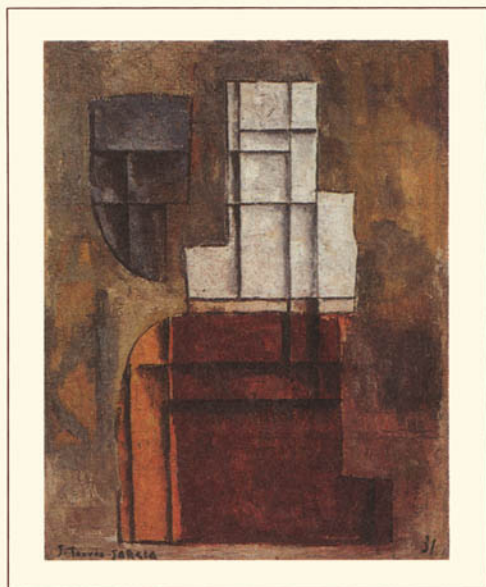


# HEALTH SYSTEMS PERFORMANCE ASSESSMENT AND IMPROVEMENT IN THE REGION OF THE AMERICAS



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
*Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the*  
WORLD HEALTH ORGANIZATION

## **How to go to your page**

This book contains two sections – one in English and one in Spanish. Each section has its own pagination scheme, consisting of a section number and page number, separated by a colon.

For example, to go to page 5 of the section in English, type 1:5 in the “page #” box at the top of the screen and click “Go.” To go to page 5 of the section in Spanish, type 2:5... and so forth.

## **Para ir a su página**

Este libro contiene dos secciones — una en inglés y una en español. Cada sección tiene su propio esquema de numeración, que consiste de un número de sección y número de página, separado por dos puntos.

Por ejemplo, para ir a la página 5 de la sección en español, tecla 2:5 en el espacio de “Página” que está arriba en la pantalla y haz clic en “Ir a”. Para ir a la página 5 de la sección en inglés, tecla 1:5...y así.

# HEALTH SYSTEMS PERFORMANCE ASSESSMENT AND IMPROVEMENT IN THE REGION OF THE AMERICAS

DECEMBER 2001



**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**  
*Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the*  
**WORLD HEALTH ORGANIZATION**

PAHO Cataloguing-in-Publication

Pan American Health Organization

Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas  
Washington, D.C.: PAHO, ©2001

ISBN 92 75 07387 2

I. Title                      II. Author

1. PERFORMANCE APPRAISAL OF HEALTH SYSTEMS
2. HEALTH SYSTEM
3. SERVICES EVALUATION
4. EVALUATION OF PUBLIC HEALTH INTERVENTIONS (PROCESS AND OUTCOME)
5. DIAGNOSIS OF HEALTH SITUATION
6. EVALUATION TECHNIQUES

NLM W84.P187 2001 En

Painting on cover: Joaquín Torres-García, Montevideo, Uruguay, 1874-1949. *Composición* (Composition), 1931, oil on canvas, 114.6 x 89.5 cm. Hirshhorn Museum and Sculpture Garden, Smithsonian Institution. Gift of Joseph H. Hirshhorn, 1972. Photo by Lee Stalworth.

ISBN 92 75 07387 2

The Pan American Health Organization welcomes requests for permission to reproduce or translate its publications, in part or in full. Applications and inquiries should be addressed to the Publications Program, Pan American Health Organization, Washington, D.C., which will be glad to provide the latest information on any changes made to the text, plans for new editions, and reprints and translations already available.

Pan American Health Organization, 2001

Publications of the Pan American Health Organization enjoy copyright protection in accordance with the provisions of Protocol 2 of the Universal Copyright Convention. All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city, or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the Pan American Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters. The authors alone are responsible for the views expressed in this Publication.

*Cover design and text layout: Matilde Cresswell*

# Table of Contents

Foreword .....	v
Introduction .....	vii
<b>I. Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment .....</b>	<b>1</b>
1.1 Critical Issues in Health Systems Performance Assessment—Background Paper .....	1
1.1.1 <i>Introduction</i> .....	1
1.1.2 <i>Conceptual and Methodological Issues</i> .....	2
1.1.2.1 Boundaries of the Health System .....	2
1.1.2.2 Causal Attribution .....	4
1.1.2.3 Mediating Factors .....	5
1.1.2.4 Performance and Time .....	5
1.1.2.5 The Scope of Performance .....	6
1.1.2.6 Universal Weights .....	7
1.1.2.7 Socially Desirable Goals .....	7
1.1.2.8 Practical Policy Implications .....	8
1.1.3 <i>Furthering the Framework for Health Systems Performance Assessment: Gaps and Challenges</i> .....	9
1.1.3.1 Introduction .....	9
1.1.3.2 The Need to Measure Functions and Progress .....	9
1.1.3.3 Resource Availability or Capacity .....	11
1.1.3.4 Measuring the Performance of Functions .....	11
1.1.3.5 Stewardship .....	11
1.1.3.6 Instrumental or Intermediate Goals .....	13
1.1.3.7 Social Values and Final Social Goals .....	14
1.1.3.8 Practical Implications of Future Developments .....	15
1.1.4 <i>Linking Health Systems Performance Assessment to Policy-Making and Managerial Decision-Making</i> .....	15
1.1.4.1 Introduction .....	15
1.1.4.2 Indicators of the Performance of the Functions of the System .....	15
1.1.4.3 Implications for Health Information Systems .....	16
1.1.4.4 Engagement of Civil Society .....	16
1.1.4.5 WHO's Technical Support to Countries .....	16
1.2 Report of the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment .....	17
1.2.1 <i>Introduction</i> .....	17
1.2.2 <i>Health Systems Performance Assessment Framework: Lessons Learned</i> .....	18
1.2.2.1 General Observations .....	18
1.2.2.2 Objectives and Results of the Health Systems .....	19
1.2.2.3 The Boundaries of the Health System and the Definition of Responsibility and Accountability .....	19
1.2.2.4 Comparability among the Health Systems of the Countries .....	20
1.2.3 <i>Recommendations for Furthering the Conceptual Framework and the Indicators Utilized by WHO to Assess the Performance of the Health Systems</i> .....	21
1.2.3.1 Introduction .....	21
1.2.3.2 The Multiple Dimensions of Health Systems Performance .....	22
1.2.3.3 Rethinking Health Systems Performance Assessment .....	23
1.2.3.4 Constructing Relevant Indicators .....	23
1.2.3.5 Technical Support of WHO to the Countries for Health Systems Performance Assessment .....	24
1.2.3.6 Further Steps .....	24

Annex 1-A: List of Participants of the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment .....	26
Annex 1-B: Program of the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment .....	33
Annex 1-C: Guidelines for Working Groups Discussion .....	35
<b>II. Work Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment, Report of the First Meeting .....</b>	<b>36</b>
2.1 Introduction .....	36
2.2 Conclusions and Recommendations .....	37
2.2.1 <i>On General Matters</i> .....	37
2.2.2 <i>On Reporting Health Systems Performance Assessment Data to WHO Headquarters</i> .....	38
2.2.3 <i>On Information Systems and Data Collection at the National Level</i> .....	38
2.2.4 <i>On the "Dashboard" Approach to Health Systems Performance Assessment</i> .....	39
2.2.5 <i>On Responsiveness and Coverage</i> .....	40
2.2.6 <i>PAHO/AMRO's Role in Support of Health Systems Performance Assessment</i> .....	40
Annex 2-A: Terms of Reference of the Work Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment .....	41
Annex 2-B: List of Participants of the Work Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment .....	43
Annex 2-C: The Canadian Initiative on Health Systems Performance Assessment .....	45
<b>III. Discussion on Health Systems Performance Assessment in the 43<sup>rd</sup> Directing Council, 53<sup>rd</sup> Session of the Regional Committee of the Pan American Health Organization/World Health Organization .....</b>	<b>47</b>
3.1 Official Document CD43/18 on Health Systems Performance Assessment .....	47
3.1.1 <i>Introduction</i> .....	47
3.1.2 <i>Mandates from the 42<sup>nd</sup> Directing Council of PAHO and the 107<sup>th</sup> Session of the WHO Executive Board</i> .....	48
3.1.3 <i>Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment</i> .....	50
3.1.4 <i>Action by the Directing Council</i> .....	52
Annex 3.1-A: <i>Resolution of the PAHO/WHO 42<sup>nd</sup> Directing Council on the World Health Report 2000</i> .....	53
Annex 3.1-B: <i>Resolution of the WHO 107<sup>th</sup> Session Executive Board on Health Systems Performance Assessment, Report by the Secretariat</i> .....	54
3.2 Provisional Summary Record of the 3 <sup>rd</sup> Meeting of the PAHO/WHO 43 <sup>rd</sup> Directing Council, 53 <sup>rd</sup> Session of the Regional Committee on Health Systems Performance Assessment .....	60

# Foreword

---

The seminal work of Marc Lalonde and his Canadian colleagues codified the determinants of health outcomes and subsequent efforts have only served to reorganize and attempt to give various weightings to those determinants. This area is of fundamental importance to us as we seek to assist the countries of the Americas in their efforts to reduce the inequalities in health outcomes. The aforementioned is critical to examine not only the differences in outcomes that can be designated as representing inequity, but also the inequalities in these determinants. Although there has been appropriate emphasis on the social and physical environments that influence health outcomes, there has been increasing attention to the health systems as also being an important determinant.

*The World Health Report (WHR) 2000: Health Systems: Improving Performance* was dedicated to a critical examination of those attributes of the health systems that should be evaluated, and if necessary, improved as a means of improving health outcomes. The *Report* quite accurately defined health systems as consisting, «of all the people and actions whose primary purpose is to improve health». This definition is important as it separates those resources that might affect health incidentally from those whose primary purpose is to improve health. This theoretically allows us to define with a certain precision the appropriate boundaries of the systems and how their performance should be assessed. It should permit a definition of those functions that are essential in the systems and measures for assessing them in their various dimensions.

The publication of the WHR promoted considerable debate. Much of it, unfortunately focused on various measurements of performance, and not enough on the quite elegant description of the nature of the systems, their organization, their financing and the important role of the State in guiding or steering the manner in which they are organized.

This debate led us to develop a series of events at the regional level so that our Member States could examine in more detail the issues involved and discuss the approaches that would be more appropriate for them to assess the performance of their health systems. Perhaps, it was equally important that they should indicate the kind of technical cooperation that they would expect from the Pan American Health Organization (PAHO) in this area. This collection of papers represent the result of the discussions held in our Region as well as in our Governing Bodies and is presented as a matter of record, and also to provide some input into the ongoing important debate on the best manner to evaluate the performance of health systems and the steps needed to improve them.

I hope you find it interesting, and more importantly, of use in examining how we might literally improve health for all.

**George A.O. Alleyne**  
*Director*

*This page intentionally left blank*



# Introduction

---

*The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, which compared the performance of the health systems of WHO's 191 Member States, created an unprecedented level of interest and debate within countries, international organizations, and research institutions.

Such debate led to the adoption of Resolution CD42.R5, entitled *The World Health Report 2000* by the 42<sup>nd</sup> Directing Council of the Pan American Health Organization (PAHO) on 26 September 2000. The resolution urged Member States to mobilize national intelligence, represented by their respective Ministers of Health, universities, research institutions, and similar organizations, to monitor and evaluate their own health systems.

Likewise, on 19 January 2001 the 107<sup>th</sup> Session of the Executive Board of the World Health Organization adopted Resolution EB107.R8, entitled «Health Systems Performance Assessment». The aforementioned resolution determined that to help Member States contribute to the WHO assessment of their health systems performance on a regular basis a technical consultation process be established bringing together personnel and perspectives from Member States in different WHO regions. The region of the Americas held the first of a series of regional technical consultations on health systems performance assessment.

*The Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment* was held on the dates of May 8 through May 10, 2001 at PAHO Headquarters in Washington, D.C. The objectives of the meeting were to:

- a) Discuss different conceptual and methodological approaches to assess the performance of the health systems;
- b) Take stock of different country and regional experiences in the Americas related to health systems performance assessment;
- c) Identify the critical issues for furthering the conceptual and methodological development of a framework for measuring the performance of health systems which could be applied by countries on a regular basis and informed to WHO periodically;
- d) Discuss the linkage between health systems performance assessment practices and health systems policy and managerial decision-making processes; and
- e) Come up with an agenda of international technical cooperation in support to countries' efforts to measure the performance of health systems.

The Regional Consultation brought together 70 experts from 19 countries. Other participants included professionals from PAHO/WHO, WHO Headquarters, USAID, The World Bank, the Hipólito Unanue Accord, and from CARICOM. Representatives from the WHO regional offices in Europe and Western Pacific participated as observers. The Consultation produced a report which was transmitted to the WHO Headquarters to be incorporated into the recommendations made by other regions and into the final document that will be presented on this matter to the WHO Executive Committee in January 2002.

After the Regional Consultation took place a work group was organized that met in Ottawa, Canada on September 4–6, 2001 to undertake an in-depth analysis of the subject matter and expand the recommendations made in the Regional Consultation.

Finally, the outcome of both meetings was presented in a special session scheduled during the 43<sup>rd</sup> PAHO/WHO Directing Council Meeting in September 2001 in order to inform the delegations of the Member States and to organize a discussion forum on the topic. The results of this discussion were also transmitted to WHO Headquarters.

This publication contains the documents that were presented and produced in the aforementioned three meetings, as well as the list of participants to the first two meetings. It also includes a provisional summary of the discussions that took place in the Directive Council on Health Systems Performance Assessment.

We hope that such discussions will contribute to the improvement of performance assessment, and of the performance of the health systems in the Region of the Americas.

# I. Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment<sup>1</sup>

---

## 1.1 Critical Issues in Health Systems Performance Assessment—Background Paper

### 1.1.1 Introduction

The World Health Report 2000 (WHR) sought to summarize the best available evidence on ways to improve the performance of health systems, and found that in many areas the evidence was limited and at best mixed. This was partly because there had been no agreement on the goals and objectives of health systems to guide analysis, and partly because the analysis had often focused on process rather than outcomes. The WHR, therefore, outlined a framework for assessing the performance of health systems which it proposed to use consistently across settings.

Comparison of performance across countries and over time can provide important insights into policies which improve performance and those which do not. This required defining a parsimonious set of outcome indicators to measure performance at the country level based on the framework. The annex tables were the first attempt to use these indicators to measure performance in a consistent fashion even though actual data were available for only some countries.

The release of the WHR stimulated vigorous debate on the processes surrounding the release of the report and on its scientific content. It was discussed at the 107<sup>th</sup> session of the Executive Board (EB) in January 2001. In her opening address, the Director-General reported that because of the importance of the topic and the interest from Member States, she would report on health sector performance at two yearly intervals, the next one to be released in October 2002. Before its release, she would take the following steps:

- ✧ Establish a technical consultation process bringing together personnel and perspectives from Member States in each of the WHO Regions;
- ✧ Ensure that WHO consults with each Member State on the best data to be used for performance assessment and provides advance information on the indicator values that WHO obtains using those data;
- ✧ Complete the next round of performance assessment in May 2002 for publication in October 2002. All Member States would receive the compilations before they are available to the general public;
- ✧ Establish a small advisory group, including members of the EB and the Advisory Committee on Health Research, to help her monitor WHO's support for health system performance assessment (HSPA).

---

<sup>1</sup> Meeting took place in PAHO Headquarters, Washington, D.C., 8-10 May 2001.

The EB endorsed these steps and requested the Director-General to:

- 1) initiate a scientific peer review of health systems performance methodology as part of the technical consultation process including updating on methodology and new data sources relevant to the performance of health systems;
- 2) ensure that WHO consults with Member States and shares the results of the scientific peer review and its recommendations;
- 3) develop a multi-year plan for further research and development of the framework and its relevant indicators to assess the effectiveness and efficiency of health systems as part of the technical consultation process;
- 4) develop a plan to improve data quality to be used to assess health systems performance;
- 5) report to Member States on the impact of health systems performance reports on member States' policy and practice;
- 6) provide the reports to health authorities of Member States 15 days before the intended date of publication.

Accordingly, regional consultations will be held in each WHO region. This is the first such consultation. The participants are representatives of governments' from Member States as well as regional scientific experts. The objective is to provide technical input on HSPA as described above.

A number of topic-specific technical consultations have also been programmed covering summary measures of population health; health inequalities; fair financing; responsiveness; methods to enhance cross-population comparability of survey results; measuring efficiency; stewardship; and effective coverage. The results of all consultations will feed into the Peer Review group, in sufficient time for its report to be made available to the EB in January 2002.

This background paper summarizes some of the major debates that have emerged since the release of the WHR2000. It does not seek to be all inclusive or to take a position on the debates. It presents the issues that have been raised most frequently in discussions with government and scientific experts. Participants in this consultation may raise other issues as well. The paper is organized around three themes. Conceptual and methodological issues relating to the current framework and indicators are considered in section 1.1.2, questions relating to future development of the framework in section 1.1.3, and practical policy and managerial issues related to HSPA in section 1.1.4.

## 1.1.2 Conceptual and Methodological Issues

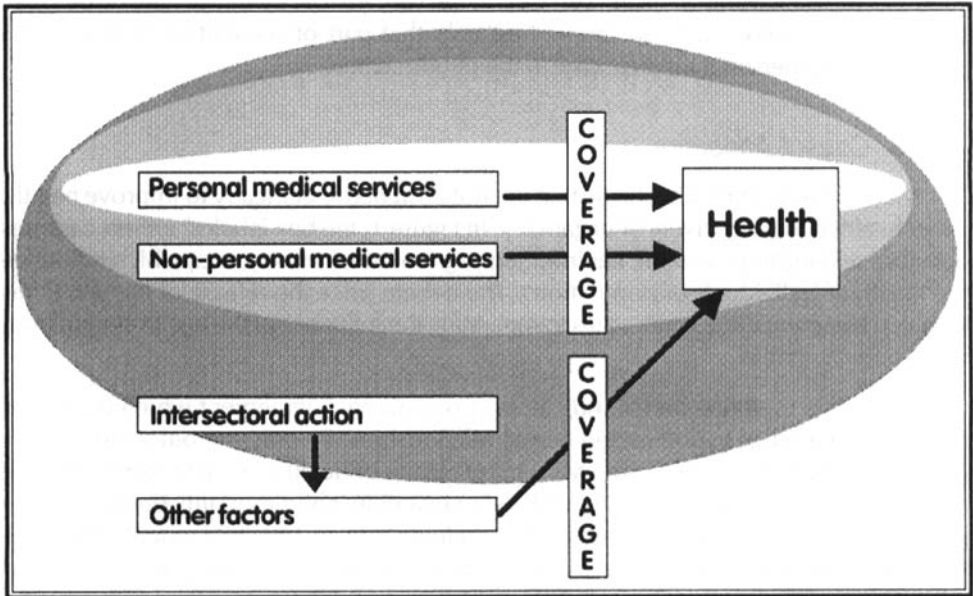
### 1.1.2.1 *Boundaries of the Health System*

Emerging from the discussion of the WHR are a number of competing concepts of the health system. The narrowest definition draws the boundaries tightly around the activities under the direct control of the Ministry of Health. In some countries this may include mainly personal medical services and is depicted by the small circle in figure 1.

Many activities that are aimed specifically at improving health, such as the marketing of insecticide impregnated mosquito nets or taxes designed to reduce the use of tobacco or alcohol products, are excluded from this definition. In some countries it would also exclude many personal health services which are provided by other government departments, missions, NGOs or the private sector.

The second definition is a little more inclusive, corresponding to the second smallest circle in figure 1. In it, the system is defined to include personal medical and non-personal health services but not inter-sectoral actions designed to improve health. Traditional public health interventions such as spraying for mosquitoes or health information dissemination would be included, but the type of inter-sectoral actions in which WHO has long been engaged, such as safe water and sanitation programmes would not be.

**Figure 1: Defining the Health System**



The third definition is again more inclusive and considers any action where the primary intent is to improve health as part of the health system. This is broader than medical and non-personal health services, including inter-sectoral actions such as advocacy for regulation designed to reduce fatalities from traffic accidents. This is depicted by the largest circle in figure 1.

The final option is to include all actions that contribute to improving health in the definition of the health system. This essentially includes every box in figure 1 because virtually all areas of human activity—e.g. education, industrial development, environment—influence health. There is no longer any operational distinction between the health and the education systems, for example, or the health and agricultural systems, because improving education or agricultural production would also have an effect on health.

Which definition is appropriate is inextricably linked to the concept of accountability. To the extent that the stewards of the health system should ensure the delivery of key personal and non-personal health services and should be advocates for inter-sectoral activity on a range of actions aimed specifically at improving health—e.g. seat belt legislation and enforcement—the third definition of the health system is appropriate (the largest circle in figure 1). This definition would encourage health policy-makers to think beyond personal medical services about how to advocate and encourage ways to improve population health in areas such as changes in diet, tobacco consumption or road safety regulations. They would be held accountable for that part of health which they could influence by their actions, whether in the provision of services, stewardship of private providers, or through advocacy for inter-sectoral action.

If the role of the stewards of the health system is simply to ensure that the resources under their direct control are used appropriately, a narrower definition might be proposed such as the first or second circle in figure 1. Health policy-makers would perceive their roles as simply focusing on health services. In the very narrow definition, they would see themselves as accountable for improving only that part of population health that is determined by personal medical care in the public sector.

### *1.1.2.2 Causal Attribution*

Many actions, including those that are not designed specifically to improve health, affect health either positively or negatively. In Figure 1, the box labeled «other» captures activities relating to education, environment, agriculture, industry, etc., which influence the health of individuals or populations. The debate since the release of the WHR has revealed two competing approaches to separating the influence of the health system from those other activities.

The first is to define partial indicators of overall goal attainment which build into the measure a set of hypothesized causal relationships. So only the outcomes largely determined by the activities of the Ministry of Health or health policy-makers would be measured and monitored as part of HSPA. For example, child mortality due to vaccine preventable diseases would be measured in preference to overall child mortality because the Ministry of Health can control the coverage of routine vaccination programmes, but cannot control the fact that some children die from malnutrition associated with poverty. Preventable deaths would be measured instead of total mortality on the grounds that the health system cannot be held responsible for all deaths. This approach focuses the attention of Ministry of Health decision-makers on issues directly under their daily control and on a limited set of well defined determinants of health.

The alternative is to separate the concept of outcome measurement from the assessment of causal attribution, whether from the health system and other determinants. Overall child mortality and changes in it would be measured and then the causes would be explored. The extent to which the health system has contributed to reducing child mortality would be evaluated as part of this process which identifies and accounts for all possible determinants. Multivariate statistical analysis allows this to be done, in the same way that econometricians have long explored and separated the various determinants of economic growth. This approach allows all possible hypotheses to be tested rather than restricting attention to pre-selected determinants. It focuses the attention of health policy-

makers on the fact that they can improve health by encouraging action on a broader array of inter-sectoral areas than those directly under their control.

### *1.1.2.3 Mediating Factors*

Clearly the simple provision of medical and health services and inter-sectoral actions, as depicted in the left hand side boxes of figure 1, does not automatically get translated into improved population health. A number of mediating conditions are required and there has been considerable debate about what these factors are and how they can be measured. The coverage of critical medical services and public health interventions certainly influences how effectively health actions are translated into health, which is the reason for showing it in figure 1, but there might well be others. Measuring effective coverage poses many challenges as it incorporates concepts such as physical access, affordability, utilization, effectiveness, and quality. It also requires the identification of a set of key interventions (or tracer conditions) for which coverage would be routinely measured.

Given the importance of coverage of critical interventions in mediating the effects of personal and non-personal health services, WHO plans to incorporate into the health system performance work a major effort to monitor coverage of critical health interventions. Information on coverage, access and utilization is needed not only at the national but the sub-national level to be an effective aid to national decision-making. A number of technical challenges must be overcome if coverage is to be monitored in a valid, reliable and comparable way. Two of the most important challenges are incorporating non-governmental and private providers in the assessment of coverage and validating the coverage implied by service delivery data. In addition, coverage may vary considerably within a country not only by region but also by sub-component when the system is segmented (private, ministry of health, social insurance schemes, etc.). To further stimulate the development of coverage monitoring as part of performance assessment, a technical consultation was held in September 2001.

### *1.1.2.4 Performance and Time*

Efficiency (the word was used interchangeably with performance in the WHR) is the extent to which the health system makes the maximum achievable contribution to the defined social goals given available health system and non-health system resources. Two competing concepts of how this maximum should be defined have emerged from the debate around the WHR. The first is that it should represent the maximum that could be achieved by the Ministry of Health with its resources this year. This is consistent with the narrow definition of accountability and the narrow definition of the health system defined above. Estimating efficiency would require controlling for all possible non-health system determinants and the impact of health actions taken in the past. This approach clearly identifies who is responsible for current poor performance but it does not provide health policy-makers with incentives to think about broader actions that could improve health—i.e. to be stewards of population health as a whole.

The alternative is to define a higher maximum, the maximum that the observed levels of resources (health and non-health system) could have produced had the appropriate mix of policies been followed. This maximum would not necessarily be achievable this

year, but shows what would be possible with existing resources. Under this definition, low performance reflects the fact that the system is not achieving what it could have achieved in the presence of appropriate policies and programmes. It might be the result of decisions taken 15 years ago or those taken today. It might be the results of the failure to take inter-sectoral action to discourage smoking or the failure to provide medical services to poor people. This approach sets a goal for policy-makers, encourages them to think beyond personal medical services, and to be aware that their actions today can affect population health for several decades. It is also consistent with the way efficiency is measured in the wider economics literature, where no attempt is made to adjust current estimates of airline efficiency, for example, for mistakes made by managers in the past. Efficiency comparisons simply indicate that a company is not achieving the maximum possible today, and managers seek to find ways to improve efficiency.

In the first approach, the question of timing is critical as some of the current attainment on the different goals is a result of actions taken in the past. Moreover, some of the impact of current actions, such as smoking cessation programmes, will not be felt for a considerable period into the future. In the second approach, timing is less critical because the goal is to indicate what could have been achieved in total from the measured inputs and to give managers incentives to take a broad view and a long term view.

Both are technically feasible. The choice depends partly on the purpose of health system performance analysis. If it is to determine if the Ministry of Health performed well this year, the former is appropriate. The information would help Ministry policy-makers focus on short term ways of improving efficiency and attainment in areas within their direct remit. On the other hand, if the purpose is to indicate what could have been achieved with an efficient use of available resources, both inside and outside the health system, and to encourage policy-makers to think long term and to think beyond personal medical services, the latter encourages this broader vision.

#### *1.1.2.5 The Scope of Performance*

In the WHR, the term performance was used interchangeably with efficiency. Efficiency was defined as the extent to which the health system makes the maximum achievable contribution to the defined social goals, given the resources (health system and non-health system resources) used. In general use, and certainly in the quality of care literature, performance is often defined more broadly to encompass a range of activities around the use of evidence to maximize outcomes or goal attainment. An important issue is, therefore, whether WHO should change its terminology to be consistent with the broader use. This would mean defining «health system performance assessment» as a set of activities which includes:

- ✧ measuring goal attainment;
- ✧ measuring the health system and non-health system resources used to achieve these outcomes;
- ✧ estimating the efficiency with which the resources are used to attain these outcomes;
- ✧ evaluating the way the functions of the system influence observed levels of attainment and efficiency;
- ✧ designing and implementing policies to improve attainment and efficiency.



Improving health system performance would become a broad term to encompass the entire set of activities. The terms «attainment» and «efficiency» would have precise definitions as components of that set.

#### *1.1.2.6 Universal Weights*

The WHR combined five indicators of attainment into a composite attainment score. The best available evidence at that time suggested that the weights survey respondents put on the different indicators did not differ substantively across groups of respondents. Overall attainment was, therefore, constructed by attributing 50% of the total score to health attainment, 25% to responsiveness and 25% to the fairness of financing. The question of whether all countries have the same weights or preferences has subsequently been discussed. To compare overall attainment across countries requires some consistent weighting system but the question of whether weights vary across settings is one that can be tested empirically.

If they do, in fact, differ substantively across countries, one option is to use two types of weighting systems for overall attainment and efficiency. One would take the average observed across countries, and the other would use the varying country weights. This would allow an assessment of the extent to which overall attainment and efficiency estimates were sensitive to the variation in country weights. Whether weights do vary substantively across countries will be informed by the series of household surveys under way this year in many countries that include questions on the importance of different goals.

#### *1.1.2.7 Socially Desirable Goals*

Considerable debate has focused on the appropriateness of the three goals defined in the WHR—health, responsiveness and fair financing. It is clear from figure 1 that health levels are not just a function of the activities of the health system, unless of course the system is defined as encompassing every action that could possibly improve health. In terms of any other definition, health is a social goal to which the health system contributes but which is also influenced by other factors.

No one has disputed that the system exists primarily to improve health and that this is the defining goal. Most commentators on the WHR have also agreed that health systems should contribute to other social goals in addition to improving health. The concept of «caring,» as distinct from improving health, has commonly been raised in this context. This is the idea that responsiveness tries to capture, by defining the eight domains of dignity, autonomy, confidentiality (together comprising respect for persons), prompt attention, quality of basic amenities, access to social support networks during care and choice of provider (comprising client orientation). It has been suggested that this definition does not fully capture some dimensions of caring. For example, two systems might score equally well on the eight domains but show very different patterns of use—there might be only one contact with the system per person per year in the first compared to four in the second. Can it be argued that the two systems are equally responsive, and if not, how should differential coverage be incorporated into the definition? There might well be

other dimensions of caring that should also be included in the definition of responsiveness. There will be a technical consultation on responsiveness.

To date, most survey respondents have indicated that they value some form of equity in the way the system is financed. They express preferences for systems which do not put people at risk of financial catastrophe because of ill health, and where financial contributions to the system are progressive. However, some commentators have questioned whether a concern with financial fairness is socially desired in their countries and others have questioned whether the financial fairness indicator used in the WHR reflects people's concerns with progressive contributions. The existence or otherwise of preferences for financially fair systems is an issue which should be tested empirically through household surveys, and other technical questions surrounding the choice of indicator will be the subject of a technical consultation shortly.

Arguments have also been made that the health system contributes to a range of social goals in addition to those outlined in the WHR, including increasing economic growth and encouraging community participation. To include these as goals in the HSPA framework depends partly on whether the health system makes a large enough contribution to them to justify routinely monitoring the impact of the system on those outcomes. If the health system makes only a small difference to the rate of economic growth, for example, it would not be feasible or necessary to monitor its contribution to economic growth as part of periodic HSPA. The implications of routine performance assessment for health information systems is an important issue that is discussed in a later section.

#### *1.1.2.8 Practical Policy Implications*

Health system performance assessment is not undertaken for its own sake. It is important only to the extent that it provides the evidence required to develop better policies, strategies and programmes. A number of suggestions have been made about ways to improve the links between the measurement part of HSPA and the component relating to the development of policies to improve performance. This requires strengthening the work on functions of the system—resource generation, financing, provision and stewardship. Little is known about how they are currently undertaken in countries and indicators of the contributions of each function to performance do not exist. It is generally agreed that this area requires more work, and that policy-makers require ways of monitoring if they are performing these functions appropriately, and whether a change in the way one or more functions is undertaken would improve attainment and efficiency. This is discussed further in the next section, but specific technical consultations have been planned on the functions of stewardship and financing.

A second strand of this discussion has been that while it is useful to measure and monitor overall system performance, policy-makers also need to be able to identify the contributions of the different components of the health system—to be able to separate the contribution of personal medical services from that of inter-sectoral actions, for example. This would help them decide if they should transfer resources to inter-sectoral action from personal medical services, or from one type of personal medical service to another. A way of providing this information is to strengthen the links between HSPA and cost-effectiveness analysis, something that is currently under way in WHO. The practical implications of routine HSPA is considered further in section 1.1.4.

### 1.1.3 Furthering the Framework for Health Systems Performance Assessment: Gaps and Challenges

#### 1.1.3.1 Introduction

In the last section some of the recent debates about the framework and methods for HSPA were summarized. In this section, we build on that by discussing in more depth some of the suggestions for further development of HSPA. As in the previous section, some critical issues for discussion at this consultation are raised.

#### 1.1.3.2 The Need to Measure Functions and Progress

In section 1.1.2, the scope of performance assessment was discussed and it was suggested that it might best be considered as a broad menu of activities rather than equating it with efficiency. This would allow HSPA to cover consideration of whether progress is being made toward specified goals and whether appropriate activities are being undertaken to promote the achievement of these goals. The value of this would be to identify problem areas that may require special attention and best practices that can serve as a model. HSPA of this form could also be a tool for regulation and resource allocation. Accountability for performance would consist of an obligation and willingness to be assessed on the basis of appropriate measures of actions and outcomes with regard to the achievement of program and policy purposes. In other words, the broad concept of performance would include the ability to assess whether progress is being made towards specified goals and whether appropriate activities are being undertaken to promote the achievement of those goals. This would be consistent with making a results-oriented management approach a component of HSPA.

A number of ways of thinking about how this work might be organized and how the appropriate indicators are defined are possible. For example, The United States National Research Council<sup>2</sup> recently argued that performance measurement involves the selection and use of quantitative measures of program capacities, processes, and health outcomes to inform the public or a designated public agency about critical aspects of a program. In an earlier report<sup>3</sup> it had included capacities, processes, risk status, and health outcomes. Its logic was that at the program level, some health outcomes of primary interest, such as reductions of mortality and morbidity, may be difficult to routinely measure. Moreover, there is a time lag between an intervention and changes in those outcomes that is too great for the effects to be observable within the relatively short time frames used to monitor program performance. This was the reason they suggested including measures of risk status as intermediate outcomes. A possible way of depicting this process is found in figure 2.

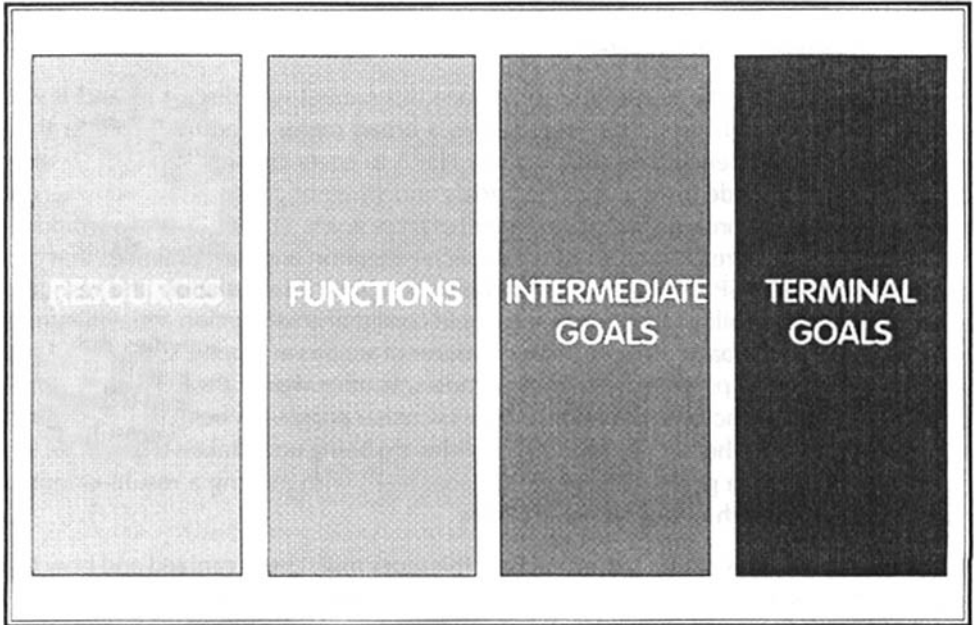
---

<sup>2</sup> National Research Council. *Health Performance Measurement in the Public Health Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network*. E. B. Perrin, J. S. Burch, and S. M. Skillman, eds. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

<sup>3</sup> National Research Council. *Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse, and Mental Health*. E. B. Perrin and J. J. Koshel, eds. Panel on Partnerships Grants, Committee on National Statistics. Washington D.C.: National Academy Press, 1997.

This approach is consistent with a «dashboard» design of performance assessment, with multiple gauges that can allow for the scrutiny of different dimensions of the performance of the health system by looking at the attainment of intermediate goals and at the way the different functions of the system operate. Its proponents argue that the information supplements the information obtained by measuring the system's contribution to the intrinsic goals.

**Figure 2: A Possible Way to Characterize Health Systems Performance Assessment**



The question is whether the categories of capacities, process, and risk status are the appropriate ones for assessing progress, particularly of sub-components of the system, and if so, how should the indicators be selected. Different ways of selecting indicators are possible, and the U.S. National Research Council, for example, has suggested four basic criteria:

- ✧ Measures should be aimed at a specific objective and be result oriented.
- ✧ Measures should be meaningful and understandable
- ✧ Data should be adequate to support the measure.
- ✧ Measures should be valid, reliable and responsive.

Another important consideration might well be the implications of any set of indicators for the health information system of Member States, which is considered in section 1.1.4.

### *1.1.3.3 Resource Availability or Capacity*

If the above framework is accepted, indicators of resources and their distribution as well as measures of capacities would constitute a first dimension of HSPA. It has been argued that they provide information that is critical for modifying resource allocation practices and for assessing the efficiency of the system for organizing its functions, for attaining intermediate goals and ultimately for achieving the socially desirable intrinsic goals. How capacity can be measured in a meaningful and comparable way poses challenges at the theoretical and practical levels.

### *1.1.3.4 Measuring the Performance of Functions*

Section 1.1.2 highlighted that debate about the need to define indicators of the way health systems organize themselves to carry out a series of functions that are interdependent and that are necessary for achieving goals. This dimension represents a major challenge in the development of performance assessment frameworks and measurements since it is an area of rapid evolution and constant redefinition. It is a dimension that has as yet little conceptual and methodological operationalization and it is subject to different interpretations very much linked to the nature of the macro-organizational model of the health system.

### *1.1.3.5 Stewardship*

The reform of the State and the decentralization processes have made the redefinition of institutional roles in the health system a priority in the Member States, especially as far as the steering/stewardship role of ministries of health is concerned. The responsibilities of the State are undergoing significant changes in the face of the growing trend toward the separation of financing, risk pooling and service delivery. These changes demand, among other things, a greater capacity to direct, regulate, and carry out the essential public health functions corresponding to the health authority.

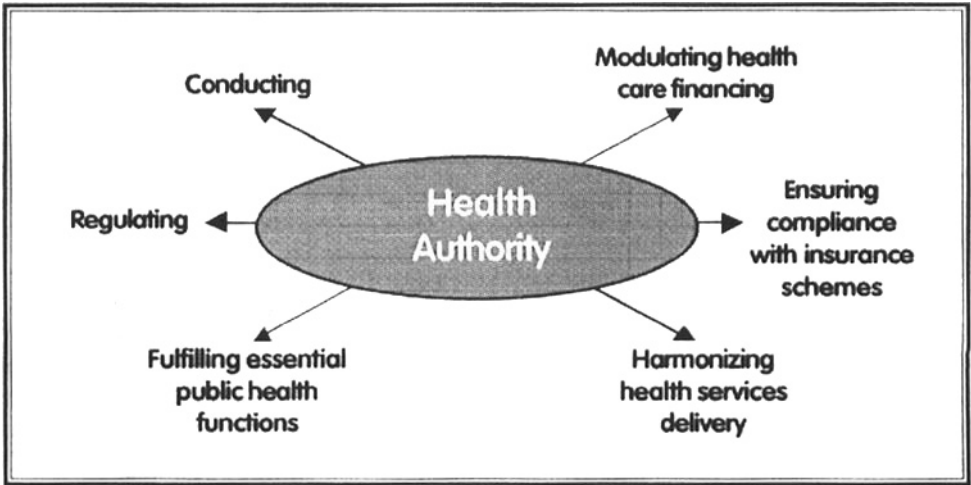
This intensifies the need to reconfigure and adapt the responsibilities and operations of the health authorities to strengthen their steering/stewardship role in the sector, so they define better their areas of intervention<sup>4</sup> such as: sectoral management, regulation, implementation of the essential public health functions, modulation of financing, surveillance of insurance coverage, and harmonization of service delivery (see figure 3).

A variety of taxonomies can be adopted in this area that will always be subject to interpretations or classifications. The breadth of the steering/stewardship role of the ministries of health will depend on the degree of public sector responsibility, the degree of decentralization, and the division of labor in the institutional structure of each country. These responsibilities—some old and some new—will require the ministries of health to strengthen and, in many cases, retool their operations, their organizational structure, and the professional profile of their managerial, technical, and administrative staff. The challenge is to define indicators of performance to assess the degree of progress attained by the system in this regard.

---

<sup>4</sup> PAHO/WHO. Steering Role of the Ministries of Health in the Processes of Health Sector Reform: CD40/13. Washington D.C., September 1997.

