

Metodologías para la evaluación de los programas de salud¹

Vicente Piña

Centro de Estudios de la Empresa

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela

Apartado Postal 526. Telf. + 58 61 596557. Fax: + 58 61 416025

Resumen

En este trabajo se examinan las metodologías utilizadas en la evaluación de programas masivos de salud. Como marco de referencia fue necesario caracterizar los tipos de evaluación atendiendo a las etapas de la gestión del programa. Seguidamente se hizo una revisión de los criterios de eficiencia y eficacia para luego introducir el criterio de equidad con lo cual se pretende determinar la contribución del programa de salud al logro de los fines de la política social. En el estudio de las metodologías de evaluación se seleccionaron aquellos métodos de mayor aceptación y aplicación en los programas de salud. Ellos son: el Análisis del Costo-Beneficio, el Análisis Costo-Efectividad Social, el Modelo Cuasiexperimental y la Auditoría Médica. Se hizo un diagnóstico de sus contenidos, señalando sus ventajas y limitaciones para el estudio de los referidos programas.

Palabras clave: Programas de salud, eficiencia, eficacia, equidad, evaluación de impacto.

Methodologies for the Evaluation in the Programs of Health

Abstract

In this work the methodologies utilized in the evaluation of massive programs of health are examined. Since frame of reference was necessary characterize the types of evaluation attending to the stages of the administration of the program. At once became a revision of criterions of efficiency and efficacy for then introduce the criterion of justness with which it is pretended to determine the contribution of the health program to achievement of the ends of the social politics. In the study of the methodologies of evaluation those methods of old acceptance and application in programs of health were selected. They are: the cost-benefit analysis, the cost-effectiveness analysis, the quasiexperimental model and the medical audit. A diagnosis was made of their contents, marking their advantages and limitations for the study of them referred programs.

Key words: Program of Health, Efficiency, Efficacy, Justness, Evaluation of Impact.

1. Introducción

Como consecuencia de los avances tecnológicos que se han producido en los países industrializados y de la transferencia que de ellos han hecho los países de América Latina, se han utilizado diversos métodos para evaluar la gestión de los programas de salud tendente a elevar la calidad de la prestación del servicio. En años recientes se ha despertado un interés creciente por extender el ámbito de estudio de la evaluación hacia el impacto real de los programas. En lo que sigue se hará un examen de las metodologías aceptadas y utilizadas por los administradores, profesionales y autoridades superiores del sector salud, destacando sus alcances y limitaciones para el análisis de la gestión de programas de salud.

2. Conceptos y criterios utilizados en la evaluación de los programas de salud

La necesidad de mejorar la prestación de los servicios de salud dirigidos a la gran mayoría de la población, ha llevado a incluir en la evaluación de programas de salud, conceptos y criterios que van más allá de la tradicional medición de la eficiencia operativa y del cumplimiento de metas. Recientemente se ha venido incor-

porando la equidad en la evaluación de los programas sociales de carácter asistencial. Este criterio es esencial para examinar en qué medida los programas están contribuyendo al logro de los fines de la política social.

Es importante destacar que los programas de salud masivos, como todos los demás programas sociales masivos, constituyen sistemas altamente complejos cuyo desarrollo está condicionado por múltiples variables que confluyen en el problema de salud, objeto de intervención. Esto supone, por lo tanto, que el enfoque y la metodología de evaluación deben adecuarse a la especificidad del programa y su contexto.

2.1. El concepto de salud

Un aspecto importante en el proceso de evaluación es la incorporación del moderno concepto de salud aceptado a nivel internacional. Mario Chávez (1981; 97) define el concepto de salud en los siguientes términos:

“Es un estado en el cual el individuo tiene el vigor físico para desempeñar las actividades normalmente esperadas de los individuos de su edad, no presenta alteraciones en la estructuras o en el funcionamiento de sus subsistemas (órganos y aparatos) que causan dolor o insatisfacción, o puedan ser origen de enfermedades; en sus funciones mentales mantiene armonía y equilibrio suficiente para una vida normal de relaciones con sus semejantes, dentro de la cultura a la que pertenece”.

Para Ronney Panerai y Jorge Peña Mohr “la salud significa un estado complejo que entraña el bienestar no sólo físico, sino también social y psicológico” (Panerai y Peña, 1990; 1). En esta misma línea de pensamiento la Organización Mundial de Salud define la salud como el logro del complejo estado de bienestar físico, mental y social que va más allá de la carencia de enfermedad. Asimismo, la considera como uno de los derechos básicos del hombre que debe ser garantizado por el Estado y la sociedad. Aquiles Landa señala que este concepto “no se limita al derecho a un equitativo acceso a los servicios de atención médica, sino que se refiere al conjunto de factores que influyen significativamente en el estado de salud de la población entendido en los términos de la definición de la Organización Mundial de la Salud” (Lanza, A., 1983; 22).

De acuerdo a estas definiciones el estado de salud de un individuo o comunidad estaría influido por diversos factores de la realidad, tales como la alimentación, educación, vivienda, niveles de ingreso, empleo, transporte, condiciones del medio ambiente y otras cuestiones de carácter político y ético.

