel que alcanzó entre 33,3% y 66,6%, un porcentaje mayor a 66,6% fue considerado como *Avanzado* en el grado de implementación a partir de la *imagen-objetivo* propuesta (Vieira da Silva, 1999).

Resultados

Características del municipiopiloto

El municipio *N* posee cerca de 150 mil habitantes de los cuales aproximadamente el 90% vive en zona urbana. A partir de un proceso de industrialización iniciado en la década de 1970 se produjeron profundas transformaciones en el perfil poblacional, con un proceso migratorio intenso de mano de obra poco calificada y técnicos de la administración pública no residentes en el municipio. El proceso de urbanización acelerada fue insuficiente para satisfacer las demandas de programas habitacionales,

infraestructura urbana y saneamiento, por lo que cerca del 20% de la población quedó sin instalación sanitaria en el domicilio y 40% de la población sin abastecimiento interno de agua, según datos del censo del IBGE en 1991 (Barros *et al.*, 1996). Con relación al ingreso per cápita, los datos del censo 1991 señalan un descenso del ingreso familiar medio per cápita en la década de 1990, un aumento en el suministro de agua potable, instalaciones cloacales adecuadas y viviendas construidas con materiales duraderos.

En lo referente a los aspectos políticos y de organización del sector salud, se relata que después de un período de inversiones en la construcción de una red básica de centros y puestos de salud en la década de 1970, hubo un gran período sin aporte de recursos para su mantenimiento. A mediados de la década de 1980, con las elecciones directas a intendente, asumía el poder un frente de centroizquierda. Coincidiendo con la realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud, se fueron implementando las primeras acciones programáticas en salud, en el contexto de la descentralización propiciado por la estrategia de las Acciones Integradas de Salud (AIS) y particularmente del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), lo cual resultó tanto en la reforma y ampliación de la red, como en el aumento de la cobertura asistencial. Desde entonces hay contextos políticos variados, con avances y retrocesos en el sector salud, conforme al relato de los sujetos de la presente investigación. El municipio asume la gestión plena del sistema de salud en 1997. En aquel año, el primer equipo de salud de la familia iniciaba su trabajo en el municipio. Actualmente, hay 20 equipos de salud de la familia trabajando, además de agentes comunitarios de salud.

En la década de 1980, la red de servicios de salud existente era exclusivamente municipal, con 13 establecimientos; no existían unidades pertenecientes al INAMPS ni a la Secretaría Estatal de Salud. En 2000, la red de servicios de salud contaba con 35 establecimientos de diferente tipo (Brasil, 2000b).

El municipio presenta una pirámide etaria de base ancha, donde la mayoría se concentra entre los 10 y 29 años, o sea, es una población joven. La tasa de alfabetización está en torno al 72,2% de los residentes, siendo que la menor tasa está entre los mayores de 50 años, reflejo de la migración iniciada en la década de 1980 en función de la industrialización (Barros *et al.*, 1996).

Para el año 1999, la principal causa de internación fueron las enfermedades relacionadas al aparato respiratorio, con 12% de los casos, principalmente en la franja entre 1 y 4 años, seguida por las enfermedades del aparato circulatorio, con 6% de las internaciones. Y los datos de mortalidad proporcional, señalaban en primer lugar a las enfermedades de aparato circulatorio (hipertensión, enfermedad cerebrovascular y accidente cerebrovascular), con 27% de los casos, seguida de las causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y de trabajo) con 17,8%, y las neoplasias, en tercer lugar, con 11,7% de los casos (Brasil, 2001).

El municipio *N* alcanzó un puntaje global de 45,8%, intermedio, en el proceso de descentralización de las acciones de salud, a partir de la imagen-objetivo propuesta. El puntaje en la dimensión *contexto político* alcanzó un nivel superior al 50%, o sea, entre intermedio y avanzado. El menor grado de implementación correspondió a

las prácticas asistenciales con 31,5%. La efectividad con 37% y la gestión en salud con 49,5% tuvieron mejor performance (Anexo: Tabla 6.2, Figuras 6.2 y 6.3).

En lo que se refiere al contexto político, el municipio presentó una buena gobernabilidad (81,8%), una puntuación razonable en el proyecto de gobierno (54%) y baja en la capacidad de gobierno (33,3%).

Llama la atención, entre las subdimensiones analizadas, la no puntuación del ítem *iniciativas intersectoriales*, siendo que la política de Recursos Humanos obtuvo 10% porque mínimamente el municipio desarrolla capacitaciones frecuentes para los equipos del PSF, según los Informes de Gestión. Así, de las ocho subdimensiones analizadas (prioridad para la salud, iniciativas intersectoriales, perfil de la dirección, adaptación del cuadro técnico, política de recursos humanos, base de apoyo político, autonomía financiera y relación entre los gestores), el municipio fue considerado *Avanzado* en la autonomía financiera y en la base de apoyo político, e *Intermedio* en prioridad para la salud, principalmente en función del gasto per cápita. En los demás ítems, el municipio fue considerado *Incipiente*, a partir de la imagen-objetivo propuesta.

Entre los aspectos investigados en gestión de la salud, el municipio obtuvo 10% en planificación y evaluación, 50% en organización del sistema y 50% en participación popular.

Entre las subdimensiones se observan vacíos en la relación público-privado (30%), con baja regulación de la oferta y compra de la media y alta complejidad al sector privado, en la planificación de las acciones (40%), donde esta ha sido normativa y, principalmente, en la institucionalización de la evaluación (25%), predominando un modelo de evaluación puntual asistemático de monitoreo de algunos indicadores, especialmente de productividad de la producción ambulatoria. En las demás subdimensiones (proceso de trabajo, adaptación de la oferta a las necesidades de la población, acceso, cobertura asistencial, organización de la red y control social) los resultados se mostraron intermedios, con puntuaciones en torno del 50%. Así, del total de 9 subdimensiones investigadas, el municipio alcanzó una puntuación intermedia en 8 de ellas, principalmente debido a la ampliación en la oferta de servicios en los últimos años y a la incorporación de las acciones programáticas establecidas por el nivel federal, principalmente en hipertensión arterial, diabetes, atención a la embarazada y al niño. En los demás ítems, los resultados fueron considerados incipientes.

En cuanto a las prácticas asistenciales, *núcleo duro* de observación del presente estudio, entre las relacionadas con la integralidad, llama la atención la falta de puntuación en las acciones de promoción de la salud, donde no se verificó ninguna iniciativa en cuanto a acciones intersectoriales locales y/o la utilización de tecnologías innovadoras de comunicación social, en cuanto a la atención de la salud bucal (16,7%) la labor preventiva que se realiza entre escolares del municipio desde la década de 1970 es aislada y puntual con poco énfasis en las campañas colectivas, y en lo asistencial solo se presta una atención restauradora tradicional. En los demás ítems el puntaje obtenido fue: en vigilancia de riesgos y daños de 59,3%, en articulación entre niveles de 50%, en asistencia farmacéutica 50%, en uso de protocolos para enfermedades priorizadas 23,4%, en estrategias de acogimiento 26,7% y en estrategias de prácticas multidisciplinarias 26,7%. De los 8 ítems referidos a la integralidad de las

acciones y al abordaje integral del individuo, solo en 3 de ellos el grado de implementación en el municipio fue considerado *Intermedio*. En los demás, fue *Incipiente*.

En lo que se refiere a la dimensión de la efectividad de las prácticas y el impacto de las acciones (reducción de la mortalidad materno-infantil), el municipio alcanzó 40% y 16,7% de los criterios de evaluación propuestos. El análisis de la serie histórica sobre los coeficientes de mortalidad infantil por grupo de causas señala un descenso acentuado en las muertes por diarrea, principalmente a partir de la década de 1990, con la inserción del PACS en el municipio, y en menor grado, pero también relevante, el descenso en la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. El análisis de la serie histórica de las demás condiciones trazadoras indica un descenso discreto en la mortalidad por tuberculosis, pero persisten altos coeficientes de morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular e hipertensión arterial.

En la subdimensión *satisfacción del usuario*, el municipio alcanzó 45%, principalmente en la resolución de las quejas en la atención básica y en los vínculos establecidos con el equipo de salud en las unidades básicas. Todos los aspectos investigados en esa dimensión alcanzaron un grado de implementación *Incipiente*.

En cuanto al análisis cualitativo de los datos de las entrevistas, diarios y observaciones en el campo, debemos enfatizar algunos aspectos:

- Se observaron diferencias en los vínculos, entendidos aquí como relaciones afectivas y personales entre usuarios y profesionales y viceversa, capaces de promover mayor adhesión y satisfacción en las actividades cotidianas de trabajo, entre la unidad de observación A1 (satisfactoria) y la unidad A2 (no satisfactoria). Donde hay éxito, hay un vínculo establecido y este es bilateral, o sea, tanto por parte de los profesionales como por parte de los pacientes. Esas observaciones se pueden evidenciar especialmente en el discurso de los usuarios hipertensos.
- Se observaron diferencias en prácticas preventivas y en relaciones interpersonales entre los profesionales y usuarios de la unidad A1 y los de la unidad A2. Donde hay éxito, se establecen acciones preventivas con adhesión y, consecuentemente, mejores relaciones interpersonales entre los pacientes, el personal de nivel medio y los profesionales. Este dato se evidencia en las entrevistas con los trabajadores de salud de la unidad A1.
- El uso asistemático de la planificación y de la evaluación por parte del nivel central y el local demuestra la poca importancia dada a las actividades que son eminentemente de salud pública. El sistema de información, por ejemplo, es visto más como un depósito de datos, para evitar el recorte de recursos federales, que como un instrumento de trabajo para la toma de decisiones.
- Actualmente, en el municipio A, conviven dos modelos de atención básica: uno mínimamente *resolutivo*, restringido a las acciones programáticas y las dirigidas a daños específicos, y otro *resolutivo* que opera sobre los daños, pero que también es creador de vínculos y que, tímidamente, actúa sobre los riesgos específicos relacionados con los daños. Se observa en este segundo modelo que, cuanto más se aproxima a los riesgos, se percibe una mayor necesidad de

la planificación, de sistemas de información y de nuevas prácticas pedagógicas en salud. Aunque, el sistema de información existente no ha sido utilizado en todo su potencial para perfeccionar las prácticas en el nivel local. Se sugiere que las unidades de salud con ese perfil sean estimuladas a través de entrenamiento específico en esa área considerada vacía, para poder avanzar en las prácticas promotoras de la salud.

Discusión

El municipio A presentó un grado intermedio de implementación de la descentralización, comparado con la imagen-objetivo propuesta la cual, junto con la influencia de las políticas centrales de control de algunas enfermedades específicas, señalan los límites en el desarrollo de un modelo de atención con prácticas que promuevan más la salud.

La discusión sobre los límites de los modelos de atención de la salud vigentes en Brasil y la búsqueda de modelos enfocados hacia la calidad, la efectividad y las necesidades prioritarias en salud pasaron a formar parte de la agenda nacional, y fue elegida como la temática de la XI Conferencia Nacional de Salud (Brasil, 2000). En este estudio pueden verse algunos avances importantes, en la medida en que hay tentativas de superación de los límites del *modelo hegemónico asistencial privatista* centrado en la atención médicohospitalaria, principalmente en la gestión municipal. Los resultados del estudio indican que hay un avance del modelo propuesto como estrategia de reorientación hacia un modelo de atención básica con mayor humanización y calidad asistencial.

El análisis de las características del gobierno, a partir de la propuesta de Carlos Matus, muestra una buena gobernabilidad, pero el proyecto y, principalmente, la capacidad de gobierno, son débiles, lo que muy probablemente ha interferido en el modo en que están ocurriendo los cambios de las prácticas de salud en el municipio referido. Esa observación también se aplica al contexto organizacional del sector salud en el municipio A.

En cuanto a los aspectos metodológicos, la utilización de la estrategia del análisis de implementación se mostró bastante útil al permitir la observación más amplia del proceso de descentralización en el municipio como un todo, y también permitió la identificación de los componentes específicos con mayores deficiencias.