**Figure 3: Stewardship**



Health system reforms face the challenge of strengthening the steering/stewardship role of the health authority, and an important part of that role is exercising the essential functions that correspond to the State at the central, intermediate, and local level. It is therefore critical to improve practice in public health and the instruments for assessing the situation and identifying the areas that require strengthening. In light of this, considerable attention has been focused in the Americas on measuring the performance of what has been termed the essential public health function (EPHF), as the basis for improving practice in public health and for strengthening the leadership of the health authority at all levels of the State.<sup>5</sup>

The EPHF have been defined as conditions (capacities) that permit better public health practice. Indicators and standards for each EPHF were also defined. If the functions are well defined to include all the capacities required for good public health practice, good functioning will be a reliable indication of attainment in each sphere of action or work area of public health.

To help orient the discussion at this consultation, we report the 11 EPHF identified as critical for public health practice in the countries of the Americas and contained in the performance measurement instrument developed by PAHO/AMRO in collaboration with the Centers for Disease Control (CDC) and the Latin American Center for Health Systems Research (CLAISS).

- 1) Health Situation Monitoring and Analysis
- 2) Public Health Surveillance, Research, and Control of Risks and Damages in Public Health

<sup>5</sup> PAHO/WHO 42<sup>nd</sup> Directing Council. Essential Public Health Functions: CD42/15. Washington D.C., 25-29 September 2000.

- 3) Health Promotion
- 4) Social Participation and Empowerment of Citizens in Health
- 5) Development of Policy, Planning, and Managerial Capacity to Support Efforts in Public Health and the Steering Role of the National Health Authority (NHA)
- 6) Public Health Regulation and Enforcement
- 7) Evaluation and Promotion of Equitable Access to Necessary Health Services
- 8) Human Resources Development and Training in Public Health
- 9) Ensuring the Quality of Personal and Population-Based Health Services
- 10) Research, Development, and Implementation of Innovative Public Health Solutions
- 11) Reducing the Impact of Emergencies and Disasters on Health

Developing instruments to measure performance of the stewardship function and of EPHF implies a process to define the function whose performance is to be measured, the performance indicators and standards, and the measures and sub-measures that will serve as verifiers. All indicators would require validation to ensure they measured what they were supposed to measure, and tests of reliability and consistency.

There is a debate in the literature about the appropriate choice between acceptable standards and optimum standards. Defining acceptable levels is difficult and partly arbitrary—for example, should the standard be related to the average reality of countries or to a definition of the minimum necessary for exercising a function. Should optimum standards be used as a goal for policy even if they are not achievable in the short run? These are questions important to future work on HSPA.

Measurement of the degree to which the stewardship function and EPHF are being fulfilled is not just an interesting methodological exercise but should lead to an improvement in public health practice, establishing good operating standards and reference points for continuous quality improvement. The process also promotes greater transparency in public health practice and services, while lending greater clarity to the generation of knowledge and evidence-based public health practice. Finally, measurement should lay the foundations for better and greater allocation of resources for public health actions.

Similar challenges exist for other functions of the system if it is agreed that identifying key variables that will permit measurement of the way they are being performed should be part of the agenda for further development of HSPA.

### *1.1.3.6 Instrumental or Intermediate Goals*

Most of the available indicators of attainment of instrumental goals are related to the way in which the function of delivery or provision of non-personal and personal health services is being carried out. They constitute categories of analysis of different domains of the action of the health system, more directly connected with managerial practices and decision-making processes under the responsibility of health care

administrators and public health officials at local, regional and national level. A challenge is to define indicators of how well the stewards of the system are carrying out their inter-sectoral talks, if the broader definition of the health system that was outlined in section 1.1.2 is accepted.

A myriad of intermediate goals have been suggested over the years, and some are currently applied in countries such as Canada, Australia, United Kingdom and Great Britain<sup>6,7</sup>. They have included:

- ✧ Access (whether or not patients can obtain the services they need at the right place and time);
- ✧ Effectiveness (how well services work and how they affect our health);
- ✧ Appropriateness (whether care is relevant to needs and is based on established standards);
- ✧ Continuity (how services fit together, including coordination, integration and ease of navigation);
- ✧ Sustainability (systems capacity to provide infrastructure such as workforce, facilities and equipment, and be innovative and respond to emerging needs);
- ✧ Efficiency (often conceived as technical efficiency or achieving best results at the lowest cost);
- ✧ Competence (knowledge and skills of caregivers appropriate to the care they are providing);
- ✧ Acceptability (how well the health systems meets citizens expectations).

There are many others. The difficulty is to choose a set which is small enough to routinely monitor and which policy makers can use to monitor their performance without losing track of the big picture. Part of this process would require deciding whether proposed indicators overlap and whether they can be operationalized in a meaningful and valid way. Some of these considerations will be taken into account in developing an initiative in WHO on assessing the functional coverage of a selected group of health interventions. This captures many of the above dimensions and can be used to trace the degree to which the health system carries out critical activities that have an impact on people.

### *1.1.3.7 Social Values and Final Social Goals*

The debates around the definition of socially desirable goals and whether the weights given to them are consistent across settings were introduced in section 1.1.2, and these issues are explored again briefly. Clearly the choice of performance indicators does not

---

<sup>6</sup> Hurst, J. and Jee-Hugues, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.47. Paris: OECD, 2000.

<sup>7</sup> Institute of Medicine. Envisioning the National Health Care Quality Report. M. P. Hurtado, E. K. Swift and J. P. Corrigan eds. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.



operate in a value-free environment and it needs to be recognized that societies create forms of organizing health systems according to guiding principles and fundamental values shared by their citizens. The important question to consider for future work on HSPA is whether there are other values that have not been adequately taken into account in the current framework and how they should be incorporated. The concepts solidarity, caring, universality and the preservation of healthy environments have been frequently mentioned as aspects that have been omitted. The question of whether they are final social goals, components of final goals, or instrumental goals has received considerable attention, and these and other questions will be considered at this consultation.

### *1.1.3.8 Practical Implications of Future Developments*

Furthering the development of HSPA and its framework along the lines suggested in this section will require considerable collaboration between WHO and its Member States. Some of the greatest challenges relate to how to choose variables, measures and indicators of capacity, functions and progress toward achieving the ultimate social goals to which the system should contribute. This is a medium and long-term agenda in the work of WHO and in the efforts of its Member Countries to improve the development of health systems so they contribute to the attainment of the health for all goal.

## 1.1.4 Linking Health Systems Performance Assessment to Policy-Making and Managerial Decision-Making

### *1.1.4.1 Introduction*

Routine HSPA would require national governments to monitor and evaluate the achievements of their health systems, to diagnose the determinants of observed performance based on the functional groupings, and to identify policies and strategies to improve performance. It would require WHO to increase its capacity to provide technical support in these areas. Since the publication of the WHR, many questions have been raised about the implications of routine HSPA for the work of ministries of health and WHO. Some of these questions are discussed below.

### *1.1.4.2 Indicators of the Performance of the Functions of the System*

The present HSPA framework and tools helps managers measure system performance and compare it with other countries. Improving performance requires that actions are then taken on the four core functions—stewardship, financing, provision and resource—generation, but at present, there are no tools to measure the performance of each function against a set of agreed instrumental goals. This was discussed at length in the previous section and it would be useful to develop a parsimonious set of indicators which mediate between the provision of services and the achievement of goals, and which are amenable to change in the short run through policies and managerial decisions. Effective coverage was discussed in this context in the two previous sections.

If this is thought to be desirable, it will be necessary to decide whether a limited set of additional instrumental indicators should be included, how they should be defined

and routinely measured. This is not trivial. As stated earlier, the concepts of effectiveness, quality, access, utilization, and appropriateness are all important when considering how to measure coverage or access. The final step for managers is to interpret these instrumental indicators and take appropriate remedial action. Poor coverage, for example, may be related to inefficient performance of health care providers, which is affected by a range of factors—wage rates, quality of education, supervision. Managerial actions will differ depending on the level of accountability for the decisions (wage rates may be set centrally, while supervision may be at institutional levels).

#### *1.1.4.3 Implications for Health Information Systems*

National and sub-national health information systems are not currently set up to undertake comprehensive HSPA and WHO does not yet have sufficient capacity to provide technical support. Modification of health information systems will require considerable discussion with experts from Member States to determine the minimum set of indicators (intrinsic and instrumental) to be monitored routinely, perhaps in conjunction with the judicious use of periodic surveys.

This is a critical issue in the choice of indicators. Having thousands of performance indicators, as currently is the case for the measurement of quality of care, would impose enormous strains on the health information systems of all Member States, but particularly the poorest. It would also make it difficult for managers to sift through the myriad of data. A balance needs to be found between coverage of all possible factors that might affect outcomes, the ability of the system to produce timely information on them, and the ability of managers to digest the information.

#### *1.1.4.4 Engagement of Civil Society*

If health policy makers accept the broad role of being stewards of population health, it will require increased interaction with funders and providers of care outside the public sector. HSPA means assessing the contributions of all parts of the health system, and developing ways of improving the functioning of the private sector, for example, where it is shown to be performing below expectations. Accordingly, it has been suggested that governments will need to have continual policy dialogue with public, private-for-profit and private-not-for-profit stakeholders, as well as with their inter-sectoral collaborators.

#### *1.1.4.5 WHO's Technical Support to Countries*

WHO must also build its own capacity to provide technical support for routine HSPA. The forms that this takes is the focus of ongoing discussion in WHO and with Member States, but recent suggestions include:

- a) Consultations and review of the HSPA methodology with countries and their own experts.
- b) Helping countries, where invited, to build capacity to:
  - ♦ Engage in national health policy dialogue;
  - ♦ Assess the core functions;

- ♦ Undertake sub-national measurement and analysis—this would require review of the appropriateness of health information systems for HSPA;
- ♦ Develop appropriate policy responses.

## **1.2 Report of the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment**

### **1.2.1 Introduction**

The Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment called together 70 experts and political decision-makers from 19 Member States. Also present were staff members of the Pan American Health Organization/Regional Office for the Americas of the World Health Organization (PAHO/AMRO), the Cluster of Evidence and Information for Policy of the World Health Organization (WHO-HQ), the U.S. Agency for International Development (USAID), the World Bank, the World Bank Institute, the «Convenio Hipólito Unanue» and the Caribbean Community (CARICOM). Observers from the WHO Regional Office for Europe and WHO Regional Office for the Western Pacific were also present (Annex 1-A).

The objectives of the Consultation were:

- a) To discuss different conceptual and methodological approaches to assess the performance of the health systems;
- b) To take stock of different country and regional experiences in the Americas related to HSPA;
- c) To identify the critical issues for furthering the conceptual and methodological development of a framework for measuring the performance of the health systems that could be applied by countries on a regular basis and informed to WHO periodically;
- d) To discuss the linkage between HSPA practices and health systems policy and managerial decision-making processes;
- e) To define an agenda of international technical cooperation in support of countries' efforts to measure the performance of the health systems.

Participants received a document entitled «Critical Issues in Health Systems Performance Assessment» as reference material. Both the agenda of the meeting and the document were prepared jointly by the Evidence and Information for Policy Cluster (EIP cluster) from WHO Headquarters and by the Division of Health Systems and Services Development of PAHO/AMRO (Annex 1-B). During the plenary sessions of the first two mornings, the program permitted experts with various perspectives to examine methodological and conceptual matters related to the World Health Report 2000 as well as the broader topic of measurement of health systems performance. The presentations were followed by open discussions that reflected the various viewpoints of the experts and participants.

There was a concerted effort to orient the debate towards the future and to contribute to the development of a clear definition of a performance assessment framework and

sound data that are useful to countries. The Director of PAHO/WHO, Dr. George Alleyne, set the tone by inviting a respectful, constructive and open debate that would help move the process forward. The first two morning sessions covered the topics of: a) Conceptual Basis and Scope of Health Systems Performance Assessment, and b) Furthering the Framework for Health Systems Performance Assessment used in the World Health Report 2000: Gaps Identified and Challenges Ahead. Discussant panels followed respective presentations by Dr. Christopher Murray and Dr. Daniel Lopez-Acuña.

During the first two afternoons, the participants were divided into four groups in order to respond to a series of discussion questions (Annex 1-C). Both of the first two days ended with a presentation by a rapporteur of the main issues discussed in each group. The third day included presentations of country experiences. The afternoon session dealt with linking performance assessment to political and managerial decision-making. The final session included a summary of the principal discussions of the working groups. The Director of PAHO/AMRO, Dr. Alleyne, closed the meeting.

This report summarizes the principal issues that were raised during the consultation, including discussions at both the plenary sessions and the working groups. The document is organized into two sections. In the first section, the principal lessons learned from the World Health Report 2000 Health Systems Performance Assessment Framework are summarized. In the second section, recommendations to review WHO conceptual framework and the indicators used to evaluate the performance of health systems are formulated.

## 1.2.2 Health Systems Performance Assessment Framework: Lessons Learned

### 1.2.2.1 *General Observations*

Definitions of the health system, its boundaries, and its objectives vary from country to country and are related to different societal values. In many countries these definitions are part of legal frameworks (Constitutions, Health Laws and others). Therefore, there are important limits to the country's comparison in terms of the performance of their health systems when the latter are defined in so many different ways.

Health Systems Performance Assessment has to be linked to political and managerial decision-making on the health system and not be viewed as an academic exercise. Many participants were of the opinion that a gap exists between the World Health Report 2000 and its use by those responsible for the political decisions in the health sector. It was suggested that this gap might be partly due to the fact that the indicators included in the report did not allow policy makers to directly assess what steps they could take to improve performance in the short term.

It was suggested by some participants that both at the national and international levels, the criteria for assessing the performance of health systems, as well as the indicators used should be established by consensus. This extensive consultation should lead to a transparent framework, data collection and criteria for analysis.

Otherwise, the polemics on the criteria and the indicators tend to cloud the results of the assessment and its possible use by policy makers and other interested actors.

The equating of «performance» with «efficiency» as included in the World Health Report 2000 was considered to be too narrow. It was suggested that performance should be defined as «the set of activities and programs that are carried out in order to achieve objectives and goals that have been previously established.» Consequently performance assessment should be seen as «the quantitative and qualitative appraisal that shows the degree of achievement of the objectives and the goals.»

It was suggested that efficiency is one among several of the possible dimensions of the performance of health systems. Accordingly, the revision of the conceptual framework should stem from a careful review of the dimensions of performance, particularly intermediate goals and indicators that mediate between inputs and the outcomes to which the system contributes.

### *1.2.2.2 Objectives and Results of the Health Systems*

Improving health is the ultimate goal to which societies expect their health systems to contribute to. Depending on the perspective one takes responsiveness and fair financing may be considered final goals of the health systems but not the ultimate goal or may rather be perceived as attributes of the health system or intermediate goals.

The delivery of personal and non-personal services and intersectoral actions are only one way of improving the health of the population. Factors linked to the political and socioeconomic condition, the environment, genetics, and the individual and collective behavior have a powerful influence on health. It is necessary therefore to advance knowledge of how these factors interact, how they influence the health status of individuals and populations and therefore how they contribute to the attainment of the ultimate goal of the health system over and above the performance of the system itself.

The «time factor» makes the previous analysis even more complex and significantly influences the analysis of performance. Poor health status may be the result of decisions made fifteen years ago and its influence on the present situation may not always be easy to establish.

All of the above emphasizes the importance of paying particular attention to the functions and intermediate objectives of health systems (what health systems are actually doing and what they could do better) and not just focusing performance assessment on some distant final objectives (what «should be done»).

### *1.2.2.3 The Boundaries of the Health System and the Definition of Responsibility and Accountability*

There was considerable discussion about the relationship between the boundaries of the health system and the accountability of government for its performance. A number of participants argued that each country defined its own system differently, and expected government to be responsible in different ways. They argued that it was not possible to define a common framework to HSPA. On the other hand, other participants argued that

international comparisons were useful, using a common framework, even if individual countries would want to modify the framework for their own internal purposes.

Related to the variation in legal definitions, which can be imprecise or outdated, but also to the identification of actors and the flow of financial and non-financial resources of the system, most definitions tend to minimize the importance of the subsystems of self-care and informal care. The initiative to prepare National Health Accounts, currently in progress in numerous countries, can help to fine tune the definition.

In most countries, those responsible for health policy tend to be accountable for actions linked to the delivery of personal and non-personal health services.

Greater variability among countries exists in those policies where the health system is only one among various sectors involved. Those responsible for health policy often try to take the lead in inter-sectoral actions, with strong impact on the health of populations, but they do not always achieve it. Thus, the accountability of the effects of these policies is often times not clear.

Finally, there are situations (for example, war and peace, social violence, and others), and policies (for example, economic policy), which strongly influence health status. They are outside of the health system's immediate realm of responsibility. At the most, those responsible for the health system can develop a certain advocacy role, but it is the entire government (or even the society at large) who is the one responsible. Again, there was no general agreement about how broadly or narrowly to define the system and the areas of accountability of policy makers.

#### *1.2.2.4 Comparability among the Health Systems of the Countries*

Unlike the comparison of the performance of the health system of a country with itself over time, the comparability of the performance of the health systems between countries was seen as something desirable but difficult to carry out for technical and political reasons.

In order for it to serve as stimulus for the formulation of health policies in the countries, the terms of comparison (the conceptual framework, the variables that operationalize it and the indicators of measurement) should be subject to consensus among those who are going to be compared.

The three dimensions of evaluation utilized in the World Health Report 2000 were discussed.

In the first place, it was considered that the use of Disability Adjusted Life Expectancy (DALEs) to measure the ultimate final goal of health does not directly include dimensions of positive health nor of the quality of life related to health. It was suggested that its role as the only indicator used for assessing the attainment of the ultimate goal of health be reviewed.

Secondly, it was considered that the current concept of «responsiveness» encompasses some dimensions of quality of care but deals only with the demand side. It does not take into account for example, the technical quality of the supply side. It does not include direct measures of the degree of response to health seeking behaviors of the populations

or of user satisfaction, nor does it take into account the cultural variability among the countries and within the same country.

Thirdly, discussion took place on the concept and measure of «fair financing». It was considered that it concentrates exclusively on one side of the problem, the share of household expenditures devoted to health. It does not take into account the effect of public expenditure in public health and personal care. It does not permit to assess how progressive or regressive is the financing of the health system, and, consequently, does not refer to the full spectrum of financial protection with respect to health.

Finally it was considered that from an ethical perspective the concept is debatable since it assumes that fair financing is the same thing than pure proportional financing.

It was suggested that other instruments and already existing measures should be examined. The measures can serve as secondary sources and/or as support measures to revise the framework of analysis of the performance of health systems and to refine the underlying concepts. It was considered that the challenge consists precisely in being able to integrate data from various sources in a way that generates relevant knowledge for decision-making that is capable of improving the performance of health systems.

The usefulness of a single composite index in constructing a scale of attainment for classifying the performance of the health systems of the countries, as was employed in the World Health Report 2000, was widely discussed.

The opinions included criticisms of the usefulness of the composite index to feed the policy design, implementation and evaluation; of the methodology used for its calculation, and of the appropriateness of its publication when the calculations are based on estimates and projections rather than on actual data. Some participants considered though that summary indexes may be utilized politically for ensuring that attention is gained for the health system.

The aggregate index of performance and the scale of attainment that ranks countries according to the index raises questions such as: Who does the ranking? What is the ranking for? Both can detract from the substance of the debate: to compare in order to improve.

It was also stressed that the policymakers need to be able to identify the contributions of the different components of the health system. For example, they need to have the capacity to be able to separate the contribution of personal services, non-personal services and inter-sectoral actions to the performance of the system and to the ultimate final goal of health. This would help them decide if they should allocate resources in a different manner, commensurate to the type of contribution identified in the performance assessment exercises.

## 1.2.3 Recommendations for Furthering the Conceptual Framework and the Indicators Utilized by WHO to Assess the Performance of the Health Systems

### 1.2.3.1 Introduction

The opinion was expressed during the meeting that Health Systems Performance Assessment should include a broad range of activities instead of equating the term performance with efficiency. This will allow the users of performance assessment to consider whether progress is being made with regard to specific goals and if the appropriate activities are being undertaken to promote the achievement of these goals.

The value of this would be in identifying the problem areas that may require special attention as well as the best practices that can serve as models. Thus, the performance assessment could also be a tool for regulation and resource allocation.

It was proposed by PAHO/AMRO that performance assessment could be compared to a «dashboard,» equipped with multiple gauges, that makes possible the scrutiny of different dimensions of the performance of the health systems. This could allow for assessing the degree of attainment of the intermediate goals and the different ways in which the functions of the systems operate.

### 1.2.3.2 The Multiple Dimensions of Health Systems Performance

The case was made for multiple measures that can be related to actions for which responsible national agencies could be held accountable. They should be pragmatic and connected with policy and managerial decision making in the health sector. They should rely on the identification of indicators of performance measurement for the different dimensions of the health systems: resources, functions, intermediate goals and final goals.

In order to evaluate the intermediate goals many suggestions were made. Some included:

- ❖ Access (if patients receive the services needed in the right place and at the right time);
- ❖ Relevance (if the provision of the service is relevant to the needs and if it is based on an established standard);
- ❖ Continuity (how the services are related among themselves, including coordination, integration and conduction);
- ❖ Sustainability (capacity of the systems to provide infrastructure, such as work force, establishments and equipment, in addition to being innovative and responsive to the needs that can arise);
- ❖ Efficiency (this often is conceived as technical efficiency or the capacity to achieve better results at the lowest cost);
- ❖ Competence (providers with knowledge and aptitudes that are appropriate for the care they provide);



- ✧ Acceptability (how efficient are the health systems with regard to the expectations of the citizens).

It was considered important to define procedures to measure the performance of the function of the steering role of the health authorities, taking into account the roles assumed in the majority of the countries at the central, intermediate and local levels of government.

It was noted that performance measurement of essential public health functions, as currently being done in the Region of the Americas, illustrates the potential of a tool for assessing the institutional capacities of the health authority. It measures one specific domain within the stewardship/steering role function of the health system. It may be used for continuous improvement of public health practice and for reorienting resource allocation into public health actions. It does it through a participatory and transparent process within each country in which 11 essential public health functions are measured. The results do not include a global indicator, and it is not oriented towards the construction of a summary measure that compares countries.

### *1.2.3.3 Rethinking Health Systems Performance Assessment*

As part of rethinking and improving HSPA it was considered appropriate to advance a framework that takes into account four dimensions: the inputs and/or resources, the functions, the results or intermediate objectives, and the final objectives of the system.

Health systems performance assessment also has to be linked to both the definition of the desired change contained in health sector reform agendas and the actual possibility of implementing changes.

At present there are some national experiences designed to assess the performance of the health systems in several countries of the Region of the Americas, which should be taken into account and analyzed.

Performance assessment efforts should incorporate the different areas of analysis (national, intermediate, local), the different functions of the systems and consider several potential recipients (political decision makers, other interested actors, the public, etc.)

### *1.2.3.4 Constructing Relevant Indicators*

The indicators should be grouped in relation to the previously selected dimensions. A careful definition of terms is required. Some indicators can be used to evaluate more than one dimension.

A careful balance should be established between information that is available and communicated periodically by the countries and information that is desired but still unavailable. A process for strengthening data collection, and for estimating the costs and the time that are required for making data readily available should be defined. It is necessary to find an equilibrium between all the possible factors that could influence the results, the capacity of the system to produce timely information, and the capacity of the administrators to analyze and process the information.

These indicators should be adaptable to changes in policy and administrative decisions both in the short and in the medium run. The data and methodologies for calculations should be transparent and reproducible.

The implications of the inclusion of HSPA indicators in routine health information systems requires a careful evaluation by experts of the Member States. A central objective of that consultation is to determine the minimum set of indicators that should be monitored routinely, the relationships between quantitative and qualitative indicators, central and complementary indicators, as well as the relationships between indicators collected regularly and the conducting of periodic surveys.

#### *1.2.3.5 Technical Support of WHO to the Countries for Health Systems Performance Assessment*

WHO should further develop its capacity to provide technical support in performance assessment of the health systems. This implies continuous discussions between the Organization and the Member States.

Improving the common understanding of the relationships between state of health and health systems is a long-term process that can take many years. In addition to documenting the results of that relationship, future reports should emphasize the process that leads to the development of the framework, the measures and the indicators. In addition, the development of global indicators implies long-term research efforts that should involve those who are responsible for health policies, researchers and other interested actors. WHO should use its leadership in order to make it possible for this to be a more inclusive process.

WHO should reexamine the methodology of the HSPA in close collaboration with the countries and with its own experts in different clusters and regions. The Organization should play a critical role in the development of standards, in bringing together experts in order to compare and contrast different approaches being used in the countries, in building consensus on the best ways to ensure comparability between countries with regard to health status, health expenditure, health systems organization and other relevant dimensions of the systems.

WHO should support the countries' efforts in order to develop capacities to:

- ✧ Dialogue on national health policies.
- ✧ Evaluate the resources, functions, intermediate objectives and final objectives of the health systems, as well as the degree of achievement of the desired changes.
- ✧ Examine the pertinence of current health information systems to generate the necessary data.
- ✧ Undertake the measurement of the performance at the national and subnational levels.
- ✧ Develop appropriate policy responses.

WHO should make better use of its collaborating centers, other national institutions, as well as strengthen the exchange of information among its different units and regional offices.

### **1.2.3.6 Further Steps**

The results of the Consultation will be taken into account in the work undertaken in this area in the region of the Americas. Equally, they will be transmitted to the World Health Organization Headquarters to be incorporated into the recommendations made by other regions to the formulation that will be presented on this matter to the Executive Board in January 2002.

PAHO/AMRO will organize a work group that, before the end of September will undertake an in depth analysis of the subject matter and expand the recommendations made in the Consultation.

The result of both discussions will be presented to a special session to be scheduled during the Directive Council Meeting which will take place during the last week of September 2001. The objective of this session will be to inform the delegations of all the Member Countries and to hold a forum for debate that will also be conveyed to the WHO headquarters.

## **Annex 1-A: List of Participants of the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment**

### **ARGENTINA**

***Dr. Ginés González***

Rector del Instituto Universitario ISALUD  
Argentina  
Tel.: (54-11) 4334-7766  
Fax: (54-11) 4334-0710 (directo), 4334-1736  
correo@isalud.com

***Dr. Francisco Martini***

Jefe del Gabinete de Asesores del Ministro de  
Salud  
Ministerio de Salud de la Nación  
Av. 9 de Julio 1925, 8vo Piso  
(1332) Capital Federal  
Tel.: 4379-9085/9012  
Fax: 4379-9143

***Sr. Javier Vilosio***

Subsecretario de Programas de Prevención y  
Promoción  
Secretaría de Atención Sanitaria  
Ministerio de Salud de la Nación  
Av. 9 de Julio 1925, 8vo Piso  
(1332) Capital Federal  
Tel.: 4379-9085/9012  
Fax: 4379-9143  
jvilosio@msal.gov.ar

### **BARBADOS**

***Ms. Elsie Le Franc***

Professorial Fellow  
Sir Arthur Lewis Institute of Social  
and Economic Studies  
University of West Indies  
Cave Hill Camous, P.O. Box 64  
Bridgetown, Barbados  
Tel.: 264-417-4478  
Fax: 246-424-7291  
elefranc@uwichill.edu.bb

### **BOLIVIA**

***Dr. Fernando Lavadenz***

Gerente General del Proyecto de Reforma de  
Salud  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
Calle Batallón Colorados, Piso 3  
La Paz, Bolivia  
Tel.: 591-2-442-666/442-543  
Fax: 591-2-440-732  
refsalud@ceibo.entelnet.bo

### **BRAZIL**

***Dr. Joaquim Gonçalves Valente***

Investigador  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484

***Sra. Celia Landman***

Investigadora  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484

***Dra. Claudia Travassos***

Investigadora  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484

## **CANADA**

### **Mr. Richard Alvarez**

President and CEO  
Canadian Institute for Health Information  
90 Eglinton Avenue East, Suite 300  
Toronto, Ontario  
Canada M4P 2Y3  
Tel.: (416) 481-2002  
Fax: (416) 481-2950  
ralvarez@cihi.ca

### **Dr. Indra Pulcins**

Manager Health Indicators  
Canadian Institute for Health Information  
90 Eglinton Avenue East, Suite 300  
Toronto, Ontario  
Canada M4P 2Y3  
Tel.: (416) 481-2002  
Fax: (416) 481-2950

### **Mr. Michael Wolfson**

Assistant Chief Statistician, Statistics Canada  
Social and Economic Studies Division  
RH Coats, Floor: RHC26K  
RH Coats Building Holland Ave. and  
Scott Street Tunney's Pasture  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6  
Tel.: (613) 951-8216  
wolfson@statcan.ca

## **CARICOM**

### **Mr. James St. Catherine**

Program Manager in Health  
CARICOM Community Office  
Bank of Guyana Building  
Guyana  
Tel.: 592-225-1960  
Fax: 592-225-8039  
jamessc@caricom.org

## **CHILE**

### **Dr. Claudio Farah**

Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Independencia 939  
Casilla 70012, Correo 7  
Santiago, Chile  
Tel.: 562-678-6149  
Fax: 562-735-5582

### **Dr. Fernando Muñoz**

Presidente  
CLAISS  
José Miguel de la Barra 412, Piso 3  
Santiago, Chile  
Tel.: 562-664-9375/3684/4375  
Fax: 562-664-3624  
claiss@ctcreuna.cl

## **COLOMBIA**

### **Dra. Angela González Puche**

Instituto Nacional de Salud de Colombia  
Colombia  
Tel.: 571-222-3111  
Fax: 571-368-8928

## **CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

### **Sr. Mauricio Bustamante**

Director Ejecutivo  
Organismo Andino de Salud  
Convenio Hipólito Unanue  
Av. Paseo de la República 3832, 3er Piso  
Lima 27, Perú  
Tel.: 511-221-0074  
Fax: 511-440-9285  
mabusta@conhu.org.pe

## **COSTA RICA**

### **Dra. María Elena López**

Directora Dirección Servicios de Salud  
Ministerio de Salud  
Apartado Postal 158-1200  
Pavas, San José, Costa Rica  
Fax: 506-258-5830 (OPS-COR)  
melopez@racsa.co.cr

## **ECUADOR**

### **Sr. Ramiro Echeverría**

Juan Figueroa 1230 y Ave. Occidental  
Condominio Kazu - II C-6  
Quito Norte, Ecuador  
Tel.: 593-259-100  
Fax: 593-294-372  
Cell.: 593-282-7670  
recheverria@andinanet.net

**EL SALVADOR**

***Dra. Lydia Eugenia de Nieto***  
Directora de Planificación  
MSPAS  
San Salvador, El Salvador

**GUATEMALA**

***Sr. Dr. Julio Molina Aviles***  
Vice Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
6ta. Avenida 3-45, Zona 11  
Ciudad de Guatemala, Guatemala  
Fax: 502-475-2168

**JAMAICA**

***Mr. Stanley Lalta***  
Health Economist  
Ministry of Health  
Oceana Building  
2 - 4 King Street  
Kingston 5, Jamaica

***Dr. Barrington Wint***  
Executive Chairman of the Board  
South East Regional Health Authority  
Ministry of Health  
Ocean Building, 2 King Street  
Kingston, Jamaica  
Tel.: 876-967-1101  
Fax: 876-922-8862

**MEXICO**

***Dr. Miguel Angel Lezana Fernández***  
Coordinador de Asesores del  
Secretario de Salud  
Ministerio de Salud de México  
Tel.: 525-553-7306  
Fax: 525-250-0925  
miguelan@cenids.ssa.gov.mx

***Sr. Enrique Ruelas Barajas***  
Subsecretaría de Innovación y Calidad  
Secretaría de Salud  
Mexico

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
(PAHO)**

525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037

***Mr. Bernt Andersson***  
Regional Advisor, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3212  
Fax: (202) 974-3641  
anderssb@paho.org

***Dr. Pedro Brito***  
Program Coordinator, HSP/HSR  
Tel.: (202) 974-3295  
Fax: (202) 974-3612  
britoped@paho.org

***Dr. Juan Antonio Casas***  
Director, HDP  
Tel.: (202) 974-3210  
Fax: (202) 974-3652  
casasjua@paho.org

***Dr. Carlos Castillo-Salgado***  
Program Coordinator, SHA  
Tel.: (202) 974-3327  
Fax: (202) 974-3674  
castillc@paho.org

***Dr. César Gattini***  
Regional Advisor, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3225  
Fax: (202) 974-3641  
gattinic@paho.org

***Dr. Alberto Infante***  
Regional Advisor, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3818  
Fax: (202)-974-3641  
infantea@paho.org

***Dr. Enrique Loyola***  
Regional Advisor, SHA  
Tel.: (202) 974-3130  
Fax: (202) 974-3674  
loyolaen@paho.org

***Dr. Oscar Mujica***  
Regional Advisor, SHA  
Tel.: (202) 974-3974  
Fax: (202) 974-3674  
mujicaos@paho.org

**Dr. Mirta Roses Periago**

Assistant Director  
Tel.: (202) 274-3404  
Fax: (202) 974-3601  
rosesmir@paho.org

**Dr. Priscilla Rivas-Loria**

Consultant, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3876  
Fax: (202) 974-3641  
rivaspri@paho.org

**Mr. Hernán Rosenberg**

Regional Advisor  
Tel.: (202) 974-3195  
Fax: (202) 974-3641  
rosenbeh@paho.org

**Dr. Karen Sealey**

Chief, DAP  
Tel.: (202) 974-3187  
Fax: (202) 974-3604  
sealeyka@paho.org

**Ms. Patricia Schroeder**

Assistant to the Health Sector Reform  
Project, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3239  
Fax: (202) 974-3641  
schroedp@paho.org

**Dr. César Vieira**

Program Coordinator, HDP/HDD  
Tel.: (202) 974-3235  
Fax: (202) 974-3675  
vieirace@paho.org

**Dr. Edwina Yen**

Consultant, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3866  
Fax: (202) 974-3641  
yenedwin@paho.org

**Dr. José Luis Zeballos**

Program Coordinator, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3215  
Fax: (202) 974-3641  
zeballoj@paho.org

**PARAGUAY**

**Dr. Roberto Dullack**

Director General de Planificación  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Pettirossi y Brasil  
Asunción, Paraguay  
Fax: (59521) 206-885

**PUERTO RICO**

**Dra. Elena Batista**

Asesora, Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan, Puerto Rico  
Tel.: (787) 617-0475 764-5701  
Fax: (787) 250-7064

**UNITED KINGDOM**

**Prof. Azim Lakhani**

Director  
National Centre for Health Outcomes  
Development  
Health Services Research Unit  
London School of Hygiene and  
Tropical Medicine  
Keppel Street  
London WC1E 7HT, UK  
Tel.: 44-20-7927-2366  
Fax: 44-20-7580-8183  
azim.lakhani@lshtm.ac.uk

**UNITED STATES OF AMERICA**

**Dr. Ivan Barofsky**

Johns Hopkins Bayview Medical Center  
4940 Eastern Avenue  
Baltimore, MD 21224  
Tel.: 410-550-0162  
Fax: 410-550-8035

**Ms. Karen Becker**

Epidemiologist  
Health and Human Services  
Washington, D.C., USA  
Tel.: (301) 443-1774  
Fax: (301) 443-6288

**Dr. Peter Berman**

PHPOPSTD  
Harvard School of Public Health  
677 Huntington Ave.  
Boston, MA 02115  
Tel.: (617) 432-4616  
Fax: (617) 432-2181  
pberman@hsph.harvard.edu

**Ms. Karen Cavanaugh**

USAID  
1300 Pennsylvania Ave.  
Washington, D.C. 20523  
Tel.: (202) 712-5859  
Fax: (202) 216-3702

**Dr. Janet M. Corrigan**

Director  
Board on Health Care Services  
Institute of Medicine  
National Academy of Sciences  
2101 Constitution Avenue NW –Room  
TJ1020  
Washington, D.C. 20418  
Tel.: (202) 334-2165  
Fax: (202) 334-2862

**Mr. Charles Derby**

Agency for Health Care Research and  
Quality  
Executive Office Center  
2101 East Jefferson St.  
Rockville, MD 20852  
Fax: (301) 594-2168

**Mr. Paul Halverson**

Centers for Disease Control (CDC)  
4770 Buford Hwy, Mail Stop K-39  
Atlanta, GA 3034-3724  
Tel.: (770) 488-2527  
Fax: (770) 488-2489  
pch4@cdc.gov

**Dr. Wade Hanna**

Centers for Disease Control  
(CDC)  
4770 Buford Hwy, Mail Stop K-39  
Atlanta, GA 3034-3724  
Tel.: 770-488-2527  
Fax: 770-488-2489  
pch4@cdc.gov

**Dr. David Hotchkiss**

Abt. Associates, Inc.  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-5341  
Tel.: (301) 913-0500  
Fax: (301) 913-0562

**Dr. Dean Jamison**

Professor, Program on Global Health  
University of California  
Los Angeles, CA  
Tel.: (310) 206-0223  
Fax: (310) 206-4018  
djamison@isop.ucla.edu

**David McQueen**

Centers for Disease Control (CDC)  
4770 Buford Hwy, Mail Stop K-39  
Atlanta, GA 3034-3724  
Tel.: (770) 488-2527  
Fax: (770) 488-2489

**Dr. David Nicholas**

Project Director  
Quality Assurance Project  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Ave., Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811  
Tel.: (301) 941-8408  
Fax: (301) 941-8427

**Thomas Novotny, M.D., M.P.H.**

Deputy Assistant Secretary and Director  
Office of International and Refuge Health  
5600 Fishers Lane, Room 18-105  
Rockville, MD 20857  
Tel.: (301) 443-1774  
Fax: (301) 443-6288

**Dr. Mary Paterson**

Abt. Associates, Inc.  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-5341  
Tel.: (301) 913-0500  
Fax: (301) 913-0562

**Dr. Edward B. Perrin**

Professor Emeritus  
Health Services  
University of Washington  
Seattle, WA, USA  
Tel.: (206) 616-2982  
Fax: (206) 543-5318



**Ms. Patricia Pittman**

Senior Manager, International Projects  
Academy for Health Services Research and  
Health Policy  
1801 K St. NW Suite 701-L  
Washington, D.C. 20006  
Tel.: (202) 292-6712  
Fax: (202) 292-6800  
pittman@ahsrhp.org

**Dr. Marc Roberts**

Harvard School of Public Health  
677 Huntington Ave.  
Boston, MA 02115  
Tel.: (617) 432-0807  
Fax: (617) 432-3699

**Dr. Gerald Rosenthal**

MSH  
165 Allandale Rd  
Boston, MA 02130-340  
Fax: (614) 524-2825

**Dr. Ed Sondick**

Director  
National Center of Health Statistics  
Hyattsville, MD 20782-2003  
Tel.: (301) 458-4500  
Fax: (301) 458-4020

**Ms. Mary Lou Valdez**

Office of International and Refugee Health  
U.S. Department of Health of Human  
Services  
Maryland, USA  
Tel.: (301) 443-4549  
Fax: (301) 443-4549

**URUGUAY**

**Dr. Eduardo Touya**

Director General de la Salud  
Ministerio de Salud Publica  
Av. 18 de Julio 1892  
Montevideo, Uruguay  
Tel.: (598 2) 409-7800/ 400-1002  
Fax: (598 2) 401-3870

**VENEZUELA**

**Sr. Oscar Feo**

Comisión Presidencial para la Reforma de la  
Seguridad Social  
Apartado Postal 4810  
Maracay, Venezuela  
Fax: (582) 753-5859

**WORLD BANK**

**Mr. Gilles Dussault**

World Bank Institute  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Tel.: (202) 477-1234  
Fax: (202) 676-0961

**Ms. Ann Johansen**

World Bank Institute  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Tel.: (202) 477-1234  
Fax: (202) 676-0961

**Mr. Alex Preker**

Health, Nutrition, and Population  
World Bank  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Fax: (202) 522-3234

**Dr. Paul Shaw**

Health Sector Leading Specialist  
World Bank Institute  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Tel.: (202) 473-3441  
Fax: (202) 676-0961

**Dr. Adam Wagstaff**

Lead Health Economist  
World Bank  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Fax: (202) 473-0566  
awagstaff@worldbank.org

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**

***Dr. Orvill Adams***

Director  
Department of Health Systems  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-2889  
Fax: (41-22) 791-4747  
adamso@who.ch

***Dr. David Evans***

Director a.i.  
Global Programme on Evidence  
for Health Policy  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-3970  
Fax: (41-22) 791-4781

***Dr. Kei Kawabata***

Coordinator, FAR/GPE  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-3970  
Fax: (41-22) 791-4781