La concepción de la salud desde esta perspectiva amplia e integral plantea dificultades para medir los productos y resultados de los programas de salud. Se requiere, por consiguiente, un enfoque que supere la visión reduccionista de los modelos tradicionales y valore las diversas actividades de salud desde un enfoque interdisciplinario y multisectorial.

Desde esta concepción moderna de la salud, la gestión de los programas no se centra únicamente en la atención médica, entendida como una práctica profesional médica exclusivamente. Debe estar dirigido a la atención integral de la salud en cuanto al método más adecuado, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, así como la consideración de otros factores del bienestar social que permiten el desarrollo de las potencialidades del ser humano (López, T., 1989:5).

En la atención médica, el sujeto de atención lo constituye el paciente, la familia y la comunidad a quienes se les brinda los medios que ofrece la medicina, la odontología y demás ciencias conexas para la protección, fomento, recuperación y conservación de la salud física y mental. La interrelación entre estos factores, el personal del programa de salud, los organismos públicos y privados de la comunidad, y los procesos administrativos y técnicos para la prestación de los servicios, determinan la estructura real de la atención médica. Estos factores unidos a otros de carácter ambiental, hacen que la evaluación sea compleja y problematizante.

Los factores antes analizados ofrecen una visión más global e integral acerca del concepto de salud y el alcance de la atención médica. Esto es fundamental para poder precisar las diferentes formas de la evaluación de programas de salud.

2.2. Tipos de evaluación de programas de salud

Desde la perspectiva organizacional la evaluación de los programas de salud tiene la función de presentar elementos de juicio para mejorar la administración de los servicios de salud. Por lo tanto, la forma de evaluación que se adopte dependerá de los propósitos e intereses que tengan los actores involucrados en la prestación del servicio de salud respecto a la gestión del programa.

De acuerdo a los diferentes momentos del desarrollo del programa de salud, se pueden identificar, en un sentido general, cuatro tipos de evaluaciones: la evaluación ex-ante, el seguimiento del programa, la evaluación de metas y la evaluación de impactos.

a) La evaluación ex-ante

Es aquella que se realiza antes de poner en práctica el programa o proyecto. Tiene como propósito generar información a las instancias decisionales para la se-

lección de alternativas de solución al problema planteado. Esta evaluación interviene en el proceso de formulación y diseño del programa analizando la pertinencia, viabilidad y factibilidad de las alternativas propuestas. Cumple una función prospectiva, de especial utilidad para las autoridades superiores responsables de la formulación de las políticas y programas de salud.

b) El seguimiento de programa

Esta actividad se realiza a lo largo del proceso de implementación. Examina la práctica médica, la ejecución de los procedimientos técnicos de atención a la salud y el trabajo del equipo de salud. También se ocupa de las instalaciones físicas y de equipos, de los aspectos organizativos, financieros y de personal. Esta evaluación tiene el propósito de conocer la eficiencia operativa del programa. La información producida al respecto es requerida por los administradores del programa y su personal técnico para el mejoramiento de los métodos, procedimientos e infraestructura física.

c) La evaluación de metas

En este tipo de evaluación se estudia el producto final que se obtiene de la ejecución del programa. Tiene como propósito determinar el grado en que han sido alcanzadas las metas propuestas. Se asignan valores a los objetivos y metas a través de indicadores que permitan cuantificar y medir los productos del programa. En el campo de la salud, por lo general, se utilizan determinados estándares y normas establecidos y difundidos por la O.M.S., la O.P.S. y algunos organismos nacionales. Los administradores de programas y organismos públicos recurren a esta actividad evaluativa para obtener información respecto a la cobertura de los servicios. Establecida la discrepancia entre los resultados obtenidos y las metas propuestas, se intenta buscar la relación causal en el funcionamiento del programa.

Sin embargo, hoy en día se reconocen las limitaciones de algunos indicadores convencionales, tales como la mortalidad y la morbilidad para evaluar aquellos programas masivos de salud que suponen una gestión intersectorial. En estos casos, los indicadores convencionales suelen ser complementados con otros indicadores sociales para lograr una mejor información respecto a la variedad de productos o servicios prestados a la población-objetivo.

La evaluación de metas suele identificarse con la medición de cobertura, con lo cual se busca determinar la proporción de la población-objetivo que ha sido atendida. La diferencia entre la cobertura prevista y la cobertura real es explicada a partir de la información obtenida en el proceso de implementación.

d) La evaluación de impacto

Se trata de estudiar el efecto social y económico del programa sobre la población-objetivo a la cual están dirigidos los servicios. En esta evaluación se analiza el contexto social, los beneficios recibidos por la población-objetivo, las interacciones de los grupos de la comunidad involucrados en el programa, las dificultades y efectos sociales de la atención de salud. Ello supone el uso de indicadores sociales y el análisis del nivel de vida de la población-objetivo basado en un enfoque interdisciplinario que incluya los diferentes factores condicionantes de la salud, como son: educación, empleo, vivienda, etc. Se pretende estudiar no sólo los efectos previstos, sino también los resultados no esperados. Este tipo de evaluación puede ser requerido por los diferentes actores que intervienen en el programa. Los organismos centrales de la administración pública tendrán necesidad de conocer la efectividad del programa y su contribución a la política social del país. Por su parte, los gerentes de programas deberían tener interés en conocer el nivel de aceptación de los servicios en la comunidad. Del mismo modo, los grupos beneficiarios y las organizaciones sociales de la comunidad pudieran exigir información sobre los resultados del programa para sustentar sus demandas.

