

Influencias y hegemonías en la orientación de la investigación de las reformas de salud

Influences and hegemonies in health reform research

Marco Antonio Palma-Solís ¹
 Álvaro Franco Giraldo ²
 Carlos Álvarez-Dardet ³

Abstract

The authors analyze the evolution in publications indexed in MEDLINE, LILACS, and Sociological Abstracts concerning health reforms around the world and the determinants of their orientation and distribution from 1990 to 2004. A total of 8,729 publications were selected. The principles of "sustainability" and "quality and effectiveness" were dealt with most frequently, with different patterns of attention, depending on the regions and countries. Of 199 countries, 61% included references as to their health reform processes, with the largest numbers in the United States and the Great Britain. The British and U.S. standards for attention to health reform principles displayed strong influences on the study of health reforms elsewhere. This may limit the scientific visibility of issues like equity, participation, and efficiency.

Health Care Reform; Organized Financing; Quality of Health Care; Organizational Efficiency

¹ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México.

² Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España.

Correspondencia

M. A. Palma-Solís
 Facultad de Medicina,
 Universidad Autónoma de Yucatán,
 Avenida de los Itzaes 498,
 C.P. 97200, Mérida,
 Yucatán, México.
 solis@tunku.uady.mx

Introducción

Alrededor del año 1990 varios países europeos ^{1,2} y americanos ^{3,4,5} iniciaron reformas de salud con el propósito de enfrentar presiones de la demanda de servicios, ocasionada por la transición epidemiológica, inequidades en acceso a los servicios y elevados costos derivados de la disponibilidad de nuevos tratamientos y tecnología de salud ⁶. En ese tiempo, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó actividades apoyando la implementación y desarrollo de los procesos de reforma en los países europeos ⁷. Para los países americanos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formalizaría sus actividades de apoyo en 1994 ⁸.

En la segunda mitad de los 90 el movimiento de Reforma se había extendido a los demás países europeos ^{9,10}, los asiáticos ¹¹, africanos ^{12,13} y debido al acuerdo de Jefes de Estado de los países americanos, a todo ese continente ¹⁴.

Las Reformas de Salud, en cuanto significan transformaciones con diferentes orientaciones e intensidades de los sistemas de salud, interesaron a múltiples grupos y centros de investigación, así como a investigadores aislados. El resultado es un importante número de publicaciones sobre el tema, que son reflejo del grado de desarrollo de las transformaciones en los países, las orientaciones del análisis en las investigaciones y la capacidad de los recursos de investigación para estudiar el fenómeno y difundir sus resultados.

Algunos trabajos de revisión estudian este proceso de generación de conocimientos sobre las reformas, ya sea orientándose a la Economía de la Salud, como el de Arredondo & Parada¹⁵; a la Equidad en Salud, como el de Macinko & Starfield¹⁶, o con enfoques más generales sobre las Reformas de Salud, como el realizado por la OPS para el período 1995-2000¹⁷. Hasta el momento se sabe de múltiples particularidades sobre los procesos de reforma regionales y nacionales y que existen inclinaciones hacia algunos enfoques de estudio. Sin embargo, se desconoce la dimensión general de las tendencias en el estudio de las Reformas de Salud, así como los factores que han influido para ello.

El presente trabajo se propone analizar la evolución de las publicaciones sobre las Reformas de Salud y las influencias que determinan su orientación hacia los Principios de Equidad; Calidad y Efectividad; Eficiencia; Sostenibilidad; y Participación Social, así como su distribución entre 1990 y 2004.

Metodología

Definición de las variables de estudio

Las Reformas de Salud están íntimamente relacionadas con los procesos de construcción de políticas y obedecen a pautas directrices para su desarrollo. Consecuentemente, adoptamos como categorías de análisis de los enfoques seguidos en su investigación, los Principios con que las caracterizó la Oficina Regional para América de la OMS¹⁸:

- Equidad, que implica: (a) en condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; (b) en servicios de salud, recibir atención en función de necesidades (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de capacidades de pago: equidad financiera.
- Calidad y Efectividad, que implican que los usuarios de servicios reciben asistencia eficaz, segura y oportuna; la calidad percibida implica que la reciben en condiciones materiales y éticas adecuadas.
- Eficiencia, que se refiere a la relación favorable entre los resultados obtenidos y los costos de recursos empleados.
- Sostenibilidad, que tiene una dimensión social y otra financiera, y se define como la capacidad del sistema de resolver problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como retos de mantenimiento y desarrollo futuros. Implica la aceptación, apoyo social y la disponibilidad de recursos necesarios.

- Participación Social, se refiere a los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de sistemas y servicios de salud y se beneficien de esos resultados¹⁹.

Fuentes de información, fecha de búsqueda y período de estudio

En febrero de 2005 se revisaron las publicaciones sobre Reformas de Salud para el período 1990-2004 en MEDLINE (a través de la herramienta PubMed de acceso gratuito), LILACS y Sociological Abstracts del Cambridge Scientific Abstracts.

Se seleccionaron estas bases porque MEDLINE²⁰ concentra la mayor cantidad de publicaciones científicas del área; LILACS lo hace para artículos científicos en español y portugués; y para incluir publicaciones sociales sobre las reformas, se seleccionó el Sociological Abstracts. Se inicia en 1990 por la época de auge de reformas de salud.