***Ms. Suszy Lessof***

The World Health Organization  
Regional Office for Europe (EURO)  
8, Scherfigsvej  
DK-2100 Copenhagen 0  
Denmark  
Tel.: 45 39 171717  
Fax: 49 39 17181

***Dr. Christopher Murray***

Executive Director  
Evidence and Information for Policy Cluster  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-2111  
Fax: (41-22) 791-0746  
murrayc@who.int

***Dr. Soe Nyuntu***

The World Health Organization  
Regional Office for the Western Pacific  
(WPRO)  
P.O. Box 2932  
1000 Manila  
Philippines  
Tel.: (632) 528-8001  
Fax: (632) 521-1036  
rona@who.org.ph

***Dr. Sam Tien***

The World Health Organization  
Regional Office for South-East Asia (SEARO)  
World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatma Gandhi Road  
New Delhi 110002, India  
Tel.: 91-11-331-7804  
Fax: 91-11-331-8607

## **Annex 1-B: Program of the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment**

### **FIRST DAY, MAY 8, 2001**

09:00 - 09:15 Opening Address: *Dr. George A. O. Alleyne*, Director PAHO/AMRO

#### **FIRST PLENARY SESSION**

- 09:15 - 10:00 "The Conceptual Basis and the Scope of Health Systems Performance Assessment"  
*Dr. Christopher Murray*, Executive Director, Evidence and Information for Policy Cluster, WHO-HQ
- 10:00 - 10:45 Discussants  
*Dr. Claudio Farah*, Professor, School of Public Health, University of Chile, Santiago, Chile  
*Dr. Paul Shaw*, Health Sector Leading Specialist, World Bank Institute, Washington D.C., USA  
*Dr. Marc Roberts*, School of Public Health, Harvard University, Boston, Massachusetts, USA  
*Dr. Michael Wolfson*, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development, Statistics Canada, Ontario, Canada
- 10:45 - 11:15 Coffee Break
- 11:15 - 12:15 Open Debate
- 12:15 - 12:30 Summary of issues to be discussed in the working groups
- 12:30 - 14:00 Lunch Break
- 14:00 - 15:30 Working Groups
- 15:30 - 16:00 Coffee Break
- 16:00 - 17:00 Working Groups (continuation)
- 17:00 - 17:30 Plenary Presentation of Working Groups Conclusions

### **SECOND DAY: MAY 9, 2001**

#### **SECOND PLENARY SESSION**

- 09:00 - 09:45 "Furthering The Framework for Health Systems Performance Assessment used in the WHR 2000: Gaps Identified and Challenges Ahead"  
*Dr Daniel López-Acuña*, Director, Division of Health Systems and Services Development, PAHO/AMRO
- 09:45 - 10:30 Discussants:  
*Dr. Claudia Travassos*, Public Health Researcher, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil  
*Dr. Ed Sondick*, Director, National Center of Health Statistics, Maryland, USA  
*Dr. Fernando Muñoz*, President, "Centro Latinoamericano de Investigación de Sistemas de Salud" (CLAISS), Santiago, Chile  
*Dr. Edward Perrin*, Professor Emeritus, Department of Health Services, University of Washington, Seattle, Washington, USA
- 10:30 - 11:00 Coffee Break
- 11:00 - 12:15 Open debate
- 12:15 - 12:30 Summary of issues to be discussed in the working groups (rapporteur)

- 12:30 - 14:00 Lunch Break  
Working Groups on Second Plenary Session
- 14:00 - 15:30 Working Groups
- 15:30 - 16:00 Coffee Break
- 16:00 - 17:00 Working Groups (continuation)
- 17:00 - 17:30 Plenary Presentation of Working Groups Conclusions

### **THIRD DAY, MAY 10, 2001**

#### **THIRD PLENARY SESSION**

Country and Regional Experiences in Health Systems Performance Assessment in AMRO

- 09:00 - 09:30 "Canadian Experience in Performance Assessment of the Health System"  
*Mr. Richard Alvarez*, President and CEO, Canadian Institute for Health Information, Ontario, Canada
- 09:30 - 10:30 "A Framework for Monitoring Health Outcomes, as part of Performance Assessment in England"  
*Dr. Azim Lakhani*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, England
- 10:30 - 11:00 Coffee Break
- 11:00 - 11:30 "The Mexican Experience of Health Systems Performance Assessment"  
*Dr. Miguel Angel Lezana*, Coordinator of Advisors to the Secretary of the Ministry of Health, Ministry of Health, Mexico
- 11:30 - 12:00 "United States National Report on Quality of Care"  
*Dr. Janet M. Corrigan*, Director, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, Washington D.C., USA
- 12:00 - 12:15 Questions and Answers
- 12:15 - 12:30 Summary of main issues raised during the session (rapporteur)
- 12.30 - 14:00 Lunch Break

#### **FOURTH PLENARY SESSION**

- 14:00 - 14:45 "Linking Health Systems Performance Assessment to Policy Making and Managerial Decision Making"  
*Dr. Orville Adams*, Director, Department of Health Systems, WHO/HQ
- 14:45 - 15:30 Discussants:  
*Dr. Ginés González*, Rector, University Institute ISALUD, Buenos Aires, Argentina  
*Dr. Peter Berman*, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, EUA
- 15:30 - 16:00 Coffee Break
- 16:00 - 16:45 Open debate
- 16:45 - 17:00 Summary of issues raised during the session (rapporteur)
- 17.00 - 17:30 Concluding remarks:  
*Dr. George A. O. Alleyne*, Director of PAHO/AMRO

## **Annex 1-C: Guidelines for Working Groups Discussion**

### **SESSION 1**

**MAY 8, 2001**

1. Which goals and primary outcomes of the health system should be considered when we assess its performance?
2. Where should we establish the boundaries of the health system? Who formulates that definition and how comparable are performance measurements when the definitions of health systems vary?
3. How do the goals of the current WHO framework align with Member States' goals?
4. Should health policy makers and stewards of the health system be equally accountable for what they are directly responsible (personal and non-personal services), for what they are only partially responsible (intersectoral action), and for what they are not directly responsible?
5. Which other instruments/measures pertaining to other constituent parts of human development that have an influence on health should be developed?
6. What is the comparability of the measures of responsiveness and financial fairness among countries?

### **SESSION 2**

**MAY 9, 2001**

1. What are we referring to when we discuss health system performance? What does it encompass?
2. Is performance assessment of the health system best served by the calculation of a single combined index subject to weights given to each variable, or by a series of indicators that can provide information on the different domains of health system performance (resources, functions, intermediate goals and final goals)? How can they be more directly linked to action?
3. What are the key indicators of functions and intermediate goals that should be developed to assess the performance of health systems so they provide meaningful information for the improvement of the health system?
4. How does WHO data sources and methodologies improve Member States' abilities to move from data to action and actually impact policies and programs?
5. What research and development is needed to support the performance measurement of intermediate goals and health system functions?

## **II. Work Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment, Report of the First Meeting<sup>8</sup>**

---

### **2.1 Introduction**

The Workgroup of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment (HSPA), held its first meeting in Ottawa, Canada from September 4-6, 2001. The group was comprised by representatives of Brazil, Cuba, Canada, Jamaica, Mexico, and the United States as well as PAHO/AMRO staff members. WHO Headquarters was invited to participate, but could not attend the meeting.

The Workgroup reaffirmed what was discussed at the Regional Consultation of the Americas on HSPA, held in May 2001: the main objective of HSPA activities is to provide information to the countries themselves to improve the performance and ultimately the quality of their health systems.

Therefore, the work needs to be targeted towards something that is «actionable» at the national and local level. In addition, given that health systems are very rooted in the unique historical and social circumstances of each country, it is unlikely that a single assessment process will be applicable and useful across all nations.

It was also agreed that there is great benefit in developing the methodologies for doing assessments within an international context and that there are likely to be some set of activities that will be of interest across all countries and possibly a larger group that would apply to groups of countries with similar characteristics and needs. It would be highly desirable for these to be done in a comparable and consistent way. PAHO and WHO should facilitate these activities.

Additional work was done on the extremely complex but important task of clarifying the components of the health systems in terms of functions and characteristics. More work is needed in terms of standardizing terminology, conceptualizing the components, fitting them together, and on how they can be measured.

The «dashboard» concept, introduced at the Regional Consultation of the Americas Meeting, was reaffirmed and additional work was done to clarify how to use this concept in the assessment. A variant of the framework being used in Canada was discussed which contains four major domains: Health Status, Non-Medical Determinants of Health, Health Care System, and Community and Health System Characteristics (Resources).

There was considerable discussion, which needs to continue, about where specific components fit. There was consensus that the third level, Health Care System, was most directly related to performance assessment, with special emphasis on the delivery of care, and is the focus of the activity. Other levels of the framework are critically important

---

<sup>8</sup> This meeting took place in Ottawa, Canada, 4-6 September, 2001.

and provide needed context. Issues of equity should be addressed at all levels of the framework.

There was also considerable discussion of how the nations should collaborate on these activities and how they should relate to WHO at country, regional and headquarters level in terms of the collection, analysis and dissemination of information on HSPA. Greater involvement of the Member States in these activities is desired. PAHO/AMRO's contributions in areas, such as strengthening national information systems infrastructure and capabilities, helping the countries to establish the limits and conditions of comparability, sharing/disseminating information and other initiatives related to HSPA from other regions, and establishing schemes of technical cooperation among countries (TCC) were widely discussed.

## **2.2 Conclusions and Recommendations**

The Work Group discussions resulted in the following conclusions and recommendations:

### **2.2.1 On General Matters**

The main purpose of HSPA is to improve the performance and quality of the health system. In doing so, the effort should contribute to improve the health of the population. HSPA is not an end, in and of itself.

A composite index for ranking countries' health systems does not necessarily contribute to the improvement of the performance and quality of the health system at the national level.

The notion that there is a need to develop intermediate goals indicators has been re-emphasized.

Survey information for HSPA must be properly articulated with the information generated at the country-level on a regular basis and should involve an active participation of Member Countries.

Fair financing and responsiveness are not health system final goals in the same manner that health status is the ultimate final goal or outcome. They are instrumental and, therefore, fall within the realm of intermediate goals.

It is crucial to connect the HSPA framework [categories, variables and indicators] with policy decision-making. The concrete needs of policy makers as main users have to be taken into consideration and met.

There was consensus on having the HSPA framework be a national self-evaluating tool, to have the instrument discussed and designed jointly, and not to have an externally designed instrument applied.

Equity is a transversal dimension to be highlighted in any HSPA framework. Otherwise, it could be easily neglected or missed.

### 2.2.2 On Reporting Health Systems Performance Assessment Data to WHO Headquarters

Concerns were raised on data sources used by WHO Headquarters EIP Cluster for calculating or updating national data to be published in the World Health Report 2001.

Concerns have also been raised on the nature of the direct relationship between the WHO EIP Cluster and health authorities and technical units at the national level regarding this initiative, and the short-term deadlines established by Geneva.

Data used for HSPA should be provided by the country, the sources need to be known, the calculations be transparent and peer-reviewed, the final figures discussed and their use clarified before published. This is something required for official international organization documents except when there are good reasons to think national official data are not accurate and/or reliable. In such case, a clear explanation is needed.

Due process of Regional Offices and Headquarters with national authorities needs to be carefully followed (i.e. letters' wording, appropriate signature and channels, and realistic datelines).

### 2.2.3 On Information Systems and Data Collection at the National Level

Very frequently there is no clear connection between personnel who prepare health reports and those who work to collect primary data at the national level. The former normally works with what they have, but rarely contribute to improve the way the latter works.

There is a clear need to incorporate the private sector for routine data collection and processing. Also, to include health services issues and other socioeconomic data pertinent to health into general household surveys.

In most countries, vital statistics is the most developed area, followed by discharge hospital information and national register conditions information. Less developed areas are pharmaceuticals and costs associated to clinical processes information. The weakest areas tend to be primary health care, home care, and long term care institutions.

Managerial agreements and program contracts used for resource allocation practices open a window of opportunity to get information and feedback for health managers.

In terms of HSPA some issues, to be taken into account are: a) several sources of information, b) different types of information, c) diverse institutional and general cultures in terms of transparency, accountability, internal monitoring and evaluation, use of and relevance of health information, d) different users of the information and practical health information needs.

Even though some health sector reform efforts have put some financial resources and incentives for information technology and data collection, much more needs to be done. Moreover, there is a clear need to link health sector reform and decentralization initiatives to health information collection for HSPA.



## 2.2.4 On the “Dashboard” Approach to Health Systems Performance Assessment

There was consensus on the use of a dashboard approach for HSPA, so that the different domains that are involved are properly accounted for.

The guidelines to be used for the HSPA should center on domains that will give us the most poignant areas of information needed.

Cross-country comparisons should center on comparing indicators by domains of the health system.

Each country must develop indicators for health care delivery according to its key health problems in order to ascertain how well is the health care delivery system providing services to solve priority health problems.

Indicators should emphasize distribution issues, such as sex, gender, social class, etc. This requires assessing equity as a transversal dimension. Equally, it is important to have a measure of coverage of critical interventions. Such measure should center on «functional» rather than nominal coverage. The concept of «effective» coverage raises conceptual and methodological problems that could make implementation at the national level cumbersome and could make international comparisons difficult.

A first approach for the «dashboard» was initially advanced:

### **Health Systems Performance Assessment Dashboard Approach**

<b>Health Status</b>			
Health Conditions	Human Function	Well-Being	Death
<b>Non-Medical Determinants of Health</b>			
Health Behaviors	Living & Working Conditions	Personal Resources	Environmental Factors
<b>Health Care System</b>			
Stewardship/Steering Role <small>(Policy Formulation, Regulation, Essential Public Health Functions)</small>	Financing <small>(Distribution and Equity, Exclusion or Inclusion)</small>	Insurance <small>(Degree of Coverage by a Portfolio of Entitlements for Different Groups of the Population)</small>	
↓	↓	↓	
<b>Delivery of Health Care</b> <small>(Clinical Care, Preventive Care, Long-Term Care)</small>			
<small>Accessibility, Effectiveness &amp; Quality (Safety, Acceptability, Continuity, Competency, Appropriateness) Efficiency, Sustainability</small>			
<b>Community and Health System Characteristics (Resources)</b>			
<small>Demographic characteristics; human, financial, and material resources; outputs of the health care delivery system.</small>			

### 2.2.5 On Responsiveness and Coverage

Responsiveness was not seen either as a final goal of health systems or as a single concept or dimension. As defined in WHO 2000, it includes heterogeneous aspects related to patient rights, free choice of provider and prompt attention, among others. Some of them are value-driven, therefore it is very difficult to advance international comparisons in this area. Notwithstanding, responsiveness is seen as an important attribute of health systems. So, it should be developed in the future as a component of a performance research agenda but not included as a single indicator for international comparisons at the present time.

Given financial and institutional restrictions to provide health services in the countries, it would probably be more useful to include a tighter concept of responsiveness, more useful to managers and policy-makers. Appropriateness was seen as an integral component of responsiveness.

Patient rights/humanization as a component of responsiveness should be included. However, the difficulty of constructing a valuable indicator for it at the present time was recognized. The concept of patient centeredness as a possible concept to incorporate as well as cultural, social, and ethnic variations was also mentioned.

How much can we measure, at what cost? We will not be able to determine at this point how the indicators will be used across the countries. We have to choose the indicators for their intrinsic value, but also for the operationalization of the indicators cross-nationally and at the sub-national level.

### 2.2.6 PAHO/AMRO's Role in Support of Health Systems Performance Assessment

Emphasize the purpose of the HSPA exercise in order to support country's health systems performance assessment rather than to produce rankings or league tables. Comparisons should be done just among comparable dimensions and comparable systems.

Strengthen information systems capability in the countries. Convey periodically the health system work group to discuss ways and approaches to build countries institutional capacity to assess the performance of the health system, particularly in relation to the development of information systems, data analysis, and infrastructure.

To produce trustworthy data to be shared among different institutions within the countries, and among countries.

Strategies for comparisons among countries could be developed after proper agreement with countries have been achieved. It was considered that countries develop capacity to do HSPA within the countries themselves is of greater importance.

Technical cooperation among countries' schemes (TCC) should be put in place in order to develop the countries capabilities in this field.

## **Annex 2-A: Terms of Reference of the Work Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment**

### **BACKGROUND**

1. The Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment took place between the dates of May 8 and 10, 2001 in the Pan American Health Organization/Regional Office of the Americas of the World Health Organization (PAHO/AMRO) Headquarters, Washington DC.
2. Among the recommendations, included in the Consultation Final Report, is that PAHO/AMRO would organize a Regional Work Group on Health Systems Performance Assessment (RWGHSPA) that, around August 2001, would undertake an in-depth analysis of the subject matter.
3. The results of the Consultation and RWGHSPA discussions would be presented to a Special Session to be scheduled during the Directive Council Meeting in September 2001. The objective of the aforementioned special session is to inform the delegations of all the Member Countries, and to hold a forum for debate that will also be conveyed to the WHO headquarters.

### **OBJECTIVES**

1. Further the recommendations and conclusions of the Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment (HSPA).
2. Make recommendations for future actions of PAHO in the field of HSPA.

### **WORK GROUP COMPOSITION**

1. Representatives from the United States, Canada, Cuba, Bolivia, Mexico, Jamaica, and Brazil.
2. One representative from the Evidence and Information for Policy Cluster of the World Health Organization, Geneva.
3. Five staff members from PAHO/AMRO.

### **EXPECTED RESULTS**

1. The RWGHSPA would produce a Report to be summarized and distributed during the PAHO/WHO Directive Council, September 2001.

The Report should include the following:

- ✧ A summary of the most relevant discussions generated from the WHR2000.
- ✧ Main issues raised by the HSPA Regional Consultation Background Paper and Final Report.
- ✧ An in-depth proposal on HSPA to include the following:
  - ◆ The multiple dimensions of HSPA.

- ♦ The relationship of the multiple dimensions of HSPA with the four domains discussed during the Regional Consultation namely, resources, functions, intermediate goals, and final goals.
- ♦ A selection of the most relevant domains for policy decision-making at the country level.
- ♦ An implementation strategy that is acceptable and useful to the countries of the Americas.

## Annex 2-B: List of Participants of the Work Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment

### BRAZIL

**Dr. Claudia Travassos**

Researcher  
Escola Nacional de Salud Pública -  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhoes 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484  
claudia@fiocruz.br

**Dr. Célia Landmann Szwarcwald**

Researcher  
Escola Nacional de Salud Pública -  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhoes 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-4366  
Fax: 5521-290-0484

**Secretario Jose Marcos Viana Nogueira**

Coordinador de la Asesoría de Asuntos  
Internacionales  
Ministerio de Salud  
Esplanda dos Ministerios  
bloco G - sala 426  
70.058-900 - Brasilia - DF, Brasil  
Tel.: (61) 315-2813  
jviana@saude.gov.br

### CANADA

**Dr. John Millar**

Vice President  
Research and Population Health  
Canadian Institute of Health Information  
377 Dalhousie Street, 2nd Floor  
Ottawa, K1N 9N8  
Tel.: (613) 236-1349  
Fax: (613) 241-8120  
jmillar@cihi.ca

**Mr. Nick Previsich**

Senior Science Advisor, International Affairs  
Directorate  
Health Canada  
Brooke Claxton Building Room 830B  
Tunney's Pasture  
Ottawa, Ontario  
K1A 0K9 Canada  
Tel.: (613) 957-7316  
Fax: (613) 952-7417  
nick\_previsich@hc-sc.gc.ca

**Mr. Francois L. Sauvé**

Senior Policy Analyst  
OECD Health Conference on Performance,  
Measuring and Reporting  
Canadian Secretariat  
Ottawa, Canada  
Tel.: (613) 954-8530  
Fax: (613) 946-1792  
Francois\_L\_sauve@hc-sc.gc.ca

**Ms. Sally Thornton**

Director, Accountability Implementation  
Information, Analysis and Connectivity Branch  
Applied Research and Analysis Directorate  
Health Canada  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0K9  
Tel.: (613) 946-2087  
Fax: (613) 946-3166  
sally\_thornton@hc-sc.gc.ca

**Dr. Ronald Wall**

Policy Analyst, Accountability Implementation  
Information, Analysis and Connectivity Branch  
Applied Research and Analysis Directorate  
Health Canada, NCR 4602B  
2<sup>nd</sup> Floor, Cooper St., 400 Cooper St.  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0K9  
Tel.: (613) 946-3169  
Fax: (613) 946-3166  
ron\_wall@hc-sc.gc.ca

**Mr. Michael Wolfson**

Assistant Chief Statistician, Statistics Canada  
Social and Economic Studies Division  
RH Coats, Floor: RHC26K  
RH Coats Building Holland Ave. and  
Scott Street Tunney's Pasture  
Ottawa, Ontario, Canada K1A OT6  
Tel.: (613) 951-8216  
wolfson@statcan.ca

**CUBA**

**Dr. Eduardo Zacca Peña**

Director Nacional de Estadísticas  
Ministerio de Salud  
La Habana, CUBA  
Tel.: 53 7 553325 553398  
Fax: 53 7 333236  
zacca@infomed.sld.cu

**JAMAICA**

**Dr. Stanley Lalta**

Health Reform Unit  
Ministry of Health  
Kingston, Jamaica  
Tel.: (876) 967-7607  
slalta@epi.org.jm

**MEXICO**

**Dr. Rafael Lozano**

Director General de Información y  
Evaluación del Desempeño  
Leibnitz 20 3er piso  
Col Anzures CP 11590  
Mexico DF, 52500925  
rlozano@mail.ssa.gob.mx

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
(PAHO)**

**Dr. César Gattini**

Regional Advisor  
Division of Health Systems and Services  
Development  
Pan American Health Organization  
525 23rd Street., N.W.  
Washington, D.C. 20037  
Tel.: (202) 974-3225  
Fax: (202) 974-3641  
gattinic@paho.org

**Dr. Alberto Infante**

Regional Advisor  
Division of Health Systems and Services  
Development  
Pan American Health Organization  
525 23rd Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037  
Tel.: (202) 974-3818  
Fax: (202) 974-3641  
infantea@paho.org

**Dr. Daniel López-Acuña**

Director, Division of Health Systems and  
Services Development  
Pan American Health Organization  
525 23rd Street., N.W.  
Washington, D.C. 20037  
Tel.: (202) 974-3221  
Fax: (202) 974-3641  
lopezdan@paho.org

**Dr. Priscilla Rivas-Loria**

Consultant, Division of Health Systems and  
Services Development  
Pan American Health Organization  
525 23rd Street., N.W.  
Washington, D.C. 20037  
Tel.: (202) 974-3876  
Fax: (202) 974-3641  
rivaspri@paho.org

**UNITED STATES OF AMERICA**

**Dr. Jennifer H. Madans**

Associate Director for Science  
National Center for Health Statistics  
6525 Belcrest Road  
Hyattsville, MD 20782-2003  
Tel.: (301) 458-4500  
Fax: (301) 458-4020  
JMadans@cdc.gov

**Dr. Ed Sondick**

Director  
National Center for Health Statistics  
6525 Belcrest Road, Room 1140  
Hyattsville, MD 20782-2003  
Tel.: (301) 458-4500  
Fax: (301) 458-4020  
ESondik@cdc.gov

## Annex 2-C: The Canadian Initiative on Health Systems Performance Assessment

As major new investments are made in Canada's health care system by governments at all levels, Canadians want to know whether those investments are leading to meaningful improvements in the performance of the health care system. In September 2000, First Ministers (The Prime Minister and the Premiers (leaders of Provinces)) directed Health Ministers to provide comprehensive and regular public reporting on the health programs and services they deliver, on health system performance and the development of a framework for reporting, using jointly agreed comparable indicators addressing:

- ❖ Health status (i.e., life expectancy, infant mortality, low birth weight, people reporting their health as excellent);
- ❖ Health outcomes (i.e., change in life expectancy, improved quality of life, reduced burden of disease and illness); and
- ❖ Quality of service (i.e. waiting times for key diagnostic and treatment services, patient satisfaction, hospital re-admissions, access to 24/7 first contact health services, home and community care services, the adequacy of public health surveillance and health protection and promotion activities).

An informal process of interchanging experiences and views among 5 English speaking OECD countries (Canada, United Kingdom, United States, Australia and New Zealand) has recently started. Looking at a framework that captures health status, non-medical determinants of health, health system performance and community and health system characteristics. The focus of efforts pursuant to this framework are on refining/defining those indicators used to measure health system performance, including measures of acceptability, accessibility, appropriateness, competence, continuity, effectiveness, efficiency, and safety.

The 1999 federal budget provided \$95 million to the Canadian Institute for Health Information (CIHI) Roadmap Initiative to strengthen the capacity of CIHI and Statistics Canada to: report regularly on the health of Canadians and the functioning of the health care system; provide comprehensive and reliable health information for the use of Canadians, health care providers and all orders of government; and foster greater accountability to the public on how the health care system is serving them. Results have included two new reports *Health Care in Canada 2000 - A First Annual Report* by CIHI, and *How Healthy Are Canadians* by Statistics Canada published in the spring of 2000. The second reports from these organizations came out in the spring of 2001.

Several other mechanisms for reporting also exist, such as *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*, which was released jointly by all Ministers of Health in September 1999 (the first Report on the Health of Canadians was in 1996). This report summarized information we have on the health of Canadians and the factors that influence our health.

Maclean's magazine is running a series of Health reports, reporting on both health outcomes and health system performance, drawing from a range of sources, including CIHI and Statistics Canada, which ranks regions on various items.

Many provincial/territorial governments have also been preparing reports over the last few years on the health status of their population, and the state of their health systems.



# **III. Discussion on Health Systems Performance Assessment in the 43<sup>rd</sup> Directing Council, 53<sup>rd</sup> Session of the Regional Committee of the Pan American Health Organization/ World Health Organization<sup>9</sup>**

---

## **3.1 Official Document CD43/18 on Health Systems Performance Assessment<sup>10</sup>**

This document discusses health systems performance assessment and its importance in guiding actions aimed at improving and developing the sector. It summarizes the principal mandates that have emanated from the Governing Bodies of both the Pan American Health Organization and the World Health Organization in recent months with regard to this topic. It also reports on the Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment held in the Region of the Americas in May 2001.

Finally, it raises the possibility of creating a regional working group whose basic function would be to build on the principal conclusions that came out of the regional consultation in order to contribute to the peer review to be carried out by an international expert team, as well as provide recommendations to guide PAHO's future work in this area.

### **3.1.1 Introduction**

The Member States of the Pan American Health Organization (PAHO), like the Member States of other Regions of the World Health Organization (WHO), have recognized the need to move forward with the reform of their health systems in order to enable them to achieve the objectives that society has set for them.

As reorientation of the sector's activities has gained increasing importance, the need to improve institutional capacity to measure and evaluate the performance of health systems has been widely discussed. The ultimate purpose is to build a solid information base that will provide as much objective support as possible for the development of health system reform agendas.

Member States are therefore attaching growing importance to health systems performance assessment (HSPA). Accordingly, they are also giving increasing attention to the conceptualization of HSPA, the implementation of measurement processes, the generation of information for that purpose, and, especially, its use in decision-making

---

<sup>9</sup> This session took place 25 September, 2001, as agenda item No. 4.14.

<sup>10</sup> The official document hereby presented also contains as annex the document "Critical Issues in Health Systems Performance Assessment" included as section 1.1 in this publication.

relating both to the formulation of health policies and strategic management of the various operations that are part of the system.

The publication of *The World Health Report 2000*—the theme of which was improving the performance of health systems—sparked vigorous debate in the Region of the Americas and in the other regions of the world around the subject of HSPA. The modality used for the report's production and dissemination has been the focus of much discussion, in particular with regard to the ranking of Member States according to their degree of attainment as measured by a composite index that was introduced for the first time in the *Report*. The ensuing debate has revealed the need to better specify the scope and implications of the HSPA exercise carried out by WHO, as well as the extent to which it is linked with national and regional processes that can and should provide feedback for future exercises that WHO may undertake in this area.

### 3.1.2 Mandates from the 42<sup>nd</sup> Directing Council of PAHO and the 107<sup>th</sup> Session of the WHO Executive Board

The 42<sup>nd</sup> Directing Council of PAHO discussed *The World Health Report 2000* and adopted Resolution CD42.R5, in which it:

- ✧ Urged the Member States to:
  - ◆ mobilize national intelligence, represented by their respective ministries of health, universities, research institutes, and similar organizations, to monitor and evaluate their own health systems; and
  - ◆ provide technical information to WHO to conduct comparative studies among countries.
- ✧ Recommended that the Director of the Pan American Sanitary Bureau (PASB) transmit to the Director-General of the World Health Organization the request that WHO:
  - ◆ promote, with the broad participation of the Member States of the World Health Organization, a review of the framework and methodologies utilized in the comparative performance study of health systems contained in the *World Health Report 2000*; and
  - ◆ submit the technical and methodological bases of the next World Health Report for consideration of the WHO Executive Board, before its publication.

That recommendation was followed, and the Director of PASB transmitted the request of the Member States to the Director-General of WHO.

The Member States have mobilized the appropriate institutions to take part in the debate around the subject, and numerous scientific publications on the topic have been produced. This debate has led, *inter alia*, to the availability of an abundant body of materials and experiences, some of which were assembled for discussion at the Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment.

At its 107<sup>th</sup> Session in January 2001, the Executive Board also discussed the subject of HSPA, focusing in particular on the conceptual framework and the methodology

applied in the *World Health Report 2000* and the available information used to calculate the composite performance assessment measure. This measure ranked the countries in terms of the performance achieved by their health systems.

In her opening address, the Director-General said that, because of the importance of the topic and the interest from Member States, she would report on health sector performance at two-year intervals (with the next report to be released in October 2002). However, she also noted that prior to its publication, she would take the following steps:

- ✧ Establish a technical consultation process, bringing together personnel and perspectives from Member States in each of the WHO regions;
- ✧ Ensure that WHO consults with each Member State on the best data to be used for performance assessment and provides advance information on the indicator values that WHO obtains using those data;
- ✧ Complete the next round of performance assessment in May 2002 for publication in October of the same year. All Member States are to receive the compilations before they are available to the general public; and
- ✧ Establish a small advisory group, including members of the Executive Board and the Advisory Committee on Health Research, to help her monitor the proposal that WHO will make to the 108<sup>th</sup> Session of the WHO Executive Board regarding how it intends to conduct the next HSPA exercise.

The Executive Board approved these measures and asked the Director-General to:

- ✧ Initiate a scientific peer review of HSPA methodology as part of the technical consultation process, including updating on methodology and new data sources relevant to the performance of health systems;
- ✧ Ensure that WHO consults with Member States and shares the results of the scientific peer review and its recommendations;
- ✧ Develop a multi-year plan for further research and development of the framework and its relevant indicators to assess the effectiveness and efficiency of health systems as part of the technical consultation process;
- ✧ Develop a plan to improve the quality of the data used to assess health systems performance;
- ✧ Report to Member States on the impact of health systems performance reports on Member States' policy and practice;
- ✧ Deliver the reports to the health authorities of Member States 15 days prior to the intended date of publication.

At the 54<sup>th</sup> World Health Assembly, the Director-General distributed the text of a letter to Executive Board members in which she summarized the actions taken up to that point to implement resolution EB107.R8, which concerned HSPA (DocumentA54/DIV/7). That letter announced the creation of an advisory group chaired by Dr. Mahmoud Fathalla, Chair of the Advisory Committee on Health Research, and reported on plans to carry out regional consultations on the subject. It also stated that the Director-General would establish an expert team to peer review the HSPA methodology and that the group's work would get under way in October 2001.

Between the months of May and September, regional consultations have been held in each WHO region (the first was the consultation in the Region of the Americas, which took place in Washington, D.C.) with participation by representatives of the governments of the Member States and regional scientific experts. As noted above, the objective of these regional consultations has been to contribute technical input on health systems performance assessment. A number of topic-specific technical consultations have also been programmed on summary measures of population health, health inequalities, fair financing, responsiveness, methods to enhance cross-population comparability of survey results, measuring efficiency, stewardship, and effective coverage. The results of all these consultations will feed into the peer review group in sufficient time for its report to be made available to the Executive Board in January 2002. Designation of the members of the peer review team is still pending.

### 3.1.3 Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment

The Regional Consultation on HSPA held in the Americas brought together 70 experts and policymakers from 19 countries. Staff from PAHO also participated, as did staff from the Evidence and Information for Policy (EIP) Cluster from WHO Headquarters and representatives of the United States Agency for International Development (USAID), the World Bank, the Hipólito Unanue Agreement, and the Caribbean Community (CARICOM). Representatives from the Regional Offices of WHO in Europe and the Western Pacific attended as observers.

The objectives of the Consultation were:

- a) to discuss different conceptual and methodological approaches to assessing the performance of health systems;
- b) to take stock of different country and regional experiences in the Americas related to health systems performance assessment;
- c) to identify the critical issues for furthering the conceptual and methodological development of a framework for measuring health systems performance which could be applied by countries on a regular basis and reported to WHO periodically;
- d) to discuss the linkage between health systems performance assessment practices and health systems policy and managerial decision-making processes; and
- e) to develop an agenda for international technical cooperation that will support country efforts to measure the performance of health systems.

As background, the participants received the document «Critical Issues in Health Systems Performance Assessment.» The agenda for the meeting and the document were prepared jointly by the EIP Cluster at WHO Headquarters and the Division of Health Systems and Services Development at PAHO. The meeting enabled a diverse group of experts to examine, from various perspectives, methodological and conceptual issues related to the *World Health Report 2000* and the broader matter of health systems performance assessment. The presentations were followed by open discussions that produced an interesting exchange of views among the experts and other participants.

Although the concepts and methods used in the *World Health Report 2000* elicited attention, there was a concerted effort to orient the discussion towards the future and help to develop clear definitions for performance assessment within a framework supported by solid data that would be useful for the countries. The Director of PAHO invited the participants to engage in a respectful, constructive, and open debate that would help to move the process forward.

The final report summarizes the principal conclusions that came out of the discussions that took place in plenary session and working groups during the consultation. The document is organized into two sections. The first outlines the principal lessons learned from the *World Health Report 2000*. The second section contains recommendations for revising the conceptual framework and the indicators utilized by WHO to assess the performance of health systems.

The following are among the principal conclusions emanating from the Regional Consultation:

- ✧ HSPA should include a broad range of activities rather than simply equating the concept of performance with that of efficiency. Performance assessment would thus look at whether progress is being made toward specific goals and whether appropriate activities are being undertaken to promote the achievement of these goals.
- ✧ Performance assessment can be compared to the design of a «dashboard» with multiple gauges that can allow for the scrutiny of different dimensions of the performance of the health system by looking at the attainment of intermediate goals and at the way the different functions of the system operate.
- ✧ In assessing intermediate goals, some key dimensions should be examined, including the following: access, relevance, continuity, sustainability, efficiency, competence, and acceptability.
- ✧ It is important to develop procedures to measure performance of the steering/ stewardship function of health authorities, taking into account the role played by the central, intermediate, and local levels of the State in the majority of countries.
- ✧ Efforts to measure the performance of essential public health functions, such as those under way in the Region of the Americas, were considered useful, both in terms of content and methodology. This line of work illustrates what can be done to measure the performance of one component of the stewardship function of health systems.
- ✧ The possibility of using an approach with multiple measures relating to possible actions by national agencies should be considered. Such an approach could promote the development of accountability practices with regard to the performance of health systems. This approach should be pragmatic, should be related to policy- and decision-making in health sector management, and should be based on the identification of performance measurement tools for the various dimensions of the system: resources, functions, intermediate goals, and ultimate goals.
- ✧ WHO should develop its ability to provide technical support for HSPA. This implies maintaining continuous communications between the Organization and the Member States.

- ❖ Improving the common understanding of the relationship between health status and health systems is a lengthy process that may take 10 years or more. In addition to documenting the outcomes of this relationship, future reports should emphasize the process that leads to the development of the framework, the measures, and the indicators. The development of global indicators implies long-term research that should include those responsible for health policies, investigators, and other stakeholders. WHO should utilize its leadership to ensure that the process is inclusive.
- ❖ WHO should reexamine the HSPA methodology in close collaboration with the countries and with its own experts from the various clusters and regions. The Organization has a critical role to play in developing standards, bringing together experts to compare and contrast the various approaches used in the countries, and building consensus on the best ways to ensure comparability between countries with regard to health status, health expenditure, organization, and other related dimensions of the system.
- ❖ WHO should make better use of its collaborating centers and other national institutions and should also improve information exchange among its various units and the regional offices.
- ❖ WHO should support the countries' efforts to build capacity to:
  - ◆ engage in dialogue on national health policies;
  - ◆ assess the resources, functions, intermediate objectives, and ultimate objectives of health systems, as well as the degree to which desired changes have been achieved;
  - ◆ examine the suitability of current health information systems for generating the necessary data;
  - ◆ carry out performance measurement at the national and subnational levels; and
  - ◆ develop appropriate policy responses.

The results of the Consultation will be taken into account in the work undertaken in this area in the Region of the Americas. The results of the work in this Region will be transmitted to WHO Headquarters for incorporation into the recommendations made by other Regions for the paper to be presented on this subject to the Executive Board in 2002.

In August 2001, PAHO will organize a working group to conduct an exhaustive analysis of the subject and expand on the recommendations from the Consultation. The results of both exercises will be presented to the 43<sup>rd</sup> Directing Council in September 2001 in order to inform the delegations of all Member States and provide a forum for debate, whose outcome will be communicated to WHO Headquarters prior to the 109<sup>th</sup> Session of the Executive Board in January 2002.

### 3.1.4 Action by the Directing Council

The Directing Council is asked to take note of the report.

## **Annex 3.1-A: Resolution of the PAHO/WHO 42<sup>nd</sup> Directing Council on the World Health Report 2000<sup>11</sup>**

### *The 42<sup>nd</sup> Directing Council,*

- ✧ Having analyzed The World Health Report 2000, published by the World Health Organization on 24 June 2000;
- ✧ Considering the importance of health in the development and well-being of the population;
- ✧ Bearing in mind the importance of health systems in improving health conditions and the quality of life;
- ✧ Recognizing the important role of performance evaluations of health systems in improving the quality, equity, and other criteria relevant to these systems; and
- ✧ Recognizing that WHO has an historic and important role to play in conducting these evaluations and issuing recommendations on health policy,

### *Resolves:*

1. To urge the Member States to:
  - a) mobilize national intelligence, represented by their respective Ministers of Health, universities, research institutions, and similar organizations, to monitor and evaluate their own health systems;
  - b) provide technical information to the World Health Organization to conduct comparative studies among countries.
2. To recommend that the Director of the Pan American Sanitary Bureau transmit to the Director General of the World Health Organization the request that WHO:
  - a) promote, with the broad participation of the Member States of the World Health Organization, a review of the framework and methodologies utilized in the comparative performance study of health systems contained in The World Health Report, 2000;
  - b) submit the technical and methodological bases of the next World Health Report for consideration of the WHO Executive Board, before its publication.

---

<sup>11</sup> Washington, D.C., 29 September, 2000 (document CD42.R5).

## **Annex 3.1-B: Resolution of the WHO 107<sup>th</sup> Session Executive Board on Health Systems Performance Assessment, Report by the Secretariat<sup>12</sup>**

1. WHO has been working to enhance the development of national health systems by supporting the systematic assessment, by ministries of health, of their countries' health system performance. This report describes the framework for performance assessment; the indicators, methods and data used to assess performance; the preparation of an initial report on the performance of the world's health systems (*The world health report 2000*); the reactions of health ministers to the report; and plans for future work. It summarizes comments transmitted to the Director-General between August and October 2000 by ministers of health of at least 20 countries, and those expressed by ministers and delegates at the Forty-second meeting of the Directing Council of PAHO/Fifty-second session of the Regional Committee for the Americas. A resolution, passed by the Directing Council of PAHO/Regional Committee for the Americas, asked that this subject be placed on the agenda of the Executive Board's 107<sup>th</sup> session. The issue was discussed by members of the Executive Board at their retreat (Hertenstein, Switzerland, 12 to 14 November 2000).

### *Development of the Framework for Assessing Health System Performance*

2. The strengthening of sustainable health systems is one of the four directions in WHO's corporate strategy, which was endorsed by the Executive Board at its 105<sup>th</sup> session in January 2000. The specific objective, which reflects the basic concepts and values of the Global Strategy for Health for All, is to develop "health systems that equitably improve health outcomes, respond to people's legitimate demands, and are financially fair".
3. WHO—Secretariat and Member States—has been establishing a sounder basis for the development of national health systems. The emphasis, since 1998, has been on standardized approaches for assessing the state of health systems. The first stage was to agree on a framework for assessing the performance of such systems.
4. The purpose of the framework was:
  - ✧ to support Member States, together with the international public health community, in monitoring and analysing their health systems methodically, using a set of critical health system outcomes;
  - ✧ to establish a foundation for building a solid body of evidence on the relationship between the organization and outcomes of health systems in order to provide governments with information for health policy development;
  - ✧ to enable users to understand better the functions of health systems and to access information about the extent to which health system outcomes are attained.

