

Las reformas de los sistemas de salud: un enfoque desde la gerencia

Health system reforms: an approach from management

Rolando Montero Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-2273-0181>

Sandra Santana López^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-4863-928X>

Orlando Carnota Lauzán³ <https://orcid.org/0000-0002-8604-0243>

Carmen Arocha Mariño³ <https://orcid.org/0000-0002-8659-4000>

¹Hospital Dermatológico “Guillermo Fernández Hernández Baquero”. La Habana, Cuba.

²Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba.

³Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: psantana@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las características de los sistemas y servicios de salud están vinculadas con el nivel de desarrollo de cada sociedad, el contexto político, la situación económica, el avance de las ciencias médicas, las luchas de los sectores más desprotegidos y la conciencia comunitaria sobre el problema. La necesidad de introducir reformas de tal manera que influyan en el desarrollo de los sistemas de salud se impone, aunque los resultados de estas no sean parejos.

Objetivo: Mostrar conceptos fundamentales relacionados con las reformas de los sistemas de salud desde un enfoque gerencial.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura para lo cual se ejecutó una búsqueda de artículos científicos de revistas indexadas en las bases de datos Medline (PubMed), SciELO, Scopus Medscape, artículos, tesis doctorales y libros impresos que acopiaran las mejores evidencias sobre el tema. Se utilizó el motor de búsqueda Google Académico y los descriptores “reforma de la atención de salud” y “sistemas nacionales de salud”.

Conclusiones: Con frecuencia, las propuestas de reforma de sistemas nacionales de salud están adornadas de frases que intentan demostrar su conveniencia tales, como racionalización, simplificación, financiamiento, eficiencia, entre otras. Los profesionales de la salud, líderes sanitarios y representantes de los ciudadanos deben asegurarse acerca de cuál es el verdadero sentido de esos conceptos y en qué medida producirán un sistema más justo, equitativo y sostenible.

Palabras clave: reforma de la atención de salud; análisis situacional; programa estratégico; tecnologías gerenciales.

ABSTRACT

Introduction: The characteristics of health systems and services are linked to the level of development of each society, the political context, the economic situation, the advancement of medical sciences, the struggles of the most unprotected sectors, and community awareness of the problem. The need to introduce reforms in such a way as to influence the development of health systems is imposed, even if the results of these are not even.

Objective: To show fundamental concepts related to the reforms of health systems from a managerial approach.

Methods: A literature review was conducted for which it was carried out a search for scientific articles from journals indexed in the Medline (PubMed), SciELO, Scopus Medscape databases, articles, doctoral theses and printed books that collected the best evidence on the subject. Google Scholar search engine and the descriptors "health care reform" and "national health systems" were used.

Conclusions: Proposals for the reform of national health systems are often adorned with phrases that try to demonstrate their desirability, such as rationalization, simplification, financing, efficiency, among others. Health professionals, health leaders and citizen representatives must be assured about what the true meaning of these concepts is and to what extent they will produce a more just, equitable and sustainable system.

Keywords: health care reform; situational analysis; strategic programme; management technologies.

Recibido: 24/06/2021

Aceptado: 27/09/2021

Introducción

La historia de los sistemas y servicios de salud vista, en alguna medida, como una estructura social generalizada se pierde en el tiempo. Las maneras de expresarse están vinculadas con el nivel de desarrollo de cada sociedad, el contexto político, la situación económica, el avance de las ciencias médicas, las luchas de los sectores más desprotegidos y la conciencia comunitaria sobre el problema.

Según *Prosperi*⁽¹⁾ el carácter social de la producción en salud, el hecho de constituir un servicio universalmente imprescindible y ser tanto una necesidad individual como poblacional, genera un protagonismo que no puede desconocerse ni siquiera en el marco de las primeras sociedades humanas. Lo que cambia es la manera de manifestarse, de atenderse y de solucionarse.

La propia complejidad del siglo XX, los impresionantes cambios tecnológicos y sociales, la necesidad de elevar la eficiencia sin sacrificar los resultados y los intentos por introducir en la salud pública conceptos economicistas, hicieron surgir prácticamente un movimiento generalizado para introducir reformas en los sistemas nacionales de salud, sobre todo a finales del siglo y principios del siguiente. Los resultados de estas reformas, tal como plantea *Basile* no han sido parejos y de hecho, todavía se vienen realizando.⁽²⁾

Teniendo en consideración estos antecedentes, el objetivo del estudio fue mostrar conceptos fundamentales relacionados con las reformas de los sistemas de salud desde un enfoque gerencial.