Selección y definición de descriptores

Utilizamos descriptores para la búsqueda y organización de la información por representar un sistema que ordena y jerarquiza las publicaciones de acuerdo a la temática que abordan²¹ y tienen alta capacidad de predicción²²:

- *Health care reform* [MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>] es un descriptor específico para el proceso de reformas de salud utilizado en MEDLINE desde 1994, sus descriptores precedentes son *Delivery of health care* [MeSH], *Health planning* [MeSH] y *Health policy* [MeSH]. Hace referencia a “*innovaciones y mejoramiento del sistema de asistencia médica por medio de su revaloración, enmienda de servicios, y eliminación de faltas y abusos en el suministro y distribución de servicios de salud a pacientes. Incluye la reorientación de servicios de salud y seguro médico hacia los elementos demográficos máximos (los desempleados, indigentes, población no asegurada, ancianos, ciudades interiores, áreas rurales) con referencia a cobertura, hospitalización, indicando precios y conteniendo costos, gastos de aseguradores y empleadores, preexistiendo condiciones médicas, prescripción de medicamentos, equipamiento y servicios*”.
- *Reformas del sector salud* [DeCS: <http://decs.bvs.br/>] es un descriptor específico de Salud Pública para el proceso de transformación del sector en LILACS.
- El Sociological Abstracts carece de descriptor específico por lo que se seleccionó Health Care

Services como texto, por incluir procesos de reforma del sector salud.

Se utilizaron dos descriptores para Equidad:

- *Social justice* [MeSH]: “proceso interactivo por el cual los miembros de una comunidad están preocupados para la igualdad y derechos de todos”, y;
- *Health services accessibility* [MeSH]: “el grado en que los individuos son impedidos o favorecidos en su capacidad de obtener entrada al sistema de salud y recibir cuidado y servicios que necesitan. Los factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, transporte y financieras, entre otros”.

Un descriptor específico para Eficiencia:

- *Efficiency, organizational* [MeSH]: “la capacidad de una organización, institución o negocio para producir resultados deseados con un gasto mínimo de energía, tiempo, dinero, personal, material de guerra, etc.”.

Dos descriptores para Calidad y Efectividad:

- *Quality of health care* [MeSH]: “los niveles de excelencia que caracterizan el servicio médico o asistencia médica proporcionada, basados en normas aceptadas de calidad”;
- *Quality assurance, health care* [MeSH]: “actividades y programas tendientes al aseguramiento o mejora de calidad de servicios por medio de ajustes definidos de asistencia médica o por un programa. El concepto incluye medición o evaluación de la calidad de atención; identificación de problemas o defectos en la entrega de cuidados; diseño de actividades para vencer estas carencias y supervisión continua para asegurar la eficacia de pasos correctivos”.

Un descriptor para Sostenibilidad:

- *Financing, organized* [MeSH]: “todos los métodos organizados para financiar”.

Un descriptor para Participación:

- *Participation, community* [MeSH]: “involucramiento individual o de la comunidad en el proceso de toma de decisiones”.

Búsqueda y análisis de información

- Integración del listado general de publicaciones científicas sobre Reformas de Salud 1990-2004, limitándose a artículos originales en humanos, sin editoriales y sin cartas al editor.

Para MEDLINE se consideraron dos etapas: de 1990 a 1993 se utilizaron los descriptores antecedentes de *Healthcare reform* [MeSH] (*Delivery of health care, Health planning y Health policy*) y al resultado se aplicó como texto, *Health reform* en título/resumen; de 1994 a 2004 se utilizó el descriptor *Healthcare reform* [MeSH] y booleanos: AND, OR, NOT.

Para LILACS y Sociological Abstracts se utilizaron para todo el período los descriptores *Refor-*

ma del sector salud [DeCS] y el texto *Health care services* respectivamente, y se revisaron los resultados para eliminar artículos fuera del período y duplicaciones con respecto a la lista de búsqueda de MEDLINE.

Las publicaciones gubernamentales y editoriales fueron eliminadas del estudio por corresponder a trabajos que, si bien pueden ser origen o seguimiento de productos de investigación científica, en su esencia no corresponden a informes de investigación.

- Identificación de las referencias sobre países en el listado general de publicaciones científicas.

Búsqueda en MEDLINE utilizando descriptores del tesoro [MeSH] para 199 países distribuidos según regiones geográficas. En LILACS y Sociological Abstracts, revisión de títulos, resúmenes y año de las publicaciones seleccionadas.

- En el listado general y de países, identificación de las referencias sobre los Principios de las Reformas de Salud (Equidad; Calidad y Efectividad; Eficiencia; Sostenibilidad; y Participación), buscando en MEDLINE con descriptores específicos para los Principios y en LILACS y Sociological Abstracts, con la revisión de títulos y resúmenes para identificar los Principios de Reforma de Salud.

- Identificación de países referidos en más de 50 publicaciones en el período.

- Análisis estadístico: se hicieron correlaciones (r de Pearson) entre la evolución temporal de atención a los Principios y el total de publicaciones científicas sobre las Reformas de Salud, así como los patrones de atención a los Principios entre países con referencias en más de 50 publicaciones.

Se aplicó la prueba estadística para proporciones en la distribución porcentual de referencias a los Principios y países.