---

<sup>12</sup> Geneva, 14 December, 2000 (document EB107/9).



5. The framework covers the boundaries, goals, functions and performance of health systems.
6. **Health system boundaries.** All resources, organizations and actors that undertake or support health actions (that is, every action whose primary intent is to protect, promote or improve health) are considered to be part of the health system. Education, however, although it is identified as a key determinant of health outcomes, is not defined as a part of the system.
7. **Health system goals.** Three goals are specified: good health; a health system that responds well to the legitimate expectations of the public; and fairness in financial contribution.
8. **Health system functions.** The framework identifies four functions that are critical to the achievement of these goals: financing (including revenue collection, fund pooling and purchasing); provision of personal and non-personal health services; resource generation; and stewardship. This last function, that is the oversight and guidance of the whole health system—private as well as public—so that it performs optimally, includes leadership, direction (health policy) and influence (regulation and advocacy), all based on the best available health information.
9. **Health system performance.** Ministers of Health and other decision-makers need to know the degree to which the health system contributes to the attainment of the overall outcomes; whether that contribution could be increased through changes in the investment of currently available resources (*efficiency* of the health system); and whether, if changes have been made (e.g. within the context of health sector reform), they have resulted in better performance of health systems).

#### *Indicators, Methods and Data Used to Assess Performance*

10. WHO has introduced the above framework as a basis for comparable assessments of health system performance. The three health system goals translate into five distinct outcomes: the level of health attained in a population; equity of health within that population; responsiveness of the health system; equity in responsiveness; and fairness in financial contribution. Performance assessment calls for clearly defined indicators of each outcome, methods to measure them, strategies for collecting data, and procedures for the synthesis and regular reporting of results.
11. **Level of health.** Drawing on 15 years of work, WHO introduced *healthy life expectancy*, based on life expectancy at birth, but including an adjustment for time spent in poor health, as the measure of the level of health attained in a population. Measurement of *mortality* depends on age-specific mortality data obtained from vital registration systems, surveys of child and adult mortality, and sample registration systems. Measurement of *time spent in poor health* depends on studies of burden of disease and standardized results from cross-sectional survey instruments developed using the International Classification of Functioning and Disability (ICIDH).
12. **Distribution of health.** WHO proposes that countries measure the distribution of healthy life expectancy within populations using both vital registration and cross-sectional survey data. Even though methods and data sets required to do this are

being improved, data on child survival from such sources are available and can yield measures of inequalities in child survival. For the time being, WHO uses inequality in child survival as the primary indicator of the distribution of health within a population.

13. **Responsiveness level and distribution.** The indicator of health system responsiveness is designed to reflect the autonomy, dignity, confidentiality, and client orientation that characterizes individuals' interactions with different parts of the system. It differs from indicators of *satisfaction* with health services, which are more likely to reflect people's expectations for service: *responsiveness* captures their actual experiences in a way that allows comparison. WHO has developed and field-tested a survey instrument that yields data on responsiveness; it has been designed to ensure cross-cultural comparability of data and tested in many countries. The results have been shown to be both reliable and valid. A systematic household-sample survey is under way in more than 60 countries; data are supplemented with results from low-cost key-informant surveys in nearly all countries. The latter are validated by comparison with the results of the sample surveys.
14. **Fairness in financial contribution.** This indicator, signifying the extent to which resources for health care are generated in ways that reflect people's ability to pay, denotes the fraction of income that each household contributes to the health system after meeting its subsistence needs. Calculation of the contribution takes account of tax, social security, private insurance and out-of-pocket payments. Data for the indicator are drawn from income and expenditure surveys, which are undertaken by nearly all Member States, information from tax and social security schedules, and national health accounts where available.
15. **Resources put into the health system.** Where available, national health accounts also provide a systematic assessment of the resources put into the health system from public and private sectors. Over the past decade, aggregates of health spending in the public and private sectors have become available for nearly all Member States, and national health accounts have been completed in about 60 countries (from all WHO regions); more are planning such exercises.
16. **Measurement of health system efficiency.** National officials need to examine the relationship between their health system's outcomes and the resource inputs in order to measure the efficiency of their country's health system. To interpret results obtained, they need to know the *potential* outcomes that could be achieved with a given level of resource inputs. In theory, this could be assessed by summing the potential impact of all clinical, public health, health promotion and rehabilitation interventions available in a country. WHO, various national technology assessment agencies and many researchers are trying to build the evidence base on the costs and effects of interventions. In practice, it can be estimated through statistical techniques, based on actual experience of health systems. WHO is being advised by a panel of experts in econometrics on the application of these techniques to assessing health systems efficiency. The analysis takes account of non-health system determinants of health, such as education levels.

17. **Utility of performance assessments for gauging the impact of health policy.** The methods proposed by WHO will enable countries to monitor the attainment and efficiency of their health systems. The results will provide ministers of health with a better gauge of the success of policies designed to enhance system performance.

#### *First Report on Performance of Health Systems*

18. Based on discussions on the framework for assessing the performance of national health systems, WHO responded to requests from countries about how this might be used in practice. During the latter part of 1999 and the early months of 2000, WHO staff sought to identify indicators of health system performance that could be standardized, methods to evaluate them and data that permitted their estimation. Using these tools and working closely with national officials and researchers to find and analyse as many new data as possible, WHO's staff assessed the performance of health systems throughout the world. Many respondents from a range of communities, within countries and internationally, helped to interpret the data.
19. This information was collated in the annexes of *The World Health Report 2000* on improving the performance of health systems.

#### *Comments on the World Health Report 2000*

20. *The world health report 2000* created an unprecedented level of interest and debate within countries, international organizations and research institutions. Three months after the report had been released, more than 30 countries had sought to work closely with the WHO Secretariat to apply the new framework for assessment of health system performance. The intention is that, each time the performance of health systems is assessed, the quality and usefulness of the assessment will improve.
21. In general, ministers of health and their representatives have supported the framework for performance assessment and the choice of indicators. Some asked for clarification on the responsiveness index and the indicators of equity in health and responsiveness. Most of the critical or analytical comments concerned the methods used to evaluate the indicators, the reliability of data, and the ways in which the results were presented.
22. With regard to the methods, several researchers have questioned the underlying theoretical basis and the statistical techniques selected, for example the combination of five key indicators of health outcome into the overall measure of health system achievement. WHO based the weighting used in the overall index on a survey of public health specialists from over 100 Member States, and rated health equity as important in elaborating the new indicators, in line with the views expressed by the governing bodies on many occasions.
23. Several ministers have pointed out the limited number of countries for which representative data were available. For example, there were 35 countries in the key informant survey for responsiveness. Microeconomic data on household income and health expenditures, needed for the indicator of fairness of financial contribution, were only available from 21 countries. However, the valuation of this indicator also

requires empirical data on the fraction of out-of-pocket expenditure that goes towards health. These data were available from 170 countries.

24. As is common practice in the development of information for policy purposes, values for many of the indices were estimated, in this case by accepted statistical methods. The report clearly signals the use of these methods, and gives appropriate references.
25. Some concerns have been expressed that ranking data on social outcomes, particularly if the ranking is based on a composite index, is demotivating and unlikely to produce improvements. There are, however, several examples that show that ranking, particularly in social fields, can encourage analysis, aid the identification of best practices, and help to build up an evidence base about successful interventions. The report breaks new ground by indicating uncertainty intervals for all measures—both the actual levels and the ranks. The width of the uncertainty intervals that result from the use of estimates is clearly visible.
26. In relation to process, some ministers have criticized the limited consultation between WHO staff and national officials during the evaluation of the indicators. One objective of this initial exercise was to bolster countries as they seek internal support for additional investments in their health systems. Several ministers have indicated that the use of the WHO-prescribed methodology increased their ability to draw greater attention to the problems they face. They will now be in a better position to initiate their own assessments of system performance. To this end, some have sought WHO support for assessment of their national health system's performance.

### *Future Plans and Action*

27. WHO will continue to seek expert input to ensure that the best methods are used and are made widely available to Member States. Methodology is being improved through broad engagement of the research community and peer reviews.
28. Working closely with national officials, WHO staff are involved in a major effort to incorporate existing data sources that were not included in *The World Health Report 2000* into the valuation of the health-system performance indicators, so that the assessments can be adjusted where necessary. The Director-General has written to all Member States encouraging them to ensure that the best available evidence is used for assessment of health system performance. Response to the current multicountry survey on health and responsiveness, is one example of the interest of Member States in improved measurement.
29. In order to ensure that the best available evidence is reflected in future comparative assessments of health system performance, each Member State will be consulted on the figures used to evaluate indicators, including data on resource inputs. Furthermore, necessary time for consultation and dialogue will be set aside when preparing subsequent performance reports.
30. *The World Health Report 2001*, on the theme of mental health, will contain, as usual, a statistical annex. The main report and the statistical annex will be launched separately; neither is expected before the end of September 2001.

31. Around 30 countries are now working with WHO staff on a specific initiative to generate better understanding of their health system's overall performance, using the WHO "goals and functions" framework as the common analytic approach, and to link this greater knowledge to strategies to improve performance through long-term strengthening of national capacity to develop health systems.
32. WHO has a long-term commitment to improving health systems development—providing support to countries to measure and analyse health system performance, identify policy options, and implement specific functional improvements in the system. Similar work is being done within countries at regional and provincial levels in order to provide information for framing health policy and managing local health systems.

*Action by the Executive Board*

33. The Board is invited to note the report.

## **3.2 Provisional Summary Record of the 3<sup>rd</sup> Meeting of PAHO/WHO 43<sup>rd</sup> Directing Council, 53<sup>rd</sup> Session of the Regional Committee on Health Systems Performance Assessment<sup>13</sup>**

Dr. LOPEZ ACUÑA (PAHO) refers to document CD43/18 as well as to two documents distributed this morning: the Final Report on the Regional Consultation on Performance Assessment of Health Systems and the Report of the first meeting of the Working group of the Region of the Americas on Performance of Assessment of Health Systems, that met in Ottawa, Canada, from 4 to 6 September 2001.

Continuing in English, he presented a slide show relating to the topic, stressing that the ultimate purpose of the health system performance assessment was to provide input for health systems reform. It could be particularly useful in decision-making related to policy and management. The topic had received considerable attention as a result of the publication of the World Health Report 2000, which had used a framework for assessing the performance of health systems that was based on the attainment of three goals, namely, health, responsiveness, and fair financing. The controversies that had emerged all over the world with respect to the World Health Report 2000 had focused on the methodology, the process for gathering and/or estimating the data, the degree of involvement of countries, the meaning of a combined index and of the ranking exercise, the involvement of the media, and the impact in countries. As members were aware, a number of mandates had emerged from the Regional Committee, the Directing Council, and the Executive Board of WHO. Specific resolutions had been adopted calling for debate, discussion, and consultation with respect to the methods followed in gathering information related to health systems performance assessment.

Referring to the report of the Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment, which was provided as an attachment to document CD43/18, he summarized the objectives and recommendations of the Consultation. In particular, participants had stressed that health system performance assessment should include a broad range of activities rather than equating performance exclusively with efficiency. That would make it possible to consider whether progress was being made with regard to specific goals and whether appropriate activities were being undertaken to promote the achievement of such goals. A number of countries had shared their experiences with performance assessment. The Consultation had also highlighted the need for WHO to further develop its capacity to provide technical support and had stressed that WHO should reexamine the methodology of the health systems performance assessment in close collaboration with the countries and with its own experts in different clusters and regions.

The Consultation had paid considerable attention to what might be characterized metaphorically as the «dashboard» approach to health systems performance assessment, i.e., the use of different gauges for measuring the action of the national health agencies. The Regional Consultation had outlined the desirable scope for the process, stressing the

---

<sup>13</sup> Washington, D.C., 25 September, 2001 (item 4.14).

need to go beyond a composite index that might be too unspecific and excessively summarize many heterogeneous spheres of action. Performance measurements must make it possible to assess the degree of attainment of primary goals.

The Working Group of the Region of the Americas on Health Systems Performance Assessment (HSPA), which had been established following a recommendation of the Regional Consultation, had met in Ottawa during the first week of September. Among other things, it had stressed that the main purpose of the assessment exercise was to improve the performance and quality of the health system. There had been consensus to the effect that the HSPA framework should be a national self-evaluating tool rather than an externally designed instrument. The conclusions and recommendations of the Workgroup were set forth in the report of that first meeting.

The PRESIDENT opens the floor for discussion.

The BRAZIL delegate read a message from Minister José Serra that mentioned Brazil's surprise with the evaluations of the WHO Secretariat countries based on Health Systems Performance Assessment questioning the methodology used. It dealt with an imprecise academic exercise without the use of a policy development instrument and to a certain point devoid of analytical significance. It wasn't just an emotional reaction to our poor ranking. Brazil, other governments and other important academic centers of the world have tried to understand what the numbers really meant, but the discomfort was generalized. The obsession with the construction of the ranking led to the development of a single indicator, which was developed in a muddled manner and empirically, fails. In addition to being based on obscure methods, that even the technical people from WHO could not explain, it didn't take into account important dimensions for the evaluation of Health Systems Performance Assessment, such as access, service effectiveness, health spending and its distribution, variables aimed at intermediary objectives and that represent what health systems actually do.

The indicator proposed by the WHO focused only on the ranking without measuring any contribution towards the improvement of health systems. Methods without a scientific basis were used so that all the countries would have estimates of indicators used for the ranking and could thereby be classified. The Executive Committee of the WHO later approved a resolution exhorting the Secretariat to review its methods to evaluate health systems through consultation and discussion with the medical community. Until now it appears that the Secretariat of the WHO has not taken any initiative in this regard.

We have waited nine months to participate in the scientific peer review as agreed under Resolution EB-107-R8. We hope that there will still be time to do so before the next meeting of the Executive Committee in January of 2002 as we urgently need transparent indicators that are easy to develop and comprehend and most importantly, easy to use in demonstrating the health policy priorities.

PAHO has been making great effort to introduce a minimum of democracy and rationality in the discussion of evaluation methods and the choice of appropriate indicators. In two consultative meetings, last May in Washington, D.C. and a few weeks ago in Ottawa, recommendations were made consistent with document CD 43/18 that proposes a model to evaluate health systems based on procedures that have been developed in countries with extensive experience in this area, such as Canada.

Brazil firmly supports the recommendations of the Working Group on Health Systems Performance Assessment in the Americas annexed in the referenced document. Among the conclusions and recommendations of the Working Group it is worth highlighting the following:

A composite index developed to rank countries does not contribute to improvement of quality of performance of national health systems. It is necessary to have objective, intermediate indicators and it is of fundamental importance to make the connections between the analytical framework of evaluation of performance of health systems and the process of policy development. This analytical framework should be a high level national tool for evaluation discussed and conceived in tandem instead of applying an externally developed document. The data utilized for the evaluation of Health Systems Performance Assessment should be provided by the countries and come from recognized sources. If it is not possible for the countries to provide the required data the calculations developed by WHO to estimate the indicators should be transparent and subject to peer review. The final numbers should be discussed and clarified before publication. When it is not possible to estimate the indicators the estimates should remain blank until the country is capable of providing the necessary data.

For the evaluation of Health Systems Performance Assessment it is recommended that there be a focus on a dashboard approach and not on the development of a single composite index. The comparisons between countries should allow comparisons of results obtained on health service provision. The indicators should focus on aspects such as gender, and social strata and take into consideration the dimension of equity.

It is also important to have measures of coverage and of critical interventions highlighting that the major objective of Health Systems Performance Assessment is the improvement in the quality of services and thereby the health of populations, and not to construct rankings. The comparisons between countries should be encouraged only if the countries are in agreement. It is of utmost importance that each country develop its own capacity to evaluate the performance of its health system. It is also important that the process of evaluation of health systems be organized in a collaborative manner involving WHO, PAHO, and the countries, avoiding unilateral actions that are poorly structured and have problematic financial implications. It is recommended that document CD43/18 be officially sent to WHO by PAHO.

The Minister manifests his concern that the WHO Secretariat surprised once again the countries with a new attempt to publish indicators that cannot be accepted. This refers to Tables 3 and 4 in a group of five tables recently sent that were published as an annex in the World Health Report 2001 dedicated to mental health. These tables contain a group of indicators on health status, one of the dimensions used by WHO to evaluate the performance of health systems in the World Health Report 2000 and reproduced with a few cosmetic modifications and the same deficiencies already pointed out in table five in the WHR 2000 annex. This procedure flagrantly disrespects resolution EB107.R8 approved in January of this year during the 107<sup>th</sup> session of the Executive Council of WHO. Brazil has already officially declared itself against the publication of these large tables and demands respect for the decisions made by the country members of WHO. The insistence of the WHO Secretariat in publishing the same type of indicators with marginal changes and different names does not contribute to the prestige of the organization in the public opinion.



The Delegate of the UNITED STATES OF AMERICA said that her country strongly supported WHO and PAHO in their efforts to improve the evidence based on measurements of health system performance and to better incorporate health into the political dialogue. The scientific discussions on World Health Report 2000 had contributed fresh ideas and alternative concepts on methodologies for assessing the performance of health systems. The proposed independent peer review would contribute additional expert insights on data sources and methodologies. In order to improve health outcomes and really make a difference, Member States must be confident that the evaluation of their health systems would actually contribute to the improvement of the overall health of the population.

Member States needed to better understand the validity and reliability of the measures used and the extent to which they could inform policy makers for the implementation of improvements. Countries must seek to improve their capacities to better translate outcome measures into actions. Goals for improving health system performance must match national goals, the political environment, and available resources. Countries should be reassured that the measures identified were useful at the national level, that the surveys applied the best methodologies, and that the analyses were transparent. To improve technical and policy capacities, Member States must be active stakeholders in the overall processes. The Regional Consultation and the Working Group on HSPA would be instrumental in bringing about the national ownership which was essential for improving both the inputs and the outputs of any health system.

Although progress had been made, the United States still had questions and concerns regarding data sources, methodologies, the utility of ranking, and the transparency of process. Those questions were useful, however, in that they contributed to the ongoing refinement of the framework itself and helped guide the future direction of the process. Data sources used for any country and any report must be transparent and peer reviewed before they were published. If national official data were not going to be used, a clear explanatory caveat would be needed. Similarly, the analytical method and the World Health Report should be evaluated in terms of the state of the art and their usefulness in improving health system performance.

Her Government wished to encourage WHO to take the time necessary for a regular scientific review process that fully engaged Member States and the research and policy-making communities. She applauded the leadership exercised by WHO and PAHO in such efforts. The United States remained committed to improving and expanding the evidence base for health systems development and improvement of health outcomes.

The Delegate of CANADA said that health care was a priority concern of Canadians. His Government supported the initiative that had been launched by the Director General of WHO in health systems performance assessment, but was extremely unhappy with the implementation of that initiative. The process itself was flawed, as was the communication surrounding it. Nevertheless, it represented a first effort, and the Director General had put in place a process for ensuring that the issues that had been raised in the first implementation process would be dealt with in the second process. His Delegation appreciated the consultation that the Director General had put in place and was particularly pleased at the way PAHO had dealt with the process in the Region. The Consultation has

been thorough, it had been science-based, and it had been inclusive. He hoped that the Director General would give due consideration to the results of the consultations.

Turning to specific aspects of the exercise, he said that first of all, those concerned must clearly understand its purpose, which, in the view of his delegation, was to facilitate the identification of best practices with a view to implementing continuous improvements. Indicators must be relevant to countries, easily understood, and comparable. They must also be credible, they must have technical merit, and be valid, reliable, and interpretable. They must be transparent and based on information that could be verified. A composite indicator rarely met those criteria and was of limited use in identifying specific areas for action.

Secondly, as Dr. LÓPEZ ACUÑA had said, a range of indicators, or «dashboard approach,» was needed. However, the set of indicators must be manageable and must include some which touched broadly on the health of the population, some which measured resources, and some which focused on the services to be delivered.

Thirdly, a distinction must be made between those things that were useful for internal management and those that were useful for cross-country comparison. Agreement on indicators should be linked to priority health issues as defined by participating countries, such as HIV/AIDS screening and immunization for infectious diseases. Indicators must focus on results rather than on process or functions.

Equity issues were also a key and could be addressed by looking at distributions within those measures. It was important to be pragmatic, picking a few indicators to begin with and building on the existing information base with a view to expanding and improving over time. As a regional organization, PAHO could play a role in helping to identify a common, relatively comparable set of indicators in the Region, working closely with the countries and with the World Health Organization.

The Delegate of MEXICO considers that an exercise is being carried out that, although not new, encompasses an enormous potential. From its inception, international cooperation agencies have appreciated the value to standardize methods for collecting information on the countries and preparing comparable indicators, which constitutes one of its central tasks. All the countries have benefited from those indicators and of the comparison exercise itself; it makes it possible for them to know their situation with regard to other countries in respect to results for example, infant mortality. Accordingly, one of the most important results of the collective action has been to be able to generate international standards in order to define indicators and processes for measurement, and, at the same time to participate in a shared learning experience.

He celebrates the spirit with which the observations have been offered. It can be seen that it is building on the legacy from many decades. The exercise of consultation is very advantageous and goes exactly in the direction of the mandates given to the Secretariats, both by the World Health Organization and by its regional offices. He understands that the same activity has been carried out in other regions and that the peer review process has started, a process that requires transparency and is going to result of benefit to all.

It seems to him that there are four levels of analysis that is necessary to distinguish: The first one, broader in value, given to the evaluation exercise and to the regional consultation ratifies the value given by the countries. All are in agreement in that the

health systems should be evaluated in their performance and in that the shared experience is very valuable. The second level is conceptual and false dilemmas should be avoided on the end results being more important than the intermediate results, and the activities more important than the inputs. Each thing has its place but all of them understand the final objectives of a health system. The evaluation provides a framework that is committed to have the countries obtain results as assessed by the society and this is one of the achievements gained. With regard to the matter of an adequate response, to him it seems to be an intrinsic objective, because in addition to improving the health, the health systems have to respect the human rights of the patients. In third place, there is a level that concretely corresponds to the proposed measurements. Again, he notices that it is necessary to avoid false dilemmas on the indicators. As the Delegate of Canada pointed out, some are more suitable for the comparison between countries and others for the internal management. There is a place for combined indicators and also for disaggregated indicators. Simple life expectancy at birth is an indicator that expresses the synthetic evolution of a cohort in relation to age-specific death rates, so that in daily practice daily it is utilized as a different group of measures. What is needed is an approach in which each element has its value. Finally, the fourth and most concrete level is the measurement exercise that was carried out in the year 2000 and on which most of the discussions and discrepancies have centered. Those exercises not only enhance the measurements but they generate a dynamic debate, a refreshing discussion and contributions that enrich all.

He clarifies that he has had the privilege to be on the two sides of the debate. First, when he was a WHO staff member, it was necessary for him to participate actively in the design of the exercise. Now, as one of the individuals, who make decisions with regard to health in Mexico he has seen the great potential of the performance evaluation exercise, not only in retrospective sense, but also in planning the future. His country has aimed at very ambitious goals: it orients the actions of the system toward end results and does the work program; afterwards the necessary actions are defined to achieve those results. In the frame of reference of the Mexican system, which has been decentralized profoundly, it is pointed out that there is value to making the performance evaluation of the units in the states. It has thus entered into a very constructive process that moves them to think about what they want for their health system.

It makes available to all the Member States of PAHO the experience they have had in their country in the concrete application of the exercise, both in programming and in implementing the performance evaluation. It is a very useful process for decision-making, as other delegates have indicated. It congratulates, as a result, WHO and PAHO for creating the opportunity to discuss an issue that is going to benefit all.

The Delegate of the UNITED KINGDOM said that her Government supported WHO and its effort to measure the components of health systems, while at the same time recognizing that there was a need for the methodology to evolve. Bearing in mind that all six regions had held their consultations, she would be interested to know what adjustments or actions were being considered in response to the outcome of those consultations.

Secondly, she would be interested in the concept of measuring coverage by proven interventions both as a proxy for current health system performance and as a predictor of population health in the future. She would appreciate having some feedback on plans for work in that area.

Dr. LOPEZ ACUÑA (PAHO) is grateful for all the observations that have been made by the delegations. He also reiterates PAHO's willingness to continue to delve further into the conceptual, methodological and instrumental debate and to articulating the information systems, the analytical capacity, and the use of the information. All this within a fully participatory framework, where the Member States can have the space required to define a useful common practice for all the countries.

The results of the consultation exercises have been transmitted to the WHO Headquarters. As it was pointed out, there have been other regional consultations, surely information from their Headquarters can be obtained. Furthermore, another world-wide consultation was carried out on the notion of coverage, as one of the elements necessary to take into account among the intermediate goals. The objective was to know how coverage operates with respect to certain priority interventions which vary from one country to another.

He thanks the countries for their active participation and interest around the subject and its continuous response to the regional consultations and to the exercises of exchange of information exchange. Facilitating the constructive discussion, PAHO hopes to positively influence in better form in what constitutes the center of concern of all the countries of the Region and beyond the Americas: transform its health systems to improve their capacity of their response to the needs of health of the population.

Sir George ALLEYNE said that he would like to invite Dr Christopher Murray, Executive Director of the Evidence and Information for Policy (EIP) Cluster of WHO, to respond to some of the specific questions that had been asked, especially those that had been raised by the delegate of the United States.

Dr. MURRAY (WHO), replying to the questions raised by the United Kingdom delegate, explained that the consultation process stemmed from the resolution adopted by the Executive Board in January and was still underway. Six regional consultations had been completed. Two had issued their final reports and four were still in the process of formulating their recommendations or the text of their final report. In addition, eight technical consultations on specific topics had emerged from the regional discussions. Three of those would take place in the next three or four weeks. A couple of them had been delayed by the tragedy in the United States, and the meetings had been rescheduled. The results or reports written by the regional consultations and the technical consultations would be available to Member States and also to the general academic and research communities. That material would go to the peer review group, which would develop specific suggestions that would then be taken by the Director General to the Executive Board. The idea was to find ways to go forward in a consensus-based approach to performance assessment and fulfil the mandate to have another round of performance assessment at the end of 2002.

With regard to the second question from the United Kingdom, on coverage with effective interventions, he said that the topic had come up in all the regional consultations. Reflecting that interest, a technical consultation on the subject had taken place in Rio de Janeiro in Brazil about three weeks ago. The concept seemed to offer a fruitful area for incorporating and expanding the conceptual, methodological and empirical approaches to performance assessment.

The Delegate from BRAZIL made one more comment in the form of a question to Dr. Murray: Will Tables 3 and 4 be published in the Report on Mental Health? Brazil was against the publication of these tables as this disrespects the resolution of the WHO Executive Council.

Sir George ALLEYNE, replying to the Delegate of Brazil, explained that only the Director General of WHO could provide that information, and unfortunately she was not available at the moment. She was the only person who could really say definitively whether the tables would be published or not.

He wished to thank the delegates for the comments they had made. They had emphasized a couple of things which were very important to PAHO. One was the crucial value of appropriate information to allow the Organization to do its business. There might be differences of opinion regarding conceptual aspects, but he did not think there was any difference about the final outcome. It was important to avoid an «either-or» approach to the issue. PAHO would move ahead in the understanding that the Member States would be providing considerable input both on the conceptual and other levels.

PAHO would always strive for improvement, always bearing in mind that the countries had a stake in the exercise and that there must be absolute cooperation within the various levels of the Organization. The comments of delegations had been taken into account in relation to the global process; he wished to point out that the health systems performance assessment was a work in progress, and the effort to improve the information used would continue.

*This page intentionally left blank*

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL  
DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE  
SALUD EN LA REGIÓN  
DE LAS AMÉRICAS



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

# **EVALUACIÓN Y MEJORA DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

**DICIEMBRE DE 2001**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**



Biblioteca OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas  
Washington, D.C.: OPS, ©2001

ISBN 92 75 07387 2

I. Título                    II. Autor

1. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE SISTEMAS DE SALUD
2. SISTEMA DE SALUD
3. EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS
4. EVALUACIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA (PROCESO Y RESULTADO)
5. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD
6. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

NLM W84.O68e 2001 Es

Pintura de la portada: Joaquín Torres-García, Montevideo, Uruguay, 1874-1949. *Composición*, 1931, óleo en lienzo, 114,6 x 89,5 cm. "Hirshhorn Museum and Sculpture Garden", Institución Smithsonian. Regalo de Joseph H. Hirshhorn, 1972. Foto de Lee Stalworth.

ISBN 92 75 07387 2

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos, en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

Diseño de portada y diagramación del libro: Matilde Cresswell

# Índice

<b>Prefacio .....</b>	<b>v</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>vii</b>
<b>I. Consulta Regional sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....</b>	<b>1</b>
1.1 Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud — documento de antecedentes .....	1
1.1.1 <i>Introducción</i> .....	1
1.1.2 <i>Temas conceptuales y metodológicos</i> .....	3
1.1.2.1 Límites del sistema de salud .....	3
1.1.2.2 Atribución causal .....	4
1.1.2.3 Factores de mediación .....	5
1.1.2.4 Desempeño y tiempo .....	6
1.1.2.5 El campo del desempeño .....	7
1.1.2.6 Preferencias universales .....	7
1.1.2.7 Metas socialmente deseables .....	8
1.1.2.8 Implicaciones prácticas de la política .....	9
1.1.3 <i>Desarrollo del esquema de evaluación del desempeño de los sistemas de salud: brechas y retos</i> .....	9
1.1.3.1 <i>Introducción</i> .....	9
1.1.3.2 <i>La necesidad de medir las funciones y el progreso</i> .....	10
1.1.3.3 <i>Disponibilidad de recursos o capacidad</i> .....	12
1.1.3.4 <i>Medición del desempeño de las funciones</i> .....	12
1.1.3.5 <i>Rectoría</i> .....	12
1.1.3.6 <i>Metas instrumentales o intermedias</i> .....	15
1.1.3.7 <i>Valores sociales y metas sociales finales</i> .....	16
1.1.3.8 <i>Implicaciones prácticas de futuros desarrollos</i> .....	16
1.1.4 <i>Vinculando la evaluación del desempeño de los sistemas de salud con la elaboración de políticas y la toma de decisiones gerenciales</i> .....	16
1.1.4.1 <i>Introducción</i> .....	16
1.1.4.2 <i>Indicadores del desempeño de las funciones del sistema</i> .....	17
1.1.4.3 <i>Implicaciones para los sistemas de información en salud</i> .....	17
1.1.4.4 <i>Compromiso de la sociedad civil</i> .....	18
1.1.4.5 <i>El apoyo técnico de la OMS a los países</i> .....	18
1.2 Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	18
1.2.1 <i>Introducción</i> .....	18
1.2.2 <i>Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: lecciones aprendidas</i> .....	20
1.2.2.1 <i>Observaciones generales</i> .....	20
1.2.2.2 <i>Objetivos y resultados de los sistemas de salud</i> .....	21
1.2.2.3 <i>Los límites de los sistemas de salud y la definición de responsabilidad y rendición de cuentas</i> .....	21
1.2.2.4 <i>Comparabilidad entre los sistemas de salud de los países</i> .....	22
1.2.3 <i>Las recomendaciones para ampliar el marco conceptual y los indicadores utilizados por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud</i> .....	23
1.2.3.1 <i>Introducción</i> .....	23
1.2.3.2 <i>Las dimensiones múltiples del desempeño de los sistemas de salud</i> .....	24
1.2.3.3 <i>Replanteando la evaluación del desempeño de los sistemas de salud</i> .....	25
1.2.3.4 <i>Construyendo indicadores relevantes</i> .....	25
1.2.3.5 <i>Apoyo técnico de la OMS a los países para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud</i> .....	26
1.2.3.6 <i>Pasos hacia el futuro</i> .....	26

Anexo 1-A: Lista de participantes de la Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	28
Anexo 1-B: Programa de la Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	35
Anexo 1-C: Guía para la discusión de trabajos de grupos .....	37
<b>II. Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....</b>	<b>38</b>
2.1 Introducción .....	38
2.2 Conclusiones y recomendaciones .....	39
2.2.1 <i>Sobre temas generales</i> .....	39
2.2.2 <i>Sobre informar datos relativos al desempeño de los sistemas de salud a la sede de la OMS</i> .....	40
2.2.3 <i>Sobre sistemas de información y colección de datos a nivel nacional</i> .....	40
2.2.4 <i>Sobre la estrategia conocida como "tablero de mandos" (Dashboard Approach) para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud</i> .....	41
2.2.5 <i>Sobre trato digno y cobertura</i> .....	42
2.2.6 <i>Rol de la OPS en apoyo a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud</i> .....	43
Anexo 2-A: Términos de referencia del Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	44
Anexo 2-B: Lista de participantes del grupo de trabajo de la Región de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	46
Anexo 2-C: La Iniciativa Candiense para la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	48
<b>III. Discusión sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud en el 43.º Consejo Directivo, 53.ª Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud .....</b>	<b>50</b>
3.1 Documento oficial CD43/18 sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud .....	50
3.1.1 <i>Introducción</i> .....	50
3.1.2 <i>Mandatos del 42.º Consejo Directivo de la OPS y de la 107.ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS</i> .....	51
3.1.3 <i>Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud</i> .....	53
3.1.4 <i>Intervención del Consejo Directivo</i> .....	56
Anexo 3.1-A: <i>Resolución del 42.º Consejo Directivo de la OPS sobre el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000</i> .....	57
Anexo 3.1-B: <i>Resolución de la 107.ª Sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Informe de la Secretaría</i> .....	58
3.2 Acta Resumida Provisional de la 3.ª Reunión del 43.º Consejo Directivo de la OPS/OMS, 53.ª Sesión del Comité Regional sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud .....	64

# Prefacio

---

El trabajo trascendental de Marc Lalonde y sus colegas canadienses estableció los factores determinantes de la salud. Los esfuerzos posteriores sólo han servido para reorganizar e intentar dar diversas ponderaciones a esos factores determinantes. Esto es de importancia fundamental para nosotros a medida que procuramos apoyar a los países de las Américas en sus esfuerzos por reducir las desigualdades en salud. Lo anterior es crítico para examinar no solo las diferencias en los resultados que pueden ser utilizados para señalar inequidad, sino también las inequidades de los factores determinantes. Aunque se ha dado un énfasis apropiado a los factores sociales y físicos que influyen en la salud, se ha incrementado cada vez más la importancia de los sistemas de salud como un factor determinante.

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud* se focalizó en llevar a cabo un exámen crítico de aquellos atributos de los sistemas de salud que deben ser evaluados, y si fuera necesario, mejorados como un medio para obtener mejores resultados en salud. El informe definió, con bastante exactitud, que los sistemas de salud consisten «de todas las personas y acciones cuya meta primordial es mejorar la salud». Esta definición es importante ya que separa aquellos recursos que pueden afectar incidentalmente la salud de aquellos cuya finalidad primaria es mejorar la salud. Esto nos permite definir teóricamente con cierta precisión los límites apropiados de los sistemas y cómo debe evaluarse su desempeño. Debe permitir una definición de aquellas funciones que son esenciales en los sistemas y las medidas para evaluarlos en sus diversas dimensiones.

La publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud* promovió un amplio debate, lamentablemente gran parte de éste estuvo centrado en diversas mediciones del desempeño, y muy poco en la descripción un tanto elegante de la naturaleza de los sistemas, su organización, su financiamiento, y el importante rol rector del Estado en cuanto a la organización de éstos.

Este debate nos llevó al desarrollo de una serie de eventos a nivel regional para que nuestros Estados Miembros pudieran examinar en más detalle los temas incluidos y discutir los enfoques más apropiados para que ellos puedan evaluar el desempeño de sus sistemas de salud. Quizás fue igualmente importante que ellos indicaran el tipo de cooperación técnica que esperan de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el tema. Esta colección de documentos representa el resultado de las discusiones llevadas a cabo en nuestra Región así como en nuestros Cuerpos Directivos y se presenta en calidad de memoria histórica del proceso, y también para hacer algunos aportes al importante debate en curso sobre la mejor manera de evaluar el desempeño de los sistemas de salud y los pasos necesarios para mejorarlo.

Espero que usted lo encuentre interesante, y lo que es más importante, de utilidad para examinar cómo podemos, en efecto, mejorar la salud para todos.

**George A.O. Alleyne**  
Director

*Esta página dejada en blanco al propósito.*

# Introducción

---

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*, en el que se presentaron criterios de comparación del desempeño de los sistemas de salud de los 191 Estados Miembros de la OMS, suscitó un interés y debate sin precedentes en los países, en las organizaciones internacionales y en las instituciones de investigación.

Las inquietudes expresadas llevaron a la adopción de la Resolución CD42.R5: *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* por la 42.ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS llevada a cabo el 26 de septiembre de 2000. Dicha resolución instaba a los Estados Miembros a movilizar a los sectores de la inteligencia nacional representados por sus respectivos ministerios de salud, universidades, institutos de investigación y organismos afines, para hacer el seguimiento y la evaluación de sus propios sistemas de salud.

De igual manera, el 19 de enero de 2001 la sesión 107.ª del Consejo Ejecutivo de la OMS adoptó la Resolución EB107.R8: «Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud». Esta resolución determinó que para ayudar a los Estados Miembros a contribuir regularmente a la evaluación que la OMS realiza del desempeño de sus sistemas de salud se estableciera un proceso de consultas regionales que reúna a funcionarios de los Estados Miembros de las diversas regiones de la OMS y recoja sus puntos de vista. La región de las Américas llevó a cabo la primera de la serie de consultas regionales sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

La *Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud* se celebró del 8 al 10 de mayo de 2001 en la sede de la OPS en Washington, D.C. Los objetivos de la misma fueron:

- a) Discutir diferentes enfoques conceptuales y metodológicos para evaluar el desempeño de los sistemas de salud;
- b) Compilar las diferentes experiencias de país y regionales en las Américas relacionadas a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud;
- c) Identificar los temas críticos para adelantar el desarrollo conceptual y metodológico de un esquema para medir el desempeño de los sistemas de salud que podría ser aplicado por los países regularmente y ser informado a la OMS periódicamente;
- d) Discutir la relación entre las prácticas para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud y los procesos para la toma de decisiones de políticas y gerenciales en los sistemas de salud;
- e) Desarrollar una agenda de cooperación técnica internacional en apoyo a los esfuerzos de los países para medir el desempeño de los sistemas de salud.

La Consulta reunió a 70 expertos de 19 países. También participaron profesionales de la OPS/OMS de la sede central de la OMS, de la USAID, del Banco Mundial, del Convenio Hipólito Unanue y del CARICOM. Representantes de las oficinas regionales de la OMS en Europa y el Pacífico Occidental asistieron como observadores. La Consulta produjo un informe con una serie de recomendaciones el cual fue transmitido a la sede central de la OMS para ser incorporado junto con las recomendaciones de otras regiones a la formulación que se presente sobre la materia al Consejo Ejecutivo de enero de 2002.

Tras la Consulta se organizó un grupo de trabajo que celebró una reunión en Ottawa, Canadá, del 4 al 6 de septiembre de 2001 para profundizar el análisis sobre el tema y amplificar las recomendaciones de la consulta.

Por último, el resultado de ambas reuniones fue presentado en una sesión especial que se programó al efecto durante la celebración del 43.º Consejo Directivo OPS/OMS de septiembre de 2001 a fin de poder informar a las delegaciones de todos los Estados Miembros sobre el particular y de organizar un foro de debate sobre el tema. Los resultados de esta discusión también fueron transmitidas a la sede central de la OMS.

El presente volumen contiene los materiales que se presentaron a y se produjeron en las tres reuniones arriba mencionadas, así como la relación de asistentes a las dos primeras. También incluye un resumen provisional de los debates habidos en el 43.º Consejo Directivo sobre el particular.

Confiamos que ellos contribuirán a la mejora de la evaluación del desempeño, y del desempeño mismo, de los sistemas de salud en la Región de las Américas.

# I. Consulta Regional sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud<sup>1</sup>

---

## 1.1 Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud —documento de antecedentes

### 1.1.1 Introducción

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que procuró resumir la evidencia disponible para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, encontró que en muchas áreas las pruebas eran limitadas y, en el mejor de los casos, mezcladas. En parte, esto se debió a que no se había tomado acuerdo alguno sobre las metas y los objetivos de los sistemas de salud para guiar el análisis, y además porque dicho análisis a menudo se había centrado en el proceso en lugar de los resultados. Por consiguiente, el *Informe* elaboró un esquema para evaluar el desempeño de los sistemas de salud y propuso que se utilizara en forma sistemática.