Comentarios finales

El estudio piloto reveló que la estrategia y los instrumentos testeados, eran adecuados, aunque estos últimos sufrieron algunas modificaciones para tornarlos más claros. La matriz elaborada fue enviada a una conferencia de consensos que se desarrolló concomitantemente a la recolección de datos, lo cual impidió que sus resultados

podrían ser utilizados para redireccionar el estudio. La conferencia¹, sin embargo, reveló un elevado grado de consenso en relación con los criterios y los pesos atribuidos a las prácticas asistenciales, y disenso en relación a la gestión, lo cual fue consistente con los resultados del estudio piloto.

Los hallazgos de este estudio fueron también consistentes con los análisis de otros autores respecto de los límites de la descentralización, particularmente en lo referido a las deficiencias en la gestión del sistema. Las resistencias políticas e institucionales, la carencia de recursos humanos capacitados y la fragilidad técnico-administrativa de los municipios, reducen su capacidad de realización. La dependencia de la mayoría de los municipios brasileños de las transferencias de recursos financieros del nivel federal, la perpetuación de prácticas clientelistas y patrimonialistas que alejan las potencialidades democráticas de la relación Estado-Sociedad, la falta de transparencia en la administración de la *cosa pública*, la indefinición de papeles, que repercute como competencia u omisiones entre las tres esferas, inclusive en el ámbito de la descentralización fiscal y financiera, han sido señaladas como obstáculos a ese proceso (Carvalho, 1997; Paim, 2002).

En este estudio se observó una baja capacidad técnica, con poca comprensión de las características de un modelo público en salud en todos los niveles, lo que pudo haber influenciado en la clasificación final del grado de implementación como *inter-medio*. Hay un sentimiento limitado de participación en la gestión por parte de los técnicos y trabajadores de la salud, aquí entendida como sinergia entre los trabajadores y la organización, asociado muy probablemente al no desarrollo de actividades de integración de la organización en torno de objetivos y estrategias comunes, muy relacionadas con el propio perfil del gestor, poco preparado para lidiar con prácticas.

Referencias bibliográficas

- Barros, R. P. et al. (1996). *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília, DF: PNUD/IPEA; 1996.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1997) *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOBSUS96*. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2000) XI Conferencia Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde, com controle social /XI National Conference on Mental Health. Brasília; Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001) *Informações de saúde: mortalidade e morbidade hospitalar*. DATASUS/ SIASUS. Disponible en: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2002). *Norma Operacional da Assistência à Saúde NOASSUS 01/2002*. Portaria n° 373.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003) *Habilitação de municípios por condição de gestão e por estado conforme a NOB SUS 1/96, Ministério da Saúde*. Disponible en: www.saude.gov.br/sas/ddga/habilitação/habilit.MUN.NOB.htm.

¹Ver análisis de la conferencia en el capítulo 3 del presente libro.

- Carvalho, I. M. M. (1997). Descentralização e Políticas Sociais na Bahia. *Cadernos do CRH*, 26/27, 75-106.
- Claus, S. M., y Capra, M. L. P. (2001). Elaboração de um protocolo de ações básicas de saúde: subsídios para reorganização de processos de trabalho para a implementação do SUS. *Divulg. saúde debate*, 44-51.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., y Avargues, M. C. (2000). Evaluation in the health sector: a conceptual framework. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48(6), 517-540.
- Denis, J. L. y Champagne, E. (1997). Análise de implantação. En: Hartz ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), p. 49-88.
- Donabedian, A. (1988). *Methods of deriving the criteria, in explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: HA Press Editor.
- Fleury, S. M. (1992). Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Universidade de Brasília, p. 27-38.
- Heimann, L. S.; Castro, I. E. N.; Kayano, J.; Rocha, J. L.; Riedel, L. F.; Terence, M. F.; Cruz, O. C.; Fraissat, R. A.; Pessoto, U. C. y Junqueira, V. (1998) *A descentralização do sistema de saúde no Brasil uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*. San Pablo: Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (mimeo).
- Jimenez, E. J. y Shimazaki, M. E. (2002). Planejamento familiar eficiente e criterioso em Curitiba auxilia casais na escolha do melhor método anticoncepcional. *Experiências Inovadoras JI*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à saúde. p. 28-30.
- Kessner, D. M., Kalk, C. E., Singer, J., y White, K. L. (1992). Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. En *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington DC: OPS, p. 555-563.
- Martín, T. Q. (1997). Descentralización, políticas públicas e iniciativas hacia la igualdad de género. En: IULA/CELCADEL. *Los procesos de reforma del Estado a la luz de las teorías de género. Cuaderno del Centro Latinoamericano de Capacitación y Desarrollo de los Gobiernos Locales*, 26, 69-82.
- De Mattos, C. A. (1989). La Descentralización: ¿una Nueva Panacea para impulsar el desarrollo local? *Cuadernos del CLAEH*, 51, 57-75. .
- Matus, C. (1997). *Política, planejamento & governo*. Tomo I. Brasília: IPEA p. 128 y 297-334.
- Muller Neto, J. S. (1992). Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Universidade de Brasília, p. 43-59.
- Paim, J. S. (1999) A reforma sanitária e os modelos assistenciais. En: Rouquayrol, M. Z. y Almeida Filho, N. M. *Epidemiologia & Saúde* (5ª ed.) Rio de Janeiro: MEDSI, p. 473-488
- Paim, J. S. (2002) *Saúde: Política e Reforma Sanitária*. Salvador: ISC/CEPS.
- Solla, J. J. S., & Santos, F. P. D. (2002). Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. *Experiências inovadoras II*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à saúde, p. 83-85
- Viana, A. L. D. Á., Heimann, L. S., Lima, L. D. D., Oliveira, R. G. D., y Rodrigues, S. D. H. (2002). Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 139-151.
- Silva, L. M. V. D., Paim, J. S., & Costa, M. D. C. (1999). Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 187-197.
- Silva, L. M. V. D. (1999). Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 331-339.

Vieira da Silva, L. M.; Hartz, Z.; Chaves, S. C. L.; Pacheco, F.; Silva Gap, D; Machado, R. L., Costa, M. C. N. y Paim, J. S. (2002). *Avaliação da descentralização da saúde na Bahia*. Relatório de pesquisa. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva/UFBa/Ministério da Saúde, (mimeo)

Vienonen, M., Jankauskiene, D., y Vask, A. (1999). Towards evidence-based health care reform. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(1), 44.

Yin, R.K. (1993). Case study designs for evaluating highrisk youth programs: the program dictates the design. En: Yin, R. K. (ed.) *Applications of case study research*. California: Sage Publications, p. 77-93.

Anexo

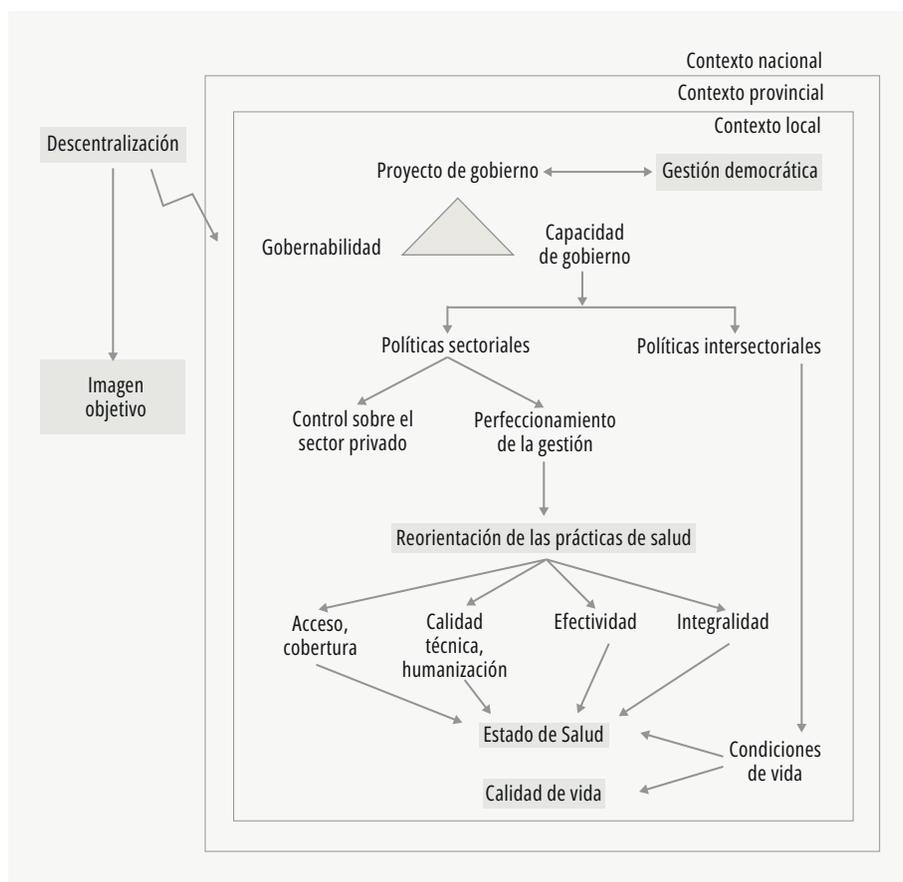


Figura 6.2. Modelo lógico.

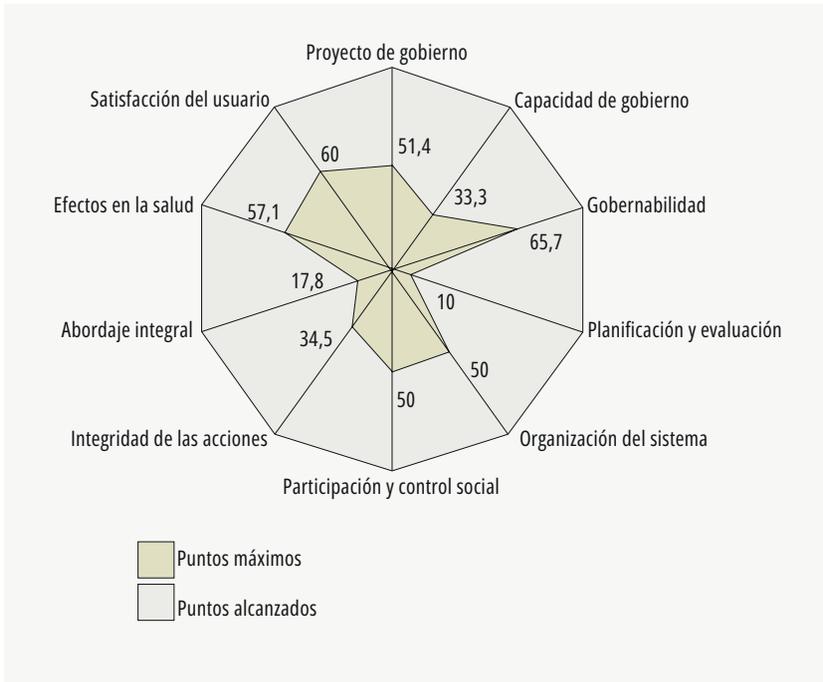


Figura 6.2. Grado de implementación de la descentralización en la atención a la salud en el municipio A, según puntuación máxima y alcanzada a partir de las dimensiones de las características de gobierno, gestión de la salud, prácticas asistenciales y efectividad de las prácticas. Bahía, 2001.



Figura 6.3. Grado de implantación de la descentralización en la atención a la salud en el municipio A, según porcentaje alcanzado a partir de las dimensiones componentes de gobierno, gestión de la salud, prácticas asistenciales y efectos observados. Bahía, 2001.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios.