Conviene dejar claro que estos tipos de evaluación no se desarrollan en direcciones separadas, sino que se interconectan y complementan según el propósito de la evaluación y los criterios adoptados.

2.3. Criterios de evaluación

Tradicionalmente la evaluación de los programas sociales se ha centrado en la medición de la eficacia y la eficiencia. Aunque estos conceptos tienen limitaciones para realizar estudios integrales, su uso difundido se justifica ante la necesidad de lograr una asignación y utilización más racional de los recursos disponibles. La eficiencia, en el sentido económico, se utiliza en la evaluación ex-ante y en la evaluación ex-post. Es la relación insumo-producto expresada en unidades monetarias. La eficacia se aplica básicamente en la evaluación ex-post y conlleva a la determinación del cumplimiento de metas. La evaluación de los programas masivos de salud debe ir más allá del esquema convencional de evaluación e incorporar el criterio de equidad para conocer su contribución con los fines de la política social.

a) La eficacia

La definición más aceptada es la que proviene de la teoría de la organización. Se entiende por eficacia el grado de correspondencia entre los resultados alcanzados y las normas establecidas por la organización. En este sentido, la consecución

de los objetivos y metas del programa es lo que interesa, independientemente de los costos asignados. Esta relación aparentemente sencilla, se hace compleja y difícil cuando los objetivos son múltiples y divergentes.

Ante tal situación, es necesario especificar explícitamente el modelo normativo que sirva para identificar el proceso de gestión del programa. Esto significa, en el caso de un programa de salud, definir el problema de salud a resolver, la población beneficiaria, la cobertura deseada, la estructura tecnológica a utilizar, las actividades y la infraestructura física.

La preparación de la evaluación para medir la eficacia en programas con objetivos diversos requiere un análisis de la coherencia interna y jurídica. Exige también, identificar los diferentes actores involucrados en el programa y la traducción de las metas en indicadores de resultados para un período determinado.

En los últimos años, como consecuencia de las continuas innovaciones tecnológicas, la evaluación de tecnologías de salud se ha ocupado de la seguridad como un elemento más de la medición de eficacia tecnológica. La evaluación de la seguridad en la prestación del servicio de salud permite determinar "el riesgo de accidentes que provoquen daños biológicos o psicológicos" (Panerai y Peña, 1990; 21). Esto permitiría, en una evaluación ex-ante, establecer la probabilidad de daños que pueda ocasionar la incorporación de una tecnología médica a la salud física y mental de la población que deberá ser atendida.

Este tipo de evaluación resulta indispensable en los países de América Latina dado el elevado número de muertes y daños irreparables originados por el uso irracional y mecánico de tecnologías novedosas transferidas de los países industrializados. La medición de la seguridad tiene el mérito de garantizar una correcta utilización de la tecnología de salud para mejorar las condiciones de salud de la población beneficiaria.

b) La eficiencia

El concepto de eficiencia en el sentido económico ha sido aceptado universalmente para medir el rendimiento de un proyecto o programa dirigido a producir bienes o servicios. En el campo de la salud, la eficiencia tiene una importancia fundamental como criterio de asignación de recursos y para determinar el grado de optimización de los recursos empleados en la prestación del servicio.

El incremento de los costos de la atención de la salud y la escasez de recursos para satisfacer las crecientes demandas de la población, han conducido a un mayor interés por la eficiencia de los programas. El uso racional de los recursos asignados

al sector social constituye, hoy en día, la preocupación de los funcionarios públicos responsables de los programas de salud.

Esta situación es comprensible por la incidencia de la crisis económica en el costo de atención de salud. La mayor parte de los recursos son destinados a la incorporación y modificación de tecnologías médicas, a los componentes farmacológicos y a la remuneración del personal de salud. Una elevada proporción de insumos y productos son importados, lo cual contribuye a encarecer los costos unitarios y globales de atención.

En este sentido, el análisis de eficiencia permite medir el grado de optimización en el uso de los recursos para maximizar la calidad y la cobertura del servicio a partir del presupuesto asignado al programa. Determinada la cobertura del servicio, los costos de los insumos requeridos por el programa se traducen en unidades monetarias. Siguiendo las reglas financieras del Análisis Costo-Beneficio, se establece la diferencia entre los beneficios del programa y los costos de su ejecución, para luego juzgar su rendimiento.

El análisis de la eficiencia se aplica en las evaluaciones *ex-ante* y *ex-post*. La primera, permite anticipar las posibles consecuencias de utilizar determinados insumos y tecnologías a partir de los recursos disponibles. En la segunda, se ofrece información sobre los costos reales generados en la implementación del programa para llevar el servicio a la población-objetivo.