Métodos

Para la revisión de la literatura se realizó una búsqueda de artículos científicos de revistas indexadas en las bases de datos de Medline (PubMed), SciELO, Scopus Medscape, artículos, tesis doctorales y libros impresos que acopiaran las mejores evidencias sobre el tema. Se utilizó el motor de búsqueda Google Académico y los descriptores “reforma de la atención de salud” y “sistemas nacionales de salud”.

La reforma de los sistemas de salud. Conceptualización del término reforma

El concepto reforma se ha prestado históricamente para muy diversas interpretaciones e intenciones. Generalmente, se asocia a cambios sustanciales expresados en transformaciones supuestamente positivas, pero en la práctica los motivos y los resultados adoptan numerosas variantes. Ni los motivos son necesariamente para mejorar, ni los resultados coinciden en todo momento con los propósitos. Posiblemente, la reforma de los sistemas nacionales de salud sea un buen ejemplo para esta afirmación.

Según *Saltman y Figueras*:⁽³⁾

La definición del término reforma carece de consenso universal dado el grado de cambio que implica una reforma del sector salud [...] Sin embargo, la diversidad a lo largo de países en cuanto a valores sociales, patrones culturales y niveles socioeconómicos de desarrollo, así como la complejidad inherente al diseñar e implementar reformas, demanda un enfoque más amplio. En consecuencia, con estas observaciones, la OMS define la reforma como un proceso intencional, sostenido y sistemático de cambios estructurales en uno o varios subsistemas mayores del sector salud.

La implementación de reformas de un sistema nacional de salud

Vélez plantea que la reforma de un sistema nacional de salud requiere de un trabajo complejo, que incluye un diagnóstico preciso de la situación actual. Para esto se emplean herramientas adecuadas, la participación activa de los implicados y el acceso a información precisa sobre el entorno, las políticas nacionales, las tendencias económicas y sociales.⁽⁴⁾ Se considera, en el presente estudio, que el diagnóstico es solo un punto de partida. Demanda hacer balance de posibilidades, identificación de prioridades, indicadores y metas. Todo esto, una vez más, con la participación activa de los implicados, lo cual incluye un variado proceso de negociación. El producto a alcanzar representa un programa estratégico de reformas que necesita ser instrumentado adecuadamente para asegurar su seguimiento en la vida real, tal como alertan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).^(5,6)

Otro problema de las reformas en el sistema de salud está relacionado con el modelo que se va a tomar de referencia. Es hasta cierto punto natural que los sistemas que han sido considerados como excelentes, se utilicen como patrón para ser parte de la reforma que va a ser aplicada, pero eso no es tan simple. Esta puede ser una buena idea si se toman en cuenta las reglas básicas de la referenciación competitiva (*benchmarking*), que es la técnica a emplear cuando se trata de incorporar las mejores prácticas.⁽⁷⁾

De ninguna manera hay que subestimar la complejidad asociada a un proceso de reformas de este tipo. Como plantea *Matus*:⁽⁸⁾

[...] el sistema social no es un objeto sujeto al control de un hombre, es un sistema que crea sus propias leyes y está integrado por hombres que tienen sus propias apreciaciones sobre lo que está mal y está bien, sobre lo que es una sociedad ideal y sobre la conveniencia de intervenir o no sobre el sistema para alterar su curso direccional, su velocidad de cambio, o reformar y reemplazar sus leyes básicas. Que algo sea necesario para alguien no significa que pueda ejecutarse sin obstáculos, ni que ese algo puede ser ejecutado por un organismo que no está comprometido con dicho plan.

En consecuencia, el diseño e implantación de reformas de los sistemas nacionales de salud, requiere basarse en un trabajo de investigación apoyado en herramientas del campo de la epidemiología, la sociología, el análisis y diseño de sistemas, la gestión de la calidad, el diseño e implementación de estrategias, el control orientado a la gestión y los métodos cuantitativos y cualitativos de la investigación en salud.⁽⁹⁾ Subestimar estos elementos resulta en productos incompletos que posiblemente se aceptarán como buenos y en consecuencia le dedicarán recursos y los someterán a controles para verificar que se implementaron tal como decía el programa.