Nivel 1. Contexto político (100 puntos)				
Dimensiones	Sub-dimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
1.1. Proyecto de gobierno	Plan de gobierno Máx. 11 pts. Obs. (%)	a) La salud está explicitada como prioridad en el plan de gobierno y en el discurso de los entrevistados (6 pts).	() Avanzando (a + b)	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con técnicos, representante CMS y profesionales. Análisis de coherencia del plan de salud.
		b) En el plan de salud hay coherencia entre problemas priorizados y acciones propuestas (5 pts.)	() Intermedio (a ó b)	
	Financiamiento para la salud Máx. 12 pts. Obs. (%)	a) El porcentual del presupuesto ejecutado (gastos en salud) del Tesoro municipal previsto en la EC 29 (6 pts.) EC 2: gasto por encima de 8% 6 pts. EC 29: 10 pts. (entre 7 y 8%) 4pts. EC 29: 5 pts. (debajo de 7%) 2 pts.	() Avanzando: a (>EC 29) ó b (\geq U\$ 50 per cápita) () Intermedio: a (=EC 29) ó b (<U\$ 150 \geq U\$80)	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con gestor, técnicos del nivel central y trabajadores de la salud Informe de gestión 1999 y 2000. Transferencia federales del SUS para los municipios entre 1997 y 2001.
		Gastos per cápita en Real y U\$ (6 pts.) \geq U\$150 per cápita: 6 pts. <U\$150 y U\$80: 4 pts. <U\$80: 2 pts.	() Avanzando: a (>EC 29) ó b (\geq U\$ 50 per cápita) + c () Intermedio: a (=EC 29) ó b (<U\$ 150 \geq U\$80) + c	
Iniciativas intersectoriales Máx. 12 pts. Obs. (%)	a) Planificación integrada/comité gestor mixto (4 pts.)	() Avanzado: a+b+c	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con gestor y técnicos del nivel central Informe de gestión 1999 y 2000. Plan Municipal de Salud 1998-2001 	
	b) Presupuesto propio para los proyectos (4 pts.) c) Existencia de, por lo menos, un proyecto implantado (4 pts.)	() Intermedio: a+ (b ó c)		

Nota: Cada nivel de análisis corresponde a 100 puntos. Éste debe ser equivalente a la suma de puntos de sus dimensiones, totalizadas por las respectivas subdimensiones y criterios. La clasificación "Iniciante" será siempre atribuida por exclusión. Simulaciones con diferentes escalas y/o técnicas estadísticas serán usadas para la construcción de puntajes agregados. La graduación y los puntos de corte de los puntajes agregados pueden ser redefinidos después del consenso nacional y/o de la incorporación de los criterios utilizados por los trazadores.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 1. Contexto político (100 puntos)				
Dimensiones	Sub-dimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
1.2. Capacidad de gobierno	Perfil de la dirección	a) Existencia de liderazgo o Cuadro político en la dirección del sector salud (4 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con gestor ▪ Entrevistas con técnicos del nivel central ▪ Entrevistas con trabajadores de la salud
Máx. 30 pts.	Máx. 10 pts. Obs.: (%)	b) Formación en el área de salud colectiva del dirigente (3 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
Obs. (%)		c) Concepción de un sistema de salud local universal y de calidad (3 pts.)		
	Adecuación del cuadro técnico a las necesidades del sistema municipal de salud.	a) Cuadros técnicos calificados por instituciones de salud colectiva (4 pts)	() Avanzado: a + (b + c)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan Municipal de Salud ▪ Informe de gestión 1999-2000 ▪ Entrevista con gestor, trabajadores de salud y técnicos nivel central
	Máx. 10 pts. Obs.: (%)	b) Número adecuado de profesionales por área de actuación (3 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
	Política de RH	c) Cuadros técnicos calificados en su área de actuación (3 pts.)		
	Máx. 10 pts. Obs.: (%)	a) Plan de cargos y salarios (3 pts.).	() Avanzado: todos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan Municipal de Salud ▪ Informe de gestión 1999-2000 ▪ Entrevistas con gestor, trabajadores de salud y técnicos central
		b) Servidores contratados a través de concurso público (3 pts.)	() Intermedio: por lo menos tres	
		c) Servidores contratados a través de concurso público (3 pts.)		
		d) Incentivo a la capacitación ligado a la remuneración (2pts.)		
		e) Iniciativas de capacitación, ligado a la remuneración (1 pto.)		

Nota: Cada nivel de análisis corresponde a 100 puntos. Éste debe ser equivalente a la suma de puntos de sus dimensiones, totalizadas por las respectivas subdimensiones y criterios. La clasificación "Iniciante" será siempre atribuida por exclusión. Simulaciones con diferentes escalas y/o técnicas estadísticas serán usadas para la construcción de puntajes agregados. La graduación y los puntos de corte de los puntajes agregados pueden ser redefinidos después del consenso nacional y/o de la incorporación de los criterios utilizados por los trazadores.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 1. Contexto político (100 puntos)				
Dimensiones	Sub-dimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
1.3. Gobernabilidad Máx. 35 pts. Obs.: (%)	Base de apoyo político	a) Mayoría en la cámara de concejales (4 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista con gestor ▪ Entrevista con representante de los usuarios o representante de los prestadores de servicios en el Consejo Municipal de Salud
	Máx. 9 pts. Obs.: (%)	b) Comisión de la SMS para realizar los procesos licitatorios (2 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
	Autonomía financiera	a) Secretario con autonomía para utilización de los recursos municipales (5 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con gestor y técnicos nivel central
	Máx. 9 pts. Obs.: (%)	b) Comisión de la SMS para realizar los procesos licitatorios (2 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
		c) Existencia de un profesional responsable por la parte financiera del FMS (2 pts.)		
	Relación entre gestores para definición e implementación de políticas	a) Realización de propuestas innovadoras (5 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con gestor y técnicos nivel central de áreas específicas como la vigilancia epidemiológica ▪ Entrevistas con trabajadores de salud ▪ Entrevistas con técnicos nivel central
Máx. 9 pts. Obs.: (%)	b) Comisión de la SMS para realizar los procesos licitatorios (2 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)		
	c) Existencia de un profesional responsable por la parte financiera del FMS (2 pts.)			
Adhesión de los agentes de las prácticas	a) Profesionales se sienten participantes del proceso de gestión (4 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con trabajadores de salud ▪ Entrevistas con técnicos nivel central 	
Máx. 08 pts. Obs.: (%)	b) Profesionales se sienten satisfechos con su trabajo y placer en desarrollarlo (4 pts.)	() Intermedio: b		

Nota: Cada nivel de análisis corresponde a 100 puntos. Éste debe ser equivalente a la suma de puntos de sus dimensiones, totalizadas por las respectivas subdimensiones y criterios. La clasificación "Iniciante" será siempre atribuida por exclusión. Simulaciones con diferentes escalas y/o técnicas estadísticas serán usadas para la construcción de puntajes agregados. La graduación y los puntos de corte de los puntajes agregados pueden ser redefinidos después del consenso nacional y/o de la incorporación de los criterios utilizados por los trazadores.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 2. Gestión del sistema (100 puntos)				
Dimensiones	Subdimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
2.1. Planificación y Evaluación Máx. 20 pts. Obs.: (%)	Características de planificación	a) Prácticas de planificación situacional local en salud (5 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con gestor ▪ Entrevistas con técnicos nivel central ▪ Entrevistas con trabajadores de salud
	Máx. 10 pts. Obs.: (%)	b) La planificación es regular y usada como instrumento de gestión (4 pts.)	() Intermedio: b + c	
		c) La planificación es normativa (1 pto.)		
	Institucionalización de la Evaluación	a) Existen responsables que realizan regularmente la Evaluación y el producto es usado en la toma de decisiones (5 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan Municipal de Salud ▪ Diarios de campo ▪ Entrevistas con gestor y técnicos nivel central
Máx. 10 pts. Obs.: (%)	b) Los gestores y técnicos utilizan datos de los sistemas de información oficiales en el monitoreo y otras evaluaciones puntuales (5 pts.)	() Intermedio: b		
2.2. Organización del Sistema Máx. 56 pts. Obs. (%)	Relación público-privado Máx. 10 pts. Obs.: (%)	a) Acciones de media y alta complejidad administradas por el sector público (4 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de gestión 1999 y 2000 ▪ Entrevistas con usuarios ▪ Entrevistas con trabajadores de salud ▪ Entrevistas de gestor
		b) Existencia de servicios públicos de referencia para regulación de la oferta (3 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
		c) Acciones de media y alta complejidad referenciada para el sector privado contratado y convenio (3 pts.)		
Adecuación de la oferta a las necesidades de la población	Máx. 10 pts. Obs.: (%)	a) Incorporación de acciones programáticas de salud y oferta de servicios adecuada al perfil epidemiológico y social (6 pts.)	() Avanzado: a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con trabajadores de salud ▪ Entrevistas con usuarios ▪ Trayectoria de los trazadores ▪ Informe de gestión 1999 y 2000 ▪ Entrevista con técnicos nivel central
		b) Incorporación de acciones programáticas exclusivamente de los programas definidos por el nivel federal y oferta de servicios sin relación con el perfil epidemiológico (atención prioritaria de la demanda espontánea) (4 pts.)	() Intermedio: b	

Nota: El análisis de los niveles 3 y 4 serán complementando con patologías trazadas —tuberculosis, hipertensión y MI en menores de 5 años— asociando también itinerarios terapéuticos o trayectorias de cuidados: "conjunto de contactos del paciente con el sistema asistencial situados en el tiempo (fechas), caracterizados por los profesionales envueltos en las diversas estructuras y por el conjunto de bienes y servicios prestados (naturaleza y volumen)". *Centre de Recherche d'Etude e de Documentation em Economie de la Santé (CREDES)*, Bulletin n° 37, 2001.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 2. Gestión del sistema (100 puntos)				
Dimensiones	Subdimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
2.2. Organización del Sistema Máx. 56 pts. Obs. (%)	Acceso Máx. 12 pts. Obs.: (%)	a) Mejoría de la accesibilidad con sistema de marcación de consultas, incluyendo servicios de diferente complejidad e internación, con sistema de referencia y central de turnos (6 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con gestor, trabajadores de salud y usuarios. ▪ Informa de gestión 2000 (ver mapa de localización de las unidades básicas) ▪ Datos secundarios de cobertura del PACS y PSF 1998 y 2000 y algunos indicadores seleccionados como cobertura del prenatal y vacunación. ▪ Informe de gestión 1999 y 2000. ▪ Datos secundarios de producción ambulatoria (cantidad aprobada y solicitada) de la atención básica por tipo de prestador en el sistema de información ambulatoria (SIA-SUS). ▪ Mapa de la micro-región ▪ Entrevista con gestor ▪ Diario de campo ▪ Informe de gestión 1999 y 2000 ▪ Entrevista con representante de los usuarios en el CMS ▪ Entrevistas con trabajadores de salud ▪ Entrevista con gestor
		b) Proporción de población adscrita a la red básica (3 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
		c) Accesibilidad geográfica (localización de unidades + sistemas de comunicación y transporte) (3 pts.)		
	Cobertura asistencial Máx. 12 pts. Obs.: (%)	a) Ampliación de la cobertura asistencial real (utilización de servicios) (6 pts.)	() Avanzado: a + b	
		b) Ampliación de la cobertura asistencial potencial (oferta de servicios) (6 pts.)	() Intermedio: b	
	Organización e integración de la red de servicios en una lógica jerarquizada y regionalizada Máx. 12 pts. Obs.: (%)	a) Municipio corresponde a la clasificación dada por el nivel federal (NOAS 2001) como sede de un módulo asistencial o polo de una micro-región (5 pts.)	() Avanzado: a + b	
b) Presencia de referencia – contra referencia con flujo formalizado y registro de atención y control de pacientes (7 pts.)				
Participación de la sociedad en las decisiones sobre la política de salud Máx. 24 pts. Obs.: (%)	a) Presencia de Consejo Municipal representativo, propositivo y actuante (control de la aplicación de recursos y funcionamiento regular) (8 pts.)	() Avanzado: a + b + c + d		
	b) Convocatoria de Conferencias Municipales sobre la política de salud (4 pts.)	() Intermedio: A + (b ó c ó d)		
	c) Componentes de los Consejos Municipal y Locales de salud fueron capacitados adecuadamente para el ejercicio de la función (8 pts.)			
	d) Existencia de consejos locales de salud actuantes y con funcionamiento regular (4 pts.)			