La eficiencia, como concepto económico, tiene que ver con la asignación óptima de recursos y factores productivos valorados a precio del mercado. En esta noción de eficiencia subyace una visión individualista y liberal de la sociedad que conduce a una distribución desigual de los recursos (Cohen y Franco, 1988; 18). La demanda efectiva de los individuos o grupos sociales con mayor capacidad adquisitiva determinan el valor de los bienes en el mercado y la asignación de los recursos en la sociedad. Este supuesto podría aceptarse en el ámbito de la actividad empresarial cuya lógica existencial es el logro del beneficio económico. No sucede así con los programas de salud del sector público a los cuales se les asigna una función redistributiva.

Los programas de salud deben atender a los principios de equidad y eficiencia de conformidad con las exigencias de la política social. Por ello, los países de América Latina que no cuentan con suficientes recursos para lograr la satisfacción de todas las necesidades de la población, deben priorizar la atención de los grupos en situación de pobreza y lograr su incorporación al desarrollo económico de la sociedad.

La eficiencia, aun con los inconvenientes del mercado para alcanzar la equidad social, es un elemento básico para la evaluación de los programas de salud. No es posible conseguir la equidad si no se hace un uso racional de los limitados recursos disponibles. Por ello, la definición de la población-objetivo en los programas de salud constituye un factor importante para orientar los recursos hacia aquellos grupos más vulnerables de la población.

c) La equidad

El fin último de los programas masivos de salud es la prestación de los servicios a los grupos más pobres de la población. Por ello es necesario considerar el estudio de la equidad. Esto se refiere al cumplimiento de los derechos sociales de los ciudadanos y grupos que conforman la población-objetivo. Su alcance va más allá del análisis de eficacia y eficiencia. Como señalan Cohen y Franco, "implica la satisfacción de las necesidades básicas de la población, seleccionándolas según los grados de urgencia relativa" (ibídem; 24). Esto conlleva a considerar las consecuencias económicas y sociales del programa en el individuo, en la familia y en la comunidad para determinar, en la práctica, la satisfacción de esas necesidades.

El estudio de la equidad supone también el estudio de los efectos esperados o previstos, así como los efectos no previstos que puedan ser atribuidos o no al programa. Algunos impactos positivos pueden aparecer expresados en el programa como una finalidad de la política social. En tal caso, la evaluación se orientaría a verificar el cumplimiento de tales objetivos estratégicos.

En el caso de los programas de salud, el estudio de la equidad estaría fundamentado en las consecuencias de la atención de salud, no sólo en términos de prevenir la enfermedad y la recuperación de la salud, sino también en los cambios de la situación social del individuo. Muchos programas masivos de salud, como la Planificación Familiar y la Diálisis Renal, producen consecuencias económicas, éticas y psicológicas sobre el individuo y la comunidad. Esta evaluación es fundamental para los fines de la política social. Requiere de un esfuerzo imaginativo, de un trabajo interdisciplinario y de una metodología que integre, en el análisis de los resultados, los elementos cuantitativo y cualitativo.

No obstante, conviene dejar claro que la evaluación de los programas de salud, para que sea pertinente y útil a la toma de decisiones, debe incorporar todos los criterios de la evaluación de la gestión: eficacia, eficiencia y la equidad. Objetivamente, un programa no podría estar en condiciones de satisfacer las necesidades básicas de la población-objetivo si su formulación o implementación ha sido ineficiente o ineficaz. De allí la necesidad de optimizar los objetivos y metas, maximizando los beneficios y minimizando los costos sociales.

La literatura sobre esta materia, indica que la evaluación de programas públicos de salud ha puesto mayor énfasis en el seguimiento o evaluación de proceso y en la evaluación de metas. En ambos tipos se busca examinar los efectos reales producidos por el programa con el propósito de introducir correctivos y mejorar las acciones futuras.

En el seguimiento del programa la evaluación se confunde con la actividad de control. Se realiza sobre la marcha para medir la eficiencia operativa. La información que se genera está referida, básicamente, a métodos y procedimientos administrativos de la atención de salud.

En la evaluación de metas e impactos, se busca establecer la relación causal entre las actividades del programa y los resultados. La primera se preocupa por conocer el grado de mejoría y recuperación del paciente; es decir, examina la calidad de la atención médica. La segunda, se centra en la dimensión social de la atención a la salud, más allá de la relación médico-paciente. Su objeto de estudio es la repercusión del programa en el individuo y la comunidad expresado en beneficios o daños económicos, éticos, psicológicos y jurídicos (Penarai y Peña, 1990; 23-24).

Además de las consideraciones conceptuales antes señaladas, es objetivo de este estudio examinar aquellas metodologías de evaluación de programas de salud que mayor difusión tienen en los países de América Latina. A tal efecto, se presenta a continuación un análisis breve de sus contenidos tratando de destacar sus alcances y limitaciones.