Los componentes clave para una reforma de sistemas nacionales de salud

Un problema crítico al referirse a sistemas nacionales de salud es que abarcan el país como un todo. Es decir, no constituyen un programa estratégico específico de la entidad que dirige las organizaciones sanitarias. Esto se debe a que su cadena de valor se extiende también al paciente, su familia, las poblaciones, los otros sectores, los órganos legislativos y ejecutivos,

los servicios educacionales, los medios de comunicación y en general todo lo que de alguna manera opera en la sociedad.

Del modo cómo cada uno de estos factores actúe, se producirán o no condiciones favorables o desfavorables para el estado de salud de las personas y las poblaciones. Un escenario de este tipo tiene que ser objeto de políticas públicas que lo ordene y lo integre. *Roman*⁽¹⁰⁾ considera que todos estos factores se pudieran agrupar en tres grandes componentes ineludibles e interrelacionados: político, técnico y económico.

En referencia al componente político, la salud es un problema de estado y por tanto un tema que corresponde a la alta dirección legislativa y ejecutiva de cada país. Normalmente, ninguno de estos dos niveles es un ente homogéneo, sino que más bien se caracteriza por lo contrario según la National Health Service (NHS), de Inglaterra.⁽¹¹⁾ Dentro de cada uno hay casi siempre grupos de poder o al menos personas influyentes que tienen sus criterios, intereses particulares, o actitudes determinadas. Y la salud es un tema “fuerte”, no solo por sus implicaciones sociales, sino además por el peso que representa en el presupuesto de cada nación.⁽¹²⁾

El componente político se mueve dentro de lo conceptual y puede crear una especie de sello que marque todo lo demás que pueda hacerse en materia de reformas. Por otra parte, se produce muchas veces una cadena de interpretaciones, bien o mal intencionadas, que generan efectos diferentes en su ejecución práctica en los niveles inferiores, tal como lo confirman investigaciones realizadas en algunos países.^(13,14)

En cuanto al componente técnico, en este estudio se ha podido apreciar que, lamentablemente, con frecuencia se piensa en él, casi exclusivamente, en lo relativo al aspecto clínico, quirúrgico y epidemiológico y se deje fuera lo referido a la logística, la organización y la gobernabilidad. Este componente es mucho más que el aspecto médico, y cuando esto no queda claro, la operación posterior no cumple con los requisitos de continuidad, seguridad, efectividad y eficiencia que se espera de un sistema de salud. Los cambios se suceden en cierta secuencia que no es necesariamente la pronosticada e incluso de una manera aparentemente espontánea. En la medida que la estrategia y la implementación estén mejor elaboradas, tal secuencia tiene más posibilidades de ser visualizada y controlada.⁽⁸⁾

Esa otra parte técnica tiene que ver con la concepción estrictamente fundamentada del propio proyecto de reforma y su implementación. Según *Arredondo* y otros⁽¹²⁾ se requiere contar con un estudio situacional previo riguroso; el empleo de técnicas de negociación y consulta suficientemente amplias; claridad en cuanto a los objetivos a alcanzar y el modelo a que se aspira; concreción de las metas y los indicadores; plan de implementación y condiciones para su seguimiento. Muchos proyectos fracasan por ser muy atractivos para la clase médica, pero carecen del saber hacer (*know-how*) para que resulten productivos en toda su extensión, tal como lo evidencian investigaciones realizadas por *Castillo Sepúlveda* y *Ariaga* sobre el sistema de salud chileno.^(15,16)

En cuanto al componente económico, según *Maceira* en su artículo “Economía política de las reformas de salud”,⁽¹⁷⁾ todo proyecto requiere recursos tanto para su implementación como para su operación en la práctica. No solo es una cuestión de financiación, sino que comprende también una serie de decisiones, muchas de las cuales están también comprometidas con posiciones políticas, técnicas, ideológicas o históricas de los que deben tomar las decisiones.