Nota: El análisis de los niveles 3 y 4 serán complementando con patologías trazadas —tuberculosis, hipertensión y MI en menores de 5 años— asociando también itinerarios terapéuticos o trayectorias de cuidados: “conjunto de contactos del paciente con el sistema asistencial situados en el tiempo (fechas), caracterizados por los profesionales envueltos en las diversas estructuras y por el conjunto de bienes y servicios prestados (naturaleza y volumen)”. *Centre de Recherche d'Etude e de Documentation em Economie de la Santé* (CREDES), Bulletin n° 37, 2001.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 3. Prácticas asistenciales				
Dimensiones	Subdimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
3.1. Integralidad de las acciones Máx. 55 pts. Obs.: (%)	Acciones de promoción de la salud Máx. 13 pts. Obs.: (%)	a) Existencia de acciones intersectoriales volcadas a los problemas priorizados en el territorio (7 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con gestor, trabajadores de salud y usuarios Trayectoria de los trazadores
		b) Incorporación de tecnologías de comunicación social (6 pts.)	() Intermedio: a ó b	
	Acciones de vigilancia de riesgos y daños a la salud Máx. 12 pts. Obs.: (%)	a) Utilización de los datos de los sistemas de información para monitoreo de la situación de salud y toma de decisiones en el nivel local (6 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con gestor y técnicos nivel central de las áreas específicas Entrevistas con trabajadores de salud
		b) Estructuración de un sistema de vigilancia de la salud con integración/ articulación entre las acciones de VE y VIDA (6 pts.)	() Intermedio: a ó b	
	Articulación de los niveles de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y de control de los problemas de salud locales Máx. 12 pts. Obs.: (%)	a) Existencia de estrategias de diagnóstico precoz y prevención por lo menos para grupos de riesgo de hipertensión arterial (4 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con usuarios de ambas UNIDADES de observación Entrevista con profesionales de salud Trayectoria de los trazadores Hipertensión Arterial, ECV, diarrea e IRA
		b) Integración de los niveles de prevención, recuperación y rehabilitación para los daños/ problemas priorizados en cada municipio (4 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
c) Coherencia entre las acciones de prevención y control (acciones sobre los riesgos) realizadas y los problemas priorizados (4 pts.)				
Asistencia Farmacéutica Máx. 6 pts. Obs.: (%)	a) Programación e intervención sobre los problemas relacionados con la salud bucal a partir del perfil epidemiológico (3 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con técnico nivel central Entrevista con cirujano-dentista Datos secundarios de producción odontológica en el municipio entre 1994-2001 en el SAI-SUS Diario de campo 	
	b) Énfasis en las acciones preventivas y colectivas (2 pts.)	() Intermedio: b + c		
	c) Disponibilidad de atención restauradora (1 pts.)			

Nota: El análisis de los niveles 3 y 4 serán complementando con patologías trazadas —tuberculosis, hipertensión y MI en menores de 5 años— asociando también itinerarios terapéuticos o trayectorias de cuidados: “conjunto de contactos del paciente con el sistema asistencial situados en el tiempo (fechas), caracterizados por los profesionales envueltos en las diversas estructuras y por el conjunto de bienes y servicios prestados (naturaleza y volumen)”. *Centre de Recherche d'Etude e de Documentation em Economie de la Santé* (CREDES), Bulletin n° 37, 2001.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 3. Prácticas asistenciales				
Dimensiones	Subdimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
3.2. Abordaje integral (cuidado completo y continuo) Máx. 45 pts. Obs.: (%)	Protocolos de atención para daños específicos priorizados Máx. 15 pts. Obs.: (%)	a) Elaboración de protocolos específicos a nivel local (8 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con técnico nivel central y trabajadores de salud Trayectoria de los trazadore
		b) Utilización sistemática de los protocolos de atención para daños de prioridad provincia/nacional (7 pts.)	() Intermedio: a ó b	
	Estrategias de acogimiento Máx. 15 pts. Obs.: (%)	a) Instalaciones físicas con confort mínimo (banco y sillas suficientes, área cubierta con acceso a baños y agua potable y garantía a la privacidad de la atención) (7 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con trabajadores de salud y usuarios de ambas unidades de observación Observación de la unidad
		b) Utilización de diálogo y flexibilidad en la rutina de la red de servicios (4 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
		c) Triage realizada por profesional de salud (4 pts.)		
	Prácticas con equipos multidisciplinares Máx. 15 pts. Obs.: (%)	a) Actividades de grupo (terapéuticos, preventivos y educativos) (5 pts.)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con trabajador de salud Entrevista con usuario Diario de campo
b) Proyectos terapéuticos integrados y centrados en el usuario (5 pts.)		() Intermedio: a + (b ó c)		
c) Utilización de protocolos en las actividades realizadas por el equipo (5 pts.)				

Nota: El análisis de los niveles 3 y 4 serán complementando con patologías trazadas —tuberculosis, hipertensión y MI en menores de 5 años— asociando también itinerarios terapéuticos o trayectorias de cuidados: “conjunto de contactos del paciente con el sistema asistencial situados en el tiempo (fechas), caracterizados por los profesionales envueltos en las diversas estructuras y por el conjunto de bienes y servicios prestados (naturaleza y volumen)”. *Centre de Recherche d'Etude e de Documentation em Economie de la Santé* (CREDES), Bulletin n° 37, 2001.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 4. Efectividad de las prácticas				
Dimensiones	Subdimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
4.1 Efectos relacionados con la salud Máx. 70 pts. Obs.: (%)	Evolución de la mortalidad infantil 10 pts. Obs.: (%)	a) Reducción en la mortalidad infantil y de proporción de óbitos evitables en la serie histórica analizada (6 pts.) (3 pts. reducción en la mortalidad infantil, 3 pts. reducción de óbitos evitables)	() Avanzado: a + b + c	<ul style="list-style-type: none"> Serie histórica de la TMI y de la proporción de óbitos evitables en el período de 1980-1999 Entrevista con gestor Entrevista con teóricos nivel central
		b) Revisión de óbitos evitables por el comité de M. Infantil (2 pts.)	() Intermedio: a + (b ó c)	
		c) Búsqueda activa e investigación de óbitos infantiles (2 pts.)		
	Evolución de los daños trazadores ¹ Máx. 60 pts. Obs.: (%)	a) Reducción en la mortalidad ¹ (en porcentaje) mayor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada para la diarrea (7 pts.)	() Avanzado: a + b	<ul style="list-style-type: none"> Serie histórica del coeficiente de mortalidad por diarrea en menores de un año entre 1980 y 1999. DATASUS Serie histórica de internación hospitalaria por diarrea en menores de un año entre 1995 y 2002. DATASUS Serie histórica del coeficiente de mortalidad por IRA entre 1980 y 1999 Serie histórica de internación hospitalaria por IRA en menores de un año entre 1995 y 2002. Serie histórica del coeficiente de mortalidad por enfermedad cerebro vascular entre 1980 y 1999. DATASUS. Serie histórica de internación hospitalaria por hipertensión arterial entre 1995 y 2002. Serie histórica del coeficiente de mortalidad por tuberculosis entre 1980 y 1999. Serie histórica de internación hospitalaria por tuberculosis entre 1995 y 2002.
		b) Reducción en la morbilidad ² (en porcentaje) mayor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada para la diarrea (8 pts.)	() Intermedio: a ó b	
	Percepción de la población Máx. 30 pts. Obs.: (%)	c) Reducción en la mortalidad (en porcentaje) mayor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada para la IRA (7 pts.)	() Avanzado: c + d	
		d) Reducción en la morbilidad (en porcentaje) mayor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada para la IRA (8 pts.)	() Intermedio: c ó d	
		e) Reducción en la mortalidad (en porcentaje) mayor que la reducción en el estrato en la serie histórica analizada para la ECV (7 pts.)	() Avanzado: e + f	
	f) Reducción en la morbilidad (en porcentaje) mayor que la reducción en el estrato en la serie histórica analizada para la Hipertensión Arterial (8 pts.)	() Avanzado: g ó h		
	g) Reducción en la mortalidad (en porcentaje) mayor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada para la tuberculosis (7 pts.)	() Avanzado: g + h		
	h) Reducción en la morbilidad (en porcentaje) mayor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada para la tuberculosis (8 pts.)	() Intermedio: g ó h		

Nota: Para morbilidad y mortalidad los criterios de puntuación en la reducción: arriba del estrato: 7 u 8 puntos; arriba de 66,7% del estrato: 4 ó 5 puntos; entre 33,3% y 66,6 del estrato: 3 ó 4 puntos; debajo de 33,3% del estrato: 2 ó 3 puntos; ninguna reducción: 0 puntos. En el aumento: arriba del estrato: 0 puntos; arriba de 66,7% del estrato: 1 ó 2 puntos; entre 33,3% y 66,6 del estrato: 2 ó 3 puntos; debajo de 33,3% del estrato: 3 ó 4 puntos; reducción en el municipio y aumento en el estrato: 7 u 8 puntos.

¹Morbilidad (internación hospitalaria): Hay puntuación progresiva si la reducción en la internación hospitalaria en el municipio fuera menor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada o aumento menor que en el estrato.

²Puntuación progresiva si la mortalidad por daño fuera menor que la reducción del estrato en la serie histórica analizada o aumento menor que en el estrato. El análisis se realiza por la variación de las medias por quinquenios.

Tabla 6.1. Evaluación de la gestión descentralizada del SUS en municipios seleccionados de Bahía. Matriz de dimensiones y criterios. (Continuación)

Nivel 4. Efectividad de las prácticas				
Dimensiones	Subdimensiones	Criterios	Graduación	Fuentes de información
4.2. Satisfacción de los usuarios Máx. 30 pts. Obs.: (%)	Percepción de la población Máx. 30 pts. Obs.: (%)	a) Con relación a las estrategias de acogimiento a los usuarios por la red de servicios (instalaciones físicas, constitución de espacios de diálogo, mecanismo de triage) (6 pts.)	() Avanzado: a + b + c + d + e	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con usuarios de las unidades de observación ▪ Entrevistas con trabajadores de salud ▪ Trayectoria de los trazadores
		b) Con relación a la resolución de las quejas en la atención básica (6 pts.)	() Intermedio: 3 ó 4 criterios positivos	
		c) Con relación a la atención en las especialidades (6 pts.)		
		d) Con relación a las acciones en las especialidades (6 pts.)		
		e) Con relación al vínculo con el equipo y profesionales de las unidades de salud (6 pts.)		

Nota: Para morbilidad y mortalidad los criterios de puntuación en la reducción: arriba del estrato: 7 u 8 puntos; arriba de 66,7% del estrato: 4 ó 5 puntos; entre 33,3% y 66,6 del estrato: 3 ó 4 puntos; debajo de 33,3% del estrato: 2 ó 3 puntos; ninguna reducción: 0 puntos. En el aumento: arriba del estrato: 0 puntos; arriba de 66,7% del estrato: 1 ó 2 puntos; entre 33,3% y 66,6 del estrato: 2 ó 3 puntos; debajo de 33,3% del estrato: 3 ó 4 puntos; reducción en el municipio y aumento en el estrato: 7 u 8 puntos.

Tabla 6.2. Puntajes obtenidos (n y %) en el municipio A con relación a los valores de la matriz de implantación para evaluación de la gestión descentralizada del SUS.