3. Metodologías utilizadas en la evaluación de programas de salud

La mayoría de las metodologías que se emplean en el campo de la salud se apoyan en los modelos, métodos y técnicas desarrollados por algunas disciplinas del conocimiento científico y tecnológico, tales como la medicina, la economía, la administración y la sociología. Existe una diversidad de métodos que van desde aquellos que analizan la situación del paciente, donde interviene exclusivamente el trabajo profesional del médico, hasta los que incluyen el estudio de la estructura, el proceso administrativo y el impacto del programa de salud.

Ninguna de las metodologías y técnicas evaluativas utilizadas en los programas de salud constituye, por sí sola, un instrumento suficiente para dar cuenta de los complejos problemas que se derivan de la prestación del servicio de salud. En la generalidad de los casos se busca estudiar aspectos específicos del funcionamiento del programa. Algunos se ocupan únicamente de la eficiencia operativa; otros, analizan

la eficiencia en la evaluación ex-ante, y existen las que examinan la eficacia de los resultados obtenidos. Por lo general, tienen mayor uso aquellos que corresponden al proceso de monitoreo y seguimiento del programa y la evaluación de metas. Muy poca referencia se tiene de las metodologías aplicadas a la evaluación de impactos de programas de salud. Esta situación obedece, en parte, a la falta de experiencia multidisciplinaria y la dificultad en la elaboración de métodos para medir fenómenos de naturaleza multidimensional, como son los problemas de salud.

Aunque no es el propósito de este trabajo analizar la variedad de métodos y técnicas aplicables a la evaluación de salud, conviene hacer una consideración breve de cuatro métodos que han tenido amplia aceptación y difusión en la evaluación de políticas y programas de salud: el análisis costo-beneficio, análisis costo-efectividad, los modelos cuasi-experimentales y la auditoría médica.

a) El Análisis Costo-Beneficio

El análisis costo-beneficio (ACB) es un método para determinar la eficiencia económica de un programa o proyecto. Su lógica consiste en establecer la diferencia entre los beneficios y costos que se estiman generará la implementación de un programa en un tiempo determinado y ofrecer elementos de juicio iniciales para la aceptabilidad o no del programa o proyecto.

Generalmente se utiliza en la evaluación ex-ante de un programa para diversos propósitos, como pueden ser: seleccionar un programa entre varios con la misma finalidad, o bien, elegir entre diversas alternativas tecnológicas de un programa o proyecto único. Los costos y beneficios se traducen en unidades monetarias, lo cual permite establecer una base común para el cálculo de las dos variables y su respectiva comparación (Cohen y Franco; 1988, 203).

El ACB exige una relación explícita de los costos de los recursos requeridos por el programa o proyecto en su ejecución durante un período determinado. Los analistas de proyecto distinguen los costos de inversión y los costos de operaciones. Los primeros, comprenden los gastos de infraestructura física (terreno, edificio, etc..) distribuidos a lo largo del período útil de vida; y los segundos, corresponden a los gastos requeridos para el funcionamiento del programa (sueldos, materiales, servicios y otros).

En la evaluación de programas de salud el ACB permite incorporar los costos directos e indirectos. El enfoque contable para la estimación de costo incluye como costos directos aquellos insumos necesarios para la prestación del servicio médico, tales como el trabajo profesional y no profesional y la adquisición de equipos, materiales y suministro. Los costos indirectos suponen la aplicación de insumos o servicios que influyen indirectamente en las actividades del programa. Así, la implanta-

ción de un nuevo programa puede requerir gastos de alquiler, mantenimiento del inmueble, servicios administrativos y servicios generales.

Los beneficios son todas aquellas ventajas del programa que pueden ser cuantificados económicamente. Entre ellos pudiera señalarse el aumento del número de pacientes atendidos en condiciones satisfactorias o la reducción de los costos de salud como consecuencia de la introducción de una nueva tecnología de salud.

La comparación entre beneficios y costos se logra a través de la tasa de descuento. Ello permite actualizar, al momento de la evaluación, los flujos de ingresos y egresos que se obtendrán en el futuro. La tasa de descuento que se aplique a los programas de salud financiados con fondos públicos, debe ser diferente a la que rige en el mercado para las clínicas u hospitales privados. Las inversiones sociales en programas masivos de salud, requieren una tasa de descuento baja favorable en función a su carácter redistributivo. Al respecto, Panerai y Peña señalan: "Un argumento en favor del empleo de tasas por debajo del valor del mercado es que no debe asignarse a los fondos para programas sociales y de salud el mismo costo de oportunidad que al dinero del sector privado, porque promueve el interés general de la sociedad" (Panerai y Peña, 1990; 75-76).

Para obtener una información más completa sobre los valores obtenidos en la actualización del flujo de beneficio y costo, se utiliza el análisis de sensibilidad para determinar en qué medida los resultados estimados podrían modificarse al cambiar algunas de las condiciones de sus variables (tasa de descuento, precio del mercado etc.). El análisis de sensibilidad busca mostrar los diferentes beneficios correspondiente a la combinación de los valores más bajos y más altos de las variables modificadas dentro de los límites del intervalo establecido. Lo fundamental de este análisis es la información que se tiene acerca de los posibles efectos esperados al escoger diferentes alternativas para la asignación de recursos en situación de riesgo. Un factor importante a considerar en la evaluación de programas de salud es el análisis del costo de oportunidad. Este análisis ayuda a decidir sobre la adopción o no de un nuevo programa o proyecto en relación a otras alternativas existentes. Ante la escasez de recursos que enfrentan los organismos públicos, el costo de oportunidad constituye el criterio que le asigna el verdadero valor económico a un programa o recurso. No obstante, la distorsión de la información proveniente del mercado, condicionado por la presencia de controles de precio y de cambio, los monopolios y la especulación comercial, dificultan la medición del costo de oportunidades en condiciones reales.