La comparación del desempeño en los diferentes países, y en el transcurso del tiempo, puede brindar una mejor comprensión sobre cuáles políticas mejoran el desempeño y cuáles no. Esto requirió definir un conjunto de indicadores de resultados para medir el desempeño a nivel de país basado en el esquema. Los cuadros de los anexos fueron el primer intento de utilizar estos indicadores para medir el desempeño de manera uniforme, aunque los datos reales estuvieran disponibles sólo para algunos países.

La publicación del *Informe* estimuló un enérgico debate sobre los procesos en torno a la diseminación de dicho *Informe* y sobre su contenido científico. Esto fue discutido en la 107.ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, en enero de 2001. En su discurso de apertura, la Directora General informó que debido a la importancia del tema y al interés de los Estados Miembros, informaría sobre el desempeño del sector de la salud cada dos años, el próximo será publicado en octubre de 2002; expresó que antes de su publicación se adoptarían las siguientes medidas:

- ❖ Establecer un proceso de consulta técnica reuniendo al personal y las perspectivas de los estados miembros en cada una de las Regiones de la OMS;
- ❖ Asegurar que la OMS consulte con cada Estado Miembro sobre los mejores datos a utilizar en la evaluación del desempeño y brindar información por adelantado sobre los valores de los indicadores que la OMS obtenga empleando dichos datos;
- ❖ Completar la próxima ronda de la evaluación del desempeño en mayo de 2002, para publicarse en octubre del mismo año. Todos los Estados Miembros recibirán las compilaciones antes de que estén disponibles para el público general;
- ❖ Establecer un pequeño grupo de consulta, incluyendo a los miembros del Consejo Ejecutivo y del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, para que le ayuden a

---

<sup>1</sup> La Reunión se llevó a cabo en la OPS, Washington, D.C., del 8 al 10 de mayo de 2001.



monitorear el apoyo de la OMS en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud (EDSS).

El Consejo Ejecutivo aprobó estas medidas y le solicitó a la Directora General lo siguiente:

- 1) Iniciar una revisión de la metodología del desempeño de los sistemas de salud por expertos científicos como parte del proceso de consulta técnica, incluyendo una metodología de actualización y una nueva fuente de datos pertinentes al desempeño de los sistemas de salud;
- 2) Asegurar que la OMS realice consultas con los Estados Miembros y comparta los resultados de la revisión elaborada por los expertos científicos, como también sus recomendaciones;
- 3) Elaborar un plan multi anual para una investigación más a fondo y desarrollo del esquema y sus indicadores pertinentes para evaluar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud como parte del proceso de consulta técnica;
- 4) Elaborar un plan para mejorar la calidad de los datos que se utilizan para evaluar el desempeño de los sistemas de salud;
- 5) Informar a los estados miembros sobre el impacto de los informes del desempeño de los sistemas de salud en lo que se refiere a las políticas y prácticas de los Estados Miembros;
- 6) Proporcionar los informes a las autoridades sanitarias de los Estados Miembros 15 días antes de la fecha de publicación.

En consecuencia, las consultas regionales se celebrarán en cada Región de la OMS, siendo las Américas la primera de ellas. Los participantes son representantes de los gobiernos de los Estados Miembros así como también expertos científicos regionales. Como se describe anteriormente, el objetivo es aportar insumos técnicos para la EDSS.

También se han programado varias consultas técnicas específicas, las cuales cubren medidas de resumen de la salud de la población; desigualdades en la salud; financiamiento justo; grado de respuesta de los sistemas; métodos para mejorar los resultados de encuestas en la comparación de distintas poblaciones; medición de la eficiencia; administración y cobertura eficaz. Los resultados de todas las consultas convergerán al grupo de Expertos en Revisión, en el tiempo suficiente para que éstos informen al Consejo Ejecutivo en enero de 2002.

Este documento de antecedentes resume algunos de los debates principales que han surgido desde la publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*. No persigue incluirlo todo o adoptar una posición sobre los debates. Presenta los temas que han surgido con mayor frecuencia en las discusiones con expertos científicos y los gobiernos. Los participantes en esta consulta seguramente plantean otros temas adicionales. El documento está organizado alrededor de tres temas. Los temas conceptuales y metodológicos en relación al esquema actual y los indicadores se tratan en la sección 1.1.2; las preguntas en relación con el futuro desarrollo del esquema en la sección 1.1.3 y; los temas prácticos de política y gestión relacionados con la EDSS en la sección 1.1.4.

## 1.1.2 Temas conceptuales y metodológicos

### 1.1.2.2 Límites del sistema de salud

De la discusión del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* surgen varios conceptos posibles del sistema de salud. La definición más delimitada marca firmamente los límites de las actividades bajo el control directo del ministerio de salud. En algunos países esto puede incluir principalmente servicios médicos personales, lo cual está ilustrado con un pequeño círculo en la figura 1. Muchas de las actividades que están encaminadas específicamente a mejorar la salud, como la comercialización de las redes para mosquitos impregnadas de insecticida o los impuestos diseñados para reducir el uso del tabaco o alcohol, están excluidos de esta definición. En algunos países también excluiría muchos servicios de salud personales que prestan otros departamentos de gobierno, misiones, organizaciones no gubernamentales (ONG) o el sector privado.

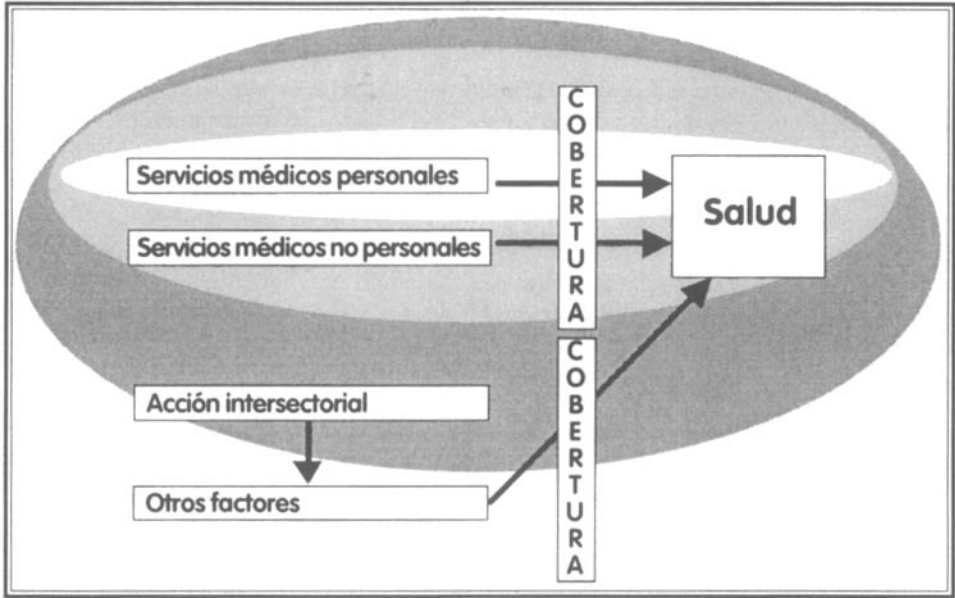
La segunda definición es un poco más incluyente, la cual corresponde al segundo círculo más pequeño en la figura 1. En ella, el sistema abarca servicios de salud personales y no personales, pero no las acciones intersectoriales diseñadas para el mejoramiento de la salud. Las intervenciones tradicionales de salud pública, como la aspersión de insecticidas para mosquitos o la difusión de información sanitaria, estarían incluidas, pero no así el tipo de acciones intersectoriales, como programas de agua potable y saneamiento, con lo cual la OMS ha estado comprometida por mucho tiempo.

La tercera definición es aún más incluyente y considera cualquier acción donde la intención primaria es el mejoramiento de la salud como parte del sistema de salud. Esto es más amplio que los servicios de salud personales y no personales, incluyendo acciones intersectoriales, tales como el apoyo para regular la reglamentación diseñada para reducir las muertes por accidentes de tránsito. Esto está ilustrado por el círculo más grande en la figura 1.

La opción final es incluir todas las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud en la definición del sistema de salud. Esto incluye esencialmente cada cuadro de la figura 1, porque, prácticamente todas las áreas de la actividad humana —la educación, el desarrollo industrial y el medio ambiente— influyen en la salud. Por ejemplo, ya no hay distinción operativa entre los sistemas de salud y los de educación, o los sistemas de salud y los agrícolas, porque el mejoramiento de la educación o la producción agrícola también tendría efecto sobre la salud.

La definición apropiada está inextricablemente vinculada al concepto de responsabilidad. La tercera definición del sistema de salud (el círculo más grande en la figura 1) es apropiada en la medida que los administradores del sistema de salud aseguren la prestación de los servicios personales y no personales clave y aboguen por la actividad intersectorial en una gama de acciones dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud —por ejemplo, legislación sobre el uso del cinturón de seguridad y su cumplimiento. Esta definición alentaría a los formuladores de políticas sanitarias a pensar más allá de los servicios personales como abogar y promover el mejoramiento de la salud de la población a través de cambios en el régimen alimentario, del consumo de tabaco o de los reglamentos de seguridad vial. Se les responsabilizaría de esa parte de salud en la que sus acciones podrían influir, ya sea en la prestación de los servicios, la administración de proveedores privados, o mediante la abogacía para la acción intersectorial.

**Figura 1: Definiendo los sistemas de salud**



Si la función de los administradores del sistema de salud es sólo asegurar que los recursos bajo su control directo se utilicen apropiadamente, podría proponerse una definición más concisa, tal como la del primer o segundo círculo en la figura 1. Los formuladores de políticas sanitarias percibirían sus funciones simplemente centradas en los servicios de salud. En la definición más concisa, se verían como responsables sólo del mejoramiento de esa parte de la salud de la población, la cual se determina mediante la atención médica personal en el sector público.

### 1.1.2.2 Atribución causal

Muchas acciones, incluidas aquellas que no están diseñadas específicamente para el mejoramiento de la salud, afectan a la salud ya sea positiva o negativamente. En la figura 1, el cuadro calificado «otros» incluye actividades relacionadas con la educación, el medio ambiente, la agricultura, la industria etc., las cuales influyen en la salud de los individuos o las poblaciones. El debate, desde la publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, ha revelado dos enfoques que compiten por separar la influencia del sistema de salud de los de estas otras actividades.

El primero es la definición de los indicadores parciales del logro general de metas que incorporan en la medida un conjunto de relaciones causales planteadas como hipótesis. Por tanto, sólo los resultados, en gran parte determinados por las actividades del ministerio de salud o los formuladores de políticas sanitarios, serían medidos y monitoreados como parte de la EDSS. Por ejemplo, la mortalidad infantil, causada por enfermedades prevenibles por vacunación, se mediría por sobre la mortalidad infantil general porque el ministerio de salud puede controlar la cobertura de los programas de vacunación ordinaria pero no puede controlar el hecho de que algunos niños mueran de la desnutrición asociada con

pobreza. Se medirían las muertes evitables en vez de la mortalidad total porque al sistema de salud no puede responsabilizársele de todas las defunciones. Este enfoque concentra la atención de los encargados de tomar las decisiones del ministerio de salud en los asuntos directamente bajo su control diario y en un conjunto limitado de determinantes de salud bien definido.

La alternativa es separar el concepto de medición del resultado de la evaluación de la atribución «causal», ya sea del sistema de salud o de otros factores determinantes. Se medirían la mortalidad infantil general y los cambios en ella y luego se explorarían las causas. El grado en que el sistema de salud ha contribuido a reducir la mortalidad infantil se evaluaría como parte de este proceso que identifica y representa todos los factores determinantes posibles. El análisis estadístico multivariado permite esta acción, de la misma manera que los especialistas en econometría por mucho tiempo exploraron y separaron los diversos factores determinantes del crecimiento económico. Este enfoque permite probar todas las hipótesis posibles en lugar de restringir la atención a los factores determinantes preseleccionados. Igualmente, focaliza la atención de los formuladores de políticas sanitarias en el hecho de que ellos pueden mejorar la salud promoviendo acciones en una variedad más amplia de áreas intersectoriales que aquéllas bajo su control directo.

### *1.1.2.3 Factores de mediación*

Está claro que la simple prestación de servicios médicos y de salud y las acciones intersectoriales, según se ilustra en los cuadros del lado izquierdo de la figura 1, no se traducen automáticamente en el mejoramiento de la salud de la población. Se requieren varias condiciones de mediación y ha habido un considerable debate acerca de cuáles son estos factores y cómo pueden medirse. La cobertura de los servicios personales críticos y las intervenciones de salud pública influyen sin duda sobre la forma en que las acciones de salud eficaces se traducen en salud, como se muestra en la figura 1, pero bien puede que existan otras. La medición de una cobertura eficaz plantea muchos desafíos si se incorporan conceptos tales como acceso físico, costo, utilización, eficacia y calidad. También requiere de la identificación de un conjunto de intervenciones clave por las cuales la cobertura se mediría rutinariamente.

Dada la importancia de la cobertura de las intervenciones críticas en la mediación de los efectos de los servicios de salud personales y no personales, la OMS planea incorporar en el trabajo del desempeño de los sistemas de salud un importante esfuerzo para monitorear la cobertura de las intervenciones críticas de salud. Para convertirse en una ayuda efectiva para la toma de decisiones nacionales, la información sobre la cobertura, el acceso y la utilización son necesarias no sólo a nivel nacional sino también a nivel subnacional. Si se desea que la cobertura sea monitoreada de forma válida, fiable y equivalente deben superarse varios desafíos técnicos. Dos de los desafíos más importantes son la incorporación de los proveedores no gubernamentales y privados en la evaluación de la cobertura y la validación de ésta, lo cual implica los datos de la prestación de servicios. Para estimular aún más el desarrollo de monitoreo de cobertura como parte de la evaluación del desempeño, una consulta técnica se llevó a cabo en septiembre de 2001.

#### 1.1.2.4 Desempeño y tiempo

La eficiencia (palabra que se utilizó indistintamente como «desempeño» en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*) es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. En el debate del *Informe* surgieron dos conceptos distintos sobre cómo debe definirse esta máxima contribución. El primero es que éste debe representar el máximo que podría lograr el ministerio de salud con sus recursos este año. Esto coincide con la definición concisa de responsabilidad y la definición concisa del sistema de salud definidos anteriormente. El cálculo de la eficiencia requeriría del control de todos los factores determinantes posibles del sistema que no es de salud y el impacto de medidas de salud tomadas en el pasado. Este enfoque identifica claramente quién es el responsable del bajo rendimiento actual pero no proporciona incentivos a los formuladores de políticas sanitarias para pensar en acciones más amplias que podrían mejorar la salud, es decir, que se hagan cargo de la salud de la población en su totalidad.

La alternativa consiste en definir un máximo más elevado; el máximo que los niveles de recursos observados (del sistema de salud y de los sistemas que no son de salud) podrían haber producido si se hubieran seguido las políticas apropiadas. Este máximo no necesariamente sería realizable este año, pero demuestra lo que sería posible con los recursos existentes. A la luz de esta definición, el desempeño deficiente refleja el hecho de que el sistema no está logrando lo que podría haber logrado en presencia de las políticas y programas apropiados. Puede que esto sea el resultado de las decisiones tomadas hace 15 años o las que se tomaron ahora, o puede también que sea el resultado de no haber tomado medidas intersectoriales para desalentar el hábito de fumar o de no haberle prestado servicios médicos a los pobres. Este enfoque establece una meta para los formuladores de políticas, los incentiva a pensar más allá de los servicios médicos personales y a estar conscientes de que sus acciones actuales pueden afectar la salud de la población durante varias décadas. Este enfoque también es compatible con la forma de medir la eficiencia en el espectro más amplio de la economía, donde por ejemplo, no se hace ningún intento para ajustar los cálculos actuales de la eficiencia de las compañías aéreas frente a los errores cometidos por los administradores del pasado. Las comparaciones de eficiencia indican sencillamente que una empresa no está logrando el máximo posible en el presente y los administradores buscan formas de mejorar la eficiencia.

En el primer enfoque, el factor tiempo es crítico así como el logro actual en las diferentes metas es un resultado de las acciones tomadas en el pasado. Es más, algunos de los impactos de las acciones actuales, como los programas para dejar el hábito de fumar, no tendrán un efecto a corto plazo. En el segundo enfoque, el factor tiempo es menos crítico porque la meta es indicar lo que en total podría haberse logrado de los insumos medidos y en dar incentivos a los administradores para que amplíen su visión y su visión a largo plazo.

Ambos enfoques son técnicamente factibles. La elección depende en parte de la finalidad del análisis del desempeño del sector de la salud. Si desea determinarse si el ministerio de salud funcionó bien este año, el enfoque anterior es el apropiado. La información ayudaría a los formuladores de políticas del ministerio a que se centraran en los métodos a corto plazo para mejorar la eficiencia y el logro en las áreas dentro de su competencia directa. Por otro lado, si la finalidad es indicar lo que podría haberse logrado con una utilización eficaz de los recursos disponibles, tanto dentro como fuera

del sistema de salud, y alentar a los formuladores de políticas para que piensen a largo plazo y más allá de los servicios médicos personales, el último enfoque promueve esta visión más amplia.

### *1.1.2.5 El campo del desempeño*

En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, el término «desempeño» se utilizó indistintamente como «eficiencia». Como ya mencionamos, la eficiencia se definió como el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución realizable a las metas sociales definidas, dados los recursos (recursos del sistema de salud y de aquellos que no son de salud) utilizados. En el uso general, y sin duda en publicaciones de calidad, el desempeño a menudo se define como una gama de actividades alrededor de la utilización de pruebas para maximizar los resultados o el logro de metas. Por tanto, es importante, saber si la OMS debería cambiar su terminología y compatibilizarla con el uso más amplio. Esto significaría definir la «evaluación del desempeño de los sistemas de salud» como un conjunto de actividades que incluya lo siguiente:

- ✧ La medición del logro de metas;
- ✧ La medición de los recursos del sistema de salud y los que no son de salud utilizados para lograr estos resultados;
- ✧ El cálculo de la eficiencia con la cual los recursos se utilizan para lograr estos resultados;
- ✧ La evaluación de la forma en que las funciones observadas del sistema influyen en los niveles del logro y la eficiencia;
- ✧ El diseño y ejecución de políticas para mejorar el logro y la eficiencia.

El mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud se convertiría en un término amplio para abarcar todo el conjunto de actividades. Los términos «logro» y «eficiencia» tendrían definiciones precisas como componentes de ese conjunto.

### *1.1.2.6 Preferencias universales*

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* combinó cinco indicadores de logros en un sistema de puntaje compuesto. Las mejores evidencias disponibles en ese momento indicaron que quienes respondieron a las encuestas efectuadas para tal efecto, otorgaron pesos semejantes a diferentes indicadores y no difirieron sustantivamente entre distintos grupos de entrevistados. Por tanto, el logro general se calculó atribuyendo 50% del total de puntos al logro en salud, 25% al grado de respuesta del sistema y 25% a la justicia en financiación. La cuestión de si todos los países tienen las mismas preferencias ha surgido posteriormente. Para comparar el logro general en todos los países se requiere de algún sistema de ponderación uniforme, pero la pregunta de si las preferencias varían en diferentes entornos es un asunto que puede probarse empíricamente.

Si es que en efecto difieren sustantivamente en todos los países, existe la opción de utilizar dos tipos de sistemas de ponderación general para el logro y la eficiencia. Uno tomaría el promedio observado en todos los países, y el otro utilizaría las diversas ponderaciones del país. Esto permitiría una evaluación del grado en que el logro y los cálculos de eficiencia generales fueron sensibles a la variación de las preferencias del

país. Si las preferencias varían en forma substancial entre los países, podría ser determinado a través de una serie de encuestas domiciliarias que están realizándose este año en varios países, las cuales incluyen preguntas sobre la importancia de las diferentes metas.

### *1.1.2.7 Metas socialmente deseables*

En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* se centró un considerable debate en cuanto a la pertinencia de las tres metas definidas: salud, grado de respuesta del sistema y financiamiento justo. La figura 1 deja en claro que los niveles de salud son no sólo una función de las actividades del sistema de salud, a no ser que el sistema se defina como uno que posiblemente abarque cada acción para mejorar la salud. En términos de cualquier otra definición, la salud es una meta social a la cual contribuye el sistema de salud pero que es también influida por otros factores.

Nadie ha disputado que el sistema existe principalmente para mejorar la salud y que ésta es la meta definitiva. En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, la mayoría de los comentaristas también estuvieron de acuerdo en que los sistemas de salud deben contribuir a la consecución de otras metas sociales además del mejoramiento de la salud. El concepto de «atención» (*caring*) que es diferente del concepto de mejoramiento de la salud, a menudo se presenta en este contexto. Esta es la idea que trata de capturar la categoría «grado de respuesta del sistema» al definir las siguientes ocho áreas: dignidad, autonomía, confidencialidad (estos tres juntos comprenden el respeto por las personas), atención inmediata, calidad de servicios básicos, acceso a las redes de apoyo social durante la atención y elección del proveedor (incluyendo la orientación hacia el usuario). Se ha sugerido que esta definición no capta plenamente algunas de las dimensiones de la «atención». Por ejemplo, dos sistemas quizá califiquen igualmente bien en las ocho áreas pero demuestran modelos muy diferentes de utilización —en el primero puede que haya sólo un contacto anual por persona con el sistema comparado con cuatro en el segundo. ¿Puede argumentarse que los dos sistemas son igualmente receptivos, y si no, cómo debe incorporarse la cobertura diferencial en la definición? Puede que existan otras dimensiones de «atención» que también debieran estar incluidas en la definición de receptividad. Se hará una consulta técnica sobre la receptividad o grado de respuesta del sistema.

Hasta la fecha, la mayoría de quienes han respondido las encuestas sobre el particular han indicado que valoran algún grado de equidad en la manera que el sistema se financia. Expresan preferencias por los sistemas que no ponen a las personas en riesgo de catástrofe financiera debido a mala salud y donde las contribuciones financieras al sistema son progresivas. Sin embargo, algunos comentaristas han cuestionado si una inquietud por la justicia financiera es socialmente deseada en sus países y otros han cuestionado si el indicador de justicia financiera utilizado en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* refleja las inquietudes de las personas por las contribuciones progresivas. La existencia, o de otro modo las preferencias por los sistemas económicamente justos, es un tema que debe probarse empíricamente a través de las encuestas domiciliarias, y otras preguntas técnicas que rodean la elección del indicador, en breve será el tema de una consulta técnica.

También, se ha discutido que el sistema de salud contribuye a una variedad de metas sociales además de aquéllas esbozadas en el *Informe sobre la Salud en el Mundo*

2000, incluyendo el crecimiento económico y la promoción de la participación comunitaria. El incluir a éstas como metas en el esquema de la EDSS, depende en parte de si el sistema de salud les otorga una contribución suficientemente importante para justificar el monitoreo de rutina sobre el impacto del sistema en los resultados. Por ejemplo, si el sistema de salud logra sólo un pequeño cambio en la tasa de crecimiento económico, no sería factible o necesario vigilar su contribución a este crecimiento como parte de la evaluación periódica del desempeño de los sistemas de salud. Las implicaciones de la evaluación de rutina del desempeño para los sistemas de información sanitaria son un importante tema y se trata en una sección posterior.

### *1.1.2.8 Implicaciones prácticas de la política*

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud no se realiza como un fin en sí misma. Es importante sólo en la medida que aporta evidencia para desarrollar mejores políticas, estrategias y programas. Se han presentado varias sugerencias sobre cómo mejorar el vínculo entre el componente de medición de la EDSS y el componente relacionado con el desarrollo de políticas para mejorar el desempeño. Esto requiere del fortalecimiento del trabajo sobre las funciones del sistema, generación de recursos, financiamiento, provisión y rectoría. En la actualidad, poco se sabe acerca de cómo esto se emprende en los países, y no existen indicadores del desempeño de las contribuciones de cada función. El consenso general es que esta área requiere más trabajo, y que los formuladores de políticas requieren de métodos de monitoreo para informarse si estas funciones se están cumpliendo apropiadamente, y si un cambio en la forma en que se desarrollan una o más de las funciones mejoraría el logro y la eficiencia. Este tema se trata más a fondo en la próxima sección, pero se han planificado consultas técnicas específicas sobre las funciones de rectoría y financiamiento.

Una segunda tendencia en esta discusión indica que mientras es útil medir y monitorear el desempeño general del sistema, los formuladores de políticas también necesitan poder identificar las contribuciones de los diferentes componentes del sistema de salud. Por ejemplo, tener la capacidad de poder separar la contribución de los servicios personales de las acciones intersectoriales. Esto les ayudaría a decidir si deben transferir los recursos a la acción intersectorial de los servicios personales, o de un tipo de servicio personal a otro. Una manera de proporcionar esta información es fortalecer los vínculos entre la EDSS y el análisis costo-eficiencia, lo cual actualmente está en marcha en la OMS. Las implicaciones prácticas de efectuar periódicamente la EDSS se consideran más a fondo en la sección 1.1.4.

## **1.1.3 Desarrollo del esquema de evaluación del desempeño de los sistemas de salud: brechas y retos**

### *1.1.3.1 Introducción*

En la última sección se resumieron algunos de los debates recientes acerca del esquema y los métodos para la EDSS. En esta sección, se trata este tema en más profundidad con algunas sugerencias para un desarrollo adicional. Tal como en la sección anterior, se presentan algunos temas críticos para la discusión en esta consulta.



### *1.1.3.2 La necesidad de medir las funciones y el progreso*

En la sección 1.1.2, se discutió el ámbito de la evaluación del desempeño y se sugirió que quizá sería mejor considerar una amplia gama de actividades en lugar de equipararla a la eficiencia. Esto permitiría que la evaluación del desempeño pudiera considerar si se está progresando hacia las metas específicas y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de estas metas. El valor de esto sería identificar las áreas problema que pueden requerir de atención especial y mejores prácticas que puedan servir de modelo. De esta forma, la evaluación del desempeño también podría ser un instrumento para la regulación y para la asignación de recursos. La responsabilidad por el desempeño consistirá en la obligación y voluntad de ser evaluado sobre la base de medidas apropiadas de acciones y resultados con respecto al logro de los propósitos del programa y las políticas. En otras palabras, el concepto amplio del desempeño incluiría la capacidad de evaluar si se está progresando hacia el logro de metas específicas y si están emprendiéndose las actividades apropiadas para promover el logro de esas metas. Esto sería consistente con lograr incorporar la gerencia orientada a obtener resultados en un componente de la EDSS.

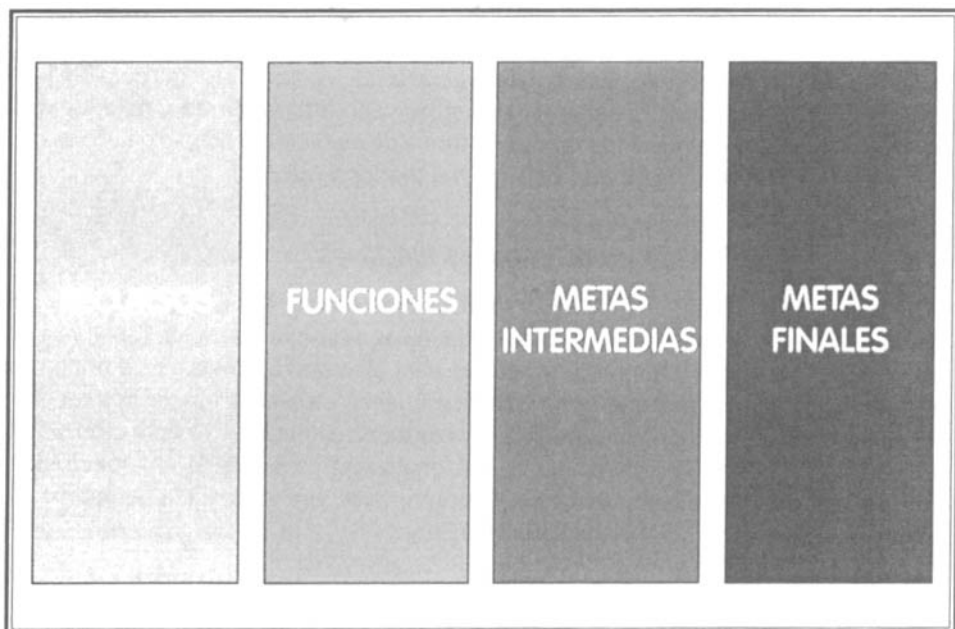
Hay diferentes maneras de pensar cómo podría organizarse este trabajo y cómo definir los indicadores apropiados. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos<sup>2</sup>, adujo recientemente que la medición del desempeño incluye la selección y el uso de medidas cuantitativas de las capacidades de los programas, los procesos y los resultados de salud para informar al público o un organismo público designado sobre los aspectos críticos de un programa determinado. En un informe anterior,<sup>3</sup> había incluido capacidades, procesos, factores de riesgo y resultados de salud. Su lógica fue que al nivel de programa, algunos resultados de salud de interés primario, como las reducciones de la mortalidad y la morbilidad, quizá sean difíciles de medir en forma rutinaria. Es más, existe un lapso de tiempo entre una intervención y los cambios en esos resultados que es demasiado grande para que los efectos sean observados en los plazos relativamente cortos que se utilizan para monitorear el desempeño de los programas. Esta fue la razón por la cual ellos sugirieron incluir medidas de condición de riesgo como resultados intermedios. En la figura 2 se describe una manera posible de representar este proceso.

---

<sup>2</sup> National Research Council. Health Performance Measurement in the Public Health Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network. E. B. Perrin, J. S. Burch, and S. M. Skillman, eds. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

<sup>3</sup> National Research Council. Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse, and Mental Health. E. B. Perrin and J. J. Koschel, eds. Panel on Partnerships Grants, Committee on National Statistics. Washington D.C.: National Academy Press, 1997.

**Figura 2: Una manera posible de caracterizar la evaluación del desempeño de los sistemas de salud**



En la evaluación del desempeño, este enfoque puede compararse al diseño de un «tablero de mandos», el cual cuenta con múltiples calibres que permiten el escrutinio de diferentes dimensiones del desempeño de los sistemas de salud al considerar el logro de las metas intermedias y las diferentes maneras en que las funciones de los sistemas operan. Los que lo proponen, alegan que esta información complementa la ya obtenida al medir la contribución del sistema al logro de las metas intrínsecas.

La interrogante es si las categorías de capacidades, procesos y estado de riesgo son los apropiados para evaluar el progreso, en particular de los subcomponentes del sistema, y si es así, cómo se seleccionarían los indicadores. Existen diferentes maneras posibles de seleccionar los indicadores. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, ha sugerido cuatro criterios básicos que son los siguientes:

- ✧ Las medidas deberán apuntar a un objetivo específico y orientadas a los resultados;
- ✧ Las medidas deberán ser significativas y entendibles;
- ✧ Los datos deberán ser adecuados para apoyar las medidas;
- ✧ Las medidas deberán ser válidas, fiables y mostrar capacidad de respuesta.

Otra consideración importante puede ser las implicaciones de cualquier conjunto de indicadores para el sistema de información sanitaria de los Estados Miembros, lo cual se trata en la sección 1.1.4.

### *1.1.3.3 Disponibilidad de recursos o capacidad*

Si se acepta el esquema anterior, los indicadores de recursos y su distribución, así como las medidas de capacidades, constituirían una primera dimensión de la EDSS. Se ha argumentado que éstas proporcionan información que es crítica para modificar las prácticas de asignación de recursos y para evaluar la eficiencia del sistema para organizar sus funciones, para lograr las metas intermedias y, en último término, para lograr las metas intrínsecas socialmente deseables. La forma de medir la capacidad de una manera significativa y comparable plantea retos a nivel teórico y práctico.

### *1.1.3.4 Medición del desempeño de las funciones*

La sección 1.1.2 destacó el debate sobre la necesidad de definir los indicadores de cómo los sistemas de salud se organizan para llevar a cabo una serie de funciones que son interdependientes y también necesarias para alcanzar las metas. Esta dimensión representa un gran desafío en el desarrollo de esquemas de evaluación del desempeño y mediciones, dado que es un área de rápida y constante evolución y redefinición. Es una dimensión que hasta ahora tiene poca operacionalización conceptual y metodológica y está sujeta a diferentes interpretaciones estrechamente vinculadas a la naturaleza del modelo macro-organizacional del sistema de salud.

### *1.1.3.5 Rectoría*

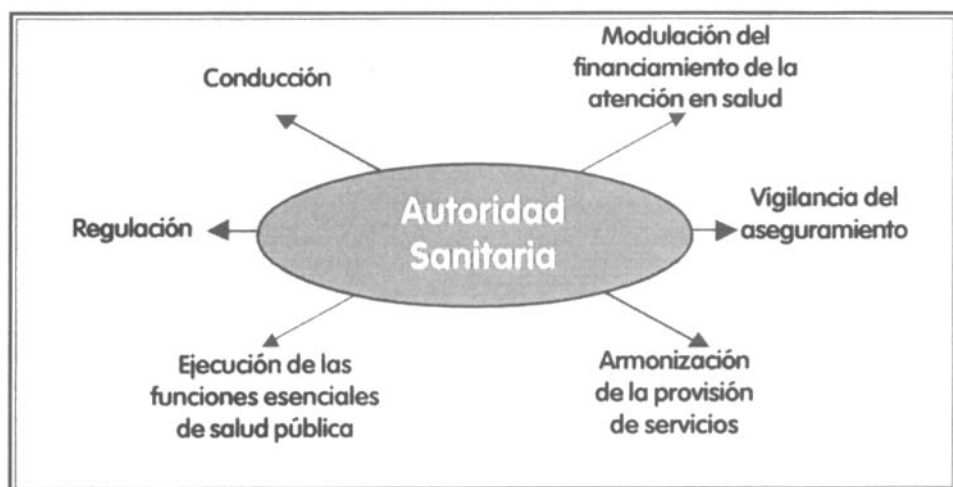
La reforma del Estado y los procesos de descentralización han llevado a que la redefinición de los roles institucionales en el sistema de salud se conviertan en una prioridad de los Estados Miembros, especialmente en lo que concierne a la función de rectoría de los ministerios de salud. Las responsabilidades del Estado están experimentando cambios significativos ante la creciente tendencia hacia la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad para conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de la salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.

Esto intensifica la necesidad de reconfigurar y adaptar las responsabilidades y operaciones de las autoridades sanitarias para fortalecer sus funciones de rectoría sectorial, de manera que puedan definir mejor sus áreas de intervención,<sup>4</sup> tales como la conducción sectorial, la regulación, la implementación de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la prestación de servicios (figura 3).

---

<sup>4</sup> OPS/OMS. Rectoría de los Ministerios en los Procesos de Reforma del Sector Salud: CD40/13. Washington D.C., septiembre de 1997.

**Figura 3. Rectoría**



En esta área puede adoptarse una variedad de taxonomías, la cual siempre estará sujeta a interpretaciones o clasificaciones. La amplitud de las funciones de rectoría de los ministerios de salud dependerá del grado de responsabilidad del sector público, del grado de descentralización y de la división del trabajo en la estructura institucional de cada país. Estas responsabilidades —algunas antiguas y otras nuevas— requerirán que los ministerios fortalezcan y, en muchos casos, reinstrumenten sus operaciones, su estructura organizacional y el perfil profesional de su personal gerencial, técnico y administrativo. En este sentido, el desafío es definir los indicadores del desempeño para evaluar el grado de progreso logrado por el sistema.

Las reformas del sistema sanitario se enfrentan con el reto de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria, y una parte importante de ese papel consiste en ejercer las funciones esenciales que corresponden al Estado en el nivel central, intermedio y local. Por tanto, es crítico mejorar la práctica en la salud pública y también los instrumentos para evaluar situaciones e identificar las áreas que requieren fortalecimiento. Considerando esto, se ha concentrado bastante atención en las Américas en medir el desempeño de lo que se ha denominado las funciones esenciales de salud pública (FESP), como la base para el mejoramiento de la práctica en la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.<sup>5</sup>

Las FESP se han definido como condiciones (capacidades) que permiten una mejor práctica de salud pública. También se definieron los indicadores y las normas para cada FESP. Si las funciones están bien definidas, éstas incluirán todas las capacidades requeridas para la buena práctica de salud pública, y el buen funcionamiento será una indicación fiable del logro en cada esfera de acción o área de trabajo de la salud pública.

<sup>5</sup> 42.º Consejo Directivo de la OPS/OMS. *Funciones Esenciales de Salud Pública: CD42/15*. Washington D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000.

Para contribuir a orientar la discusión en esta Consulta, presentamos las once FESP identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas, las cuales están contenidas en el instrumento de medición del desempeño desarrollado por la OPS en colaboración con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) y del Centro Latinoamericano de Investigación de Sistemas de Salud (CLAISS).

- 1) Monitoreo y análisis de situación de salud;
- 2) Vigilancia de salud pública, investigación y el control de los riesgos y daños en la salud pública;
- 3) Promoción de la salud;
- 4) Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en la salud;
- 5) Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión para apoyar el trabajo en salud pública y la función rectora de la autoridad sanitaria nacional;
- 6) Reglamentación e implementación de la salud pública;
- 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
- 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública;
- 9) Asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población;
- 10) Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras de salud pública;
- 11) Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud.

Desarrollar instrumentos para medir el desempeño de la función de administración y de las FESP, implica definir la función del desempeño que se medirá, los indicadores del desempeño y las normas, medidas y submedidas que servirán de verificadores. Todos los indicadores requieren validación para asegurar que miden lo que se supone que deben medir, además de las pruebas de fiabilidad y consistencia.

En la literatura existe un debate sobre la elección apropiada entre los estándares aceptables y óptimos. Definir niveles aceptables es difícil y parcialmente arbitrario. Por ejemplo, se discute si el estándar debe relacionarse con la realidad promedio de los países o con la definición del mínimo necesario para ejercer una función. ¿Debe utilizarse el estándar óptimo como meta para las políticas aunque esto no sea factible a corto plazo? Éstas son preguntas importantes para futuros trabajos sobre la EDSS.

La medición del grado al cual la función de rectoría y de las FESP se cumplen no es sólo un ejercicio metodológico interesante sino debe conducir al mejoramiento de la práctica de salud pública, estableciendo un buen estándar operativo y puntos de referencia para el mejoramiento continuo de la calidad. El proceso también promueve mayor transparencia en la práctica de la salud pública y en los servicios, mientras presta mayor claridad a la generación de conocimientos y de prácticas de salud pública basada en evidencias. Finalmente, la medición debe sentar las bases para mejorar y aumentar la asignación de recursos para las acciones de salud pública.

Retos similares existen para otras funciones del sistema si hay acuerdo que identificar variables clave que permitan la medición de su desempeño debe ser parte de la agenda para el desarrollo posterior de la EDSS.

### *1.1.3.6 Metas instrumentales o intermedias*

La mayoría de los indicadores disponibles sobre el logro de las metas instrumentales está relacionada con la forma en que se desarrolla la función de la prestación o provisión de servicios de salud personales y no personales. Ellos constituyen las categorías de análisis de los diferentes campos de acción del sistema de salud, conectados más directamente con las prácticas de gestión y los procesos decisorios bajo la responsabilidad de los gerentes de la atención en salud y de los funcionarios de salud pública a nivel local, regional y nacional. Definir indicadores de cuán adecuadamente los gerentes del sistema están desarrollando sus relaciones intersectoriales representa un desafío si se acepta la amplia definición del sistema de salud que se esbozó en la sección 1.1.2.

En el transcurso de los años, se han sugerido innumerables metas intermedias, y actualmente algunas de ellas se están implementando en países como Canadá, Australia, el Reino Unido y Gran Bretaña.<sup>6,7</sup> Dichos países han incluido los siguientes elementos:

- ❖ Acceso (si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuado);
- ❖ Efectividad (qué tan bien funcionan los servicios y cómo afectan la salud);
- ❖ Pertinencia (si la prestación del servicio es relevante a las necesidades y está basada en los estándares establecidos);
- ❖ Continuidad (cómo los servicios se relacionan entre sí, incluyendo coordinación, integración y facilidad de movimiento);
- ❖ Sostenibilidad (capacidad de los sistemas para proporcionar infraestructura, tales como fuerza laboral, establecimientos y equipos, además de ser innovadores y responder a las necesidades que puedan surgir);
- ❖ Eficiencia (ésta a menudo se concibe como eficiencia técnica o la capacidad de lograr mejores resultados al más bajo costo);
- ❖ Competencia (conocimientos y aptitudes apropiados de los prestadores de salud con la atención que proporcionan);
- ❖ Aceptabilidad (cuán bien los sistema de salud cumplen las expectativas de los ciudadanos).