Resultados

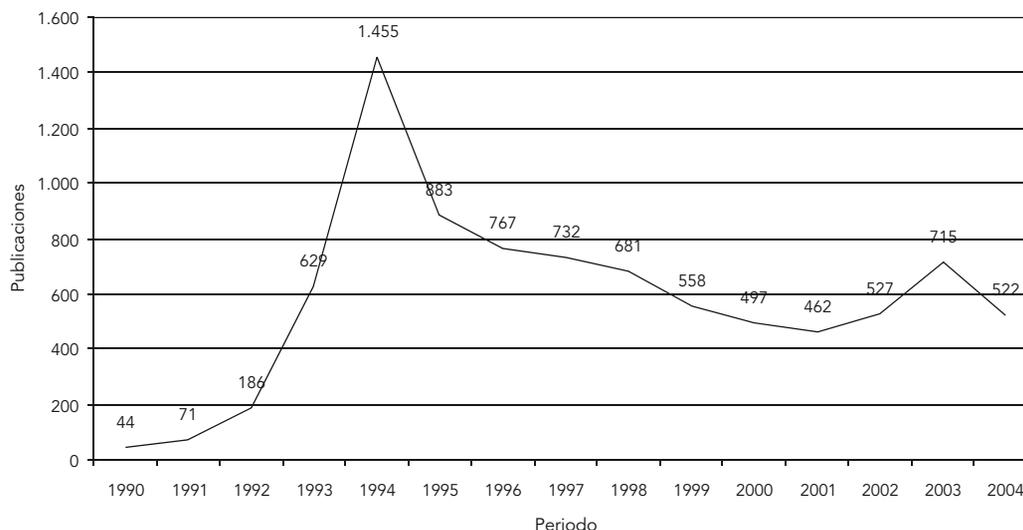
Fueron identificadas 8.729 publicaciones cuya distribución en el período demuestra un inicio con bajo número en 1990 (44 publicaciones), un incremento importante hasta 1994 (1.455), para luego descender paulatinamente hasta 2001 (462). Entre 2001 y 2004 se observó, aunque pequeña, una nueva tendencia al crecimiento que llegó en 2003 hasta 715 publicaciones (Figura 1).

Publicaciones sobre países y regiones

Del total de 8.729 publicaciones, 7.977 (91%) hacen referencia a países y regiones. Recibieron referencias 119 países (60%) de los 199 revisados y debido a que en las publicaciones se puede referir

Figura 1

Publicaciones científicas sobre las "reformas de salud", 1990-2004.



Fuente: MEDLINE, LILACS y Sociological Abstracts (febrero de 2005).

más de un país, se encontraron 8.367 referencias sobre ellos, destacando América con 5.546 (66%), seguida de Europa con 2.111 (25%); siendo África la menos referida con 158 (2%).

Las primeras regiones que tienen referencias en publicaciones son Europa con 22 y América con 20. Fueron referidos en 1990 once países europeos: Alemania, Italia, Rusia, Polonia, Austria, España, Francia, Gran Bretaña, Noruega, Suecia y Suiza; y tres americanos: Estados Unidos, Argentina y Nicaragua (Tabla 1).

Desde el comienzo, Europa y América concentraron la mayoría de referencias en publicaciones. Observándose desde 1990 un crecimiento intenso para América, que llegaría al máximo en 1994 con 1.223 referencias, mientras Europa tuvo lento crecimiento hasta 1993 y a partir de 1994, éste fue sostenido llegando al máximo en 2003. La serie continua de referencias inició en 1991 para Asia, en 1992 para Oceanía e Islas del Pacífico y en 1993 para África.

Las marcadas diferencias entre el número de referencias para América y el resto de regiones del mundo entre 1990 y 1994, presentaron tendencia a la reducción desde 1995 llegando al equilibrio relativo en 2001, cuando las referencias para América representaron el 49% del resto del mundo. La tendencia actual es a la disparidad, pero en niveles menos importantes que en 1994. En 2004, las referencias tanto para África como para Oceanía e Islas del Pacífico represen-

tan el 4%, Asia el 6%, Europa el 40% y América el 46%. Dicha reducción de la disparidad se debe a disminución de referencias para Estados Unidos e incremento para Gran Bretaña.

Las correlaciones entre la evolución (en cuanto al ritmo de crecimiento) de todas estas publicaciones con la evolución particular de referencias para países individuales, demuestra que solamente existen asociaciones significativas ($p = 0,05$) para Estados Unidos y Gran Bretaña en los siguientes casos: con todas las publicaciones ($r = 0,92$ y $r = 0,98$ respectivamente) y las referencias para los demás países entre 1990 y 1994 ($r = 1,0$ y $r = 0,97$ respectivamente).

En cada región encontramos diferencias en el número de referencias para países: 24 de 47 países africanos las recibieron (Sudáfrica con 60, Zambia y Uganda con 13 cada uno); 25 de 45 países americanos recibieron referencias (Estados Unidos con 4.902, Canadá y Brasil con 459 y 79 respectivamente); 28 de 44 países asiáticos tuvieron referencias (China con 80, Japón 65 e Israel 31); 39 de 51 países europeos tienen referencias (Gran Bretaña con 1.057, Alemania 290, Rusia 127, Francia 99 y Suecia 94); 3 de 12 países de Oceanía e Islas del Pacífico tienen referencias: Australia con 173 y Nueva Zelanda con 108. Lo anterior se traduce en que 15 países (12%) reciben más de 50 señalamientos en publicaciones, concentrando el 92% (7.713) de las referencias sobre reformas de salud en los países.

Tabla 1

Publicaciones científicas sobre las reformas de salud según regiones y principios, 1990-2004.