El principal problema planteado en el ACB es que la mayoría de los programas masivos de salud genera resultados cuyos valores no siempre pueden ser traducidos

en unidades monetarias. Los programas preventivos, como los epidemiológicos, están destinados a lograr impacto a largo plazo en la población cuyos efectos son difíciles de medir en términos monetarios. En este caso, el método usualmente utilizado para la evaluación económica de programas sociales con fines generales y amplios es el Análisis Costo-Efectividad (ACE).

b) El Análisis Costo-Efectividad

Este método, al igual que el ACB, se propone medir la eficiencia económica del programa o proyecto a ser ejecutado, con la particularidad de que no se ocupa de la rentabilidad, sino de comparar los costos con los productos que generará el proyecto. De esta forma, es posible determinar cuál es la alternativa más eficiente para alcanzar las metas o productos estimados.

La aplicación del ACE es de gran utilidad en la evaluación de numerosos programas de salud cuyas coberturas son posibles de cuantificar en unidades físicas. En programas de salud, como los de vacunación y de control de cáncer uterino y mamario, se determina el volumen de usuarios que recibirá los servicios en un tiempo dado. Esto permite establecer el costo de prestación de los servicios de una parte de la población-objetivo del programa.

Una vez definidos los objetivos de la política de salud que se desean alcanzar, se plantean las alternativas de solución y se calculan sus respectivos costos. Al igual que el ACB, solamente se consideran los costos tangibles (costo de inversión, costos de operaciones y costos de mantenimiento) requeridos por cada alternativa expresados en promedio anual para el período de tiempo proyectado. Estos costos son divididos por el número de servicios a prestar o por la cantidad de usuarios que deben atenderse. Como el producto de las diversas alternativas planteadas es el mismo, la decisión debe favorecer aquella que presente el menor costo.

El ACE, por lo general, se utiliza en la evaluación de programas de salud para decidir la asignación de recursos para proyectos destinados a la dotación de infraestructura física y adquisición de tecnologías cuyos costos deben ser prorrateados en el lapso de vida estimado del programa.

En la situación de crisis económica actual, donde la inflación ha desatado un aumento permanente en los costos de atención de la salud, mientras los recursos disponibles son cada vez más escasos, es imprescindible optimizar los fondos públicos destinados a la inversión en ese campo. Por ello, para la evaluación de programas de salud, el ACE constituye uno de los instrumentos clave que permite determinar la opción más eficiente para alcanzar las metas previstas en los programas de salud.

c) Los Modelos Cuasiexperimentales

El propósito de los modelos cuasiexperimentales es determinar los cambios que ha producido un programa en la población-objetivo. La lógica procedimental del modelo consiste en realizar una medición de un grupo o grupos de la población-objetivo, antes y después de ejecutado el programa, para luego comparar los resultados finales con las condiciones iniciales. La interpretación de las variaciones detectadas se basa en una relación de causa-efecto imputable únicamente al programa.

Los diseños cuasiexperimentales que mayor uso tienen son la series temporales y el grupo de control no equivalente. El primero, aplica mediciones periódicas sobre un grupo o institución durante un período de tiempo determinado y después compara los resultados con los datos estadísticos de períodos anteriores; y el segundo, se apoya en un grupo de control o de comparación para examinar el grupo observado o experimental que recibe los beneficios del programa. La diferencia entre estos dos grupos es atribuido al funcionamiento del programa (Weiss, C., 1980; 87-89). La selección de cada uno de estos diseños dependerá de la especificidad del programa y los objetivos de la evaluación.

A diferencia de los estudios experimentales, el modelo cuasiexperimental se caracteriza por no utilizar la selección aleatoria para la conformación de los grupos o unidad objeto de evaluación. Tampoco pretende ejercer un control en los efectos externos del programa. A pesar de no tener la rigurosidad de un verdadero experimento, sus resultados son aceptados en la evaluación de programas de salud, especialmente cuando se trata de probar la efectividad de nuevas tecnologías médicas en los cuales se desea medir sus efectos y riesgos de salud.

Estos diseños sólo reconocen los factores internos del programa, dejando de lado una serie de factores ambientales que pueden estar incidiendo en el comportamiento de los grupos experimentales. Cuando se utiliza solamente los registros y expedientes de los organismos acerca de las personas que participan en el estudio, la probabilidad de error es muy alta y pueden conducir a interpretaciones equívocas sobre los resultados.