Tales decisiones tienen que ver con cuándo, cómo, con qué frecuencia y con cuáles características se asignarán los recursos de personas, equipos, materiales, medios, tiempo, informaciones, dinero y eso depende de la manera en que conciben y apliquen los mecanismos reguladores.⁽¹⁸⁾ Al mismo tiempo, se debe tomar en consideración qué tipo de modelo de salud es el que se va a implementar, cuál es la situación económica y financiera del país, y cuáles serán las prioridades y restricciones a tener en cuenta. Todo esto deberá ser respaldado por las lógicas fuentes de financiamiento según *Bell* y *Grabenstatter*.⁽¹⁹⁾

En cuanto a la mezcla de componentes ninguno de los tres es más importante que otro, pero en situaciones concretas el peso relativo de cada uno cambia en función del contexto, del momento y de los implicados, lo cual no es necesariamente un problema. Lo que habría que evitar es que alguno de ellos se convierta en concluyente, dado el poder de los líderes que lo representan y reduzca los otros a simples prisioneros.

Por otra parte, los componentes no actúan necesariamente en cierto orden en el tiempo, ni tampoco con igual jerarquía.⁽²⁰⁾ Una forma de acercarse mejor a los resultados sería lograr acuerdos macro que sean un producto del consenso de los que trabajan en el proyecto y restringir, de esta manera, los pasos restantes a lo comprendido dentro de esa zona. En caso

contrario, se retrocede una y otra vez, se improvisa y a última hora se toman decisiones apresuradas como se describen en investigaciones realizadas por *López-Arellano y Gutiérrez*.^(21,22)

Finalmente, algún componente puede aparecer en el grupo de otro debido a confusiones, manipulaciones, maneras de captar adeptos o simplemente trampas. Por ejemplo, es usual que los actores interesados en la mercantilización de la salud, afirmen que esta es simplemente un problema técnico supuestamente despojado de todo elemento político y, por tanto, sencillo de solucionar con medidas financieras.⁽²³⁾

El componente técnico gerencial de las reformas

Todo trabajo de alguna complejidad requiere ser conducido de manera que el resultado se alcance de la forma más racional posible. En la medida que tal complejidad sea mayor, la necesaria conducción requiere un nivel de logística a la altura del problema a resolver y de los medios que se disponen. Cuando tal logística se sustituye por la improvisación, los resultados no se producen como se desearía, los costos de conseguirlos serían muy altos, o ambas cosas.

El llamado gurú de la gerencia, Peter Drucker (1909-2005), dejó dos frases contundentes con respecto a lo imprescindible de la gerencia y el liderazgo para conducir acertadamente las organizaciones.⁽²⁴⁾

- “Gerencia es convertir recursos en resultados”
- “Solo tres cosas suceden naturalmente en las organizaciones: fricción, confusión y bajo desempeño. Cualquier otra requiere liderazgo”.

Carnota⁽²⁵⁾ plantea que los sistemas nacionales de salud son altamente complejos, de gran extensión, dinamicidad y muy vinculados con el bienestar y salud de las personas y con el progreso social y económico de las naciones. Por estas razones, hace ya algún tiempo que no hay dudas en que estos sistemas tienen que ser gerenciados. El problema consiste en cómo hacerlo.

El punto de vista anterior, prioriza un enfoque de los sistemas nacionales de salud a partir su planificación, organización, dirección y control, que es el que predomina en este estudio.

Aunque no se descartan otras maneras de investigarlo a partir de prioridades diferentes como pueden ser la estrictamente sanitaria, política, la clínica o fiscal,⁽²⁶⁾ entre otras.

Plantearse una reforma básicamente gerencial de un sistema de este tipo es algo un poco diferente a su dirección durante su operación cotidiana, pues significa cambiarlo de forma sustancial sin siquiera poder detenerlo mientras la modificación se produce. Se requiere aplicar técnicas de investigación en sistemas y servicios de salud generalmente con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo).⁽⁴⁾ Por otra parte, resulta importante recordar que la producción en salud tiene un carácter intersectorial vinculado a sus factores determinantes, lo que no debe ser ignorado, tal como planteó *Castell- Florit*.⁽²⁷⁾

El análisis situacional

Desde el punto de vista gerencial, una reforma de tal magnitud, es en primer lugar, un problema metodológico de tipo estratégico y está sujeto, por tanto, a los métodos y reglas específicos que le caracterizan.⁽²⁸⁾ En consecuencia, el paso inicial requiere disponer de suficientes evidencias, como plantean, *Manyazewal* y otros⁽²⁹⁾ acerca de las características del objeto de estudio que sirvan de base para construir el proyecto de reforma, con la mayor precisión posible.