Existen muchos otros elementos. La dificultad reside en elegir un conjunto suficientemente pequeño para realizar monitoreo en forma rutinaria y que los formuladores

---

<sup>6</sup> Hurst, J. and Jee-Hugues, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.47. Paris: OECD, 2000.

<sup>7</sup> Institute of Medicine. Envisioning the National Health Care Quality Report. M. P. Hurtado, E. K. Swift and J. P. Corrigan eds. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.

de políticas pueden utilizar para vigilar su desempeño sin perder la visión global. Parte de este proceso requeriría revisar si hay duplicación de los indicadores propuestos y si éstos pueden operacionalizarse de un modo significativo y válido. La OMS considerará algunos de estos elementos al desarrollar la iniciativa sobre la evaluación de la cobertura funcional en un grupo seleccionado de intervenciones en salud. Esto capta muchas de las dimensiones anteriores y puede utilizarse para detectar en qué grado el sistema de salud realiza las actividades críticas que producen impacto sobre las personas.

### *1.1.3.7 Valores sociales y metas sociales finales*

Los debates sobre la definición de metas socialmente deseables y sobre si las medidas proporcionadas son consistentes en diferentes entornos, se introdujeron en la sección 1.1.2, sin embargo, estos temas se exploran nuevamente en forma breve. Es claro que la elección de los indicadores del desempeño no opera en un ambiente libre de juicios de valor, y debe reconocerse que las sociedades crean formas de organizar los sistemas de salud de acuerdo a principios orientadores y valores fundamentales que comparten sus ciudadanos. La interrogante importante que debe tenerse en cuenta en futuros trabajos sobre la EDSS, es dilucidar si existen otros valores que no se han considerado adecuadamente en el esquema actual y cómo deberían incorporarse. Los conceptos de solidaridad, «atención» (*caring*), universalidad y conservación de ambientes saludables, con frecuencia se mencionan como aspectos dejados de lado. La cuestión sobre si estos conceptos son considerados como metas sociales finales, componentes de metas finales o metas instrumentales ha recibido gran atención, por tanto, en esta consulta se tratará ésta y otras preguntas.

### *1.1.3.8 Implicaciones prácticas de futuros desarrollos*

Profundizar en el desarrollo de la EDSS y su marco conceptual a lo largo de las líneas sugeridas en esta sección requerirá de considerable colaboración entre la OMS y sus Estados Miembros. Algunos de los mayores retos se relacionan con la elección de las variables, las medidas y los indicadores de capacidad, además de las funciones y el progreso para alcanzar las metas sociales más importantes al cual el sistema debe contribuir. Esta es una agenda de mediano y largo plazo del trabajo de la OMS y de los esfuerzos de sus Países Miembros para mejorar el desarrollo de los sistemas de salud para contribuir al logro de la meta de salud para todos.

## **1.1.4 Vinculando la evaluación del desempeño de los sistemas de salud con la elaboración de políticas y la toma de decisiones gerenciales**

### *1.1.4.1 Introducción*

La evaluación rutinaria de la EDSS requeriría que los gobiernos nacionales monitorearan y evaluaran los logros de sus sistemas de salud para diagnosticar los factores determinantes del desempeño observado basado en los grupos funcionales y para identificar las políticas y estrategias para mejorar el desempeño. Requeriría también que la OMS aumentara su capacidad de proporcionar apoyo técnico en estas áreas. Desde la publicación del *Informe*

sobre la Salud en el Mundo 2000 se han venido planteando muchas preguntas sobre las implicaciones de la EDSS con respecto al trabajo de los ministerios de salud y la OMS. A continuación se discuten algunos de estos asuntos.

### *1.1.4.2 Indicadores del desempeño de las funciones del sistema*

El marco conceptual y los instrumentos actuales de la EDSS ayudan a los gerentes a medir el desempeño de los sistemas y les permite compararlo con otros países. El mejoramiento del desempeño requiere tomar medidas en las cuatro funciones medulares: rectoría, financiamiento, provisión y generación de recursos, pero en la actualidad no existen instrumentos para medir el desempeño de cada función frente al conjunto de las metas instrumentales acordadas. Esto se trató en detalle en la sección anterior y sería de utilidad para desarrollar un pequeño conjunto de indicadores, los cuales mediarían entre la prestación de los servicios y el logro de las metas. Éstos indicadores deben ser adaptables a los cambios de políticas y decisiones gerenciales en el corto plazo. El concepto de cobertura eficaz se trató en este contexto en las dos secciones anteriores.

Si lo expuesto anteriormente se considera deseable, será necesario decidir si debe incluirse un conjunto limitado de indicadores instrumentales adicionales, cómo deberán definirse y medirse rutinariamente. Esto no es trivial. Como se indicó anteriormente, los conceptos de efectividad, calidad, acceso, utilización y pertinencia son todos importantes cuando se está considerando cómo medir la cobertura o el acceso. El paso final para los gerentes es la interpretación de estos indicadores instrumentales y la toma de medidas correctivas apropiadas. Por ejemplo, una cobertura pobre puede estar relacionada a un desempeño deficiente por parte de los proveedores de asistencia sanitaria, la cual es afectada por una variedad de factores: tasas de salarios, calidad de educación y supervisión. Las acciones gerenciales variarán según el nivel de rendición de cuentas para la toma de decisiones (puede que las tasas de salarios se determinen en el nivel central, mientras que la supervisión se determina en los niveles institucionales).

### *1.1.4.3 Implicaciones para los sistemas de información en salud*

En la actualidad, tanto en el ámbito nacional como subnacional, los sistemas de información en salud no tienen la infraestructura adecuada para asumir la totalidad de la EDSS y la OMS aún no cuenta con la capacidad suficiente para proporcionar apoyo técnico. La modificación de los sistemas de información sanitaria requerirá de una considerable discusión con los expertos de los Estados Miembros para determinar el conjunto mínimo de indicadores (intrínseco e instrumental) que deben monitorearse en forma rutinaria, y tal vez en conjunto con la utilización de encuestas periódicas.

Esto es un asunto crítico en la elección de indicadores. El tener miles de indicadores del desempeño para la medición de la calidad de la atención, como es el caso actualmente, impondría enormes presiones en los sistemas de información sanitaria de todos los Estados Miembros, pero en particular en los más pobres. También presentaría dificultades para los gerentes que tendrían que discernir entre una enorme cantidad de datos. Es necesario encontrar un equilibrio entre la cobertura de todos los factores posibles que podrían influir en los resultados, la capacidad del sistema para producir información oportuna sobre ellos y la capacidad de los gerentes para utilizar la información.



#### **1.1.4.4 Compromiso de la sociedad civil**

Si los formuladores de las políticas sanitarias aceptan la amplia función de ser los encargados de la salud de la población, se requerirá de mayor interacción con financiadores y proveedores de la atención fuera del sector público. La EDSS significa evaluar las contribuciones de todas las partes del sistema de salud, y el desarrollo del mejoramiento de las funciones del sector privado, por ejemplo, donde se demuestra que está funcionando por debajo de las expectativas. Por tanto, se ha sugerido que los gobiernos necesitan mantener un diálogo continuo sobre las políticas con los interesados del sector público, con el sector con fines de lucro y con el sector sin fines de lucro, así como también con sus colaboradores intersectoriales.

#### **1.1.4.5 El apoyo técnico de la OMS a los países**

La OMS también debe formar su propia capacidad para proporcionar apoyo técnico para la EDSS en forma rutinaria. La forma que lo anterior toma es el tema primordial de discusiones que se llevan a cabo en la actualidad en la OMS y con los Estados Miembros, sin embargo, las más recientes sugerencias incluyen lo siguiente:

- a) Consultas y revisión de la metodología de la EDSS con los países y con sus propios expertos.
- b) Ayudar a los países, cuando son invitados, a desarrollar capacidades para las siguientes acciones:
  - ♦ Involucrarse en el diálogo sobre políticas nacionales de salud;
  - ♦ Evaluar las funciones medulares;
  - ♦ Empezar la medición y el análisis subnacional; esto requeriría de un examen de la pertinencia de los sistemas de información sanitaria para la EDSS;
  - ♦ Desarrollar respuestas de políticas apropiadas.

## **1.2 Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud**

### **1.2.1 Introducción**

La Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud convocó a 70 expertos y tomadores de decisión de 19 países, de la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/AMRO), del Grupo Orgánico de Evidencia e Información para las políticas (*Evidence for Information and Policy Cluster* [EIP]) de la sede de la OMS, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), del Banco Mundial, del «Convenio Hipólito Unanue» y de la Comunidad del Caribe (CARICOM). La Oficina Regional para Europa y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la OMS estuvieron presente como observadores.

Los objetivos de la Consulta fueron:

- a) Discutir diferentes enfoques conceptuales y metodológicos para evaluar el desempeño de los sistemas de salud;
- b) Valorar las diferentes experiencias regionales y de país en las Américas relacionadas con la EDSS;
- c) Identificar los temas críticos para promover el desarrollo conceptual y metodológico de un marco para medir el desempeño de los sistemas de salud que podría ser aplicado por los países en forma sistemática y comunicado a la OMS periódicamente;
- d) Discutir la vinculación entre las prácticas de EDSS y las políticas de sistemas de salud y los procesos gerenciales para la toma de decisiones;
- e) Definir un programa de cooperación técnica internacional que apoye los esfuerzos de los países en la medición del desempeño de los sistemas de salud.

Como material de referencia los asistentes recibieron un documento titulado «Asuntos Críticos en la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud». Tanto el programa de la reunión como el documento fueron preparados conjuntamente por el Grupo Orgánico EIP de la sede de la OMS y por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS. Las sesiones plenarias de los dos primeros días permitieron que diversos expertos examinaran, desde variadas perspectivas, asuntos metodológicos y conceptuales relacionados con el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* y atinentes al tema más amplio de la EDSS. Las presentaciones fueron seguidas por discusiones abiertas que produjeron interesantes intercambios de puntos de vista entre los expertos y los participantes.

Hubo un esfuerzo concertado para orientar el debate hacia el futuro y contribuir a desarrollar una definición clara sobre la evaluación del desempeño y datos confiables útiles para los países. El Director de la OPS/OMS, Dr. George Alleyne, marcó el tono al invitar a un debate respetuoso, constructivo y abierto que ayudara a avanzar positivamente el proceso. Las sesiones de las primeras dos mañanas cubrieron los temas de: a) La Base Conceptual y el Alcance de la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud y, b) El Marco para la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud utilizado en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*: Brechas identificadas y retos. Las presentaciones de los temas a cargo de los Drs. Christopher Murray y Daniel Lopez-Acuña fueron seguidas por discusiones de panelistas.

Durante las dos primeras tardes, los participantes se dividieron en cuatro grupos para responder a una serie de preguntas de discusión (ver anexo 1-C). Cada uno de los dos primeros días concluyó con un resumen de las conclusiones presentado por el relator de cada grupo. El tercer día incluyó presentaciones de experiencias de países. Durante la sesión de la tarde se trató el tema de la vinculación entre la evaluación del desempeño y las decisiones políticas y gerenciales. La sesión final incluyó un resumen de los principales hallazgos de los grupos de trabajo. El Director de OPS/AMRO, Dr. Alleyne clausuró la reunión.

Este *Informe* resume las principales conclusiones de la Consulta derivadas tanto de las discusiones en plenario como en los grupos de trabajo. El documento está organizado

*Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.* En la segunda, se formulan recomendaciones para revisar el marco conceptual y los indicadores empleados por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

## 1.2.2 Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: lecciones aprendidas

### 1.2.2.1 Observaciones generales

Las definiciones del sistema de salud, de sus límites y sus objetivos varían de país a país de acuerdo a los valores de la sociedad. En muchos de los países estas definiciones son parte de sus marcos de referencia legales (Constituciones Políticas, Leyes Sanitarias y otros). Por tanto, existen limitaciones importantes para la comparación entre países en términos del desempeño de los sistemas de salud dado que éste último se define en tantas formas diferentes.

La EDSS deberá ser vinculada a la toma de decisiones políticas y gerenciales del sistema de salud y no ser concebida como un ejercicio académico. Muchos participantes consideraron que existe una brecha entre el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* y su utilización por los responsables de las decisiones políticas en el sector de la salud. Se sugirió que esta brecha es posiblemente el resultado de que los indicadores incluidos en el reporte no permite a los decisores de políticas evaluar directamente que pasos tomar para mejorar el desempeño a corto plazo.

Algunos participantes sugirieron que tanto a nivel nacional como a nivel internacional, los criterios para evaluar el desempeño de los sistemas de salud así como los indicadores utilizados para ello deberán establecerse por consenso. Esta extensa consulta deberá contribuir a un marco conceptual transparente, recopilación de datos y criterios para el análisis. De no ser así, la polémica sobre los criterios y los indicadores tenderá a empañar los resultados de la evaluación y su posible uso por los decisores políticos y otros actores interesados.

El equiparar «desempeño» con «eficiencia», como se incluyó en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, se consideró muy limitada. Se sugirió que el desempeño se definiera como «el conjunto de actividades y programas que se realizan para alcanzar los objetivos y metas previamente establecidas». En consecuencia, la evaluación del desempeño deberá visualizarse como «la evaluación cuantitativa y cualitativa que evidencia el grado de logro de los objetivos y las metas».

Se sugirió que la eficiencia es una más entre varias de las posibles dimensiones del desempeño de los sistemas de salud. Por tanto, la revisión del marco conceptual deberá partir de una cuidadosa revisión de las dimensiones del desempeño, particularmente metas intermedias e indicadores que median entre los insumos y los objetivos al cual contribuye el sistema.

### *1.2.2.2 Objetivos y resultados de los sistemas de salud*

Mejorar la salud es la meta máxima a la cual las sociedades esperan que sus sistemas de salud contribuyan. Dependiendo del punto de vista que se tenga el «trato digno» (*responsiveness*) y financiamiento justo pueden ser considerados metas finales de los sistemas de salud pero no la meta fundamental, o desde otro punto de vista puede ser percibida como atributos del sistema de salud o metas intermedias.

La prestación de servicios personales y no-personales al igual que las acciones intersectorales son sólo un modo de mejorar la salud de la población. Factores vinculados a la condición socioeconómica, el ambiente, genética, y el comportamiento colectivo e individual tienen una influencia poderosa sobre la salud. Por tanto, es necesario mejorar el conocimiento de como estos factores interactúan, de como influyen en el estado de salud de los individuos y las poblaciones, y de como contribuyen al logro de la meta fundamental del sistema de salud por encima del desempeño del sistema como tal.

El «factor tiempo» complica aún más el análisis anterior e influye grandemente en el análisis del desempeño. Una situación de salud deficiente puede que sea el resultado de decisiones tomadas 15 años antes, cuya influencia en la situación presente puede no ser siempre fácil de establecer.

Todo lo anterior enfatiza la importancia de prestar particular atención a los objetivos intermedios de los sistemas (lo que los sistemas realmente hacen y podrían hacer mejor) y no centrar la evaluación del desempeño sobre objetivos finales demasiado lejanos (lo que los sistemas «deberían hacer»).

### *1.2.2.3 Los límites de los sistemas de salud y la definición de responsabilidad y rendición de cuentas*

Hubo bastante discusión sobre la relación entre los límites del sistema de salud y la rendición de cuentas por parte del gobierno por su desempeño. Un número de participantes adujeron que cada país define su sistema diferente, y esperan que el gobierno asuma responsabilidades de modos diferentes. Sugirieron que no era posible definir un marco de referencia común para la EDSS. Por otro lado, otros participantes argumentaron que las comparaciones internacionales eran útiles, utilizando un marco de referencia común, aún cuando países individuales querrían modificar el marco de referencia para sus propios objetivos internos.

Con relación a la variación existente sobre definiciones legales, que pueden ser imprecisas u obsoletas, pero también a la identificación de actores y al flujo de recursos financieros y no-financieros del sistema, la mayor parte de las definiciones tienden a minimizar la importancia de los subsistemas de auto-cuidado y cuidado informal. La iniciativa de preparar Cuentas Nacionales de Salud, actualmente en proceso en varios países, puede ayudar a perfeccionar la definición.

En la mayoría de los países, los responsables de la política de salud suelen rendir cuentas de las acciones ligadas a la prestación de servicios de salud personales y no personales.

Mayor variabilidad entre países se observa en aquellas políticas donde el sistema de salud es solo uno entre varios de los sectores involucrados. Los responsables de la política

de salud tratan a menudo de liderar las acciones intersectoriales, con fuerte repercusión en la salud de las poblaciones, pero no siempre lo logran. Por lo tanto, la rendición de cuentas sobre los efectos de estas políticas a menudo no es clara.

Por último, hay situaciones (por ejemplo, guerra y paz, violencia social, y otras) y políticas (por ejemplo, la política económica) con fuerte influencia sobre la situación de salud. Ellas están fuera del campo de responsabilidad del sistema de salud. A lo sumo, los responsables del sistema de salud pueden desarrollar un cierto papel de abogacía pero es todo el gobierno (o incluso, la sociedad en su conjunto) el responsable. De nuevo, no hubo consenso general sobre cuán amplia o reducida deberá ser la definición del sistema y las áreas de responsabilidad de los decisores políticos.

#### *1.2.2.4 Comparabilidad entre los sistemas de salud de los países*

A diferencia de la comparación del desempeño del sistema de salud de un país consigo mismo a lo largo del tiempo, la comparabilidad del desempeño de los sistemas de salud entre los países se vió como algo deseable pero difícil de realizar por razones técnicas y políticas.

Para que sirva de estímulo para la formulación de políticas de salud en los países, los términos de la comparación (el marco conceptual, las variables que lo operacionalizan y los indicadores de medición) deberán ser objeto de consenso entre quienes vayan a ser comparados.

Las tres dimensiones de evaluación empleadas en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* fueron discutidas.

En primer lugar, se consideró que el uso de los indicadores de esperanza de vida ajustada para la discapacidad o DALES (*disability adjusted life expectancy*) para medir la meta final fundamental de salud no incluye directamente dimensiones de salud positiva ni de calidad de vida relacionada a la salud. Se sugirió que su rol como el único indicador utilizado para evaluar la meta fundamental de salud deberá ser revisada.

En segundo lugar, se consideró que el concepto de «trato digno» (*responsiveness*) incluye algunas dimensiones de calidad de atención, pero orienta el análisis tan solo al lado de la demanda, no toma en consideración, por ejemplo, la calidad técnica de la oferta, ni incluye medidas directas del grado de respuesta a los comportamientos de la población en busca de atención en salud o satisfacción del usuario. Tampoco toma en consideración la variabilidad cultural entre países o dentro de un mismo país.

En tercer lugar, se llevó a cabo una discusión sobre el concepto y medición de «financiamiento justo». Se adujo que se concentra exclusivamente en un lado del problema, la proporción del gasto destinado a salud en los hogares. No toma en consideración el efecto del gasto público en salud pública y atención personal, tampoco permite evaluar cuán progresiva o regresiva es el financiamiento del sistema de salud, y en consecuencia, no se refiere al espectro total de protección financiera con respecto a salud. Finalmente, se consideró que desde el punto de vista ético el concepto es debatible ya que asume que el financiamiento justo es lo mismo que financiamiento puro proporcional.

Se sugirió que otros instrumentos y medidas ya existentes deberían ser examinadas. Las medidas pueden servir como fuentes secundarias y/o de apoyo para revisar el marco

de análisis del desempeño de los sistemas de salud y precisar conceptos que sirven de fundamento. Se consideró que el reto consiste precisamente en ser capaces de integrar datos provenientes de diversas fuentes de un modo que produzcan conocimiento relevante para la toma de decisiones que ayuden a mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

La utilidad real de un solo índice compuesto para construir una escala de logro con la cual clasificar el desempeño de los sistemas de salud de los países, tal como la empleada en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, fue ampliamente discutida.

Las opiniones expresadas incluyeron críticas a la utilidad del índice compuesto para alimentar el diseño de políticas, implementación y evaluación de la metodología utilizada para su cálculo, y a la conveniencia de su publicación cuando los cálculos se basan en estimaciones y proyecciones en lugar de datos reales. No obstante, algunos participantes consideraron que índices compuestos pueden ser utilizados políticamente para asegurar obtener atención para el sistema de salud.

El índice agregado y la escala de logro que clasifica jerárquicamente a los países de acuerdo a un índice da lugar a cuestionamientos relativos a: ¿quién clasifica? y ¿para qué clasificar? Ambas pueden distraer el debate de aquello que es sustantivo: comparar para mejorar.

Asimismo, se insistió que los tomadores de decisión necesitan poder identificar las contribuciones de los diferentes componentes del sistema de salud. Por ejemplo, necesitan poder separar la contribución de los servicios personales, de los no personales y de las acciones intersectoriales para el desempeño del sistema y obtener la meta final fundamental de salud. Esto les ayudará a decidir si deben transferir recursos de una manera diferente, proporcional al tipo de contribución identificada en los ejercicios de evaluación del desempeño.

### 1.2.3 Las recomendaciones para ampliar el marco conceptual y los indicadores utilizados por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud

#### 1.2.3.1 Introducción

La opinión expresada durante la reunión es que la EDSS deberá incluir una amplia gama de actividades en lugar de equiparar el término desempeño con eficiencia. Esto permitirá que los usuarios de la evaluación del desempeño puedan considerar si se está progresando hacia las metas específicas y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de estas metas.

El valor de esto radica en poder identificar las áreas problema que pueden requerir de atención especial así como mejores prácticas que puedan servir de modelo. De esta forma, la evaluación del desempeño también podría ser un instrumento para la regulación y para la asignación de recursos.

OPS/AMRO propuso que la evaluación del desempeño puede compararse al diseño de un «tablero de mandos», el cual cuenta con varios medidores que permiten el escrutinio de diferentes dimensiones del desempeño de los sistemas de salud. Esto podrá permitir

evaluar el grado de logro de las metas intermedias y las diferentes maneras en que operan las funciones del sistema.

### *1.2.3.2 Las dimensiones múltiples del desempeño de los sistemas de salud*

Se presentó y discutió la posibilidad de que se utilice un enfoque con múltiples medidas que puedan ser relacionadas con acciones para las cuales organismos nacionales responsables deberán rendir cuentas. Éstas deberán ser pragmáticas, estar relacionadas con la política y la toma de decisiones en la gestión del sector salud. Deberán basarse en la identificación de los indicadores de medición del desempeño para las diferentes dimensiones del sistema: los recursos, las funciones, las metas intermedias y las metas finales.

Para evaluar las metas intermedias se hicieron muchas sugerencias. Algunas incluidas son:

- ✧ Acceso (si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados);
- ✧ Pertinencia (si la prestación del servicio es relevante a las necesidades y si está basada en estándares establecidos);
- ✧ Continuidad (cómo se relacionan los servicios entre sí, incluyendo coordinación, integración y conducción);
- ✧ Sostenibilidad (capacidad de los sistemas para proveer infraestructura, tales como fuerza laboral, establecimientos y equipos, además de ser innovadores y responder a las necesidades que puedan surgir);
- ✧ Eficiencia (ésta a menudo se concibe como eficiencia técnica, es decir la capacidad de lograr mejores resultados al más bajo costo);
- ✧ Competencia (prestadores de servicios con conocimientos y aptitudes apropiados para la atención que proveen);
- ✧ Aceptabilidad (cuán eficientes son los sistema de salud frente a las expectativas de los ciudadanos).

Se consideró importante definir procedimientos para medir el desempeño de la función de rectoría de las autoridades de salud tomando en cuenta los roles asumidos en la mayoría de los países en el nivel central, intermedio y local del gobierno.

Se puntualizó que la medición del desempeño de funciones esenciales en salud pública, tal como se viene haciendo en la Región de las Américas, ilustra el potencial de un instrumento para evaluar las capacidades institucionales de la autoridad de salud, mide un área específica dentro de la función de rectoría del sistema de salud y puede ser utilizado para el mejoramiento continuo de la práctica de salud pública y para reorientar la asignación de recursos hacia acciones de salud pública. Lo hace a través de un proceso participativo y transparente en cada país en que las 11 funciones de salud pública son medidas. Los resultados no incluyen un indicador global, y no está orientado a la construcción de una medida resumen para comparar países.

### *1.2.3.3 Replanteando la evaluación del desempeño de los sistemas de salud*

Para replantear y mejorar la EDSS se consideró apropiado proponer un marco que tome en consideración cuatro dimensiones: los insumos y/o los recursos, las funciones, los resultados u objetivos intermedios y los objetivos finales del sistema.

La EDSS deberá estar también vinculada a la definición del cambio deseado contenido en las agendas actuales de reforma del sector de la salud así como a la posibilidad real de implementar cambios.

Actualmente hay algunas experiencias nacionales diseñadas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en varios países de la Región de las Américas, que deberán ser tomados en cuenta y analizadas.

La evaluación del desempeño deberá incorporar las diferentes áreas de análisis (nacional, intermedio, local), las diferentes funciones de los sistemas y considerar a varios receptores potenciales (políticos con poder de decisión, otros actores interesados, el público, etc.).

### *1.2.3.4 Construyendo indicadores relevantes*

Los indicadores deben agruparse en función de las dimensiones previamente seleccionadas. Se requiere una cuidadosa definición de términos. Algunos indicadores pueden servir para evaluar más de una dimensión.

Deberá establecerse un cuidadoso balance entre la información disponible y comunicada periódicamente por los países y aquella deseable pero aún no disponible. Se deberá determinar un proceso para fortalecer la recopilación de datos y para estimar los costos y el tiempo que se requiere para poner a la disposición de los usuarios los datos. Es necesario encontrar un equilibrio entre todos los posibles factores que podrían influir en los resultados, la capacidad del sistema para producir información oportuna y la capacidad de los administradores para analizar e incorporar la información.

Los indicadores deben ser sensibles a los cambios de políticas y a decisiones administrativas, tanto en el corto como en el medio plazo. Los datos y las metodologías de cálculo deberán ser transparentes y reproducibles.

Las implicaciones de incluir indicadores de EDSS en los sistemas rutinarios de información sanitaria requiere una cuidadosa evaluación por los expertos de los Estados Miembros. Un objetivo central de esa consulta es determinar el conjunto mínimo de indicadores que deberán monitorearse en forma rutinaria, las relaciones entre indicadores cuantitativos y cualitativos, entre indicadores centrales y complementarios, así como las relaciones entre indicadores recopilados regularmente y la realización de encuestas periódicas.



### *1.2.3.5 Apoyo técnico de la OMS a los países para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud*

La OMS debe desarrollar su capacidad para proveer apoyo técnico en la EDSS. Esto implica mantener comunicaciones continuas entre la Organización y los Estados Miembros.

Mejorar el conocimiento común de la relación entre el estado de la salud y los sistemas de salud es un proceso a largo plazo que puede tomar muchos años. Además de documentar los resultados de dicha relación, los informes futuros deben enfatizar el proceso que conduce al desarrollo del marco, las medidas y los indicadores. Igualmente, el desarrollo de indicadores globales implica investigación a largo plazo que deberá incluir a los responsables de políticas de salud, a investigadores y a otros actores interesados. La OMS debe usar su liderazgo para permitir que este proceso sea incluyente.

La OMS deberá reexaminar la metodología para la EDSS en estrecha colaboración con los países y con sus propios expertos de los diferentes grupos funcionales y regiones. La Organización debe desempeñar un papel crítico en el desarrollo de estándares, en reunir a los expertos para comparar y contrastar los diferentes enfoques que están siendo utilizados en los países, y en construir consensos sobre las mejores formas de asegurar la comparabilidad entre países con respecto al estado de salud, gasto en salud, organización de los sistemas de salud y otras dimensiones pertinentes de los sistemas.

La OMS deberá apoyar los esfuerzos de los países con el objetivo de desarrollar sus capacidades para:

- ✧ Dialogar sobre políticas nacionales de salud.
- ✧ Evaluar los recursos, funciones, objetivos intermedios y finales de los sistemas de salud, así como los logros obtenidos en cuanto a los cambios deseados.
- ✧ Examinar la pertinencia de los sistemas actuales de información para generar los datos necesarios.
- ✧ Llevar a cabo la medición del desempeño en los niveles nacionales y subnacionales.
- ✧ Desarrollar la capacidad de responder mediante políticas apropiadas.

La OMS debe hacer mejor uso de sus centros colaboradores, de otras instituciones nacionales, así como fortalecer el intercambio de información entre sus diferentes unidades y oficinas regionales.

### *1.2.3.6 Pasos hacia el futuro*

Los resultados de la Consulta se tomarán en cuenta en el trabajo que se lleve a cabo en esta área en la Región de las Américas. Igualmente, se transmitirán a la sede de la OMS para ser incorporadas en las recomendaciones originadas por otras regiones a la formulación que sobre este tema se presentará al Consejo Ejecutivo en enero de 2002.

La OPS, Oficina Regional de la OMS organizará un grupo de trabajo, que antes del final de septiembre de 2001, emprenderá un análisis exhaustivo del tema y ampliará las recomendaciones provenientes de la Consulta.

El resultado de ambas discusiones se presentará a una sesión especial que será programada durante la Sesión del Consejo Directivo en la última semana de septiembre de 2001. El objetivo de esta sesión será informar a las delegaciones de todos los Estados Miembros y abrir un foro de debate que igualmente será comunicado a la sede de la OMS.

## **Anexo 1-A: Lista de participantes de la Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud**

### **ARGENTINA**

#### ***Dr. Ginés González***

Rector del Instituto Universitario ISALUD  
Argentina  
Tel.: (54-11) 4334-7766  
Fax: (54-11) 4334-0710 (directo),  
4334-1736  
correo@isalud.com

#### ***Dr. Francisco Martini***

Jefe del Gabinete de Asesores del Ministro  
de Salud  
Ministerio de Salud de la Nación  
Av. 9 de Julio 1925, 8vo Piso  
(1332) Capital Federal  
Tel.: 4379-9085/9012  
Fax: 4379-9143

#### ***Sr. Javier Vilosio***

Subsecretario de Programas de Prevención  
y Promoción  
Secretaría de Atención Sanitaria  
Ministerio de Salud de la Nación  
Av. 9 de Julio 1925, 8vo Piso  
(1332) Capital Federal  
Tel.: 4379-9085/9012  
Fax: 4379-9143  
jvilosio@msal.gov.ar

### **BANCO MUNDIAL**

#### ***Mr. Gilles Dussault***

World Bank Institute  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Tel.: (202) 477-1234  
Fax: (202) 676-0961

#### ***Ms. Ann Johansen***

World Bank Institute  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Tel.: (202) 477-1234  
Fax: (202) 676-0961

#### ***Mr. Alex Preker***

Health, Nutrition, and Population  
World Bank  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Fax: (202) 522-3234

#### ***Dr. Paul Shaw***

Health Sector Leading Specialist  
World Bank Institute  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Tel.: (202) 473-3441  
Fax: (202) 676-0961

#### ***Dr. Adam Wagstaff***

Lead Health Economist  
World Bank  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
Fax: (202) 473-0566  
awagstaff@worldbank.org

### **BARBADOS**

#### ***Ms. Elsie Le Franc***

Professorial Fellow  
Sir Arthur Lewis Institute of Social  
and Economic Studies  
University of West Indies  
Cave Hill Camous, P.O. Box 64  
Bridgetown, Barbados  
Tel.: 264-417-4478  
Fax: 246-424-7291  
elefranc@uwichill.edu.bb

### **BOLIVIA**

#### ***Dr. Fernando Lavadenz***

Gerente General del Proyecto de Reforma  
de Salud  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
Calle Batallón Colorados, Piso 3  
La Paz, Bolivia  
Tel.: 591-2-442-666/442-543  
Fax: 591-2-440-732  
refsalud@ceibo.entelnet.bo

**BRASIL**

***Dr. Joaquim Gonçalves Valente***

Investigador  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484

***Sra. Celia Landman***

Investigadora  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484

***Dra. Claudia Travassos***

Investigadora  
Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484

**CANADÁ**

***Mr. Richard Alvarez***

President and CEO  
Canadian Institute for Health Information  
90 Eglinton Avenue East, Suite 300  
Toronto, Ontario  
Canada M4P 2Y3  
Tel.: (416) 481-2002  
Fax: (416) 481-2950  
ralvarez@cihi.ca

***Dr. Indra Pulcins***

Manager Health Indicators  
Canadian Institute for Health Information  
90 Eglinton Avenue East, Suite 300  
Toronto, Ontario  
Canada M4P 2Y3  
Tel.: (416) 481-2002  
Fax: (416) 481-2950

***Mr. Michael Wolfson***

Assistant Chief Statistician, Statistics Canada  
Social and Economic Studies Division  
RH Coats, Floor: RHC26K  
RH Coats Building Holland Ave. and  
Scott Street Tunney's Pasture  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6  
Tel.: (613) 951-8216  
wolfson@statcan.ca

**CARICOM**

***Mr. James St. Catherine***

Program Manager in Health  
CARICOM Community Office  
Bank of Guyana Building  
Guyana  
Tel.: 592-225-1960  
Fax: 592-225-8039  
jamessc@caricom.org

**CHILE**

***Dr. Claudio Farah***

Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Independencia 939  
Casilla 70012, Correo 7  
Santiago, Chile  
Tel.: 562-678-6149  
Fax: 562-735-5582

***Dr. Fernando Muñoz***

Presidente  
CLAISS  
José Miguel de la Barra 412, Piso 3  
Santiago, Chile  
Tel.: 562-664-9375/3684/4375  
Fax: 562-664-3624  
claiss@ctcreuna.cl

**COLOMBIA**

***Dra. Angela González Puche***

Instituto Nacional de Salud de Colombia  
Colombia  
Tel.: 571-222-3111  
Fax: 571-368-8928

## **CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

### **Sr. Mauricio Bustamante**

Director Ejecutivo  
Organismo Andino de Salud  
Convenio Hipólito Unanue  
Av. Paseo de la República 3832, 3er Piso  
Lima 27, Perú  
Tel.: 511-221-0074  
Fax: 511-440-9285  
mabusta@conhu.org.pe

## **COSTA RICA**

### **Dra. María Elena López**

Directora Dirección Servicios de Salud  
Ministerio de Salud  
Apartado Postal 158-1200  
Pavas, San José, Costa Rica  
Fax: 506-258-5830 (OPS-COR)  
melopez@racsa.co.cr

## **ECUADOR**

### **Sr. Ramiro Echeverría**

Juan Figueroa 1230 y Ave. Occidental  
Condominio Kazu - II C-6  
Quito Norte, Ecuador  
Tel.: 593-259-100  
Fax: 593-294-372  
Cell.: 593-282-7670  
recheverria@andinanet.net

## **EL SALVADOR**

### **Dra. Lydia Eugenia de Nieto**

Directora de Planificación  
MSPAS  
San Salvador, El Salvador

## **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

### **Dr. Ivan Barofsky**

Johns Hopkins Bayview Medical Center  
4940 Eastern Avenue  
Baltimore, MD 21224  
Tel.: 410-550-0162  
Fax: 410-550-8035

### **Ms. Karen Becker**

Epidemiologist  
Health and Human Services  
Washington, D.C., USA  
Tel.: (301) 443-1774  
Fax: (301) 443-6288

### **Dr. Peter Berman**

Harvard School of Public Health  
677 Huntington Ave.  
Boston, MA 02115  
Tel.: (617) 432-4616  
Fax: (617) 432-2181  
pberman@hsph.harvard.edu

### **Ms. Karen Cavanaugh**

USAID  
1300 Pennsylvania Ave.  
Washington, D.C. 20523  
Tel.: (202) 712-5859  
Fax: (202) 216-3702

### **Dr. Janet M. Corrigan**

Director  
Board on Health Care Services  
Institute of Medicine  
National Academy of Sciences  
2101 Constitution Avenue NW –Room  
TJ1020  
Washington, D.C. 20418  
Tel.: (202) 334-2165  
Fax: (202) 334-2862

### **Mr. Charles Derby**

Agency for Health Care Research and Quality  
Executive Office Center  
2101 East Jefferson St.  
Rockville, MD 20852  
Fax: (301) 594-2168

### **Mr. Paul Halverson**

Centers for Disease Control (CDC)  
4770 Buford Hwy, Mail Stop K-39  
Atlanta, GA 3034-3724  
Tel.: (770) 488-2527  
Fax: (770) 488-2489  
pch4@cdc.gov

**Dr. Wade Hanna**

Centers for Disease Control (CDC)  
4770 Buford Hwy, Mail Stop K-39  
Atlanta, GA 3034-3724  
Tel.: 770-488-2527  
Fax: 770-488-2489  
pch4@cdc.gov

**Dr. David Hotchkiss**

Abt. Associates, Inc.  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-5341  
Tel.: (301) 913-0500  
Fax: (301) 913-0562

**Dr. Dean Jamison**

Professor, Program on Global Health  
University of California  
Los Angeles, CA  
Tel.: (310) 206-0223  
Fax: (310) 206-4018  
djamison@isop.ucla.edu

**David McQueen**

Centers for Disease Control (CDC)  
4770 Buford Hwy, Mail Stop K-39  
Atlanta, GA 3034-3724  
Tel.: (770) 488-2527  
Fax: (770) 488-2489

**Dr. David Nicholas**

Project Director  
Quality Assurance Project  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Ave., Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811  
Tel.: (301) 941-8408  
Fax: (301) 941-8427

**Thomas Novotny, M.D., M.P.H.**

Deputy Assistant Secretary and Director  
Office of International and Refugee Health  
5600 Fishers Lane, Room 18-105  
Rockville, MD 20857  
Tel.: (301) 443-1774  
Fax: (301) 443-6288

**Dr. Mary Paterson**

Abt. Associates, Inc.  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-5341  
Tel.: (301) 913-0500  
Fax: (301) 913-0562

**Dr. Edward B. Perrin**

Professor Emeritus  
Health Services  
University of Washington  
Seattle, WA, USA  
Tel.: (206) 616-2982  
Fax: (206) 543-5318

**Ms. Patricia Pittman**

Senior Manager, International Projects  
Academy for Health Services Research and  
Health Policy  
1801 K St. NW Suite 701-L  
Washington, D.C. 20006  
Tel.: (202) 292-6712  
Fax: (202) 292-6800  
pittman@ahsrhp.org

**Dr. Marc Roberts**

Harvard School of Public Health  
677 Huntington Ave.  
Boston, MA 02115  
Tel.: (617) 432-0807  
Fax: (617) 432-3699

**Dr. Gerald Rosenthal**

MSH  
165 Allandale Rd  
Boston, MA 02130-340  
Fax: (614) 524-2825

**Dr. Ed Sondick**

Director  
National Center of Health Statistics  
Hyattsville, MD 20782-2003  
Tel.: (301) 458-4500  
Fax: (301) 458-4020

**Ms. Mary Lou Valdez**

Office of International and Refugee Health  
U.S. Department of Health of Human Services  
Maryland, USA  
Tel.: (301) 443-4549  
Fax: (301) 443-4549

**GUATEMALA**

**Sr. Dr. Julio Molina Avilés**

Vice Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
6ta. Avenida 3-45, Zona 11  
Ciudad de Guatemala, Guatemala  
Fax: 502-475-2168

**JAMAICA**

**Mr. Stanley Lalta**

Health Economist  
Ministry of Health  
Oceana Building  
2 - 4 King Street  
Kingston 5, Jamaica

**Dr. Barrington Wint**

Executive Chairman of the Board  
South East Regional Health Authority  
Ministry of Health  
Ocean Building, 2 King Street  
Kingston, Jamaica  
Tel.: 876-967-1101  
Fax: 876-922-8862

**MÉXICO**

**Dr. Miguel Angel Lezana Fernández**

Coordinador de Asesores del  
Secretario de Salud  
Ministerio de Salud de México  
Tel.: 525-553-7306  
Fax: 525-250-0925  
miguelan@cenids.ssa.gov.mx

**Sr. Enrique Ruelas Barajas**

Subsecretaría de Innovación y Calidad  
Secretaría de Salud  
México

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
(OMS)**

**Dr. Orvill Adams**

Director  
Department of Health Systems  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-2889  
Fax: (41-22) 791-4747  
adamso@who.ch

**Dr. David Evans**

Director a.i.  
Global Programme on Evidence  
for Health Policy  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-3970  
Fax: (41-22) 791-4781

**Dr. Kei Kawabata**

Coordinator, FAR/GPE  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-3970  
Fax: (41-22) 791-4781

**Ms. Suszy Lessof**

The World Health Organization  
Regional Office for Europe (EURO)  
8, Scherfigsvej  
DK-2100 Copenhagen 0  
Denmark  
Tel.: 45 39 171717  
Fax: 49 39 17181