No obstante sus deficiencias, el diseño cuasiexperimental de control histórico, es muy utilizado en los países de América Latina. Constituye una opción más viable que los estudios experimentales para la evaluar programas o tecnologías de salud, sobre todo ante la escasez de recursos económicos y de personal especializado que enfrentan dichos países.

d) La Auditoría Médica

Es un método que se emplea para la evaluación de la práctica médica. En los países industrializados se ha institucionalizado como una metodología para evaluar la atención del paciente en los hospitales y clínicas. Algunos países latinoamericanos han adoptado este método con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica en los centros asistenciales.

La auditoría médica es asumida, dentro del campo médico, como un método para “determinar el grado en que el servicio realizado cumple con los requisitos de excelencia” (López, T., 1989; 6). Estos requisitos están referidos a los criterios, patrones o estándares acordados por el cuerpo médico.

Estos criterios o estándares son formulados en términos específicos y cuantificables por los departamentos o servicios clínicos, de manera que el personal médico y paramédico, según la situación del paciente, estará en condiciones de detectar las desviaciones que puedan reflejar los estados patológicos. Aquí se requiere del conocimiento, habilidad y experiencia del médico y de un adecuado registro de las historias médicas que suministre información completa y rápida sobre los trastornos, enfermedades del paciente, los tratamientos cumplidos y su resultados

La auditoría médica es un método aplicado en los hospitales y establecimientos asistenciales de cualquier tipo que permite ejercer un control sobre los procedimientos operativos en la ejecución de un programa de salud. Su propósito no es establecer responsabilidades en las causas del problema diagnosticado que deben resolverse, sino la de ofrecer una información continua para elevar la calidad de la atención médica (Idem). Se utiliza como instrumento de monitoreo, tanto para verificar el cumplimiento de los procedimientos médicos programados, como en lo que respecta al mejoramiento de la práctica médica.

Con excepción del modelo cuasiexperimental, los métodos antes señalados se proponen analizar la adecuación de los medios a fines. En el ACB y ACE se pretende realizar una selección óptima de la alternativa de medios o recursos que mejor contribuya a la eficiencia del programa. Exigen como prerequisite la definición clara de los objetivos a perseguir cuantificados en unidades físicas o financieras debidamente jerarquizados.

La aplicación de estos métodos presenta limitaciones para evaluar el impacto de un programa o proyecto sobre los grupos de la población-objetivo. Los cambios que produce un programa de salud en la población son el resultado de diversos factores del contexto, algunos de los cuales resultan difíciles para traducirlos en unidades físicas o monetarias.

La auditoría médica tiene un alcance claramente definido: la eficiencia operativa. Su interés está centrado en el proceso de atención médica del paciente. Por lo tanto, los efectos sociales quedarían fuera de toda consideración en este método.

El modelo cuasiexperimental resulta útil cuando existe la posibilidad de tener información sobre los grupos experimental y de control. Pero ello no es posible en todos los casos. Los programas de salud que generan impactos sobre la masa de la población, tales como los programas de saneamiento ambiental y atención materno-infantil, son complicados de evaluar mediante el análisis "antes-después" de los dos tipos de grupo. Es muy improbable la selección de dos grupos representativos del universo de la población-objetivo por la heterogeneidad de las condiciones socioeconómicas y las diferencias de localización de la población-objetivo. Además, se corre el riesgo de que los resultados finales provengan de variables contextuales diferentes a las manejadas por el modelo en cuestión.

El modelo cuasiexperimental es uno de los métodos utilizados en la investigación evaluativa para el estudio del impacto de programas. Esta evaluación exige contar con objetivos y métodos claramente definidos. Supone un control de todas las variables que intervienen en la situación estudiada. A esto se debe añadir dos requisitos adicionales planteadas por Sulbrandt: un adecuado registro administrativo para conformar un banco de datos confiable y una uniformidad de las acciones que deben recibir los grupos beneficiarios en el tiempo y en el espacio.

Como es sabido, los programas de salud pueden generar una variedad de efectos en la población con diferentes manifestaciones, dependiendo de las condiciones socioeconómicas, la localidad y la cultura del grupo beneficiario. La evaluación se hace más difícil cuando se trata de programas cuyos impactos tienen sus efectos a largo plazo, como sucede con la mayoría de los programas masivos de salud. Por ello, es necesario desarrollar estudios de carácter exploratorios que utilicen o los métodos de investigación social, permitan obtener resultados con el menor costo y en un plazo aceptable.

Desde la perspectiva organizacional, la evaluación de impacto conlleva al estudio sistemático e integral de los resultados obtenidos. Se apoya en la información obtenida de la evaluación de proceso y examina el grado de solución al problema integrado definido en la evaluación ex-ante.

La evaluación de impacto constituye una de las tareas más complejas de la evaluación de programas de salud, por cuanto focaliza su atención en los diferentes dimensiones del contexto que pueden estar incidiendo en el problema inicialmente formulado. Se analiza el efecto social y económico del programa sobre el individuo, el grupo social y la comunidad. Esto supone la utilización de un enfoque y un esque-

ma metodológico que combine la medición cuantitativa con la información cualitativa para lograr una mejor comprensión de la situación objeto de estudio. Evidentemente, cuando se evalúa el impacto siguiendo el criterio de equidad, el programa queda enmarcado en una perspectiva societaria.