En el estudio de posibilidades y expectativas el análisis situacional abarca los siguientes elementos:

- Estrategias y políticas de gobierno
- Bases de datos
 - Desempeño actual y reciente.
 - Análisis de la situación de salud.
 - Pronósticos, estimados, riesgos.
- Expectativas de:
 - Pacientes.
 - Familiares.

- Prestadores.
- Comunidad.
- Organizaciones civiles.

– Situación socioeconómica

Este enfoque es defendido también por *Matus*,⁽³⁰⁾ al situar el análisis situacional como el primero de los factores a tener en cuenta en el proceso de planificación estratégica y por tanto el que condiciona los siguientes. Este tipo de reconocimiento no se limita a una descripción general, sino que incluye todo aquello necesario para identificar cómo es, cuáles son sus problemas, qué posibilidades hay para posibles cambios y qué piensan al respecto las personas implicadas.

Este análisis de posibilidades y expectativas es equivalente a un diagnóstico en profundidad que afinque una visión proactiva de cómo el sistema de salud puede dar un salto importante en su desarrollo y qué puede aportar lo que pasó, lo que está pasando y lo que pudiera pasar. De manera que la concepción de la reforma sea lo más consistente y coherente posible según opinan *Castro* y otros.⁽³¹⁾ Se requiere tener bien identificada la situación de salud y sus tendencias; cómo se comportó la ejecución de las estrategias y planes anteriores y dónde estuvieron los puntos fallos y los favorables y, en particular, cuáles son los escenarios que se esperan y qué riesgos se asocian a las ideas que se pueden estar considerando, así lo definieron *Águila* y otros en “Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud”.⁽³²⁾

Todo lo relativo al interior del sistema de salud resulta insuficiente si no se toman en cuenta cuáles son las políticas y estrategias de la organización superior; las normas y legislaciones del gobierno; las disposiciones que están en proceso de elaboración o que se suponen van a ser creadas en el futuro y las condiciones económicas en su papel como inmovilizador o dinamizador del sistema. En esa coyuntura pueden ser necesarios procesos de negociación que, en alguna medida, se anticipan a los necesarios durante momentos posteriores según *Botto* y otros⁽³³⁾ en investigaciones realizadas sobre el tema en Argentina. *Quentin* y otros presentan un panorama más completo aún en su estudio sobre reformas en salud en 27 países europeos.⁽³⁴⁾

Para estos autores, otro punto clave es conocer lo que piensan, sienten, valoran o esperan todos los que de una manera u otra pueden beneficiarse o perjudicarse con los cambios que se realicen y que tienen sus propios criterios al respecto. Su participación es imprescindible. *Ávalos y López*⁽³⁵⁾ demuestran durante sus investigaciones al respecto, que partir de lo que sienten, esperan, experimentan y valoran los pacientes, es la fórmula imprescindible para apreciar en qué punto fallan los procesos de asistencia médica y qué se puede hacer al respecto. En el caso de la salud, los pacientes representan los implicados de mayor importancia.

Ningún esquema de este tipo tiene carácter universal. La extensión, profundidad, tipos de herramientas y técnicas a emplear, duración, situación actual del sistema y problemas principales que presenta demandan un tipo de acondicionamiento que se ajuste a lo que se necesita para ese proyecto de reforma, para ese país o región y para lo que realmente es posible hacer. El análisis situacional es la base teórica, metodológica y práctica sobre la cual se van a realizar las tareas orientadas a definir la estrategia de cambio. Condiciona, en buena medida, la calidad y precisión de las decisiones que se tomen

El programa estratégico de reformas

A partir del contenido del análisis situacional se inicia un proceso encaminado a definir el programa de reformas en su concepción estratégica. Buena parte de esta secuencia consiste en trabajo de mesa, con una alta participación de implicados e incluye a veces consultores externos. Desde el punto de vista metodológico, el proceso de transformar todos los contenidos del análisis situacional en un producto apoyado en evidencias no solo satisfactorios, sino además susceptibles de ser cumplido y aceptado, demanda el empleo de numerosos métodos, tecnologías, y herramientas que son reconocidos como apropiados para tal propósito. Entre estos pueden destacarse:

- tormenta de ideas, en todas sus variantes;
- análisis y solución de problemas;
- reducción de listados;
- diagrama de afinidad; matriz DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades);

- diagrama causa-efecto;
- análisis de implicados;
- campos de fuerza;
- categorización y análisis de discursos;
- experiencias o iniciativas de personas claves;
- procesos de negociación para manejar o vencer resistencias y potenciar oportunidades y aproximaciones sucesivas para ir mejorando el proyecto, tal como ha sido considerado por numerosos.^(36,37,38)

Según *Carnota*⁽³⁹⁾ y *Codina*⁽⁴⁰⁾ para generar soluciones se considera la introducción de habilidades y tecnologías gerenciales tales como sistemas integrales informatizados; organizaciones orientadas al paciente; empoderamiento; liderazgo distribuido, referenciación competitiva o gestión por procesos basado en enfoque Lean; entre otros. El proceso de construcción del proyecto de programa implica trabajo en equipo real y efectivo, consultas frecuentes, aproximaciones sucesivas, manejo de variantes y, en esencia, un proceso donde la creatividad, el talento, el liderazgo y la vocación por la mejora del bienestar y la salud de las personas son puestos a prueba.

En su práctica profesional los autores han podido apreciar que con frecuencia se requiere volver al análisis situacional, ya sea para comprender mejor su contenido, hacer determinadas combinaciones de elementos e incluso profundizar o ampliar algunos temas. De hecho, la retroalimentación entre ambos componentes es prácticamente continua.

El producto final lo constituye el programa estratégico de la reforma que es una manera conceptual de describir su contenido y sus líneas de acción. El programa, después que resulte aprobado, debe pasar a un proceso de descomposición en niveles y áreas geográficas donde se precisen bien las tareas, los indicadores, las metas y las iniciativas según *Tanus*.⁽⁴¹⁾ En los últimos años, según refiere Kaplan,⁽⁴²⁾ el paso siguiente al programa estratégico se lleva a cabo aplicando el Cuadro de Mando Integral (*Balanced Score card*) que permite asegurar una implementación y seguimiento mucho más efectivo.

Según la OPS:

[...] las reformas definen planes y estrategias en torno a uno o todos los elementos principales de los sistemas de salud, es decir, en torno al financiamiento, la organización y prestación de los servicios de salud, y sus marcos institucionales. Con esta orientación, las reformas definen estrategias asociadas con las principales variables pertinentes como equidad, acceso, eficiencia, calidad, eficacia, protección financiera, expectativas de la población, solidaridad, sustentabilidad y participación.⁽⁴³⁾

Conclusiones

Con frecuencia las propuestas de reforma de sistemas nacionales de salud están adornadas de frases que intentan demostrar su conveniencia tales como racionalización, simplificación, financiamiento, eficiencia, entre otras. Esto, sin contar que a veces se complementan con planes que brillan por la rapidez en que van a ser implementados. Sin embargo, ninguna de estas expresiones tiene valor por sí mismas, pues depende de los atributos con los que se han manejado en ese caso y, sobre todo, de la intencionalidad de sus autores.

Los profesionales de la salud, líderes sanitarios y representantes de los ciudadanos, deben asegurarse acerca de cuál es el verdadero sentido de esos conceptos y en qué medida producirán un sistema más justo, equitativo y sostenible. Esto no es posible sin una comprensión científicamente fundamentada acerca de qué son tales reformas; cómo se elaboran; de qué manera se asegura la participación de los ciudadanos; cuáles son los métodos y herramientas adecuadas para hacerlo; qué pasos, normas o procesos se están saltando y; quiénes están al frente del proyecto. Este estudio permite una primera aproximación en esa dirección.