Dimensiones	PM	PO	%	Subdimensiones	PM	PO	%
Proyecto de gobierno	35	16	45,7	Plan de gobierno	11	6	54,5
				Financiamiento de la salud	12	10	83,3
				Iniciativas intersectoriales	12	0	0,0
Capacidad de gobierno	30	10	33,3	Perfil del gestor	10	4	40,0
				Cuadro técnico	10	4	40,0
				Política de RRHH	10	2	20,0
Gobernabilidad	35	23	65,7	Apoyo político	9	9	100,0
				Autonomía	9	9	100,0
				Relación entre gestores	9	1	11,1
				Adhesión de los actores	8	4	50,0
Nivel – Componentes de gobierno	100				100	49	49,0
Planificación y evaluación	20	2	10,0	Características de la planificación	10	2	20,0
				Institucionalización de la Evaluación	10	0	0,0
Organización del sistema	56	28	50,0	Relación público-privado	10	3	30,0
				Adecuación oferta	10	4	40,0
				Acceso	12	4	33,3
				Cobertura	12	12	100,0
				Organización/Integración	12	5	41,7
Participación y control social	24	12	50,0	Participación popular	24	12	50,0
Nivel – Gestión de la salud	100				100	42	42,0
Integralidad de las acciones	55	19	34,5	Acciones de promoción de la salud	13	0	0,0
				Vigilancia de riesgos y daños	12	5	41,7
				Articulación entre niveles	12	6	50,0
				Asistencia farmacéutica	12	6	50,0
				Salud bucal	6	2	33,3
Abordaje integral	45	8	17,8	Protocolos	15	1	6,7
				Acogimiento	15	4	26,7
				Prácticas multiprofesionales	15	3	20,0
Nivel-Prácticas Asistenciales	100				100	27	27,0
Efectos en la salud	70	47	67,1	Mortalidad Infantil	10	6	60,0
				Mortalidad Diarrea	7	7	100,0
				Morbilidad Diarrea	8	8	100,0
				Mortalidad IRA	7	4	57,1
				Morbilidad IRA	8	3	37,5
				Mortalidad ECV	7	0	0,0
				Morbilidad Hipertensión	8	4	50,0
				Mortalidad Tuberculosis	7	7	100,0
Morbilidad Tuberculosis	8	8	100,0				
Satisfacción del usuario	30	12	40,0	Percepción de los usuarios	30	12	4,0
Nivel-Efectividad de las prácticas	100				100	59	59,0
Total general	400				400	177	43,3

Fuente: Proyecto "Evaluación de la gestión descentralizada del SUS", Centro Colaborador/ ISC-Ministerio de Saúde, 2001.

Capítulo 7

Una experiencia de integración de la atención médica en una zona rural: los desafíos de la implementación¹

Nassera Touati², AndréPierre Contandriopoulos³, Jean Louis Denis⁴, Rosario Rodriguez⁵

Introducción

Desde hace algunos años, la integración de los servicios es un concepto que funciona como un mito racional en los medios de la salud (Hatchuel, 1996). Se espera, sobre todo, que esta integración mejore la eficiencia (Provan & Milward, 1995) y la eficacia de la prestación del servicio (Ackerman, 1992; Shortell *et al.*, 1993). Dicho esto, una gran confusión envuelve a esta noción de *integración* (Davies, 1999) y el desempeño de los sistemas suscita numerosas cuestiones (Walston *et al.*, 1996).

En lo que a nosotros concierne, optamos por la definición de Shortell y otros (1996), de un sistema integrado, o sea,

¹Traducido de *Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale: les enjeux de la mise an oeuvre. Ruptures, 2001; 8(2): 93-108.*

²Diplomada en Ingeniería. Doctorado en Administración en la Escuela Superior de Minas de París. Investigadora del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá.

³Profesor Titular del Departamento de Administración de Salud de la Universidad de Montreal (DA-SUM). Investigador asociado del Centro de Investigaciones en Gestión de la Escuela Politécnica de París y miembro de la Sociedad Real de Canadá. Investigador del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá.

⁴Profesor Titular del Departamento de Administración de la Salud. Doctor en Organización de los Servicios de Salud por la Universidad de Montreal. Investigador del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá.

⁵Investigadora del Grupo de Investigación Interdisciplinario de Salud (GRIS), Universidad de Montreal. Canadá.

Un sistema de servicios de salud y de servicios sociales integrados es una red de organizaciones interdependientes y coordinadas en los planos funcional, clínico y financiero responsable por la salud de una población dada, a la cual provee un *continuum* de servicios adaptados a las necesidades de esta población.

Resumidamente, la integración clínica corresponde a los medios empleados para mejorar la coordinación de los servicios clínicos. Estos medios pueden ser de naturaleza organizacional (por ejemplo: constitución de equipos multidisciplinarios, o de comités clínicos), o instrumental (por ejemplo: división de protocolos clínicos). En cuanto a la integración funcional, ella tiene que ver con el sistema de gerencia y permite particularmente coordinar las funciones administrativas (gestión de los recursos humanos, gestión de la calidad, planificación estratégica, articulación de los sistemas de información para la toma de decisiones prioritariamente administrativas) y con la alineación de incentivos entre los diferentes niveles de atención (gestión financiera), inclusive las que están relacionadas con el papel de los médicos.

El sistema de salud de Québec, sometido, como en otros países, a las presiones ejercidas por la acción simultánea del desarrollo de los conocimientos y de las técnicas, del envejecimiento de la población y de la globalización de los mercados financieros no escapa a la ola de racionalización (Contandriopoulos, 2000). Actualmente en Québec se están instalando innumerables proyectos experimentales de integración de los servicios de salud para que se pueda, justamente, comprender los desafíos de la implementación de esos sistemas y evaluar sus impactos en términos de mejoría de la calidad y de la eficiencia de la atención.

Entre los proyectos experimentales financiados por los Fondos de Adaptación de los Servicios de Salud (PASS), figura un proyecto de integración de los servicios de salud en zonas rurales. Este nos parece particularmente interesante pues, como veremos, permite integrar la atención sobre una base poblacional, diferente de otros proyectos, cuyo blanco eran clientelas específicas. En el ámbito de este artículo, proponemos resumir las principales enseñanzas de esta experiencia. Obtenidas, esencialmente, del análisis de 27 entrevistas realizadas con actores clave de este proyecto⁶, de la observación participante y no participante de reuniones de trabajo y del análisis de los elementos de cambio, ilustran perfectamente la complejidad de la instalación de un sistema integrado de atención.

Más precisamente, este artículo que trata de la evaluación de la implementación⁷ (Champagne & Denis, 1992) está estructurado de la siguiente manera:

- En primer lugar, se describe el contexto de la experiencia.
- Luego, se presenta el modelo de intervención, tal como fue planificado.

⁶Cinco profesionales no médicos que trabajaban en establecimientos, cinco médicos, el director del proyecto, directores de establecimientos, responsables de la atención de enfermería en los establecimientos, tres enfermeras de las clínicas y cuatro integrantes de la Dirección.

⁷Definida resumidamente, la evaluación de la implementación busca comprender cómo interactúa el contexto (profesional, organizacional, etc.) con la intervención y cómo esa interacción intervino en los desempeños obtenidos.

- En tercer lugar, se resumen los resultados, o sea el modelo implementado.
- En cuarto lugar, teniendo en cuenta los factores de éxito y los obstáculos para la implantación evidenciados, se interpretan los progresos alcanzados y los vacíos persistentes.
- Finalmente, como conclusión, se realiza una discusión sobre la aplicación de esas transformaciones al conjunto de la red de salud.

El contexto de la experiencia: las fortalezas y las dificultades del sistema local de atención

La experiencia en cuestión concierne a una región rural con 25.000 habitantes, constituida por dos comunidades culturales relativamente separadas, de francófonos y de anglófonos. El sistema local de atención comprende:

- Un hospital de corta permanencia con 49 camas, que ofrece principalmente servicios de clínica, de cirugía general, de geriatría, algunos servicios de diagnóstico y también servicios ambulatorios.
- Un Centro Local de Servicios Comunitarios (CLSC) con un 62,24 por ciento de empleados con dedicación exclusiva, que prestan servicios paramédicos, psicosociales y algunos servicios médicos, sobre todo en el ámbito del programa de salud mental.
- Un centro de atención de larga permanencia (CHSLD) con 60 camas, 53 de ocupación permanente y 7 de ocupación temporaria.
- Quince médicos generalistas distribuidos en tres clínicas médicas.

Aunque el área esté relativamente *bien dotada* en recursos institucionales, muchos actores consideran que ella sufre de una deficiencia grave en servicios especializados (entre otros, en readaptación); lo cual, según ellos, acaba perjudicando la continuidad del tratamiento. La ausencia de medios de transporte agrava el problema de acceso a los servicios de salud, particularmente para la población más anciana y para las personas de bajos recursos.

Por otra parte, cabe destacar que la comunidad anglófona que al contrario de la comunidad francófona, está más próxima al CLSC y al CHSLD, se identifica bastante, por razones históricas, con el hospital y contribuye financieramente a la oferta de servicios. Por este motivo, el hospital ocupa un lugar importante en la organización de los servicios; lo cual representa para algunos actores un vacío del sistema, pues este *hospitalocentrismo* conspira contra la prevención. Estos mismos actores reconocen una capacidad ociosa del potencial de los servicios del CLSC que podría revertirse en la medida en que el hospital se utilizara más para referencia y el centro local más para las consultas con los servicios ambulatorios.

En lo que concierne a la práctica médica, más específicamente, hay que subrayar que todos los médicos de la región participan del Consejo de Médicos, odontólogos

y farmacéuticos del hospital, lo cual favorece la coordinación de esos servicios. Estos médicos ejercen una práctica polivalente, de tipo medicina familiar, y trabajan simultáneamente en sus clínicas, en el hospital y en la emergencia, asumiendo naturalmente el acompañamiento de su clientela en sus diferentes actividades. Y también se organizan para asegurar la accesibilidad durante las horas regulares (en ciertos casos, inclusive en el inicio de la noche y durante los fines de semana). Un sondeo efectuado en el ámbito de esta evaluación (CROP, 2000) reveló que entre el 70 y 75% de la población está cubierta por un médico de familia. Conforme pudimos constatar, el territorio está relativamente beneficiado por la fortaleza de su primera línea de atención. Si bien la oferta de servicios médicos parece *a priori* satisfactoria en su conjunto, ella es caracterizada unánimemente como frágil. La imposibilidad de sustitutos, la falta de recursos y la edad relativamente avanzada de los médicos explican este sentimiento de fragilidad.

Resumiendo, estamos frente a un contexto de experimentación que reúne estas fortalezas y fragilidades: una práctica de medicina familiar, relaciones de trabajo cordiales entre los prestadores (según las entrevistas) lo cual se traduce, por ejemplo, por una facilidad en la comunicación, un compromiso de la población con su sistema de salud; pero, también, faltan servicios de salud de referencia, hay problemas para convocar a los médicos en el funcionamiento organizacional y profesional del Sistema Local de Salud (a pesar de las relaciones amigables entre los que prestan atención). Aunque todos los actores hayan tenido siempre la conciencia de estas fortalezas y fragilidades, como lo confirma el análisis de las entrevistas, fue preciso esperar que se produjeran circunstancias excepcionales, que amenazaban el *statu quo*, para que el proceso de cambio se pudiese iniciar.