4. Conclusiones

La complejidad de los programas masivos de salud exige la utilización de diversos criterios de evaluación que permitan generar información relevante para el proceso de toma de decisión. Estos criterios tienen que ver con la eficiencia, la eficacia y la equidad.

El análisis de eficiencia es empleado en la formulación del programa para decidir la asignación de recursos a proyectos específicos. También durante el proceso de ejecución y al culminar el programa para verificar que los resultados se estén logrando de acuerdo a las metas y actividades programadas. Es de singular importancia para el desarrollo de políticas y programas de salud en los países de América Latina, por cuanto contribuye a buscar soluciones que hagan posible un uso óptimo de los recursos disponibles en función de una mejor atención a los grupos destinatarios del servicio.

La eficacia generalmente se analiza en la evaluación ex-post. Se busca determinar si los programas de salud lograron los resultados esperados y bajo qué condiciones. Esto plantea la tarea metodológica de transformar los objetivos y metas en unidades operacionales de medición. Cuanto más genéricos y diversos sean los objetivos de los programas, tanto más compleja será la medición de la eficacia.

En los últimos años se ha venido incorporando el criterio de equidad en la evaluación de los programas sociales que responden a la política redistributiva. Esto es importante, especialmente para los programas sociales compensatorios en el campo de la salud, como serían los programas de Atención Materno Infantil (PAMI), de Atención y Protección a los Ancianos y Minusválidos, y Merienda a los Niños Preescolares y Escolares, que tienen como finalidad minimizar las pérdidas de bienestar producidas en los grupos de menores ingresos a consecuencia de la aplicación del plan de ajuste estructural. Se podría aseverar que la equidad es un criterio de orden ético-político en tanto busca determinar el logro de los fines de la política social y el ejercicio del derecho a la salud establecido tanto en el marco jurídico nacional como en el derecho internacional.

La medición y análisis del impacto, atendiendo al criterio de equidad, implica considerar los efectos esperados e imprevistos del programa sobre la población-ob-

jetivo. Para ello se requiere la construcción de un modelo metodológico que combine en el procedimientos de análisis los datos cuantitativos con los datos cualitativos y situacionales. Esta perspectiva metodológica permitirá obtener un estudio más comprensivo y realista de los resultados del programa, con lo cual se lograría un importante aporte a la gestión de las políticas sociales.

Notas

- 1 Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación: "Evaluación de programas de Salud en el Estado Zulia. Caso del Programa de Planificación Familiar". Centro de Estudios de la Empresa. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.

Referencias bibliograficas

Libros

- COHEN, Ernesto y FRANCO, Rolando. (1988) Evaluación de Proyectos Sociales. Grupo Editor Latinoamericano. Argentina, 1988.
- CHAVEZ, Mario. (1981). Salud y Sistema. Ediciones ULA. Mérida, 1981. p. 97
- LANZA, Aquiles. (1983). "Principales problemas de la administración gubernamental de la salud en América Latina". En: La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración. Fondo de Cultura Económica. México, 1983.
- PANERAI, Ronney y PEÑA, Jorge. (1990). Evaluación Tecnológica de la Salud. Metodologías para países en desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1990.
- SUBIRATS, Joan. (1989). Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración. Instituto Nacional de Administración Pública. MAP. Madrid, 1989.
- SULBRANDT, José.(1993). "La evaluación de los programas sociales: una perspectiva crítica de los modelos usuales". En: Pobreza. Un Tema Impostergable. Nuevas Respuestas a Nivel Mundial. Bernardo Kliksberg (Comp.). CLAD y PNUD. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
- WEISS, Carol. (1980). Investigación Evaluativa. Editorial Trillas. México,1980.

Publicaciones periódicas

- CLIMENT, Graciela y MENDES, Ana. 1986). "Accesibilidad Cultural: Satisfacción de las necesidades en la relación médico-paciente". En MF, Revista Internacional de Medicina Familiar. N°3, 4° Trimestre, 1986. Maracaibo, Venezuela.
- MARTINEZ, Yadira. (1995). "La Tutela del Derecho a la Salud en Venezuela y en el Ambito Internacional". En: Revista Cuestiones Políticas. Instituto de Estudios Políticos

y Derecho Público. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad del Zulia. N° 15, 1995. Maracaibo.

Tesis, seminarios, informes técnicos

D'ANGELICO, Carolina; GONZÁLEZ, Morelia y MORALES, Amira. (1993). El Programa de Planificación Familiar como Política de Salud. Caso: Cuatro Instituciones Dispensadoras de Salud. Municipio Maracaibo, Estado Zulia. Universidad del Zulia. Escuela de Trabajo Social. Trabajo Especial de Grado. Maracaibo.

LOPEZ RAMIREZ, Tulio. (1989). La Auditoría Médica: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Metodología y Práctica. MSAS-FMV. Técnicas Hospitalarias. Marzo-Junio 1989.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1992). Normas de Atención Materna y Planificación Familiar. 1° Edición. Caracas, 1992.