Referencias bibliográficas

1. Proserpi J. [Blog]. Argumentando sobre la producción social de la salud. Panamá. El blog de Jorge Proserpi. 2019 [acceso 24/05/2021]. Disponible en: <https://elblogdejorgeproserpi.com/2019/05/produccion-social-de-la-salud/>
2. Basile G. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas. Buenos Aires: CLACSO República

- Dominicana IDEP Salud; 2021 [acceso 11/05/2021]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20210204054841/VII-Dossier-SISS.pdf>
3. Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. Health Aff (Millwood). 1998;17(2):85-108. DOI: [10.1377/hlthaff.17.2.85](https://doi.org/10.1377/hlthaff.17.2.85)
4. Vélez MR. La investigación en sistemas de salud: Una necesidad mundial. Revista Médica de Risaralda. 2011 [acceso 10/04/2021];17(2) Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7597/4519>
5. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Health Financing Working Paper No. 1. Geneva: World Health Organization; 2016 [acceso 11/05/2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>
6. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e126. DOI: [10.26633/RPSP.2018.126I9K](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126I9K)
7. Martínez Trujillo N. La referenciación competitiva en la evaluación de la calidad de enfermería. Rev Cubana Enferm. 2016 [acceso 10/04/2021];32(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/620>
8. Matus C. Política, planificación y gobierno. Caracas: Fundación ALTADIR. Caracas; 1987 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001185.pdf>
9. Gascón P. 5 Estrategias para conseguir servicios de salud integrados y centrados en la persona. ISYS. 2017 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://www.fundacionisys.org/es/blogs/profesional/profesional/295-5-estrategias-para-conseguir-servicios-de-salud-integrados-y-centrados-en-la-persona>
10. Román A. Contextos sociales y económicos de las reformas de salud. Medwave. 2012;12(4):e5345. DOI: [10.5867/medwave.2012.04.5345](https://doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5345)
11. National Health Service. Patient and public participation in commissioning health and care: Statutory guidance for clinical commissioning groups and NHS England. England: NHS; 2017 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/patient-and-public-participation-guidance.pdf>

12. Arredondo A, Bertoglia M, Inostroza M, Labbé J, Lenz R, Sánchez H. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición. ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? Santiago de Chile: Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello; 2017 [acceso 13/05/2021]. p. 1-96. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-ISPAB-11.pdf>
13. Espinosa V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2017 [acceso 10/04/2021];41. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34061/v41a962017.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
14. Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. Revista Panam de Salud Pública. 2017 [acceso 18/05/2021];41:e170:1-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e170/es>
15. Castillo-Sepúlveda J. Gubernamentalidad y somatocracia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile. Estudios atacameños. 2019;(62):247-75. DOI: [10.22199/issn.0718-1043-2019-0009](https://doi.org/10.22199/issn.0718-1043-2019-0009)
16. Artiaga O. El desafío del financiamiento del sistema de salud chileno. Temas de actualidad. Rev Chil Salud Pública. 2019 [acceso 11/05/2021];23(2). Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/56477/59818>
17. Maceira D. Economía política de las reformas de salud: un modelo para evaluar actores y estrategias. Nota Técnica de Salud No. 2/2007. Washington, DC: Departamento de Desarrollo Sostenible; 2007 [acceso 17/05/2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Econom%C3%ADa-pol%C3%ADtica-de-las-reformas-de-salud-Un-modelo-para-evaluar-actores-y-estrategias.pdf>
18. Labbé J, Vargas D. Las tendencias de los marcos reguladores de los sistemas de salud en América Latina. Aprendiendo de las experiencias de nuestros pares. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello; 2010 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/40512466/Tendencia_de_los_Marcos_Reguladores_de_los_Sistemas_de_Salud_en_Am%C3%A9rica_Latina