Las primeras etapas del proyecto datan de 1997/1998. Durante aquellos años, el sistema de salud de Québec tuvo que absorber ajustes considerables para permitir a la provincia equilibrar su presupuesto. Una reestructuración de la oferta de atención surgió como la mejor manera de rentabilizar esos recursos. En la municipalidad, el temor al cierre del hospital dio origen a un proyecto, iniciado por el mismo hospital, de fusión administrativa de los tres establecimientos (el hospital, el CHSLD y el CLSC). La Dirección Regional no aceptó esta opción debido a la oposición del CLSC, que temía que los servicios hospitalarios tomaran la delantera en lo referido a la primera línea. Dentro de las discusiones sobre la reunión de los establecimientos, el CLSC había pensado en abrir un punto de servicios en las dependencias del hospital, con el objetivo de ser más ampliamente conocido, aumentar el número de referencias y asegurar un *continuum* de atenciones más completo en el medio comunitario. Esos proyectos tampoco prosperaron. En esa situación de bloqueo, la implantación de un proyecto experimental de integración de los servicios de salud financiado por el Fondo para la Adaptación de los Servicios de Salud (PASS), que debía escalonarse de abril de 1999 a marzo de 2001, surgió entonces como una posibilidad de mejorar la oferta de servicios de salud, sobre todo teniendo en cuenta que en esa región la primera línea de atención siempre ocupó un lugar destacado y esto constituía una posibilidad interesante para experimentar un nuevo modelo de integración de la atención (Pringle *et al.*, 2000; Devers *et al.*, 1994; Denis *et al.*, 1999). En

virtud del interés suscitado en torno de este proyecto se movilizaron varios actores, la Dirección Regional, los consejos de administración de los establecimientos, los médicos de la región, los gestores, los profesionales y un equipo de investigadores del GRIS⁸, encargada de la evaluación. Cabe mencionar que algunos miembros del equipo de evaluación también habían sido incluidos en el momento de la elaboración del modelo de intervención y, en cierta medida, en la conducción de este proyecto. La sección siguiente brindará más detalles sobre el modelo de intervención planeado.

La intervención: el modelo planificado

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la intervención representaba una tentativa de integrar los servicios de salud para dar al conjunto de la población una atención basada, fundamentalmente, en el papel de la primera línea. Fue gracias al refuerzo del papel del médico de familia y el trabajo en colaboración con las enfermeras como elementos de integración, entre otros factores, que se tornó posible el tratamiento global, continuo y coordinado de usuarios que enfrentaban diversos problemas.

Tal como fue remitido al *PASS*, el proyecto de integración de los servicios preveía dos fases de prueba. La primera consistía esencialmente en la implantación de los componentes clínicos y administrativos del modelo. Y posteriormente debía introducirse un financiamiento según la captación (per cápita) a fin de crear un estímulo suplementario para la integración. Durante la primera fase de la experiencia, a pesar de que el financiamiento todavía no había sido implementado como tal, fue introducido gradualmente un incentivo financiero a fin de vincular la utilización del presupuesto del *PASS* con la colaboración entre los establecimientos de la Municipalidad y la creación de proyectos comunes.

A partir de este momento describiremos las dos vertientes del modelo de intervención que constituyen la primera fase de la experiencia, el modelo clínico y el administrativo.

Submodelo Clínico:

- El médico de familia es el gestor de las atenciones, la *puerta de entrada* del sistema y el coordinador del conjunto de servicios.
- Las atenciones y los servicios solicitados por las personas impedidas o discapacitadas son coordinados por un gestor de caso.
- Se privilegian los servicios de la primera línea y el trabajo en equipos multidisciplinarios. Principalmente, está previsto que los médicos de familia dispongan de personal de enfermería en su clínica. La enfermera debe desempeñar un papel en la enseñanza, en el acompañamiento sistemático de los pacientes

⁸Organización de servicios sociales en la ciudad de Québec, Canadá.

que sufren problemas de salud crónicos y en la coordinación de los servicios. Esto representa una innovación importante.

- Las informaciones clínicas básicas se tornan accesibles en todos los puntos de servicio.
- Se estimula la práctica interdisciplinaria.
- La preservación y el acompañamiento sistemático de algunos pacientes posibilitaría la disminución de la demanda a servicios terciarios o de alta complejidad.

En el primer momento, los esfuerzos de integración se dirigían a cuatro tipos de pacientes: los ancianos con pérdida de autonomía, las personas con problemas de salud mental, las personas con problemas cardiovasculares y, finalmente, la clientela ambulatoria. Es necesario recordar que, por un lado, esos pacientes ya totalizan el 80% del consumo de atención y servicios en la región y que, por otro lado, son ellas las que más deberían beneficiarse con la integración de las atenciones.

Submodelo administrativo:

- Las decisiones son tomadas, para el conjunto de la red, por una única entidad responsable, resultante de la fusión de los tres establecimientos de la región.
- Los médicos participan de la organización de los servicios. Esta contribución es remunerada mediante un valor estipulado.
- Un sistema de información integrado orienta a los gestores en sus decisiones. Este sistema reúne los datos referidos a la clientela, los procedimientos de atención, los servicios prescritos y brindados, así como sus costos, los agentes participantes, etc.
- La entidad responsable por la toma de decisiones marca los acuerdos con los establecimientos fuera del territorio;
- La dirección delega a la entidad encargada de tomar las decisiones la responsabilidad de organizar los servicios en el territorio. La dirección se reserva un papel en el control de la gestión y de los resultados (calidad de la atención y los servicios, efectos sobre la salud de la población del territorio).

¿Qué ocurrió con el modelo planificado?

Resultados: el modelo implementado

¿En qué medida fue implementado el modelo administrativo?

El proyecto de fusión de los establecimientos fracasó por las razones que explicaremos posteriormente. Para resolver este problema se constituyó un comité director, con los representantes de la Dirección Regional, los directores de establecimientos, el jefe del proyecto y representantes del equipo de evaluación. Este comité debía

controlar la correcta utilización de los recursos financieros del PASS, seleccionando correctamente los proyectos que contemplaran una integración de los servicios. Por otro lado, para asegurar un impulso a los proyectos aprobados, los establecimientos debían contribuir al financiamiento del proyecto.

A pesar de no haberse concretado el proyecto de fusión administrativa, cabe destacar que la integración funcional entre los actores del sistema (Gillies *et al.*, 1993) fue objeto de esfuerzos considerables. Además de coordinar la utilización del presupuesto del PASS y de seleccionar los programas clínicos a desarrollar, los gestores de los establecimientos decidieron ponerse de acuerdo para planificar las formaciones asociadas al proyecto de integración de los servicios. También decidieron organizar los servicios de salud durante el período de verano, cuando hay falta de personal y es preciso optimizar la utilización de los recursos. Y se estimuló cierta movilidad de los profesionales. En suma, la función de gestión de los recursos humanos (formación, organización del trabajo, etc.) se benefició con el desarrollo de una visión común.

¿En qué medida fue implementado el modelo clínico?

Teniendo en cuenta el fracaso de la integración administrativa, los actores se concentraron en la colaboración de los recursos clínicos para implementar un sistema de atención integrado. En esta perspectiva, los profesionales de los establecimientos de la red local y los médicos de la práctica privada trabajaron en comités multidisciplinarios para identificar las necesidades de atención prioritarias y elaboraron a partir de ahí diferentes proyectos clínicos interestablecimientos. Esos proyectos clínicos ofrecen un triple interés:

- Todos los establecimientos están involucrados en la gestión de los casos, lo cual permite la continuidad del tratamiento durante el recorrido del usuario (en el hospital, en las unidades ambulatorias, en el domicilio)
- Armonizan las prácticas clínicas en la medida que los establecimientos deben practicar los mismos protocolos.
- Son un remedio contra la deficiencia de ciertos servicios especializados en la región, mejorando así la continuidad del tratamiento. El aspecto más ventajoso del desarrollo de esos servicios es que se evita apelar a recursos de mayor complejidad y costo. Esto ocurre, por ejemplo, con los servicios de readaptación para las personas con problemas de salud mental o con los servicios especializados en oftalmología para la clientela diabética, entre otros casos.

Fueron implementados, en total, veinte programas clínicos, los cuales, por sí mismos, contribuyen a la integración de los servicios. Por ejemplo, la implementación de servicios ininterrumpidos para los ancianos con problemas cognitivos (servicios asistidos por los recursos del CHSLD de la región) permitió establecer más vínculos entre el CHSLD y el CLSC: los usuarios se remiten prioritariamente al neuropsicólogo del CHSLD, y los casos son discutidos entre los participantes de los dos establecimientos.

Esto significa, según la opinión de varios actores, que la experiencia del trabajo multidisciplinario en clínica médica reúne, ciertamente, el mayor potencial de integración de la atención, pues la enfermería es la responsable de establecer las relaciones entre los programas y entre todos los prestadores de servicios. El sistema de información clínica implantado vincula las clínicas médicas con los otros establecimientos del sistema, permitiendo el acceso rápido y fácil (sin tener necesidad de pasar por una pila de documentos) a los resultados de laboratorio, o a los informes de los servicios de emergencia. Esto constituye seguramente un instrumento esencial de coordinación.

Desde el punto de vista global, las enfermeras y los médicos juzgan satisfactorio el balance del trabajo multidisciplinario en la clínica. Algunos médicos atribuyen a la incorporación de la enfermera a la clínica la posibilidad de poder pasar más tiempo con los casos complicados y menos con los más simples, pues la enfermera ayuda en la evaluación de estos últimos. La evolución de la práctica médica no se dio de un día para otro. Al principio, los médicos tenían la tendencia de rehacer las historias clínicas, que las enfermeras ya habían redactado. La confianza entre estos profesionales se construye progresivamente. Aunque la evaluación de la enfermera concluya que el paciente no tiene necesidad de un examen médico, este examen no será por eso descartado. A pesar de esas incoordinaciones, la incorporación de enfermeras en la clínica contribuyó efectivamente, según su opinión y la de otros profesionales, a reforzar los vínculos entre las clínicas médicas y otros establecimientos. A título ilustrativo, para los pacientes diabéticos existe, en el territorio, un *continuum* de servicios integrados en la medida en que existen relaciones permanentes entre el médico clínico y la clínica especializada. Este funcionamiento permitió iniciar ciertos tratamientos fuera del hospital, lo que representa, claramente, un aumento en la eficiencia.

Además de la mejoría de la coordinación entre los prestadores de servicios en el interior de la región, el proyecto aspiraba también a la formalización de los vínculos con los establecimientos fuera del territorio. Aparentemente, solo el programa *salud mental* del CLSC desarrolló esfuerzos notables para alcanzar ese objetivo. Por ejemplo, se emprendieron búsquedas activas de casos, en conjunto con un hospital psiquiátrico situado en un área vecina, a fin de que comunicara inmediatamente los casos de internación, con la intención de regresarlos rápidamente a la comunidad. Estos procedimientos demuestran el dominio de un principio fundamental del modelo de intervención, la responsabilidad poblacional.

En resumen, según la voz de numerosos actores del sistema local de atención, los progresos realizados durante esta primera fase de experiencia fueron significativos. Ellos reconocen la mejoría de la coordinación, un refuerzo de la prevención y un acompañamiento riguroso de los pacientes con problemas crónicos de salud. Sin embargo, varios entrevistados destacan que todavía falta realizar más esfuerzos para mejorar la integración del sistema de atención. En particular, ellos admiten que ciertos servicios fueron desarrollados de modo paralelo, sin complementariedad entre ellos. Como es el caso en que el hospital desarrolló los servicios de televigilancia para las personas con pérdida de la autonomía, por un lado y, por

otro, el CLSC implementó los servicios de guardia 24/7⁹. Algunos actores, entre ellos algunos profesionales no médicos, cuestionan la validez de los argumentos presentados por algunos médicos de la comunidad anglófona, que no concuerdan en que todas las camas de atención paliativa estén localizadas en el CHSLD (como sugirió el grupo de trabajo), aunque esto represente una ganancia en la eficiencia; ellos se preguntan si la poca prisa de esos médicos en encaminar sus pacientes al CHSLD en cuestión, asegurándoles la continuidad de la atención médica, no está en el fondo ligada a la separación existente entre las dos comunidades¹⁰ o a las rivalidades en el reparto de recursos.

Para otros, mientras el papel del gestor de caso¹¹ no se institucionalice, el objetivo pretendido con la integración no será alcanzado, sobre todo si se quiere sistematizar el acompañamiento a personas ancianas con pérdida de autonomía o a personas con problemas de salud mental. Es preciso saber que algunos médicos no aceptan completamente la noción de gestión de caso y esto se explica por dos razones: ya sea porque dudan que el gestor de caso pueda ayudarlos a asumir su papel de gestor de atención¹², o porque consideran que cabe al médico desarrollar el papel de gestor de caso. Hasta el momento, solo el sector de *salud mental* se esfuerza en implantar la gestión de caso.