Años	Regiones					Total
	América	Europa	Asia	África	Oceanía e Islas del Pacífico	
1990	20	22	0	0	0	42
1991	60	8	3	1	0	72
1992	162	14	2	0	1	179
1993	548	44	11	2	1	606
1994	1.223	113	6	2	15	1.359
1995	633	151	12	7	20	823
1996	464	166	12	14	28	684
1997	435	217	21	9	26	708
1998	380	195	34	10	34	653
1999	300	200	24	11	18	553
2000	279	179	24	18	14	514
2001	234	158	39	25	13	469
2002	231	177	49	18	31	506
2003	345	264	36	21	27	693
2004	232	203	29	20	22	506
Total de referencias por región	5.546	2.111	302	158	250	8.367
Total de referencias de principios x región	5.567	1.411	309	149	205	7.641
Referencias de principios x región (%)	100	67	102	94	82	91

Fuente: MEDLINE, LILACS y Sociological Abstracts (febrero de 2005).

En este grupo Sudáfrica representa a África; América está representada por Canadá, Estados Unidos y Brasil; Asia por China y Japón; Europa por Alemania, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Rusia y Suecia; Oceanía e Islas del Pacífico por Australia y Nueva Zelanda.

El país con mayor número de referencias es Estados Unidos con 4.902, representando el 64% de referencias para este grupo; Gran Bretaña, en nivel medio tiene 1.057 (14%). Con menor número están Canadá con 459 (6%), Alemania con 290 (4%), Australia con 173 (2%), Rusia con 127 (2%) y Nueva Zelanda con 108 (1%). Los países restantes del grupo seleccionado, tienen menos de 100 referencias en las publicaciones (Tabla 2).

Publicaciones sobre los Principios de la Reforma

De 8.729 publicaciones, 5.651 (65%) tienen referencias a los Principios y de 7.977 publicaciones para países, hay 5.521 (66%) con referencias a los Principios.

Debido a que en las publicaciones se puede referir más de un Principio, se encontraron 8.318 referencias sobre los mismos, de las cuales 7.641 corresponden a publicaciones sobre países y regiones. El Principio más referido es

Sostenibilidad con 3.714, seguido por Calidad y Efectividad con 2.949, Equidad con 1.633, Participación 320 y Eficiencia 188; tendencia que se mantuvo durante todo el período. La correlación entre la evolución de Publicaciones Científicas y las referencias de los Principios durante el período, reporta asociaciones significativas ($p = 0,025$) para el total de referencias a los Principios ($r = 0,99$); Participación ($r = 0,95$); Equidad ($r = 0,89$); Calidad y Efectividad ($r = 0,94$); y Sostenibilidad ($r = 0,98$). El Principio de Eficiencia no tiene correlación significativa ($r = 0,55$).

Los porcentajes de atención a los Principios en las referencias para países son mayores para Asia y América y menores para Europa. Rusia, Gran Bretaña y Francia, reciben menores porcentajes de atención a los Principios. En cambio, Holanda, China, Japón y Estados Unidos, reciben mayores (Tablas 1 y 2).

El predominio de Estados Unidos en las referencias sobre países se refleja en la tendencia general de atención a los Principios. De ello se deriva el elevado número de referencias sobre Sostenibilidad, ya que el 83% de las referencias a este Principio están dirigidas a ese país. Sin embargo, en otros nueve países (Canadá, China, Rusia, Francia, Gran Bretaña, Italia, Suecia, Australia y Nueva Zelanda) el predominio fue en favor de Calidad y Efectividad.

Tabla 2

Referencias a los principios con respecto a países (15 países más estudiados), 1990-2004.

Países	Principios					Total de referencias (Principios)	Total de referencias (País)	Referencias principios x país (%)
	Equidad	Eficiencia	Calidad y	Sostenibilidad	Participación			
Sudáfrica	14	0	14	14	0	42	60	70
Canadá	82	7	137	100	25	351	459	76
Estados Unidos	830	51	1.387	2.613	154	5.035	4.902	103
Brasil	19	8	14	11	6	58	79	73
China	30	3	31	27	0	91	80	114
Japón	6	0	22	30	2	60	65	92
Rusia	10	2	37	21	1	71	127	56
Francia	6	3	26	15	3	53	99	54
Alemania	26	4	88	116	4	238	290	82
Gran Bretaña *	105	28	339	84	44	600	1.057	57
Italia	9	5	28	10	0	52	62	84
Holanda	13	3	22	29	3	70	58	121
Suecia	17	3	32	13	2	67	94	71
Australia	21	6	70	44	7	148	173	86
Nueva Zelanda	21	2	41	21	7	92	108	85
Total	1.209	125	2.288	3.148	258	7.028	7.713	91

* Incluye Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y País de Gales.

Fuente: MEDLINE, LILACS y Sociological Abstracts (febrero de 2005).

Gran Bretaña, Canadá y Alemania contribuyen en segundo plano a la visión concentrada de referencias a los Principios, pues junto con Estados Unidos acumulan el 89% de ellas.

Patrones de atención a los Principios de las Reformas en las publicaciones sobre países

En los análisis anteriores observamos un predominio en la atención a determinados Principios de las Reformas de Salud, manifestándose diferentes patrones de estudio para casos nacionales y regionales.

La prueba estadística para proporciones ($p = 0,05$) señala que la tendencia favorece al Principio de Sostenibilidad con el 43%, seguido de Calidad y Efectividad (34%), Equidad (18%), Participación (4%) y por último Eficiencia con el 2%. El análisis de los porcentajes de atención a los Principios para cada país (prueba estadística para proporciones; $p = 0,05$), refleja particularidades y similitudes en los patrones de estudio sobre la Reforma de Salud para cada país (Figura 2).