19. Bell W, Grabenstatter K. Will Consumerism Rein in Healthcare Costs? Why the Answer is No? Executive Insights. 2016 [acceso 11/05/2021];18(6). Disponible en: https://www.lek.com/sites/default/files/insights/pdf-attachments/1806_Consumerism_Reign_in_Healthcare_Costs_Executive_Insights.pdf
20. Viedma M C. Apuntes para una lectura de Carlos Matus desde los debates sobre “estilos de desarrollo”. Sociohistórica. 2018;41:e047. DOI: [10.24215/18521606e047](https://doi.org/10.24215/18521606e047)
21. López-Arellano O, Jarillo-Soto Edgar C. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. Cadernos de Saúde Pública. 2017 [acceso 17/05/2021];33(suppl 2):e00087416.. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00087416/es>
22. Gutiérrez SC. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Bogotá: Fedesarrollo. 2018 [acceso 20/05/2021]. Disponible en: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3556>
23. Jimeno JF. Nada es gratis. La economía política de las reformas estructurales en tiempos de populismo. Madrid; 2018 [acceso 24/05/2021]. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/juan-francisco-jimeno/la-economia-politica-de-las-reformas-estructurales-en-tiempos-de-populismo>
24. Hass Edersheim E. The Definitive Drucker. EUA: McGraw-Hill; 2006.
25. Carnota LO. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Rev Cub Sal Públ. 2013 [acceso 21/05/2021];39(3):501-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es
26. Cid Pedraza C, Pagano JP, Pescetto C, Prieto L. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e197. DOI: [10.26633/RPSP.2018.197](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.197)
27. Castell-Florit P, Gispert E. Intersectorialidad. Selección de lecturas. La Habana: Centro de Estudios de Derechos Internacional; 2016.
28. Acosta Ortiz LM. La Planificación Estratégica Situacional como aporte para la materialización del reconocimiento multicultural. El caso de la consulta previa, libre e informada del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 en Colombia. [Tesis de maestría]. [Buenos Aires]: FLACSO; 2019 [acceso 10/04/2021]. 57 p. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15632/2/TFLACSO-2019LMAO.pdf>

29. Manyazewal T, Oosthuizen MJ, Matlakala MC. Proposing evidence-based strategies to strengthen implementation of healthcare reform in resource-limited settings: a summative analysis. *BMJ Open*. 2016;6:e012582. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-012582](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012582)
30. Schuschny AR. La planificación estratégica según Carlos Matus. Universidad de Santiago de Chile; 2007 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://gestiondedestinos.files.wordpress.com/2011/08/planificacic3b3n-situacional.pdf>
31. Castro R, Torres A, Diez M. Guía metodológica para la elaboración del análisis de la situación integral de salud en Costa Rica. Dirección de vigilancia de la salud: Ministerio de Salud; 2019 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://n9.cl/dcsrt>
32. Águila-Rodríguez N, Bravo-Polanco E, Delgado-Acosta H, Montenegro-Calderón T, Herrera-Fragoso L, Centeno-Díaz A. Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud. *Medisur*. 2019 [acceso 12/05/2021];17(3):417-28. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4326>
33. Botto MI, Peixoto J. Las Negociaciones de Servicios de Salud y Educación en Argentina: Entre la Liberalización Comercial y La Cooperación Técnica. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*. 2008 [acceso 11/05/2021];16(8):1-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=275020545016>
34. Polink K, Hjortland M, Maresso A, Van Ginneken E, Busse R, Quentin W, *et al.* Major health re-forms in 31 high-income countries in 2018 and 2019; expert informed identification, clustering, and analyses over time of “top-three” national reforms. *Health policy*. 2021 [acceso 10/07/2021];125(7): 815-32. Disponible en: <https://n9.cl/hterx>
35. Ávalos MI. Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras. *Horizonte Sanitario*. 2010;9(2).
36. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud. Manuales Cooperación Española. Madrid: AECID; 2016 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20AECID/YDRAY-Politicassector-salud-v7.pdf>

37. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press (US); 2001.
38. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Rev. méd. Chile. 2017 [acceso 10/04/2021];145(3):373-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300012&lng=es
39. Carnota O. Calidad con sustentabilidad. Gerencia de las organizaciones sanitarias del sector público. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
40. Codina A. Habilidades gerenciales. La Habana: Editorial Academia; 2014.
41. Tanus PG. Desarrollo de un cuadro de mando integral para una empresa de salud. [Tesis de maestría]. [Ciudad de Córdoba]: Universidad Católica de Córdoba; 2016 [acceso 10/04/2021]. 98 p. Disponible en: http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/1583/1/TM_Tanus.pdf
42. Kaplan RS. Using the Balanced Scorecard for Successful Health Care M&A Integration. NEJM Catalyst. 2020 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0286>
43. OPS. Transformaciones de los sistemas de salud hacia la salud universal. Salud en Las Américas. 2017 [acceso 10/04/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.