Como conclusión de esta parte, podemos afirmar que todos los actores del sistema de atención local estiman que el balance de esta experiencia es globalmente positivo. Podemos percibir, entretanto, un empeño menor por parte de algunos actores en el sentido de ir más lejos en la integración de las atenciones, *reacción* que, como veremos en la próxima sección, puede ser fácilmente comprendida.

Desde nuestro punto de vista de equipo de evaluación del proyecto, señalaremos primero que los impactos de la experiencia todavía no fueron evaluados, en cuanto a la utilización de los servicios de salud particularmente, por falta de disponibilidad de bases de datos administrativos¹³. Aunque podemos estimar, también, que los cambios introducidos en la región son positivos. Ciertos índices sostienen esta afirmación: por un lado, las observaciones de los actores que, aun reconociendo que estas pueden ser *artificiales*, no dejan de tener cierto valor. Por otro lado, algunos de los ejemplos citados en este texto nos llevan a creer que están ocurriendo progresos efectivos. Aunque somos prudentes en nuestras conclusiones, podemos *a priori* considerar que

⁹Todo el día, todos los días de la semana (nota del editor)

¹⁰Otros, al contrario, están conscientes de que la concentración de camas sería perjudicial para el acceso a las atenciones.

¹¹En la región, varios actores consideran que la enfermera en la clínica privada no puede asumir el papel de gestora de caso, pues no está al tanto de lo cotidiano ni de la vivencia del usuario.

¹²En verdad, ellos temen que la tarea de comunicación con el gestor de caso vaya a aumentar su carga de trabajo.

¹³Los datos posteriores a la fecha de la implementación de los proyectos todavía no fueron provistos por las instancias involucradas. El equipo de evaluación hubiera podido, eventualmente, organizarse para negociar junto a esas instancias la recepción en tiempo real de los datos administrativos. Pero eso habría exigido recursos humanos de los que el equipo no disponía. Considerando la duración de la experiencia, el equipo concentró sus esfuerzos en la evaluación de los procesos.

el modelo de intervención experimentado se anuncia como promisorio. Sin una búsqueda de cambios especialmente en el plano financiero, la perennidad de los progresos observados nos parece amenazada. Más adelante, tendremos ocasión de retomar esta crítica.

Los factores del éxito y los obstáculos a este proceso de cambio: el efecto determinante del contexto, del modelo de intervención y de las modalidades de manejo del cambio

El desarrollo de esta experiencia nos deja varias enseñanzas en cuanto a los factores del éxito y a los obstáculos a enfrentar en este tipo de cambio. Estos factores nos remiten al contexto distintivo del proyecto, a la naturaleza del modelo de intervención y a las modalidades de manejo del cambio.

¿Cómo el contexto del proyecto puede sustentar el cambio o, por el contrario, perjudicarlo?

Ocurre que diversas características del contexto del proyecto, a saber: el clima de trabajo armonioso; la preexistencia de buenas relaciones de trabajo (Ring & Van de Ven, 1994) entre algunos actores de la red; la poca extensión del territorio, que favorece el establecimiento de lazos; la participación de la población con relación al sistema de salud; un capital social colectivo importante (Putnam, 1993; Pepper, 1995; Lerner *et al.*, 1995), útil, entre otras cosas, para viabilizar el financiamiento de programas clínicos valorizados por la comunidad, se mostraron como factores de éxito de esa experiencia. Claro está que la fortaleza de la primera línea constituye la llave del proceso de cambio. Esto significa que, en ciertos momentos, la naturaleza de la práctica médica en la región, o sea, una medicina familiar *muy próxima* a los pacientes, motivó probablemente la resistencia de algunos médicos a los cambios en las prácticas.

Las barreras encontradas para implantar la gestión de caso ilustran el estado de las cosas. Del cuadro general que presentamos, destacamos la participación de los médicos de la región —particularmente de tres de ellos—, con respecto al proceso de cambio, considerado por varios, sobre todo los administradores y los cuadros de la Dirección Regional, como admirable; eso figura entre los factores de éxito determinantes de esta experiencia.

Sin embargo, las dificultades para incorporar algunas categorías de profesionales (médicos, fonoaudiólogos) particularmente en las zonas rurales explican, en parte, el éxito parcial de la implementación de algunos programas clínicos. La incertidumbre en cuanto al final del proyecto no permitió mantener el entusiasmo del personal.

Además del problema de la fusión de los puestos de trabajo, las rivalidades entre las dos comunidades culturales constituyeron, sin lugar a duda, un obstáculo a la integración de los servicios. Efectivamente, el apego de las comunidades a su establecimiento y las diferencias en cuanto a la composición del consejo de administración impidieron la concreción del proyecto de fusión administrativa de los establecimientos, a pesar de la insistencia de la Dirección sobre su necesidad. La Dirección Regional, obligada a legitimar sus decisiones por las vías democráticas, no disponía de poder para imponerse en este proceso, sobre todo porque no contaba con la información necesaria para convencer a los miembros de los consejos de administración de la enorme importancia de esta integración administrativa. Para muchos entrevistados, el fracaso era claramente previsible, porque los miembros de los consejos de administración no captaban el interés de la integración y consideraban la fusión como una medida burocrática, que amenazaba la autonomía de los establecimientos. Más allá de la pérdida de tiempo ocasionada por las negociaciones en torno de la fusión, varios actores sostienen que el aborto del proyecto de fusión, durante la primera fase, no fue perjudicial para la experiencia en la medida en que no impidió de forma significativa la progresión en el sentido de la integración clínica. Con la desaparición del financiamiento del PASS, la necesidad de desarrollar una dirección unificada ya no fue necesaria. En efecto, la cuestión del financiamiento de los programas interestablecimientos solo se planteó en ese momento específico.

¿Cómo el modelo de intervención puede favorecer o, por el contrario, obstruir el cambio?

Esta experiencia muestra el interés en atribuir un papel preponderante al médico de familia, actor indispensable del sistema de atención, y de implementar medidas organizacionales, y en estimular una cooperación mayor de estos médicos en la integración de la atención. A esto responde la orientación actual de las reformas de los sistemas de salud, que privilegia una revalorización de los servicios primarios (HSRC, 1999; CESSSS, 2000; Commission on Medicare, 2001). En este sentido, la introducción de medidas de incentivo, bajo la forma de una remuneración para que los médicos participaran de la organización de los servicios parece haber sido, un factor determinante de éxito. Lamentablemente, los mecanismos de incentivo no intentaron mejorar la eficiencia de la prestación de servicios médicos; consecuentemente, fueron constatados bloqueos en las prácticas (como algunas redundancias entre enfermera y médico). Cabe mencionar, sin embargo que, durante los últimos meses de la experiencia, fue considerada una evolución de los modos de remuneración de los médicos y se agendaron negociaciones en este sentido¹⁴. Se puede esperar, entonces, que esos cambios repercutan en las prácticas profesionales, confirmando

¹⁴La cuestión es si los cambios en los modos de remuneración adoptados harían que los médicos de primera línea contribuyan efectivamente a implementar un sistema integrado de atención.

el éxito conseguido por la introducción, durante la primera fase del proyecto, de incentivos económicos con el objetivo de lograr una integración real de los médicos.

De la misma manera, el recurrir a incentivos para favorecer una mayor colaboración de los establecimientos (reglas de utilización de los nuevos recursos aportados por el PASS) también desempeñó un papel esencial en este proyecto. Lamentablemente, esos incentivos tuvieron un alcance limitado y efímero en la medida en que gran parte de los financiamientos provenía de fuentes independientes; lo cual explicaría el estancamiento en los progresos realizados. Efectivamente, el no alineamiento de los incentivos contribuye a que los establecimientos no reconozcan verdaderamente su independencia y no inviertan mucho en esta independencia para desarrollar más efectivamente la cooperación manteniendo, por consiguiente, el *statu quo* en las relaciones interorganizacionales (Levine & White, 1961; Ouchi, 1980; Gray, 1989). ¿Es preciso, en este caso, *imponer* una fusión administrativa de los establecimientos, incluso teniendo que forzar una integración funcional? Esta experiencia trae a la luz el hecho de que el pasaje crítico entre integración funcional e integración de los médicos no constituye necesariamente la única manera de llegar a una integración de la atención, conforme fue sugerido por el modelo teórico de Shortell *et al.* (1993).

Como ya explicamos anteriormente, en ciertas circunstancias la fusión parece amenazadora para las organizaciones constituidas, pues cuestiona los poderes establecidos. Y no olvidemos, tampoco, que los actores, según revelan las entrevistas analizadas, no vislumbran necesariamente la importancia de la integración administrativa. De hecho, del modelo de intervención, ellos toman esencialmente las dimensiones clínicas (armonización de los procedimientos, acompañamiento sistemático, etc.). A través de estos ejemplos podemos plantear la hipótesis de que, al comienzo, puede ser más coherente hacer que los actores trabajen en proyectos clínicos, que tienen más sentido para ellos, y hacerlos evolucionar progresivamente hacia una mayor integración funcional.

Esta experiencia sugiere que se pueden considerar trayectorias de cambio diferentes del proceso lineal “integración funcional —integración de los médicos— integración de la atención”. Finalmente, otra lección capital de esta experiencia se refiere al interés por el principio de la responsabilidad poblacional, en el sentido pleno del término. Esto se verifica en campo, donde los actores no miden esfuerzos para, por un lado, establecer vínculos entre los diferentes programas clínicos y, por el otro, buscar activamente los usuarios que necesitan de servicios de salud, práctica poco difundida en el resto de la red en Québec.

¿En qué pueden favorecer o desfavorecer las modalidades de manejo de los cambios a este cambio en particular?

Las modalidades de conducción del cambio constituyen seguramente factores que determinan el éxito del proceso. Esta experiencia plantea una vez más la cuestión de la importancia del liderazgo ejercido en el manejo del proyecto (Hosking, 1988).

En efecto, según numerosos entrevistados, la presencia de una visión estratégica movilizadora constituye un factor que, en la opinión de varias personas, se mostró deficiente durante la experiencia. Varios actores hubieran preferido un liderazgo administrativo más fuerte. Aparentemente, el dispositivo de gestión de este proyecto, compuesto por un jefe de proyecto y una dirección (ya presentado), no fue plenamente satisfactorio, en la medida que no consiguió desarrollar una visión estratégica compartida por el conjunto de los actores involucrados. Otros hubieran preferido que la Dirección Regional desempeñase ese papel de liderazgo. Ante el proyecto, la Dirección se limitó a adoptar una actitud benevolente y alentar a los actores de la región a organizarse, en función de sus propias necesidades, apostando a la *descentralización* de la toma de decisiones. Al respecto, los representantes del consorcio trabajaron especialmente en el sentido de constituir un soporte para los procedimientos emprendidos por los actores en el campo. Este papel técnico (animación de reuniones, redacción de actas, etc.) fue efectivamente apreciado por los miembros de los comités; mientras tanto, resta saber si no debería haber tenido también un papel más estratégico. Aunque haya desempeñado un papel de animador del proceso de aprendizaje, el consorcio no habría osado ir en contra de una descentralización de la toma de decisiones.

A estos vacíos constatados en el liderazgo administrativo, se suma una cierta fragilidad del liderazgo médico. La participación de los médicos en grupos de trabajo y en los comités contribuyó de un modo apreciable a esos vacíos. Sin pretender que este papel de liderazgo quepa solo a los médicos, debemos señalar que ninguno de ellos asumió verdaderamente el liderazgo del proceso de reorganización de los servicios. Además del problema de la disponibilidad de tiempo, varios consideran su modo de práctica habitual como adecuada y eficiente; más la amplia satisfacción presumida de los pacientes, se torna entonces tan difícil identificar los cambios y transformaciones que deben ser introducidos, como comprender las exigencias y las necesidades de una integración mayor de las atenciones en la región. Para algunos médicos, el proyecto permite sobre todo disminuir ciertos factores inconvenientes de sus condiciones de trabajo, más que defender una nueva visión integrada de la atención.