Las correlaciones de patrones de atención a los Principios entre cada país, resulta en asociaciones significativas entre grupos ($r > 0,93$; $p = 0,05$). De lo

anterior se derivan cinco tendencias significativas en el Patrón de atención a los Principios:

- Cuatro países con asociación significativa en el patrón de atención a los Principios y tendencia a favor de Sostenibilidad y Calidad, pero con predominio de Sostenibilidad: Estados Unidos, Alemania, Japón y Holanda: tendencia 1;
- Ocho países con asociación significativa en el patrón de atención a los Principios: cinco con tendencia a favor de Calidad y Efectividad (Francia, Gran Bretaña, Italia, Suecia y Nueva Zelanda) y tres países a favor de Sostenibilidad y Calidad, con predominio de Calidad: Canadá, Rusia y Australia: tendencias 2 y 3;
- Dos países, Sudáfrica y China, con asociación significativa en el patrón de atención a los Principios y tendencia a favor de tres Principios: Equidad, Calidad y Sostenibilidad: tendencia 4;
- La última tendencia está representada por Brasil, con patrón único e inclinación significativa a favor del principio de Equidad: tendencia 5.

En la Figura 3 se esquematizan estas tendencias. Las filas indican el principio predominante para el país correspondiente. La perspectiva de las columnas, informa sobre la asociación que tiene cada país con los demás, en lo referente al patrón de atención a los principios de las Reformas de Salud.

Discusión

Esta revisión demuestra que existen influencias importantes en el estudio científico de las Reformas de Salud, provenientes de las hegemonías Británica y Norteamericana y su interés en cuestiones de gestión de la sostenibilidad y calidad de servicios. Esto ha podido limitar la visibilidad en la génesis del conocimiento sobre aspectos clave para la población atendida, como lo son la equidad, la participación social y la eficiencia. Es necesario tener en cuenta esta falta de equilibrio y el déficit de conocimiento aplicable que supone, sobre los principios enunciados por la OPS para la implementación y evaluación de políticas de reforma en Latinoamérica.

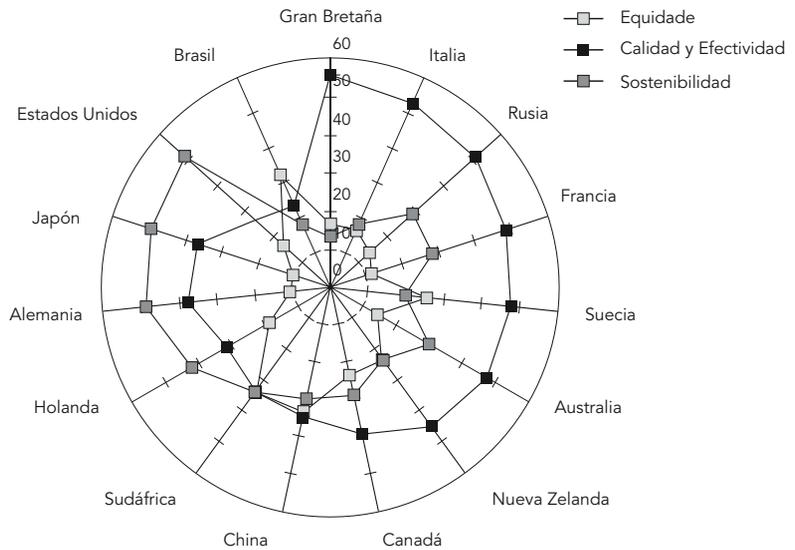
Las Reformas de Salud, como objeto de estudio, cobraron importancia con el incremento paulatino de publicaciones científicas sobre ellas a partir del inicio de la década de los 90. Este crecimiento determinó la inclusión en 1994 del descriptor *Healthcare reform* en el tesoro de MeSH, ya que eran escasas las publicaciones sobre este tema en décadas anteriores. Entre 1960 y 1989 el descriptor *Healthcare reform* [MeSH] registra dos publicaciones y el texto *Health care reform* reporta 22, la primera en 1971²³. Aún existiendo Reformas de Salud antes de 1990 (como es el caso de ocho de los 15 países analizados con más profundidad), las publicaciones no alcanzaron la importancia de la década de los 90.

Desde el inicio estaban presentes tanto países europeos como americanos en las referencias de publicaciones, habiendo en los primeros cinco años (1990-1994) un impulso importante desde las publicaciones de Estados Unidos y Gran Bretaña. No obstante, de 1995 a 2004 esta asociación se pierde y la evolución general no se asocia significativamente con ningún país o región en particular. Esto indica que el amplio debate público en torno a las modificaciones del NHS Británico²⁴ y las Reformas de Salud propuestas por el gobierno Norteamericano²⁵ trascendieron al espacio científico, convirtiéndose en el primer impulso para la atención ampliada del tema en el mundo.

Por otra parte, la concentración del 91% de publicaciones en 15 países está relacionada con sus condiciones para inicios de los 90. Antes de 1990, Gran Bretaña²⁶, Brasil⁴, Alemania¹, Italia²⁷, Holanda²⁸, Suecia², Canadá²⁹ y Australia³⁰, habían realizado reformas a sus sistemas de salud y se enfrentaban a nuevas transformaciones, proceso denominado "*Reformas de Segunda Generación*"³¹; en tanto, Rusia³², China³³, Nueva Zelanda³⁴, Sudáfrica³⁵ y Francia³⁶ lo hicieron a principios de esa década; Japón las propuso en 1997 para implementarlas en 2000³⁷; por su par-

Figura 2

Porcentajes de atención a los Principios de Calidad, Sostenibilidad y Equidad en los 15 países más referidos, 1990-2004.