**Dr. Christopher Murray**

Executive Director  
Evidence and Information for Policy Cluster  
World Health Organization  
20 Avenue Appia  
Geneva 27, Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-2111  
Fax: (41-22) 791-0746  
murrayc@who.int

**Dr. Soe Nyuntu**

The World Health Organization  
Regional Office for the Western Pacific  
(WPRO)  
P.O. Box 2932  
1000 Manila  
Philippines  
Tel.: (632) 528-8001  
Fax: (632) 521-1036  
rona@who.org.ph

**Dr. Sam Tien**

The World Health Organization  
Regional Office for South-East Asia (SEARO)  
World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatma Gandhi Road  
New Delhi 110002, India  
Tel.: 91-11-331-7804  
Fax: 91-11-331-8607

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA  
DE LA SALUD (OPS)**

525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037

**Sr. Bernt Andersson**

Asesor Regional, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3212  
Fax: (202) 974-3641  
anderssb@paho.org

**Dr. Pedro Brito**

Coordinador de Programa, HSP/HSR  
Tel.: (202) 974-3295  
Fax: (202) 974-3612  
britoped@paho.org

**Dr. Juan Antonio Casas**

Director, HDP  
Tel.: (202) 974-3210  
Fax: (202) 974-3652  
casasjua@paho.org

**Dr. Carlos Castillo-Salgado**

Coordinador, SHA  
Tel.: (202) 974-3327  
Fax: (202) 974-3674  
castillc@paho.org

**Dr. César Gattini**

Asesor Regional, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3225  
Fax: (202) 974-3641  
gattinic@paho.org

**Dr. Alberto Infante**

Asesor Regional, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3818  
Fax: (202)-974-3641  
infantea@paho.org

**Dr. Enrique Loyola**

Asesor Regional, SHA  
Tel.: (202) 974-3130  
Fax: (202) 974-3674  
loyolaen@paho.org

**Dr. Daniel López-Acuña**

Director, HSP  
Tel.: (202) 974-3215  
Fax: (202) 974-3641  
lopezdan@paho.org

**Dr. Oscar Mujica**

Asesor Regional, SHA  
Tel.: (202) 974-3974  
Fax: (202) 974-3674  
mujicaos@paho.org

**Dra. Mirta Roses Periago**

Subdirectora  
Tel.: (202) 274-3404  
Fax: (202) 974-3601  
rosesmir@paho.org

**Dra. Priscilla Rivas-Loria**

Consultora, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3876  
Fax: (202) 974-3641  
rivaspri@paho.org

**Sr. Hernán Rosenberg**

Asesor Regional  
Tel.: (202) 974-3195  
Fax: (202) 974-3641  
rosenbeh@paho.org

**Dra. Karen Sealey**

Jefe, DAP  
Tel.: (202) 974-3187  
Fax: (202) 974-3604  
sealeyka@paho.org



**Lic. Patricia Schroeder**

Asistente del Proyecto de Reforma del  
Sector Salud  
Tel.: (202) 974-3239  
Fax: (202) 974-3641  
schroedp@paho.org

**Dr. César Vieira**

Coordinador de Programa, HDP/HDD  
Tel.: (202) 974-3235  
Fax: (202) 974-3675  
vieirace@paho.org

**Dra. Edwina Yen**

Consultora, HSP/HSO  
Tel: (202) 974-3866  
Fax: (202) 974-3641  
yenedwin@paho.org

**Dr. José Luis Zeballos**

Coordinador de Programa, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3215  
Fax: (202) 974-3641  
zeballoj@paho.org PARAGUAY

**PARAGUAY**

**Dr. Roberto Dullack**

Director General de Planificación  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Pettirossi y Brasil  
Asunción, Paraguay  
Fax: (59521) 206-885

**PUERTO RICO**

**Dra. Elena Batista**

Asesora, Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan, Puerto Rico  
Tel.: (787) 617-0475 764-5701  
Fax: (787) 250-7064

**REINO UNIDO**

**Prof. Azim Lakhani**

Director  
National Centre for Health Outcomes  
Development  
Health Services Research Unit  
London School of Hygiene and  
Tropical Medicine  
Keppel Street  
London WC1E 7HT, UK  
Tel.: 44-20-7927-2366  
Fax: 44-20-7580-8183  
azim.lakhani@lshtm.ac.uk

**URUGUAY**

**Dr. Eduardo Touya**

Director General de la Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Av. 18 de Julio 1892  
Montevideo, Uruguay  
Tel.: (598 2) 409-7800/ 400-1002  
Fax: (598 2) 401-3870

**VENEZUELA**

**Sr. Oscar Feo**

Comisión Presidencial para la Reforma de la  
Seguridad Social  
Apartado Postal 4810  
Maracay, Venezuela  
Fax: (582) 753-5859

## **Anexo 1-B: Programa de la Consulta Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud**

### **PRIMER DÍA, 8 DE MAYO DE 2001**

09:00 - 09:15 Discurso de apertura: *Dr. George A. O. Alleyne*, Director OPS/AMRO

#### **PRIMERA SESIÓN PLENARIA**

09:15 - 10:00 "La Base Conceptual y el Alcance de la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud"

*Dr. Christopher Murray*, Director Ejecutivo, Grupo Orgánico de Pruebas Científicas e Información para Formulación de Políticas, OMS

10:00 - 10:45

Panelistas:

*Dr. Claudio Farah*, Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile

*Dr. Paul Shaw*, Líder Especialista Sector Salud, Instituto del Banco Mundial, Washington D.C., EUA

*Dr. Marc Roberts*, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard, Boston, Massachusetts, EUA

*Dr. Michael Wolfson*, Director Adjunto, Análisis y Desarrollo, Estadísticas, Statistics Canada, Ontario, Canadá

10:45 - 11:15

Receso para el café

11:15 - 12:15

Debate abierto

12:15 - 12:30

Resumen de los temas a tratar en los Grupos de Trabajo

12:30 - 14:00

Almuerzo

14:00 - 15:30

Grupos de Trabajo

15:30 - 16:00

Receso para el café

16:00 - 17:00

Grupos de Trabajo (continuación)

17:00 - 17:30

Presentación Plenaria de las Conclusiones de los Grupos de Trabajo

### **SEGUNDO DÍA: 9 DE MAYO DE 2001**

#### **SEGUNDA SESIÓN PLENARIA**

09:00 - 09:45

"El Desarrollo Ulterior del Marco para la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud Usado en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Brechas Identificadas y Retos para el Futuro*"

*Dr. Daniel López-Acuña*, Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/AMRO

09:45 - 10:30

Panelistas:

*Dra. Claudia Travassos*, Investigadora, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil

*Dr. Ed Sondick*, Director, Centro Nacional de Estadística Sanitaria, Maryland, EUA

*Dr. Fernando Muñoz*, Presidente, Centro Latinoamericano de Investigación de Sistemas de Salud (CLAISS), Santiago, Chile

*Dr. Edward B. Perrin*, Profesor Emérito, Departamento de Servicios de Salud, Universidad de Washington, Seattle, Washington, EUA

10:30 - 11:00

Receso para el café

- 11:00 - 12:15 Debate abierto  
12:15 - 12:30 Resumen de los temas a tratar en los grupos de trabajo (relator)  
12:30 - 14:00 Almuerzo

**GRUPOS DE TRABAJO SOBRE SEGUNDA SESIÓN PLENARIA**

- 14:00 - 15:30 Grupos de Trabajo  
15:30 - 16:00 Receso para el café  
16:00 - 17:00 Grupos de Trabajo (continuación)  
17:00 - 17:30 Presentación Plenaria de las Conclusiones de los Grupos de Trabajo

**TERCER DÍA, 10 DE MAYO DE 2001**

**TERCERA SESIÓN PLENARIA**

Experiencias de los países y regiones en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas

- 09:00 - 09:30 "Experiencia Canadiense en la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud"  
*Sr. Richard Alvarez, Presidente y Director Ejecutivo, Instituto Canadiense de Información Sanitaria, Ontario, Canadá*
- 09:30 - 10:30 "Un Marco para el Monitoreo de los Resultados en Salud como parte de la Evaluación del Desempeño en Inglaterra"  
*Dr. Azim Lakhani, Profesor, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Gran Bretaña*
- 10:30 - 11:00 Receso para el café
- 11:00 - 11:30 "La Experiencia Mexicana de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud"  
*Dr. Miguel Angel Lezana, Coordinador de Asesores del Secretario de Salud, Ministerio de Salud, México*
- 11:30 - 12:00 "Informe Nacional de los Estados Unidos sobre Calidad de la Atención"  
*Dr. Janet M. Corrigan, Directora, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, Washington, D.C., EUA*
- 12:00 - 12:15 Preguntas y respuestas
- 12:15 - 12:30 Resumen de los temas principales planteados durante la sesión (relator)
- 12.30 - 14:00 Almuerzo

**CUARTA SESIÓN PLENARIA**

- 14:00 - 14:45 "Vinculando la evaluación del desempeño de los sistemas de salud a la formulación de políticas y toma de decisiones de la gestión"  
*Dr. Orville Adams, Director, Departamento de Sistemas de Salud, OMS*
- 14:45 - 15:30 Panelistas:  
*Dr. Ginés González, Rector del Instituto Universitario ISALUD, Buenos Aires, Argentina*  
*Dr. Peter Berman, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, Massachusetts, EUA*
- 15:30 - 16:00 Receso para el café
- 16:00 - 16:45 Debate abierto
- 16:45 - 17:00 Resumen de los temas planteados durante la sesión (relator)
- 17:00 - 17:30 Clausura:  
*Dr. George A. O. Alleyne, Director de OPS/AMRO*

## **Anexo 1-C: Guía para la discusión de trabajos de grupos**

### **SESIÓN 1**

#### **8 DE MAYO DE 2001**

1. ¿Qué objetivos y resultados primarios de los sistemas de salud deberán ser considerados, cuando evaluamos desempeño?
2. ¿Dónde se debieran establecer los límites de los sistemas de salud? ¿Quién formula esa definición y cuán comparables son las mediciones de desempeño cuando varían las definiciones de sistemas de salud?
3. ¿Cómo los objetivos actuales del marco conceptual de OMS coinciden con los objetivos de los Estados Miembros?
4. ¿Debieran los responsables de políticas y de rectoría del sistema de salud rendir igualmente cuentas (*accountability*) por aquello de lo que son directamente responsables (servicios personales y no personales), de lo que son sólo parcialmente responsables (acciones intersectoriales) y de lo que no son responsables?
5. ¿Qué otros instrumentos/medidas que corresponden a otras áreas del desarrollo humano y que tienen impacto en salud debieran ser desarrolladas?
6. ¿Cuál es la comparabilidad de medidas de respuesta de los servicios (*responsiveness*) y de financiamiento justo entre países?

### **SESIÓN 2**

#### **9 DE MAYO DE 2001**

1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos sobre desempeño de sistemas de salud? ¿Qué incluye?
2. ¿Es mejor la EDSS mediante el cálculo de un único indicador combinado, sujeto a pesos que se le asignan a cada variable, o mediante una serie de indicadores que proveen información sobre diferentes áreas del desempeño de los servicios de salud (recursos, funciones, metas intermedias y metas finales)? ¿Cómo pueden estar más directamente vinculadas a la acción?
3. ¿Cuáles son los indicadores claves sobre funciones y metas intermedias que debieran ser desarrollados para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, de modo que aporten información significativa para mejorar los sistemas de salud?
4. ¿Cómo las fuentes de datos y las metodologías de OMS mejoran las capacidades de los Países Miembros para pasar de la acción a realmente tener impacto en las políticas y programas?
5. ¿Qué tipo de investigación y desarrollo es necesario para apoyar la medición del desempeño de metas intermedias y de las funciones del sistema de salud?

## **II. Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud<sup>8</sup>**

---

### **2.1 Introducción**

El Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (EDSS) llevó a cabo su primera reunión en Ottawa, Canadá del 4 al 6 de septiembre de 2001. El grupo estuvo conformado por representantes de Brasil, Cuba, Canadá, Jamaica, México, y Estados Unidos al igual que funcionarios de OPS/AMRO. La sede de la OMS fué invitada a participar pero no pudo asistir a la reunión.

El Grupo de Trabajo reafirmó lo discutido en la Consulta Regional de las Américas sobre EDSS, que se llevó a cabo en mayo de 2001: el objetivo principal de las actividades de EDSS es proveer información a los países mismos para mejorar el desempeño y ultimadamente la calidad de sus sistemas de salud.

Por lo tanto, el trabajo deberá estar focalizado hacia aquello que lleve a la acción a nivel nacional y local. Además, dado que los sistemas de salud están muy fundamentados en las circunstancias históricas y sociales de cada país, es poco probable que un proceso de evaluación único sea aplicable y útil para todos los países.

También hubo consenso de que hay gran beneficio en el desarrollo de metodologías para completar evaluaciones en un contexto internacional, y de que habrá un conjunto de actividades que serán de interés para todos los países y posiblemente un conjunto más grande que será aplicable a grupos de países con características y necesidades similares. Sería muy deseable que éstas se hagan de un modo comparativo y consistente. La OPS y la OMS deberán facilitar estas actividades.

Se completó trabajo adicional relativo a la extremadamente compleja e importante tarea de precisar los componentes de los sistemas de salud en términos de funciones y características. Se requiere más trabajo en términos de estandarizar terminología, conceptualizar componentes, consolidarlos y establecer como pueden ser medidos.

Se reafirmó el concepto denominado «tablero de mandos», introducido en la reunión de la Consulta Regional de las Américas, y se completó el trabajo adicional para clarificar como se puede usar este concepto en la evaluación. Se discutió una variante del esquema que está siendo utilizado en Canadá y el cual contiene cuatro componentes: situación de salud, determinantes no-médicos de salud, sistema de servicios de salud, y características de la comunidad y del sistema de salud (recursos).

Hubo amplia discusión, la cual debe continuar, sobre la articulación de componentes específicos. Hubo consenso de que el tercer nivel, el sistema de servicios de salud, está más directamente relacionado a la evaluación del desempeño enfatizando la prestación

---

<sup>8</sup> Esta reunión se llevó a cabo en Ottawa, Canadá, del 4 al 6 de septiembre de 2001.

de servicios la cual es la base de la actividad. Otros niveles del esquema son muy importantes y proveen el contexto necesario. Temas relacionados a la equidad deberán ser tratados en todos los niveles del esquema.

Hubo también bastante discusión sobre como los países deberán colaborar en estas actividades y como deberán relacionarse con la OMS a nivel de país, de región y con la sede en términos de recopilar, analizar, y diseminar la información sobre EDSS. Se desea un mayor involucramiento de los Países Miembros en estas actividades. Se discutió ampliamente la contribución de OPS/AMRO en áreas tales como fortalecimiento de la infraestructura y capacidades de los sistemas de información, apoyo a los países para establecer los límites y condiciones de comparabilidad, compartir/diseminar información y otras iniciativas relacionadas a EDSS de otras regiones, y establecer esquemas de cooperación técnica entre los países (TCC).

## **2.2 Conclusiones y recomendaciones**

Las discusiones del grupo de trabajo dieron como resultado las siguientes conclusiones y recomendaciones:

### **2.2.1 Sobre temas generales**

El objetivo primordial de la EDSS es mejorar el desempeño y la calidad del sistema de salud. Al lograrlo, el esfuerzo deberá contribuir a mejorar la salud de la población; la EDSS no es un fin en sí mismo.

Un índice compuesto para asignarle un rango a los sistemas de salud de los países no necesariamente contribuye al mejoramiento del desempeño y de la calidad del sistema de salud a nivel nacional.

Se enfatizó la noción de que hay necesidad de desarrollar indicadores para las metas intermedias.

La información que proviene de encuestas para la EDSS deberá ser articulada apropiadamente con la información generada a nivel de país de una manera regular y deberá involucrar la participación activa de los Estados Miembros.

El financiamiento justo y el trato digno no son metas finales del sistema de salud son instrumentales, y por lo tanto, caen dentro del ámbito de metas intermedias. El estado de salud es la meta final o el resultado definitivo.

Es necesario vincular el esquema para la EDSS (categorías, variables e indicadores) con la toma de decisiones. Las necesidades concretas de los decisores de políticas como usuarios principales deberán ser satisfechas y tomadas en consideración.

Hubo consenso en cuanto a que el esquema de EDSS sea un instrumento nacional de auto-evaluación, que el instrumento sea discutido y diseñado en conjunto, y que no se aplique un instrumento diseñado externamente.

La equidad es una dimensión transversal que deberá ser enfatizada en cualquier esquema de EDSS. De otra manera, podría ser fácilmente desatendida y obviada.

## 2.2.2 Sobre informar datos relativos al desempeño de los sistemas de salud a la sede de la OMS

Se manifestó mucha preocupación sobre las fuentes de datos utilizados por el EIP de la OMS para calcular y mantener al día los datos nacionales a ser publicados en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*.

Igualmente, manifestaron preocupación sobre la naturaleza de la relación directa entre el Grupo EIP/OMS y las autoridades de salud y unidades técnicas a nivel nacional con relación a esta iniciativa, y las fechas límites de muy corto plazo establecidas por Ginebra.

Los datos utilizados para la EDSS deberán ser suministrados por el país, se deberán conocer las fuentes de donde provienen, los cálculos deberán ser transparentes y sometidos a revisión por pares y los números finales deberán ser discutidos y su uso especificado antes de ser publicados. Esto se requiere para documentos oficiales de organismos internacionales excepto en aquellos casos donde existen razones válidas para pensar que los datos oficiales nacionales no son precisos y/o confiables. En tal caso, se requiere una explicación clara.

Se deben seguir los canales adecuados para las comunicaciones entre la sede y las Oficinas Regionales con las autoridades nacionales (por ejemplo, adecuada redacción de las cartas, firmas y canales apropiados y fecha límite realistas).

## 2.2.3 Sobre sistemas de información y colección de datos a nivel nacional

Con mucha frecuencia no hay una conexión clara entre el personal que prepara los informes de salud y aquellos que laboran recopilando datos primarios a nivel nacional. Los primeros normalmente trabajan con lo que tienen a mano y raramente contribuyen a mejorar como laboran los últimos.

Existe necesidad de incorporar al sector privado en la recopilación y procesamiento regular de datos. Igualmente, hace falta incluir temas sobre servicios de salud y otros datos socioeconómicos relativos a salud en las encuestas generales de hogares.

En la mayor parte de los países, las estadísticas vitales es el área más desarrollada seguido por información sobre altas hospitalarias e información sobre las condiciones de los registros nacionales. Las áreas menos desarrolladas son las farmacéuticas y costos asociados a información sobre procesos clínicos. Las áreas más débiles tienden a ser la atención primaria, cuidado en el hogar, e instituciones que proveen servicios a largo plazo.

Los acuerdos gerenciales y contratos programáticos utilizados para la asignación de recursos proveen una oportunidad para obtener información y retroalimentar a los gerentes de salud.

Con relación a EDSS se deben tomar en consideración ciertos temas, estos incluyen: a) varias fuentes de información, b) diferentes tipos de información, c) instituciones diversas y culturas generales en términos de transparencia, responsabilidad, monitoreo y evaluación interna, uso y relevancia de la información de salud, d) diferentes usuarios de la información y necesidades prácticas de información.

Aunque algunos esfuerzos de reforma del sector salud han canalizado algunos recursos financieros e incentivos para la tecnología de la información y recopilación de datos, se necesita hacer mucho más. Además, hay una necesidad clara de vincular la reforma del sector salud con iniciativas descentralizadoras y recopilación de datos para la EDSS.

#### 2.2.4 Sobre la estrategia conocida como "tablero de mandos" (*Dashboard Approach*) para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud

Hubo consenso sobre el uso de la estrategia conocida como «tablero de mandos» para la EDSS, para que los diferentes campos de acción que están involucrados se tomen en consideración (ver cuadro en la página siguiente).

Los lineamientos utilizados para EDSS deben centrarse en los campos de acción que van a señalar las áreas cruciales de necesidad de información.

Las comparaciones entre países deben centrarse en comparar indicadores por campo de acción del sistema de salud.

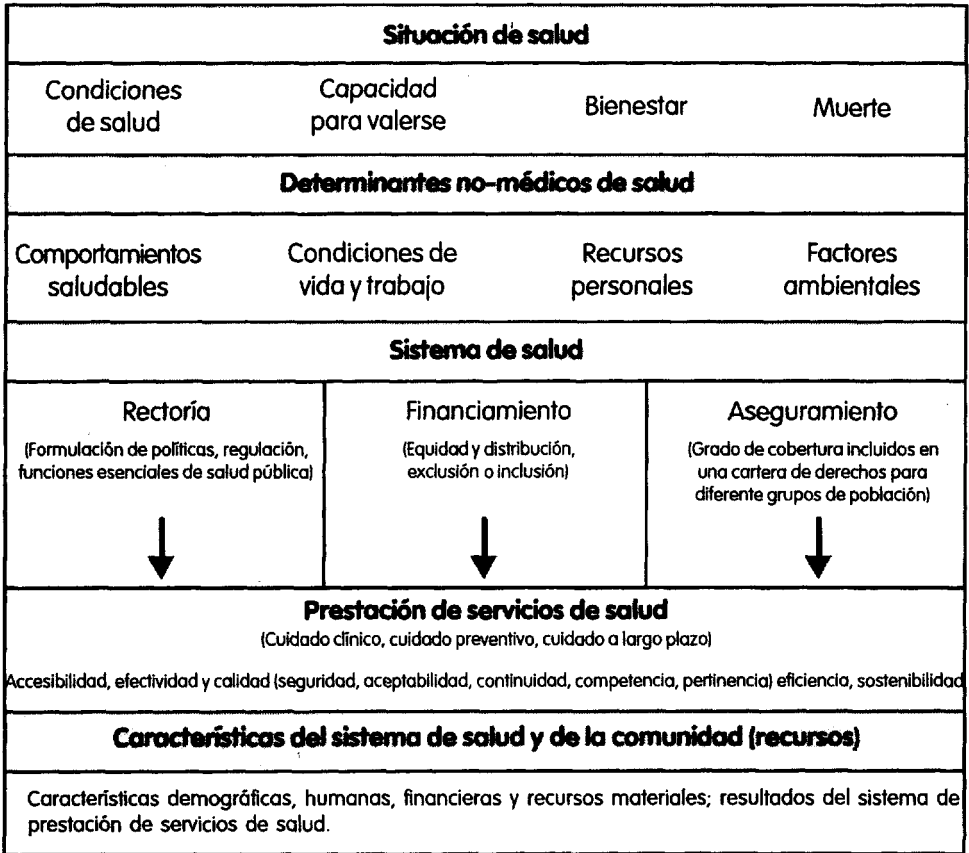
Cada país deberá desarrollar indicadores para la prestación de servicios de salud de acuerdo a sus problemas de salud más importantes con el objetivo de poder dilucidar cuán bien el sistema de prestación de servicios de salud provee servicios para resolver problemas prioritarios de salud.

Los indicadores deben enfatizar temas de distribución, tales como sexo, género, clase social, etc. Esto requiere evaluar equidad como una dimensión transversal. Igualmente, es importante tener una medida de cobertura de intervenciones críticas. Dicha medida debe centrarse en la cobertura «funcional» en vez de en la cobertura nominal. El concepto de cobertura «efectiva» da lugar a problemas metodológicos y conceptuales que pueden hacer que la implementación a nivel nacional sea complicada y las comparaciones internacionales difíciles.

Se desarrolló un primera aproximación al «tablero de mandos»:



**Enfoque del "tablero de mandos" para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud**



**2.2.5 Sobre trato digno y cobertura**

El trato digno no se visualizó como una meta final de los sistemas de salud o como un concepto o dimensión única. Como se definió en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, incluye aspectos heterogéneos relacionados con derechos de los pacientes, libre elección del proveedor y atención oportuna, entre otros. Algunas de ellas están basadas en valores, por tanto, es muy difícil hacer comparaciones internacionales en esta área. No obstante, el trato digno se visualiza como un atributo importante de los sistemas de salud. Por tanto, deberá ser desarrollado en el futuro como un componente de la agenda para investigación sobre desempeño, pero no procede incluirlo como un indicador único para hacer comparaciones internacionales en este momento.

En función de las restricciones financieras e institucionales para la prestación de servicios de salud en los países, sería probablemente más útil incluir un concepto más delimitado de trato digno el cual resultaría ser más útil para los gerentes y los tomadores de decisión. La pertinencia se visualizó como un componente integral del trato digno.

Los derechos del paciente/humanización como un componente de trato digno deberán ser incluidos. Sin embargo, se reconoce la dificultad de construir un indicador para ello en el presente. Se mencionó también el concepto de cuidados centrados en el paciente como un concepto que se puede incorporar al igual que los factores culturales, sociales y étnicos.

¿Cuánto podemos medir? ¿A qué costo? En este momento no podemos determinar cómo se van a utilizar los indicadores en todos los países. Debemos seleccionar indicadores por su valor intrínseco, pero también por la operacionalización de los indicadores entre países y a nivel sub-nacional.

## 2.2.6 Rol de la OPS/AMRO en apoyo a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud

Enfatizar el propósito del ejercicio de EDSS con el objetivo de apoyar la EDSS de los países en lugar de producir rangos y clasificación tipo liga. Las comparaciones deben ser llevadas a cabo sólo entre dimensiones y sistemas comparables.

Fortalecer la capacidad de los sistemas de información en los países. Convocar periódicamente al grupo de trabajo de sistemas de salud para discutir formas y enfoques para construir la capacidad institucional de los países para evaluar el desempeño del sistema de salud, particularmente en relación al desarrollo de los sistemas de información, análisis de datos, e infraestructura.

Producir datos confiables para ser compartidos entre diferentes instituciones en, y entre países.

Se pueden desarrollar estrategias para comparaciones entre países después de que se ha logrado el acuerdo apropiado entre ellos. Se consideró que es más importante desarrollar la capacidad para llevar a cabo EDSS en los países.

Se deberán desarrollar los esquemas de cooperación técnica entre países (TCC) para fortalecer la capacidad de los países en este campo.

## **Anexo 2-A: Términos de referencia del Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud**

### **ANTECEDENTES**

1. La Consulta Regional de las Américas sobre el Desempeño de los Sistemas de Salud (*HSPA*) se llevó a cabo el 8-10 mayo de 2001, en la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (*OPS/AMRO*), Washington, D.C.
2. Entre las recomendaciones incluidas en el Informe Final de la Consulta Regional está que *OPS/AMRO* organizaría un Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (*GTEDSS*), alrededor de agosto de 2001 para llevar a cabo un análisis profundo de la temática.
3. Los resultados de la Consulta y de las discusiones de *GTEDSS* serán presentadas a una sesión especial programada durante el Consejo Directivo de la *OPS/OMS* en septiembre de 2001. El objetivo de la sesión especial es informar a las delegaciones de todos los Países Miembros y llevar a cabo un foro para el debate que será también informado a la sede de la *OMS*.

### **OBJETIVOS**

1. Desarrollar las recomendaciones y conclusiones de la *EDSS*.
2. Elaborar recomendaciones para acciones futuras de *OPS* en el campo de *EDSS*.

### **COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO**

1. Representantes de Estados Unidos, Canadá, Cuba, Bolivia, México, Jamaica, y Brasil.
2. Un representante del Grupo para la Evidencia e Información para la Política de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
3. Cinco funcionarios de la *OPS/AMRO*.

### **RESULTADOS ESPERADOS**

1. El *GTEDSS* producirá un informe que será resumido y distribuido durante el Consejo Directivo de la *OPS/OMS*, septiembre de 2001.

Dicho informe deberá incluir lo siguiente:

- ✧ Un resumen de las discusiones más relevantes generadas del *Informe 2000*.
- ✧ Temas más importantes discutidos durante la Consulta Regional de *EDSS* y el informe final.
- ✧ Una propuesta de *EDSS* que incluya:
  - ◆ Las múltiples dimensiones de *EDSS*.

- ♦ La relación entre las múltiples dimensiones de EDSS y los cuatro campos de acción discutidos durante la Consulta Regional, a saber: recursos, funciones, metas intermedias y metas finales.
- ♦ Una selección de los campos de acción más relevantes para la toma de decisiones a nivel de país.
- ♦ Una estrategia de implementación aceptable y útil para los países de las Américas.

## **Anexo 2-B: Lista de participantes del Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud**

### **BRASIL**

***Dra. Claudia Travassos***

Investigadora  
Escola Nacional de Saúde Pública -  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-2541/42  
Fax: 5521-290-0484  
claudia@fiocruz.br

***Dra. Célia Landmann Szwarcwald***

Investigadora  
Escola Nacional de Saúde Pública -  
FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, Brasil 21041-210  
Tel.: 5521-598-4366  
Fax: 5521-290-0484

***Dr. Jose Marcos Viana Nogueira***

Coordenador de la Asesoría de Asuntos  
Internacionales  
Ministerio de Salud  
Esplanada dos Ministerios  
bloco G - sala 426  
70.058-900 - Brasília - DF, Brasil  
Tel.: (61) 315-2813  
jviana@saude.gov.br

### **CANADÁ**

***Dr. John Millar***

Vice President  
Research and Population Health  
Canadian Institute of Health Information  
377 Dalhousie Street, 2nd Floor  
Ottawa, K1N 9N8  
Tel.: (613) 236-1349  
Fax: (613) 241-8120  
jmillar@cihi.ca

***Mr. Nick Previsich***

Senior Science Advisor, International Affairs  
Directorate  
Health Canada  
Brooke Claxton Building Room 830B  
Tunney's Pasture  
Ottawa, Ontario  
K1A 0K9 Canada  
Tel.: (613) 957-7316  
Fax: (613) 952-7417  
nick\_previsich@hc-sc.gc.ca

***Mr. Francois L. Sauvé***

Senior Policy Analyst  
OECD Health Conference on Performance,  
Measuring and Reporting  
Canadian Secretariat  
Ottawa, Canada  
Tel.: (613) 954-8530  
Fax: (613) 946-1792  
Francois\_L\_sauve@hc-sc.gc.ca

***Ms. Sally Thornton***

Director, Accountability Implementation  
Information, Analysis and Connectivity Branch  
Applied Research and Analysis Directorate  
Health Canada  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0K9  
Tel.: (613) 946-2087  
Fax: (613) 946-3166  
sally\_thornton@hc-sc.gc.ca

***Dr. Ronald Wall***

Policy Analyst, Accountability Implementation  
Information, Analysis and Connectivity Branch  
Applied Research and Analysis Directorate  
Health Canada, NCR 4602B  
2nd Floor, Cooper St., 400 Cooper St.  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0K9  
Tel.: (613) 946-3169  
Fax: (613) 946-3166  
ron\_wall@hc-sc.gc.ca

**Mr. Michael Wolfson**

Assistant Chief Statistician, Statistics Canada  
Social and Economic Studies Division  
RH Coats, Floor: RHC26K  
RH Coats Building Holland Ave. and  
Scott Street Tunney's Pasture  
Ottawa, Ontario, Canada K1A OT6  
Tel.: (613) 951-8216  
wolfson@statcan.ca

**CUBA**

**Dr. Eduardo Zacca Peña**

Director Nacional de Estadísticas  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana, Cuba  
Tel.: 53 7 553325 553398  
Fax: 53 7 333236  
zacca@infomed.sld.cu

**JAMAICA**

**Dr. Stanley Lalta**

Health Reform Unit  
Ministry of Health  
Kingston, Jamaica  
Tel.: (876) 967-7607  
slalta@epi.org.jm

**MÉXICO**

**Dr. Rafael Lozano**

Director General de Información y  
Evaluación del Desempeño  
Leibnitz 20 3er piso  
Col Anzures CP 11590  
Mexico DF, 52500925  
rlozano@mail.ssa.gob.mx

**ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

**Dr. Jennifer H. Madans**

Associate Director for Science  
National Center for Health Statistics  
6525 Belcrest Road  
Hyattsville, MD 20782-2003  
Tel.: (301) 458-4500  
Fax: (301) 458-4020  
JMadans@cdc.gov

**Dr. Ed Sondick**

Director  
National Center for Health Statistics  
6525 Belcrest Road, Room 1140  
Hyattsville, MD 20782-2003  
Tel.: (301) 458-4500  
Fax: (301) 458-4020  
ESondik@cdc.gov

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA  
DE LA SALUD (OPS)**

525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037

**Dr. César Gattini**

Asesor Regional, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3225  
Fax: (202) 974-3641  
gattinic@paho.org

**Dr. Alberto Infante**

Asesor Regional, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3818  
Fax: (202) 974-3641  
infantea@paho.org

**Dr. Daniel López-Acuña**

Director, HSP  
Tel.: (202) 974-3221  
Fax: (202) 974-3641  
lopezdan@paho.org

**Dra. Priscilla Rivas-Loria**

Consultora, HSP/HSO  
Tel.: (202) 974-3876  
Fax: (202) 974-3641  
rivaspri@paho.org

## **Anexo 2-C: La Inicitiva Canadiense para la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud**

Dado que el gobierno está realizando nuevas e importantes inversiones en todos los niveles del sistema de salud de Canadá, los canadienses desean saber si estas inversiones están produciendo mejoras significativas en el desempeño del sistema de salud. En septiembre del año 2000, el Primer Ministro y los Primeros Ministros de las Provincias instruyeron a los Ministros de Salud para que produjeran informes completos, públicos y periódicos sobre los programas de salud, los servicios que se prestan, y sobre el desempeño de los sistemas de salud y que desarrollaran un marco de referencia para estos informes, el cual debería permitir usar datos indicadores consensuados para efectuar comparaciones sobre:

- ✧ Situación de Salud (i.e., esperanza de vida, mortalidad infantil, bajo peso al nacer, gente que describe su situación de salud como excelente)
- ✧ Resultados en salud (i.e., cambios en la esperanza de vida, mejoras en la calidad de vida, reducción de la carga de enfermedad)
- ✧ Calidad de los servicios (i.e. tiempos de espera para diagnósticos y tratamientos clave, satisfacción de los pacientes, readmisiones hospitalarias, acceso 24/7 a los puntos de entrada al sistema, servicios comunitarios y a domicilio, adecuada vigilancia en salud y actividades de promoción y prevención).

Un proceso informal de intercambio de experiencias y opiniones entre cinco países de la Organización de Cooperación y de Desarrollo Económico (OCDE) de habla inglesa (Canadá, Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda) comenzó recientemente. Se intenta producir un marco conceptual que tenga en cuenta la situación de salud, los determinantes no médicos de la salud, el desempeño de los servicios de salud y la comunidad y las características de los sistemas. Los esfuerzos de esta iniciativa se orientan a refinar/definir aquellos indicadores que puedan ser usados para medir el desempeño de los sistemas de salud, incluyendo medidas de aceptabilidad, accesibilidad, pertinencia, competencia, continuidad, efectividad, eficiencia y seguridad.

En 1999 el presupuesto federal dotó con \$95 millones a la Iniciativa del Instituto Canadiense de Información en Salud (CIHI) destinada a fortalecer la capacidad del propio Instituto y del Departamento de Estadísticas de Canadá para informar periódicamente sobre la salud de los canadienses y sobre el funcionamiento del sistema de salud; producir información completa y fiable para uso de los canadienses, prestadores de servicios y todos los niveles del gobierno y fortalecer la rendición de cuentas al público sobre como el sistema de salud les atiende. Los resultados son dos nuevos informes: «Cuidados de Salud en Canadá 2000 —Un Primer Informe Anual del CIHI» y «Cuán Saludables son los Canadienses publicado por el Departamento de Estadísticas de Canadá en la primavera de 2000. El segundo informe de ambas organizaciones se publicará en la primavera de 2001.

También existen otros informes relevantes como por ejemplo «Hacia un Futuro Saludable: Segundo Informe sobre la Salud de los Canadienses», publicado conjuntamente entre todos los Ministros en septiembre de 1999 (el primero se publicó en 1996). Este informe sintetiza toda la información disponible sobre la salud de los canadienses y sobre los factores que la condicionan.

La revista *Maclean's* está publicando una serie de informes sobre salud, los cuales incluyen datos sobre resultados en salud y sobre desempeño de los sistemas extraídos de una variedad de fuentes tales como el CIHI y el Departamento de Estadísticas de Canadá. En ellos se jeraquiza a las regiones en función de diversos ítems.

Muchos gobiernos provinciales/territoriales también han preparado informes durante los últimos años acerca del estado de salud de sus poblaciones y el desempeño de sus servicios de salud.



### **III. Discusión sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud en el 43.º Consejo Directivo, 53.ª Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup>**

---

#### **3.1 Documento Oficial CD43/18 sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud<sup>10</sup>**

El presente documento aborda el tema de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud y su relevancia para guiar las acciones de mejoramiento y desarrollo del sector. Resume los principales mandatos que fueron emitidos por los Cuerpos Directivos tanto de la Organización Panamericana de la Salud como de la Organización Mundial de la Salud en los últimos meses con relación a este tema. Informa sobre la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud llevada a cabo en la Región de las Américas en mayo de 2001.

Por último, hace referencia a la creación de un grupo de trabajo regional cuya tarea fundamental será profundizar las principales conclusiones generadas en la Consulta Regional a fin de aportar elementos para la revisión que lleve a cabo el panel mundial de expertos, así como de proporcionar recomendaciones que guíen el trabajo futuro de la OPS en esta dirección.

##### **3.1.1 Introducción**

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se plantean, al igual que los Estados Miembros de otras Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la necesidad de avanzar en la transformación de sus sistemas de salud a fin de que puedan alcanzar los objetivos que les han sido fijados por la sociedad.

En la medida en que la reorientación de las actividades del sector se torna importante, se discute ampliamente la necesidad de mejorar la capacidad institucional de medir y evaluar el desempeño de los sistemas de salud. El propósito último de todo ello es contar con una base sólida de información que permita conformar las agendas de transformación de los sistemas de salud con el mayor grado posible de sustentación objetiva.

---

<sup>9</sup> Esta sesión se llevó a cabo el 25 de septiembre de 2001 como el tema No.4.14 del programa.

<sup>10</sup> El documento oficial presentado aquí también contiene como anexo el documento "Temas Críticos en la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud", incluido como sección 1.1 en esta publicación.

Es en este sentido que los Estados Miembros otorgan cada vez mas importancia a los esfuerzos de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (EDSS). Cobra importancia, por consecuencia, su conceptualización, la puesta en marcha de procesos de medición y generación de información para el efecto y, sobre todo, su utilización en la toma de decisiones referidas tanto a la formulación de políticas de salud como a la gestión estratégica de las distintas operaciones que forman parte del sistema.

La publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, referido al tema del mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud, dio lugar a un intenso debate tanto en la Región de las Américas como en las demás regiones del mundo, en torno al tema de EDSS. Se ha discutido ampliamente sobre la modalidad adoptada para su producción y diseminación, en particular sobre el ejercicio de clasificación de los Estados Miembros según su grado de desempeño medido a través de un índice combinado que fue introducido por primera vez en el *Informe*. El debate generado ha puesto de manifiesto la necesidad de precisar mejor el alcance y las implicaciones del ejercicio de EDSS llevado a cabo por la OMS al igual que su grado de articulación con los procesos nacionales y regionales, que pueden y deben realimentar el ejercicio que la OMS emprenda en el futuro en este campo.

### 3.1.2 Mandatos del 42.º Consejo Directivo de la OPS y de la 107.ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS

El 42.º Consejo Directivo de la OPS debatió el tema del *Informe sobre la salud en el mundo 2000* y emitió la resolución CD42.R5 en la que:

- ✧ Instó los Estados Miembros a que:
  - ♦ movilizaran los sectores de la inteligencia nacional, representados por sus respectivos ministerios de salud, universidades, institutos de investigación y organismos afines para que procedieran a hacer el seguimiento y evaluación de sus propios sistemas de salud, y
  - ♦ pusieran a disposición de la OMS la información técnica para la realización de estudios comparativos entre los países.
- ✧ Recomendó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) que transmitiera a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud la solicitud de que la OMS:
  - ♦ promueva, con la participación amplia de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, la revisión del marco y la metodología utilizados para el estudio comparativo del desempeño de los sistemas de salud presente en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, y
  - ♦ someta las bases técnicas y metodológicas del próximo *Informe de la Salud en el Mundo* a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS antes de su publicación.

La recomendación fue acatada y el Director de la OSP transmitió la solicitud de los Estados Miembros a la Directora General de la OMS.

Asimismo los Estados Miembros han movilizado a sus instituciones pertinentes para generar el debate en torno al tema y son numerosas las publicaciones científicas que han sido generadas al respecto. Este debate ha permitido, entre otras cosas, el que hubiese un

abundante material y experiencias que se han buscado recoger en la Consulta Regional de las Américas en relación a este tema.