Esto quiere decir que si, en el marco de esta experiencia, la falta de liderazgo conspiró contra una implementación más afianzada del cambio, por otra parte contribuyó con variados factores de éxito, explicando así el balance globalmente positivo del proyecto. Entre esos factores figura el carácter democrático (Touraine, 1994) y participativo del proceso (Vroom & Jago, 1988) de control del cambio. Aunque el modelo de intervención propuesto al inicio del proyecto a lo largo del proceso fue quedando en segundo plano. Es así que, ese modelo de intervención, muy *incompleto*, como cualquier modelo, (en el sentido en que proponía solo las líneas maestras) necesitaba ser completado y contextualizado. En verdad, todos los detalles del modelo clínico (¿cuáles servicios se deberían desarrollar?, ¿quién hace qué?, ¿qué protocolos clínicos adoptar?, etc.) fueron definidos por los comités constituidos por participantes provenientes de los diferentes establecimientos. Y eso fue determinante en el proceso de apropiación del cambio.

Por otro lado, la creación de los comités interestablecimientos, que desempeñaban sobre todo el papel de estructuras de mediación (Bryson & Crosby, 1992), contribuyó bastante al desarrollo de una visión común que favorecía automáticamente a una mejor integración de los servicios en la región. Es el caso de los comités clínicos, entre otros, que se componen de representantes de los diferentes establecimientos. Esos comités hicieron posible la confrontación de varias visiones respecto del modelo de intervención (ejemplo: ¿cuál es el perfil adecuado de una enfermera para una clínica privada?, ¿cuál debería ser su papel?, ¿qué mecanismos de coordinación deben ser previstos?) que llevan progresivamente a soluciones aceptables para los diferentes protagonistas y generan cambios positivos en las prácticas.

Entre los factores de éxito de esta experiencia, no podemos dejar de señalar el papel del equipo de evaluación, aunque, teniendo en cuenta sus limitaciones (como la falta de datos comprobatorios para constituir un consenso o el papel de la intervención no totalmente legitimado, etc.), no haya tenido la amplitud esperada. Muchos entrevistados se sintieron tranquilizados por el papel de *barrera de protección* asumido por el equipo de evaluación. También fue apreciada la formación ofrecida por este equipo. Los comentarios emitidos en ciertas ocasiones por los miembros del equipo de evaluación generaron algunos cuestionamientos sobre la organización de los servicios a partir de los cuales se sugirieron algunas formas posibles para mejorarlas. En resumen, una vez más, la aproximación de los actores egresados de la esfera académica y de los gestores parece ser beneficiosa para implementar procesos de cambio, especialmente cuando esos procesos son complejos.

Conclusión

La cuestión de la transferibilidad de este modelo de intervención

Esta cuestión se puede enunciar así: ¿en qué medida este modelo de intervención, basado en la responsabilidad poblacional, podría ser generalizado al resto de la red de salud de Québec?

A primera vista, todo nos lleva a creer que la implementación de un abordaje poblacional similar al descrito en este artículo no debería traer problemas en otras regiones rurales de Québec. Podríamos hasta esperar que la aplicación del modelo en otras regiones se efectuase de un modo relativamente más fácil, teniendo en cuenta que escaparían a la dificultad de tener que conciliar dos comunidades culturales diferentes: fuera de raras excepciones, entre ellas la región aquí considerada, las regiones rurales de Québec generalmente están habitadas únicamente por francófonos. La integración de los servicios de salud en las zonas rurales, dado su potencial de mejoría de la eficiencia y eficacia, permanece como una vía interesante para facilitar el acceso a los servicios, considerado como el problema más serio en estas regiones. Esa vía merece ser explorada, dado el fracaso experimentado por las

medidas de incentivo aplicadas por el gobierno para estimular el establecimiento de los médicos en la región (Fournier, 2001).

Con relación a la cuestión de la generalización del modelo en las zonas urbanas, sin que eso sea imposible, podríamos afirmar *a priori* que enfrentaría desafíos específicos que harían más complejo el proceso de cambio. Efectivamente, en ese medio, la práctica médica no es semejante a la de la medicina familiar, en el sentido de que la práctica de consultas sin turno y de los servicios de emergencia son preponderantes (Demers & Brunelle, 2000). En las ciudades no existe la tradición de un acompañamiento médico continuo.

La red de servicios parece mucho más compleja: entre otros, hay relativamente mucha más cobertura para los papeles desempeñados por los diferentes productores de atención (por ejemplo, entre los CLSC, las clínicas médicas privadas, las clínicas médicas en los hospitales). Por otro lado, los recursos son más numerosos. Si eso representa, por un lado, una ventaja en la medida en que la movilización de algunos de esos recursos (emprendimientos comunitarios, programas de readaptación, etc.) permitiría evitar recurrir a recursos más costosos, lo que constituye un atractivo desde el punto de vista de la eficiencia aunque, por otro lado, la coordinación de todos esos recursos representaría una tarea necesariamente más delicada.

Finalmente, el contexto asociado al perfil de la clientela se muestra igualmente más complejo: por un lado, los hábitos de consumo de los usuarios son más difíciles de acompañar (en otras palabras, no es posible estar cerca de la población); por otro, en las zonas urbanas existe una variedad cultural mayor, lo cual repercute directamente en la demanda de servicios.

Referencias bibliográficas

- Ackerman III, E. K. (1992). The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review*, 17(3), 81-88.
- Bryson, J. M. y Crosby, B. C. (1992). *Leadership for the Common Good: Tackling Problems in a Shared Power World*. San Francisco, CA: JosseyBass Publishers.
- CESSSS (Comisión d'étude sur les services de santé et les services sociaux) (2000). *Les solutions émergentes*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Champagne, E. y Denis, J. L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. *Service social*, 41(1), 143-163.
- Commission on MEDICARE (2001). *Caring for Medicare. Sustaining a Quality System*. Saskatchewan: The Commission on Medicare.
- Contandriopoulos, A. P., Pouvourville, G., Poullier, J. P. y Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. En M. P. Pomey, J. P. Poullier y B. Lejeune (Eds.). *Santé publique: États des lieux, enjeux et perspectives* (pp. 637-667). Paris: Ellipses Éditions Marketing.
- CROP (2000). *Enquête sur les services de santé*. Québec: MRC Haut Saint-Laurent.
- Crozier, M. y Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Editions du Seuil.
- Davies, P. (1999). Making sense of integrated care in New Zealand. *Australian Health Review*, 22(4), 25-44.

- Demers, M. y Brunelle, Y. (2000). *Organisation de l'omnipraticque au Québec entre 1994 et 1999*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A. y Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. En D. M. Brock, M. J. Powell y C. R. Hinings (Eds.). *Restructuring the Professional Organization* (pp. 105-130). Nueva York: Routledge.
- Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B. y Erickson, K. L. M. (1994). Implementing organized delivery systems: An integration scorecard. *Health Care Management Review*, 19(3), 7-20.
- Fournier, M. A. (2001). Les politiques de main d'œuvre médicale au Québec: bilan 1970-2000. *Ruptures*, 7(2), 79-98.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B. y Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4), 467-489.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: finding common ground for multiparty problems*. San Francisco, CA: JosseyBass Publishers.
- Hatchuel, A. (1996). Comment penser l'action collective? Théorie des mythes rationnels. En R. Damien y A. Tosel (Eds.). *Les annales littéraires de Besançon, série AGON*. Besançon, Laboratoire de recherches sur les philosophies de l' Agir (pp. 177-202). Paris: CGSENSMP.
- Hosking, E. (1998). Organizing, leadership and skillful process. *Journal of Management Studies*, 25(2), 147-166.
- HSRC (Health Services Restructuring Commission) (1999). *Primary Health Care Strategy: Advice and recommendations to the honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*. Toronto: Health Services Restructuring Commission.
- Lerner, W. M., Brown, R. L. y Smith, M. D. (1995). Governance in integrated delivery systems: serving the public's interest. *Frontiers of Health Services Management*, 11(3), 44-46.
- Levine, S. y White, P. E. (1961). Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5(4), 583-601.
- Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucracies and clans. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), 129-141.
- Pepper, H. L. P. (1995). Addressing social and economic responsibilities through governance. *Frontiers of Health Services Management*, 11(3), 40-43.
- Pringle, D., Leviti, C., Horsburgh, M. E., Wilson, R. y Whittaker, M. K. (2000). La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires (Éditorial). *Canadian Journal of Public Health*, 91(2), 87-88.
- Provan, K. G. y Milward, H. B. (1995). A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33.
- Putnam, R. D. (1993). The Prosperous Community. Social Capital and Public Life. *The American Prospect*, 4(13), 35-42.
- Ring, P. S. y Van De Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B. y Morgan, K. L. (1993). Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4), 447-466.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R. y Anderson, D. A. (1996). *Remaking Health Care in America. Building organized delivery systems*. San Francisco: JosseyBass Publishers.

- Touraine, A. (1994). *Qu'est ce que la démocratie?* París: Fayard.
- Vroom, V. H. y Jago, A. G. (1988). *The new leadership: Managing participation in organizations.* Englewood Cliffs, NJ, Toronto: Prentice Hall.
- Walston, S. L., Kimberly, J. R. y Burns, L. R. (1996). Owned vertical integration and health care: Promise and performance. *Health Care Management Review*, 21(1), 83-92.

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*
Carlos Matus, 2022
23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*
Mario Testa, 2022
22. *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*
Hugo Spinelli, 2022
21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*
Emerson Elias Merhy, 2021
20. *Vida de sanitarista*
Mario Hamilton, 2021
19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021
18. *Método Alhadir de planificación popular*
Carlos Matus, 2021
17. *Teoría del juego social*
Carlos Matus, 2021
16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*
Sonia Fleury, 2021
15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*
Jairnilson Silva Paim, 2021
14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021
13. *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021
12. *Adiós, señor presidente*
Carlos Matus, 2020
11. *Pensar en salud*
Matio Testa, 2020
10. *La salud mental en China*
Gregorio Bermann, 2020
9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*
Instituto de Salud Colectiva, 2020
8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020
7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*
Eduardo L. Menéndez, 2020
6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*
Josué de Castro, 2019
5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019
4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019
3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*
Marcelo Luis Urquía, 2019
2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*
Lilia Blima Schraiber, 2019
1. *Política sanitaria argentina*
Ramón Carrillo, 2018



En términos discursivos, la necesidad de articular la evaluación con las políticas y los programas de salud resulta, a esta altura del conocimiento sociosanitario, una “norma consensuada”. Sin embargo, son escasas las evidencias empíricas al respecto. La evaluación, al igual que la planificación, recibe críticas por sus pocos resultados.

La evaluación no puede ser un fin, debe ser un medio; ¿de qué?, ¿cómo?, ¿para qué? Y ¿con qué? son las preguntas en general ausentes en su implementación. La evaluación genera resistencias y sus resultados muy pocas veces se aplican. Un error frecuente está en extrapolar la simplicidad de la evaluación del mundo industrial, hacia el campo social. La ausencia de evaluación en el campo social se relaciona con el hecho de ser las instituciones sociales burocracias profesionales, tal lo plantea Henry Mintzberg, y esa situación determina obstáculos sistemáticos a cualquier propuesta de evaluación, que por lo tanto rápidamente pierde viabilidad.

Esta publicación de Zulmira Maria de Araújo Hartz y Ligia Maria Vieira da Silva, destacadas académicas brasileñas, recorre aspectos conceptuales y teóricos, así como también experiencias aplicadas a programas y territorios, tanto de Brasil como de Canadá. Los distintos capítulos cuentan con la colaboración de profesionales de la Universidad de Montreal (Canadá) y de las Universidades de Bahía, Pernambuco y Santa Cruz (Brasil).

Este texto es sustancial para aquellas personas que están decididas a concretar procesos de evaluación, monitoreo y/o auditoría como parte de la reflexión acerca del significado y el sentido del trabajo y de la función social de las organizaciones del campo sociosanitario.

Hugo Spinelli

Director de la colección Cuadernos del ISCO