Fuente: MEDLINE, LILACS y Sociological Abstracts (febrero de 2005).

te, el Congreso de Estados Unidos no aprobó las reformas para su país³⁸.

En el movimiento mundial de Reformas de Salud, los grupos de investigación evaluaron experiencias nacionales y/o las compararon con las internacionales, o bien, utilizaron el conocimiento de otras experiencias para fundamentar sus posturas críticas ante los programas de transformación propuestos o en proceso. La concentración de referencias en las publicaciones indica que entre estos 15 países están los modelos internacionales para las Reformas.

La correlación significativa de la evolución de referencias a los Principios, con la evolución de todas las publicaciones sobre las Reformas de Salud, demuestra la pertinencia de su uso para aproximarse al conocimiento de los enfoques temáticos de estas Reformas.

Ante la falta de correlación del Principio de Eficiencia, Knowles & Leighton³⁹ mencionan la dificultad para generar indicadores de productividad de sistemas de salud y la comparación de la eficiencia de servicios de salud entre países, así como el problema de acceso a esta información por encontrarse en manos de administradores. Este es un obstáculo para investigar la eficiencia de servicios de salud que explica, en parte, la baja producción de estudios de este tipo.

Los cinco patrones de atención a los Principios condicionan la conformación de corrientes

Figura 3

Grupos de países con asociación y tendencia significativas en los principios de las reformas de salud, 1990-2004.

	Estados Unidos	Japón	Alemania	Holanda	Canadá	Australia	Rusia	Nueva Zelanda	Francia	Italia	Gran Bretaña *	Suecia	Sudáfrica	China	Brasil	
Sudáfrica																
Canadá																
Estados Unidos																
Brasil																
China																
Japón																
Rusia																
Francia																
Alemania																
Gran Bretaña *																
Italia																
Holanda																
Suecia																
Australia																
Nueva Zelanda																

■ **Tendencia 1** países con asociación significativa y tendencia a Calidad y Sostenibilidad (predominio de Sostenibilidad)

■ **Tendencia 2** países con asociación significativa y tendencia a Calidad y Sostenibilidad (predominio de Calidad)

■ **Tendencia 3** países con asociación significativa y tendencia a Calidad

■ **Tendencia 4** países con asociación significativa y tendencia a Equidad, Calidad y Sostenibilidad

■ **Tendencia 5** país sin asociación y tendencia a Equidad

* Incluye Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y País de Gales.

Fuente: MEDLINE, LILACS y Sociological Abstracts (febrero de 2005).

Nota: las columnas muestran las asociaciones entre patrones de atención a los principios entre los países; las filas muestran el principio predominante en el país correspondiente.

de investigación sobre Reformas de Salud, originadas de la convergencia de las siguientes influencias:

- El peso inicial (1990-1994) de las publicaciones de Estados Unidos y Gran Bretaña;
- Las referencias a países con Reformas a nivel de propuesta (Estados Unidos⁴⁰), en proceso (Gran Bretaña⁴¹, Alemania⁴²) y comparaciones entre países de Europa⁴³, América⁴⁴ y otras regiones^{45,46};
- Los grupos institucionales de inducción y apoyo a los procesos de reforma en regiones del mundo,

- como las Oficinas Regionales de la OMS para el Suroeste Asiático⁴⁷, África⁴⁸ y América⁸ y las reuniones o acuerdos regionales como la *Conferencia sobre las Reformas de Salud Europeas*, celebrada en 1996⁴⁹ y la *XXXIX Asamblea* de la OPS¹⁴;
- La inducción de procesos de investigación de reformas como el Foro Regional sobre *El Uso de la Investigación en las Reformas del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe*¹⁷;
- Las prioridades de las propuestas y procesos de reforma, también se convierten en objetos de

investigación cuando originan problemas o no los resuelven en su totalidad. Aspecto que para su crítica, requiere de un estudio más profundo de estos procesos y las repercusiones nacionales, así como su asociación con las publicaciones, lo cual rebasa la perspectiva de este estudio.

Walt ⁵⁰ señala en este sentido, que en el proceso de implementación de reformas europeas, factores externos jugaron un papel importante, generándose influencias de modelos, principalmente de Gran Bretaña y Estados Unidos. Algunos países, como Rusia, analizaron y ajustaron modelos a sus particularidades, pero en otros casos, como en América Latina, las reformas fueron impuestas desde el exterior.

Périn & Attaran ⁵¹ argumentan sobre las influencias que organismos donadores tienen en la definición y aplicación de políticas de salud en países del mundo, principalmente los que se encuentran en vías de desarrollo. Con visión similar, Armada analiza las influencias neoliberales de instituciones financiadoras en los procesos de cambio en el área de salud de América Latina ⁵².

Arredondo & Parada ¹⁵ con un enfoque amplio de estudio sobre Economía de la Salud, exploraron conjuntamente con aspectos económicos las categorías de políticas de salud, oferta y demanda de servicios, entre otras, encontrando predominio de publicaciones para el primero; tendencia semejante a la encontrada en nuestro trabajo. De la misma manera coinciden en la elevada cantidad de publicaciones para países más avanzados económicamente.

El trabajo de revisión realizado por la OPS y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo ¹⁷, cuya importancia radica en su enfoque hacia las Reformas de Salud, permitió a los autores (después de revisar 10 bases de datos, entre las que se encuentran MEDLINE y LILACS, así como la eliminación de publicaciones que no utilizaban datos primarios o secundarios) seleccionar 30 investigaciones que fueron analizadas por expertos. Existen coincidencias en la predominancia encontrada para enfoques financieros y la poca atención en aspectos de eficiencia. Sin embargo, resultan discrepantes los resultados sobre la baja atención al Principio de Calidad y la

elevada para aspectos de Participación, pues en nuestros resultados, "Calidad" es el segundo más atendido y "Participación" es el segundo menos atendido. Tal diferencia es ocasionada por el proceso de selección y análisis de las investigaciones que siguió ese estudio, a diferencia del nuestro que incluyó todas las publicaciones indexadas en las bases de datos y el análisis con tesaurus, títulos y resúmenes.

Fue limitante para nuestro trabajo la imposibilidad de buscar publicaciones que hicieran referencia al aspecto social de Sostenibilidad, la legitimidad. Lo cual se debió a la falta de un descriptor específico para el concepto sociológico correspondiente.

Los resultados de este trabajo orientan la búsqueda de información que requieren los investigadores y diseñadores de políticas de salud, alertándolos sobre las tendencias existentes en la producción científica para cada país y región; pues la predominancia de pocos países y dos Principios en las referencias de publicaciones, indica la necesidad de búsquedas intencionadas y profundas que resuelvan la elevada probabilidad de obtener información unidireccional y restringida. Sobre todo, nos indica la necesidad de investigar perspectivas más sociales y menos gerenciales.

Conclusiones

- La evolución de las publicaciones sobre las Reformas de Salud sigue una ruta que inicia en los países más avanzados económicamente, para luego difundirse al resto del mundo;
- Las tendencias dominantes son hacia el estudio de la Sostenibilidad y la Calidad y Efectividad de los procesos de Reforma de Salud;
- Existen fuertes influencias para el estudio de las Reformas de Salud, provenientes de los Patrones Británico y Norteamericano de Atención a los Principios;
- La base de evidencia científica para el abordaje de las políticas de reforma tiene déficit de conocimiento en aspectos cruciales para las poblaciones atendidas.

Resumen

Analizamos la evolución de las publicaciones, incluidas en MEDLINE, LILACS y Sociological Abstracts, sobre las Reformas de Salud en el mundo y las influencias que determinan su orientación y distribución en el período de 1990-2004. En total se seleccionaron 8.729 publicaciones. Los principios de "Sostenibilidad" y "Calidad y Efectividad" son los más atendidos, existiendo distintos patrones de atención, dependiendo de regiones y países. De 199 países, el 61% tiene referencia sobre sus procesos de reforma, siendo Estados Unidos y Gran Bretaña los que agrupan la mayor cantidad. Se observó que existen fuertes influencias para el estudio de las Reformas de Salud, provenientes de los patrones Británico y Norteamericano de atención a los Principios de Reforma. Esto puede estar limitando la visibilidad científica de cuestiones como la equidad, participación y eficiencia.

Reforma en Atención de la Salud; Organización de la Financiación; Calidad de la Atención de Salud; Eficiencia Organizacional

Colaboradores

M. A. Palma-Solís participó de la recolección, análisis de información y redacción final. C. Álvarez-Dardet y A. F. Giraldo participaron del análisis de información y redacción final.

Referencias

1. Bruckenberg E. Quality assurance in hospitals following the Health Reform Law of the Federal Republic of Germany. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 38:101-7.
2. Saltman RB. Competition and reform in the Swedish health system. *Milbank Q* 1990; 68:597-618.
3. Enthoven AC, Kronick R. Universal health insurance through incentives reform. *JAMA* 1991; 265:2532-6.
4. Modesto MG, Moreira EC, Almeida Filho N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia. *Cad Saúde Pública* 1992; 8:62-8.
5. Saraiva FJ. Saúde, seguridade social e neoliberalismo: os limites das reformas sanitárias na América Latina. *Saúde Debate* 1991; 31:43-53.
6. Saltman R, Figueras J. Introduction. In: Saltman R, Figueras J, editors. *European health care reform*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1997. p. 1-4.
7. Asvall JE. Foreword. In: Saltman R, Figueras J, editors. *European health care reform*. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe; 1997. p. x.
8. Comité Editorial. Reformas del sector de la salud en la región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8:i.
9. Donatini A, Rico A, D'Ambrosio MG, Lo Scalzo A, Orsella L, Cicchetti A, et al. *Health care systems in transition: Italy*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2001.
10. Banoob SN. Private and public financing-health care reform in eastern and central Europe. *World Health Forum* 1994; 15:329-34.
11. Prescott N. Economics of health reform in East Asia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 1997; 28 Suppl 2:172-9.
12. Sidley P. South African health reform on the rails. *BMJ* 1996; 313:839.
13. Mwale G. Health reform in Zambia. *Int Nurs Rev* 1999; 46:156-7.
14. Pan American Health Organization/World Health Organization. Monitoring and evaluation of the health sector reform processes. 124th Session of the Executive Committee. http://www.paho.org/English/gov/ce/ce124_17/html (accedido el 20/Nov/2004).
15. Arredondo A, Parada I. Tendencias en la generación y reproducción del conocimiento sobre evaluación económica y salud. *Rev Med Chile* 2001; 129:925-34.
16. Macinko J, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 2002; 1:1.
17. Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. El uso de la investigación en las reformas del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Informe sobre el foro regional. <http://www.lachsr.org/documents/elusodelainvestigacionenlasreformasdesaludenamericalatinayelcaribe-ES/html> (accedido el 02/Feb/2005).
18. Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Línea basal para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. <http://www.lachsr.org/documents/lineabasalparaelmoneooylaevaluaciondelasreformassectorialesenamericalatinayel-ES/html> (accedido el 03/Feb/2005).

19. Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. <http://www.lachsr.org/documents/metodologiaparaelseguimientoylaevaluaciondelasreformasdelsectorsaludenamericalat-ES/html> (accedido el 02/Feb/2005).
20. Moher D, Cook DJ, Jadad AR, Tugwell P, Moher M, Jones A, et al. Assessing the quality of reports of randomized trials: implications for the conduct of meta-analyses. *Health Technol Assess* 1999; 3:1-98.
21. National Library of Medicine. Fact sheet. Medical subject headings (MeSH). <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html> (accedido el 01/Feb/2005).
22. Wilbur WJ, Kim W. The dimensions of indexing. *AMIA Annu Symp Proc* 2003; 714-20.
23. Casula D. Industrial medicine and hygiene within the framework of health care reform. *Lav Um* 1971; 23:261-74.
24. Charny M, Klein R, Lewis PA, Tipping GK. Britain's new market model of general practice: do consumers know enough to make it work? *Health Policy* 1990; 14:243-52.
25. Mitchell PH, Krueger JC, Moody LE. The crisis of the health care nonsystem. *Nurs Outlook* 1990; 38:214-7.
26. Stevens S. Reform strategies for the English NHS. *Health Affairs* 2004; 23:37-44.
27. Burti L, Glick ID, Tansella M. Measuring the treatment environment of a psychiatric ward and a community mental health center after the Italian reform. *Community Ment Health J* 1990; 26: 193-204.
28. Schut FT. Health care reform in The Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms. *J Health Polit Policy Law* 1995; 20:615-52.
29. Tuohy CH. Dynamics of a changing health sphere: the United States, Britain, and Canada. *Health Aff (Millwood)* 1999; 18:114-34.
30. Bollen MD. Recent changes in Australian general practice. *Med J Aust* 1996; 164:212-5.
31. Martinic S. La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina. *Revista Reforma y Democracia* 2000; (18). <http://www.clad.org.ve/rev18/martinic/htm> (accedido el 24/Nov/2004).
32. Tillinghast SJ, Tchernjanskii VE. Building health promotion into health care reform in Russia. *Public Health Med* 1996; 18:473-7.
33. Yip WC, Hsiao WC. Medical savings accounts: lessons from China. *Health Aff (Millwood)* 1997; 16:244-51.
34. Ashton T. From evolution to revolution: restructuring the New Zealand health system. In: Seedhouse D, editor. *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. Chichester: Wiley Publishers; 1995. p. 85-93.
35. Pillay YG, Bond P. Health and social policies in the new South Africa. *Int J Health Serv* 1995; 25:727-43.
36. Dorozynski A. France faces radical health insurance reforms. *BMJ* 1995; 311:1386.
37. Ikegami N, Campbell JC. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Aff (Millwood)* 1999; 18:56-75.
38. Roberts J. Republicans turn health reform into a revolution. *BMJ* 1995; 310:1490.
39. Knowles JC, Leighton C, Stinson W. Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. Bethesda: Partnerships for Health Reform/Abt Associates Inc.; 1997. (Special Initiative Report, 1).
40. Wysong JA, Abel T. Risk equalization, competition, and choice: a preliminary assessment of the 1993 German health reforms. *Soz Praventivmed* 1996; 41:212-23.
41. Matsaganis M. From the North Sea to the Mediterranean? Constraints to health reform in Greece. *Int J Health Serv* 1998; 28:333-48.
42. Schlitt M. Health care systems in Japan and Germany provide facts, not theories. *J Med Assoc Ga* 1993; 82:651-5.
43. Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *Int J Qual Health Care* 1998; 10:395-401.
44. Guevara EB, Mendias EP. A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12:347-53.
45. Perkins RJ, Petrie KJ, Alley PG, Barnes PC, Fisher MM, Hatfield PJ. Health service reform: the perceptions of medical specialists in Australia (New South Wales), the United Kingdom and New Zealand. *Med J Aust* 1997; 167:201-4.
46. Battista RN, Banta HD, Jonnson E, Hodge M, Gelband H. Lessons from the eight countries. *Health Policy* 1994; 30:397-421.
47. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. *Progress on WHO response to global change*. New Delhi: World Health Organization; 1995.
48. Lambo E, Sambo LG. Health sector reform in sub-Saharan Africa: a synthesis of country experiences. *East Afr Med J* 2003; 80 (6 Suppl):1-20.
49. Viononen N, Jankauskiene D, Vask A. Towards evidence-based health care reform. *Bull World Health Organ* 1999; 77:44-7.
50. Walt G. The process of implementing reform. In: Saltman R, Figueras J, editors. *European health care reform*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1997. p. 247-72.
51. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health? *Lancet* 2003; 361:1216-9.
52. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, World Bank and transnational corporations. *Int J Health Serv* 2001; 31:729-68.

Recibido el 22/Nov/2005
Aprobado el 25/Abr/2006