En su 107.ª sesión, en enero de 2001, el Consejo Ejecutivo discutió el tema de EDSS, en lo relativo al marco conceptual y la metodología contenida en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* y la información disponible con la que se calculó el índice combinado de evaluación del desempeño. Este índice clasificó a los países en orden jerárquico relativo al grado de desempeño alcanzado por sus sistemas.

En su discurso de apertura, la Directora General informó que debido a la importancia del tema y al interés de los Estados Miembros, informaría sobre el desempeño del sector de la salud cada dos años (el próximo informe a publicarse en octubre de 2002). Expresó que antes de su publicación, adoptaría las siguientes medidas:

- ✧ Establecer un proceso de consulta técnica reuniendo al personal y las perspectivas de los Estados Miembros en cada una de las Regiones de la OMS;
- ✧ Asegurar que la OMS consulte con cada Estado Miembro sobre los mejores datos a utilizar en la evaluación del desempeño y brindar información por adelantado sobre los valores de los indicadores que la OMS obtenga empleando dichos datos;
- ✧ Completar la próxima ronda de la evaluación del desempeño en mayo de 2002, para publicarse en octubre del mismo año. Todos los Estados Miembros recibirán las compilaciones antes de que estén disponibles para el público general; y
- ✧ Establecer un pequeño grupo de consulta, incluyendo a los miembros del Consejo Ejecutivo y del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, para que ayuden en el monitoreo de la propuesta que la OMS hará a la 108.ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre cómo piensa conducir el próximo ejercicio de EDSS.

El Consejo Ejecutivo aprobó estas medidas y le solicitó a la Directora General que:

- ✧ Inicie una revisión de la metodología de EDSS por expertos científicos como parte del proceso de consulta técnica, incluyendo una metodología de actualización y una nueva fuente de datos pertinentes al desempeño de los sistemas de salud;
- ✧ Asegure que la OMS realice consultas con los Estados Miembros y comparta los resultados de la revisión elaborada por los expertos científicos, como también sus recomendaciones;
- ✧ Elabore un plan multianual para una investigación más a fondo y desarrollo del esquema y sus indicadores pertinentes para evaluar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud como parte del proceso de consulta técnica;
- ✧ Elabore un plan para mejorar la calidad de los datos que se utilizan para evaluar el desempeño de los sistemas de salud;
- ✧ Informe a los Estados Miembros sobre el impacto de los informes del desempeño de los sistemas de salud en lo que se refiere a las políticas y prácticas de los Estados Miembros;
- ✧ Proporcione los informes a las autoridades sanitarias de los estados miembros 15 días antes de la fecha de publicación.

En la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud, la Directora General dio a conocer el texto de una carta a los miembros del Consejo Ejecutivo en la que resumió las acciones que

hasta ese momento habían sido tomadas para implementar la resolución EB.107.R8 sobre EDSS (Documento A54/DIV/7). En dicha carta se anunció la constitución de un grupo asesor encabezado por el Dr. Mahmoud Fathalla, presidente del Comité Asesor de Investigaciones en Salud y los planes para llevar a cabo las consultas regionales sobre el tema. Asimismo indicó que establecería un grupo de expertos que actuaría como panel de revisión de la metodología de EDSS que comenzara sus actividades en octubre del 2001.

Entre los meses de mayo y septiembre se han celebrado consultas regionales en cada Región de la OMS (la primera de ellas se llevo a cabo en la Región de las Américas, en Washington, D.C.) con la participación de representantes de los gobiernos de los Estados Miembros así como también de expertos científicos regionales. Como se menciona anteriormente, el objetivo de estas consultas regionales es aportar insumos técnicos para la EDSS.

También se han programado varias consultas técnicas específicas, las cuales cubren medidas de resumen de la salud de la población, desigualdades en la salud, financiamiento justo, grado de respuesta de los sistemas, métodos para mejorar los resultados de encuestas en la comparación de distintas poblaciones, medición de la eficiencia, rectoría y cobertura efectiva. Los resultados de todas las consultas convergerán ante un panel de revisión de expertos, en el tiempo suficiente para que éstos informen al Consejo Ejecutivo en enero de 2002. Aun está pendiente la designación de las personas que conformarán el panel de revisión de expertos.

### 3.1.3 Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud

La Consulta Regional de las Américas sobre EDSS convocó a 70 expertos y decisores políticos de 19 países. Participaron asimismo funcionarios de la OPS, del Núcleo Orgánico de Pruebas Científicas e Información para la formulación de Políticas (EIP Cluster) de la sede de la OMS, de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), del Banco Mundial, del «Convenio Hipólito Unanue» y de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Las Oficinas Regionales de la OMS para Europa y para el Pacífico Occidental estuvieron presentes como observadoras.

Los objetivos de la Consulta fueron:

- a) discutir diferentes enfoques conceptuales y metodológicos para evaluar el desempeño de los sistemas de salud;
- b) valorar las diferentes experiencias regionales y de país en las Américas relacionadas con la EDSS;
- c) identificar los temas críticos para promover el desarrollo conceptual y metodológico de un marco para medir el desempeño de los sistemas de salud que podría ser aplicado por los países en forma sistemática y comunicado a la OMS periódicamente;
- d) discutir la vinculación entre las prácticas para la EDSS, las políticas de sistemas de salud y los procesos gerenciales de toma de decisión; y

- e) definir un programa de cooperación técnica internacional que apoye los esfuerzos de los países en la medición del desempeño de los sistemas de salud.

Como material de referencia los asistentes recibieron el documento «Temas Críticos en la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud» (sección 1.1 de esta publicación). Tanto el programa de la reunión como el documento fueron preparados conjuntamente por el EIP Cluster de la sede de la OMS y por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS. La reunión permitió que diversos expertos examinaran, desde variadas perspectivas, asuntos metodológicos y conceptuales relacionados con el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* y atinentes al tema más amplio de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Las presentaciones fueron seguidas por discusiones abiertas que produjeron interesantes intercambios de puntos de vista entre los expertos y los asistentes.

Si bien los conceptos y métodos usados en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* suscitaron atención, hubo un esfuerzo concertado para orientar el debate hacia el futuro y contribuir a desarrollar definiciones claras sobre la evaluación del desempeño en el seno de un marco de referencia apoyado en datos sólidos y que pueda ser útil para los países. El Director de la OPS invitó a sostener a un debate respetuoso, constructivo y abierto que ayudara a avanzar el proceso.

El informe final resume las principales conclusiones de la Consulta derivadas tanto de las discusiones en sesión plenaria como en los grupos de trabajo. El documento está organizado en dos secciones. En la primera se resumen las principales lecciones aprendidas del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*. En la segunda se formulan recomendaciones para revisar el marco conceptual y los indicadores empleados por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

Entre las principales consideraciones emanadas de la Consulta Regional se cuentan las siguientes:

- ✧ La EDSS deberá incluir una amplia gama de actividades en lugar de equiparar el concepto de desempeño con el de eficiencia. Esto permitirá que la evaluación del desempeño pueda considerar si se está progresando hacia las metas específicas y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de estas metas.
- ✧ La evaluación del desempeño puede compararse al diseño de un «tablero de mandos», el cual cuenta con varios medidores que permiten el escrutinio de diferentes dimensiones del desempeño de los sistemas de salud al considerar el logro de las metas intermedias y las diferentes maneras en que operan las funciones del sistema.
- ✧ La evaluación de las metas intermedias deberá usar algunas dimensiones claves entre las que se identificaron: el acceso, la pertinencia, la continuidad, la sostenibilidad, la eficiencia, la competencia y la aceptabilidad.
- ✧ La importancia de la definición de procedimientos para medir el desempeño de la función de rectoría de las autoridades de salud, tomando en cuenta el papel que en la mayoría de los países desempeñan los niveles central, intermedio y local del Estado.

- ✧ El avance en la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, tal como se viene haciendo en la Región de las Américas fue considerado útil, tanto en términos de contenidos como de metodología. Esta línea de desarrollo ilustra lo que puede hacerse para medir el desempeño de un componente de la función rectora de sistema de salud.
- ✧ La posibilidad de que se utilice un enfoque con múltiples medidas relacionadas con posibles acciones de los organismos nacionales, el cual podría fomentar el desarrollo de prácticas de rendición de cuentas sobre el desempeño de los sistemas de salud. Este enfoque debería ser pragmático, estar relacionado con la política y la toma de decisiones en la gestión del sector salud, y basarse en la identificación de las herramientas de medición del desempeño para las diferentes dimensiones del sistema: los recursos, las funciones, las metas intermedias y las metas finales.
- ✧ La OMS debe desarrollar su capacidad para proveer apoyo técnico en EDSS. Esto implica mantener comunicaciones continuas entre la Organización y los Estados Miembros.
- ✧ El mejoramiento del conocimiento común de la relación entre el estado de la salud y los sistemas de salud es un proceso a largo plazo que puede tomar diez años o más. Además de documentar los resultados de dicha relación, los informes futuros deben enfatizar el proceso que conduce al desarrollo del marco, las medidas y los indicadores. Igualmente, el desarrollo de indicadores globales implica investigación a largo plazo que deberá incluir a los responsables de políticas de salud, a investigadores y a otros actores interesados. La OMS debe usar su liderazgo para permitir que este proceso sea incluyente.
- ✧ La OMS deberá reexaminar la metodología para la EDSS en estrecha colaboración con los países y con sus propios expertos de los diferentes grupos funcionales y Regiones. La Organización debe desempeñar un papel crítico en el desarrollo de estándares, en reunir a los expertos para comparar y contrastar los diferentes enfoques que están siendo utilizados en los países, y en construir consensos sobre las mejores formas de asegurar la comparabilidad entre países con respecto al estado de salud, gasto en salud, organización y otras dimensiones pertinentes de los sistemas.
- ✧ La OMS debe hacer mejor uso de sus centros colaboradores y de otras instituciones nacionales, así como fortalecer el intercambio de la información entre sus diferentes unidades y las oficinas regionales.
- ✧ La OMS deberá apoyar los esfuerzos de los países con el objetivo de desarrollar capacidades para:
  - ◆ dialogar sobre políticas nacionales de salud;
  - ◆ evaluar los recursos, las funciones, los objetivos intermedios y los objetivos finales de los sistemas de salud así como el grado de logro en los cambios deseados;
  - ◆ examinar la pertinencia de los sistemas de información en salud actuales para generar los datos necesarios;
  - ◆ llevar a cabo la medición del desempeño en los niveles nacionales y subnacionales, y
  - ◆ desarrollar políticas apropiadas como respuesta.

Los resultados de la Consulta se tomarán en cuenta para el trabajo que se lleve a cabo en esta área en la Región de las Américas. El resultado del trabajo en esta Región se transmitirá a la sede de la OMS para ser incorporado en las recomendaciones originadas por otras Regiones para la formulación que sobre este tema se presentará al Consejo Ejecutivo en 2002.

La OPS organizará un grupo de trabajo, en agosto de 2001 que emprenderá un análisis exhaustivo del tema y ampliará las recomendaciones provenientes de la Consulta. El resultado de ambos ejercicios se presenta al 43.º Consejo Directivo en septiembre de 2001, con el fin de informar a las delegaciones de todos los Estados Miembros y de contar con un foro de debate cuyo resultado sea comunicado a la sede de la OMS antes de la 109.ª Sesión del Consejo Ejecutivo en enero de 2002.

#### 3.1.4 Intervención del Consejo Directivo

Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del *Informe*.

## **Anexo 3.1-A: Resolución del 42.º Consejo Directivo de la OPS/OMS sobre el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000<sup>11</sup>**

*El 42.º Consejo Directivo,*

- ✧ Habiendo analizado el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, publicado por la Organización Mundial de la Salud el 24 de junio de 2000;
- ✧ Considerando la importancia de la salud para el desarrollo y el bienestar de la población;
- ✧ Teniendo en cuenta la importancia de los sistemas sanitarios para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida;
- ✧ Reconociendo el importante papel de los estudios del desempeño de los sistemas sanitarios para mejorar su calidad, equidad y otros criterios pertinentes; y
- ✧ Reconociendo que la OMS tiene un papel tradicional y fundamental en la realización de estos estudios y en la recomendación de políticas sanitarias,

*Resuelve:*

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) movilicen a los sectores de la inteligencia nacional, representados por sus respectivos ministerios de salud, universidades, institutos de investigación y organismos afines, para que procedan a hacer el seguimiento y la evaluación de sus propios sistemas de salud;
  - b) poner a la disposición de la Organización Mundial de la Salud la información técnica para la realización de estudios comparativos entre los países.
2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que transmita a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud la solicitud que la OMS:
  - a) promueva, con la participación amplia de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, la revisión del marco y de las metodologías utilizadas para el estudio comparativo del desempeño de los sistemas sanitarios, presentado en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*;
  - b) someta las bases técnicas y metodológicas del próximo *Informe* para consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS, antes de su publicación.

---

<sup>11</sup> Washington, D.C., 29 de septiembre de 2000 (documento CD42.R5).



## **Anexo 3.1-B: Resolución de la 107.ª Sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Informe de la Secretaría<sup>12</sup>**

1. La OMS se ha preocupado por fomentar el desarrollo de los sistemas de salud nacionales, para lo cual ha apoyado la evaluación sistemática de su desempeño por parte de los respectivos ministerios de salud. En el presente informe se describen el marco para la evaluación del desempeño; los indicadores, métodos y datos utilizados para dicha evaluación; la preparación de un informe inicial sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo (*Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*); las reacciones de los ministros de salud al informe; y los planes de trabajo futuros. Asimismo, se resumen las observaciones de los ministros de salud de al menos 20 países, transmitidas a la Directora General entre los meses de agosto y octubre de 2000, y los comentarios expresados por los ministros y delegados en la 42.ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS/52.ª Reunión del Comité Regional para las Américas. En una resolución aprobada por el Consejo Directivo de la OPS/Comité Regional para las Américas se pidió que ese asunto figurara en el orden del día de la 107.ª Reunión del Consejo Ejecutivo. Los miembros del Consejo Ejecutivo examinaron la cuestión en el retiro que celebraron en Hertenstein (Suiza) del 12 al 14 de noviembre de 2000.

### *Elaboración del marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud*

2. El fortalecimiento de sistemas de salud sostenibles es una de las cuatro orientaciones de la estrategia institucional de la OMS aprobada por el Consejo Ejecutivo en su 105.ª Reunión, celebrada en enero de 2000. El objetivo específico, que refleja los conceptos y valores básicos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, es establecer «sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos».
3. La OMS —la Secretaría y los Estados Miembros— han trabajado en la creación de una base más adecuada para el desarrollo de los sistemas de salud nacionales. Desde 1998 se ha hecho hincapié en la adopción de enfoques normalizados para evaluar la situación de los sistemas de salud. La primera fase consistió en acordar un marco para evaluar el desempeño de esos sistemas.
4. La finalidad del mencionado marco fue la siguiente:
  - ◇ prestar apoyo a los Estados Miembros, junto con la comunidad de salud pública internacional, en la vigilancia y el análisis metódicos de sus sistemas de salud utilizando un conjunto de resultados críticos del sistema sanitario;
  - ◇ sentar las bases para la creación de un sólido acervo de pruebas científicas sobre las relaciones entre la organización y los resultados de los sistemas de salud a fin de proporcionar información a los gobiernos para la elaboración de las políticas sanitarias;

---

<sup>12</sup> Ginebra, 14 de Diciembre de 2000 (documento EB107/9).

- ✧ permitir a los usuarios entender mejor las funciones de los sistemas de salud y tener acceso a información sobre el grado en que se alcanzan resultados en el sistema sanitario.
- 5. El marco abarca las fronteras, las metas, las funciones y el desempeño de los sistemas de salud.
- 6. **Fronteras del sistema de salud.** Se consideran partes del sistema de salud todos los recursos, organizaciones y actores que realizan o apoyan acciones sanitarias (o sea, toda acción cuyo propósito principal sea proteger, fomentar o mejorar la salud). Sin embargo, pese a que la educación se considera un determinante clave de los resultados sanitarios, no se define como parte del sistema.
- 7. **Metas del sistema de salud.** Se especifican tres metas: la buena salud; un sistema de salud que responda adecuadamente a las expectativas legítimas del público y la equidad de la contribución financiera.
- 8. **Funciones del sistema de salud.** El marco identifica cuatro funciones que son decisivas para el logro de esas metas: la financiación (que abarca la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y las compras); la prestación de servicios sanitarios personales y no personales; la generación de recursos; y la rectoría. Esta última función, es decir, la supervisión y orientación de todo el sistema de salud —privado y público— de manera que su desempeño sea óptimo, abarca el liderazgo, la dirección (política sanitaria) y la influencia (reglamentación y promoción), todo lo cual se ha de fundamentar en la mejor información sanitaria disponible.
- 9. **Desempeño del sistema de salud.** Los ministros de salud y demás instancias decisorias han de conocer lo siguiente: la medida en que el sistema de salud contribuye al logro de los resultados generales; si esa contribución puede aumentarse introduciendo cambios en la inversión de los recursos actualmente disponibles (*eficiencia* del sistema de salud); y, en caso de que esos cambios se hayan hecho (por ejemplo, en el contexto de la reforma del sector sanitario), si se han traducido en un mejor desempeño de los sistemas de salud.

#### *Indicadores, métodos y datos utilizados para evaluar el desempeño*

- 10. La OMS ha introducido el mencionado marco como base para hacer evaluaciones comparables del desempeño del sistema de salud. Las tres metas del sistema de salud se traducen en cinco resultados específicos: el nivel de salud alcanzado en una población; la equidad en materia de salud dentro de esa población; la capacidad de respuesta del sistema de salud; la equidad en la capacidad de respuesta; y la equidad de la contribución financiera. La evaluación del rendimiento exige la existencia de indicadores claramente definidos para cada resultado, de métodos para medirlos, de estrategias para reunir datos y de procedimientos para la síntesis y la notificación regular de los resultados.
- 11. **Nivel de salud.** Sobre la base de 15 años de trabajo, la OMS acuñó la expresión *esperanza de vida sana*, concepto basado en la esperanza de vida al nacer ajustada en función del tiempo que se ha pasado con mala salud, como medida del nivel de salud alcanzado en una población. El cálculo de la *mortalidad* se basa en los datos

sobre la mortalidad por edades obtenidos de los sistemas de registro civil, los estudios sobre la mortalidad de niños y de adultos, y los sistemas de registro de muestras. El cálculo del *tiempo que se ha pasado con mala salud* se basa en los estudios sobre la carga de morbilidad y los resultados normalizados obtenidos de los instrumentos de estudios transversales elaborados mediante la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

12. **Distribución de la salud.** La OMS propone que los países midan la distribución de la esperanza de vida sana en las poblaciones utilizando los datos de los registros civiles y de estudios transversales. Aunque los métodos y los conjuntos de datos necesarios para realizar esa tarea se están mejorando, hay datos sobre la supervivencia infantil procedentes de esas fuentes que permiten medir las desigualdades en ese aspecto. Por el momento, la OMS utiliza la desigualdad en la supervivencia infantil como indicador principal de la distribución de la salud en una población.
13. **Capacidad de respuesta, nivel y distribución.** El indicador de la capacidad de respuesta del sistema de salud está concebido de manera que refleje la autonomía, dignidad, confidencialidad y orientación de los usuarios que caracterizan las interacciones de los individuos con diferentes partes del sistema. Se diferencia de los indicadores de la *satisfacción* con los servicios de salud, que reflejan más bien las expectativas de la población en lo que atañe a los servicios: *la capacidad de respuesta* capta sus experiencias reales de manera tal que se pueden hacer comparaciones. La OMS ha elaborado y ensayado sobre el terreno un instrumento de encuesta que arroja datos sobre la capacidad de respuesta; el instrumento se ha diseñado de manera que garantice la comparabilidad intercultural de los datos y se ha ensayado en numerosos países. Se ha demostrado que los resultados son fiables y válidos. Se está haciendo una encuesta muestral sistemática por hogares en más de 60 países; los datos se complementan con los resultados de encuestas de bajo costo de informantes clave que se realizan en casi todos los países. Estas últimas se validan mediante comparación con los resultados de las encuestas muestrales.
14. **Equidad en la contribución financiera.** Este indicador, que muestra en qué grado los recursos para la atención sanitaria se generan de manera que refleje la capacidad de pago de la población, denota la parte de los ingresos con que cada hogar contribuye al sistema de salud después de satisfacer sus necesidades de subsistencia. El cálculo de la contribución tiene en cuenta los impuestos, la seguridad social, el seguro privado y los pagos directos. Los datos del indicador se extraen de las encuestas sobre ingresos y gastos, realizadas por casi todos los Estados Miembros, de la información procedente de las planillas de impuestos y de la seguridad social, y de las cuentas sanitarias nacionales cuando se dispone de ellas.
15. **Recursos aportados al sistema de salud.** Cuando existen, las cuentas sanitarias nacionales también ofrecen una evaluación sistemática de las aportaciones de recursos de los sectores público y privado al sistema de salud. Durante el decenio pasado, casi todos los Estados Miembros facilitaron agregados del gasto en salud en los sectores público y privado, y alrededor de 60 países (de todas las regiones de la OMS) han finalizado las cuentas sanitarias nacionales; otros países tienen previsto hacer lo mismo.

16. **Medición de la eficiencia del sistema de salud.** Los funcionarios nacionales han de examinar la relación que existe entre los resultados de sus sistemas de salud y las aportaciones de recursos a fin de medir la eficiencia de sus sistemas. Para interpretar los resultados obtenidos han de conocer los resultados *potenciales* que podrían lograrse con un determinado nivel de aportaciones. En teoría, tal evaluación podría hacerse mediante la agregación de todas las intervenciones existentes en un país en las esferas de la atención clínica, la salud pública, el fomento de la salud y la rehabilitación. La OMS, diversos organismos nacionales de evaluación de la tecnología y numerosos investigadores están intentando construir la base de datos científicos sobre los costos y efectos de las intervenciones. En la práctica, la eficiencia puede estimarse mediante técnicas estadísticas, sobre la base de la experiencia real de los sistemas de salud. Un equipo de expertos en econometría está asesorando a la OMS en la aplicación de esas técnicas para evaluar la eficiencia de los sistemas de salud. El análisis tiene en cuenta los determinantes de la salud ajenos al sistema sanitario, como el nivel de educación.
17. **Utilidad de las evaluaciones del desempeño para medir los efectos de la política sanitaria.** Los métodos propuestos por la OMS permitirán a los países vigilar el logro y la eficiencia de sus sistemas de salud. Los resultados proporcionarán a los ministros de salud un instrumento más preciso para medir el éxito de las políticas destinadas a mejorar el desempeño del sistema.

#### *El primer informe sobre el desempeño de los sistemas de salud*

18. Sobre la base de los debates acerca del marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud nacionales, la OMS respondió a las solicitudes de los países en relación con las modalidades de su aplicación práctica. Entre finales de 1999 y los primeros meses de 2000, el personal de la OMS trató de identificar indicadores del desempeño del sistema de salud que pudieran normalizarse, métodos para evaluarlos y datos que permitieran su estimación. Utilizando esos instrumentos y colaborando estrechamente con funcionarios e investigadores nacionales con miras a encontrar y analizar el mayor número de posibles datos nuevos, el personal de la OMS evaluó el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo. Numerosos encuestados de distintas comunidades, en los países y a nivel internacional, contribuyeron a la interpretación de los datos.
19. Esa información se recopiló en los anexos del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, sobre la mejora del rendimiento de los sistemas de salud.

#### *Observaciones acerca del Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*

20. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* suscitó un interés y debate sin precedentes en los países, en las organizaciones internacionales y en las instituciones de investigación. A los tres meses de su publicación más de 30 países habían pedido colaborar estrechamente con la Secretaría de la OMS al objeto de aplicar el nuevo marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. El propósito es que, después de cada evaluación del desempeño de los sistemas de salud, mejoren la calidad y la utilidad de la evaluación.

21. En general, los ministros de salud y sus representantes han apoyado el marco para la evaluación del desempeño y la elección de los indicadores. Algunos pidieron aclaraciones sobre el índice de la capacidad de respuesta y los indicadores de la equidad en materia de salud y en la capacidad de respuesta. La mayoría de las observaciones críticas o analíticas se refirieron a los métodos utilizados para evaluar los indicadores, la fiabilidad de los datos y la manera en que se presentaron los resultados.
22. En lo que respecta a los métodos, varios investigadores han puesto en entredicho la base teórica y las técnicas estadísticas elegidas, por ejemplo la combinación de cinco indicadores clave del resultado sanitario en la medición general de los logros del sistema de salud. La OMS basó la ponderación utilizada en el índice general en una encuesta a especialistas de salud pública de más de 100 Estados Miembros y clasificó la equidad en la salud como elemento importante al elaborar los nuevos indicadores, en consonancia con las opiniones expresadas por los órganos deliberantes en numerosas ocasiones.
23. Varios ministros han aludido al número limitado de países para los que había datos representativos. Por ejemplo, en la encuesta de informantes clave sobre la capacidad de respuesta había 35 países. Sólo 21 países aportaron los datos microeconómicos sobre los ingresos de los hogares y el gasto en salud necesarios para el indicador en la equidad en la contribución financiera. Sin embargo, la valoración de ese indicador también exige datos empíricos sobre la parte del gasto directo que se destina a la salud. Ese tipo de datos estaba disponible para 170 países.
24. Como es habitual cuando se elabora información para fines de política, los valores de muchos de los índices se estimaron, en este caso mediante métodos estadísticos aceptados. En el *Informe* se señala claramente la utilización de esos métodos y se dan las referencias apropiadas.
25. Se han expresado inquietudes en el sentido de que la clasificación de los datos sobre los resultados sociales, particularmente si se basa en un índice compuesto, pueda tener un efecto desalentador y probablemente no produzca mejoras. Sin embargo, hay varios ejemplos que demuestran que la clasificación, particularmente en las esferas sociales, puede alentar el análisis, ayudar a identificar las prácticas óptimas y contribuir a crear una base de pruebas científicas acerca de las intervenciones que dan buenos resultados. El *Informe* abre nuevos caminos al indicar los intervalos de incertidumbre de todas las mediciones —tanto de los niveles reales como de las posiciones. La amplitud de los intervalos de incertidumbre resultantes del uso de las estimaciones es claramente visible.
26. En relación con el proceso, algunos ministros han criticado que las consultas entre el personal de la OMS y los funcionarios nacionales durante la evaluación de los indicadores hayan sido limitadas. Un objetivo de esta iniciativa era respaldar a los países en su búsqueda de apoyo interno para aumentar la inversión en el sistema de salud. Varios ministros han indicado que la utilización de la metodología prescrita por la OMS aumentó su capacidad de concentrar la atención en los problemas que afrontan. Ahora se encontrarán en mejor posición para iniciar sus propias evaluaciones del desempeño del sistema. A tal fin, algunos han pedido el apoyo de la OMS para evaluar el desempeño de sus sistemas de salud.

### *Planes y medidas para el futuro*

27. La OMS seguirá recabando las aportaciones de los expertos para asegurar que los mejores métodos se utilicen y se pongan a total disposición de los Estados Miembros. La metodología se está mejorando mediante una amplia participación de la comunidad científica y la realización de exámenes colegiados.
28. En estrecha colaboración con los funcionarios nacionales, el personal de la OMS está realizando un importante esfuerzo para incorporar las fuentes de datos que no se incluyeron en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* en la valoración de los indicadores del desempeño de los sistemas de salud, de manera que las evaluaciones puedan ajustarse cuando sea necesario. La Directora General ha escrito a todos los Estados Miembros alentándolos a que velen por que en la evaluación del desempeño del sistema de salud se utilicen los mejores datos existentes. La participación en la encuesta multipaíses sobre la salud y la capacidad de respuesta que se está realizando es un ejemplo del interés de los Estados Miembros por mejorar la medición.
29. Con objeto de que los mejores datos disponibles queden reflejados en las futuras evaluaciones comparativas del desempeño de los sistemas de salud, todos los Estados Miembros serán consultados sobre las cifras utilizadas para evaluar los indicadores, con inclusión de los datos sobre las aportaciones de recursos. Además, se dedicará el tiempo necesario a la consulta y el diálogo cuando se preparen los futuros informes sobre el desempeño.
30. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*, sobre el tema de la salud mental, incluirá, como es habitual, un anexo estadístico. El informe y el anexo estadístico se publicarán por separado; no se prevé que estén listos antes del final de septiembre de 2001.
31. Alrededor de 30 países están colaborando con personal de la OMS en una iniciativa específica para entender mejor el desempeño general de sus sistemas de salud, utilizando el marco de «metas y funciones» de la OMS como criterio analítico común, y para vincular ese mayor conocimiento con estrategias que mejoren el desempeño mediante el fortalecimiento a largo plazo de la capacidad nacional para desarrollar los sistemas de salud.
32. La OMS tiene el compromiso a largo plazo de mejorar el desarrollo de los sistemas de salud prestando apoyo a los países para que midan y analicen el desempeño de sus sistemas de salud, identifiquen las opciones de política e introduzcan mejoras funcionales específicas en sus sistemas. Una labor parecida se está haciendo dentro de los países, a nivel regional y provincial, a fin de facilitar información para la elaboración de la política sanitaria y la gestión de los sistemas de salud locales.

### *Intervención del Consejo Ejecutivo*

33. Se invita al Consejo a que tome nota del *Informe*.

### **3.2 Acta Resumida Provisional de la 3.ª Reunión del 43.º Consejo Directivo de la OPS/OMS, 53.ª Sesión del Comité Regional sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud<sup>13</sup>**

El Dr. LÓPEZ ACUÑA (OPS) se refiere al documento CD43/18 así como a dos documentos repartidos esta mañana: el Informe Final de la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud y el Informe de la primera reunión del Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre el Desempeño de los Sistemas de Salud, que se reunió en Ottawa, Canadá, del 4 al 6 de septiembre de 2001, en seguimiento de la consulta regional.

Seguidamente, el Dr. LÓPEZ ACUÑA presentó una exposición de diapositivas en relación con el tema recalando que la finalidad máxima de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud fue hacer aportes para la reforma del sector salud y que podría ser particularmente útil en la toma de decisiones relacionada con la política y la gerencia. El tema había recibido considerable atención como resultado de la publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, que había usado un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud que se basó en el logro de tres metas: la salud, el «trato digno», y el financiamiento justo. Las controversias que habían surgido en todo el mundo en lo que se refiere al *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* se habían centrado en la metodología, el proceso para obtener y/o estimar los datos, el grado de participación de los países, el significado de un índice compuesto y del ejercicio de jerarquización, la participación de los medios de comunicación y el impacto en los países. Como conocían los miembros, varios mandatos habían surgido del Comité Regional, el Consejo Directivo y el Consejo Ejecutivo de la OMS. Resoluciones específicas habían sido aprobadas requiriendo el debate, la discusión y consulta en lo que se refiere a los métodos seguidos al recopilar la información relacionada con la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

Con referencia al Informe de la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, que se proporcionó como un anexo al documento CD43/18, éste resumió los objetivos y las recomendaciones de la Consulta. En particular, los participantes recalcaron que la evaluación del desempeño de los sistemas de salud debe incluir una gama amplia de actividades en lugar de equiparar el desempeño exclusivamente con la eficiencia. Eso permitiría considerar si estaban lográndose avances con respecto a metas específicas y si las actividades apropiadas estaban llevándose a cabo para promover el logro de tales metas. Varios países habían intercambiado sus experiencias con la evaluación del desempeño. La Consulta también había destacado la necesidad para la OMS de desarrollar aún más su capacidad de prestar apoyo técnico y había recalcado que la OMS debe reexaminar la metodología de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en estrecha colaboración con los países y con sus propios expertos en diferentes grupos orgánicos y regiones.

La Consulta prestó considerable atención a lo que quizá se caracterice metafóricamente como el enfoque del «tablero de mandos» a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, es decir, el uso de diferentes indicadores para medir la acción de los organismos de salud nacionales. La Consulta Regional había esbozado el alcance aconsejable para el

proceso, subrayando la necesidad de ir más allá de un índice compuesto que quizá sea demasiado impreciso y que resume en exceso muchas esferas heterogéneas de acción. Las mediciones del desempeño deben permitir evaluar el grado de logro de las metas principales.

El Grupo de Trabajo de la Región de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (EDSS), que se había establecido siguiendo una recomendación de la Consulta Regional, se reunió en Ottawa durante la primera semana de septiembre. Entre otras cosas, se recalcó que la finalidad principal del ejercicio de evaluación fue mejorar el desempeño y la calidad del sistema de salud. Igualmente, hubo consenso al efecto de que el marco de EDSS debe ser una herramienta de auto-evaluación en lugar de un instrumento diseñado desde afuera. Las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo se establecieron en el informe de esa primera reunión.

El Delegado del BRASIL leyó un mensaje del Ministro José Serra que mencionaba la sorpresa de Brasil con las evaluaciones de los países por parte de la Secretaría de la OMS, basadas en el cuestionamiento de la metodología utilizada para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Expresó que se trataba de un ejercicio académico impreciso que no utilizaba un instrumento de desarrollo de políticas y hasta cierto punto desprovisto de importancia analítica. No era precisamente solo una reacción emocional a nuestra jerarquización deficiente. El Brasil, otros gobiernos y varios centros académicos importantes del mundo han tratado de comprender lo que esos números realmente significan, pero el malestar es generalizado. La obsesión con la construcción de la jerarquización condujo al desarrollo de un único indicador de una manera imprecisa que lo conduce a fracasar empíricamente. Además de basarse en métodos desconocidos, que aún los funcionarios técnicos de la OMS no pueden explicar, no tomaron en cuenta dimensiones importantes para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud como son el acceso, la eficacia del servicio, el gasto en salud y su distribución, las variables focalizadas en objetivos intermedios y que representan lo que los sistemas de salud en realidad hacen.

El indicador propuesto por la OMS se centró sólo en la jerarquización sin medir contribuciones para el mejoramiento de los sistemas de salud. Los métodos sin base científica se usaron para que todos los países tuvieran estimados de los indicadores usados mediante la jerarquización y de ese modo ser clasificados. Posteriormente, el Comité Ejecutivo de la OMS aprobó una resolución exhortando a la Secretaría a examinar sus métodos de evaluación de los sistemas de salud mediante la consulta y la discusión con la comunidad médica. Hasta la fecha, parece que la Secretaría de la OMS no ha tomado ninguna iniciativa en ese sentido.

Han sido nueve meses que hemos esperado para participar en la revisión científica externa como se acordó en la Resolución EB-107-R8. Esperamos que todavía haya tiempo para hacerlo antes de la próxima reunión del Comité Ejecutivo en enero de 2002 ya que urgentemente necesitamos indicadores transparentes que sean fáciles de desarrollar y de comprender, y primordialmente sencillos de usar para demostrar las prioridades de la política sanitaria.

---

<sup>13</sup> Washington, D.C., 25 de septiembre de 2001 (tema 4.14).



La OPS ha estado realizando un gran esfuerzo por introducir un mínimo de democracia y racionalidad en la discusión de los métodos de evaluación y la elección de los indicadores apropiados. En dos reuniones consultivas —el pasado mayo en Washington, D.C. y hace unas pocas semanas en Ottawa— las recomendaciones hechas fueron consistentes con el documento CD 43/18 que propone un modelo para evaluar los sistemas de salud basado en los procedimientos que se han desarrollado en los países con amplia experiencia en esta área, como Canadá.

Brasil apoya firmemente las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud en las Américas que se anexan al documento a que se hace referencia. Entre las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo vale la pena destacar las siguientes:

El desarrollo de un índice compuesto para clasificar los países no contribuye al mejoramiento de la calidad del desempeño de los sistemas de salud nacionales. Es necesario tener indicadores objetivos, intermedios y es de importancia fundamental hacer la conexión entre el marco analítico de evaluación del desempeño de los sistemas de salud y el proceso de formulación de políticas. Este marco analítico debe ser una herramienta nacional de alto nivel para la evaluación discutida y concebida simultáneamente en vez de aplicar un documento desarrollado externamente. Los datos utilizados para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países deberán ser proporcionados por fuentes reconocidas. Si no es posible que los países obtengan los datos necesarios para los cálculos desarrollados por la OMS, se deberán estimar los indicadores de un modo transparente y sujeto a revisión externa y los números finales deberán ser discutidos antes de su publicación. Cuando no es posible estimar los indicadores, los estimados deberán permanecer en blanco hasta que el país sea capaz de proporcionar los datos necesarios.

Para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud se recomienda que se haga énfasis en un panel de control y no en el desarrollo de un único índice compuesto. Las comparaciones entre los países deben permitir las comparaciones de los resultados obtenidos en la prestación de servicios de salud. Los indicadores deben centrarse en aspectos tales como el género y el estrato social, así mismo deben considerar la dimensión de la equidad.

Es también importante tener medidas de cobertura y de las intervenciones críticas que destacan que el objetivo principal de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud es el mejoramiento en la calidad de los servicios y por tanto la salud de las poblaciones y no la construcción de jerarquizaciones. Las comparaciones entre los países deberán promoverse sólo si están de acuerdo los países. Lo más importante es que cada país desarrolle su propia capacidad para evaluar el desempeño de su sistema de salud. Es también importante que el proceso de evaluación de los sistemas de salud se organice de una manera colaborativa que incluya la OMS, la OPS y los países, evitando acciones unilaterales que sean mal estructuradas y tengan implicaciones financieras desventajosas. Se recomienda que la OPS envíe oficialmente el documento CD43/18 a la OMS.

Igualmente, el Ministro manifestó su inquietud con el hecho de que la Secretaría de la OMS sorprendió una vez más a los países con un nuevo intento de publicar indicadores que no pueden ser aceptados. Esto se refiere a los cuadros 3 y 4 en un grupo de cinco cuadros recientemente enviados y que fueron publicados como un anexo al *Informe*

sobre la Salud en el Mundo 2001, dedicado a la salud mental. Estos cuadros contienen un grupo de indicadores sobre el estado de salud, una de las dimensiones usadas por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* y reproducidas con unas pocas modificaciones cosméticas pero con las mismas deficiencias ya señaladas en el cuadro cinco en el anexo del *Informe 2000*. Este procedimiento es un irrespeto flagrante a la resolución EB107.R8 aprobada en enero de este año durante la sesión 107.ª del Consejo Ejecutivo de la OMS. El Brasil ha declarado oficialmente su desacuerdo con la publicación de estos cuadros y exige respeto para las decisiones tomadas por los países miembros de la OMS. La insistencia de la Secretaría de la OMS en publicar los mismos tipos de indicadores con cambios mínimos y nombres diferentes no contribuye al prestigio de la Organización en la opinión pública.

El Delegado de los ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA dijo que su país apoyó firmemente la OMS y la OPS en sus esfuerzos por mejorar la evidencia basada en la medición del desempeño de los sistemas de salud y a incorporar mejor la salud en el diálogo político. Las discusiones científicas sobre el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* contribuyó con ideas nuevas y conceptos alternativos sobre las metodologías para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. La evaluación externa independiente propuesta contribuiría con apreciaciones expertas adicionales sobre las fuentes de datos y las metodologías. Para mejorar los resultados de salud y realmente lograr un cambio, los Estados Miembros deben estar seguros de que la evaluación de sus sistemas de salud en realidad contribuirá al mejoramiento de la salud de sus poblaciones.

Los Estados Miembros necesitaban comprender mejor la validez y la fiabilidad de las medidas usadas y el grado en que podrían informar a los formuladores de políticas en la implementación de las mejoras. Los países deben procurar mejorar sus capacidades para traducir mejor las medidas de resultado en acciones. Las metas para la mejora del desempeño de los sistemas de salud deben coincidir con las metas nacionales, con el ambiente político y con los recursos disponibles. Los países deben reasegurarse que las medidas identificadas fueron útiles a nivel nacional, que las encuestas aplicaron las mejores metodologías y que los análisis fueron transparentes. Para mejorar las capacidades técnicas y de política, los Estados Miembros deben ser los interesados directos (*stakeholders*) activos en los procesos. La Consulta Regional y el Grupo de Trabajo sobre EDSS contribuirían a la apropiación nacional que era esencial para mejorar tanto los insumos como los resultados de cualquier sistema de salud.

Aunque se habían logrado avances, los Estados Unidos todavía tenían preguntas e inquietudes en lo referente a las fuentes de datos, las metodologías, la utilidad de clasificar jerárquicamente y la transparencia del proceso. Esas preguntas fueron útiles, sin embargo, porque contribuyeron al refinamiento del marco y ayudaron en guiar la dirección futura del proceso. Las fuentes de datos usadas para cualquier país y cualquier informe debe ser transparentes y ser examinado externamente por un grupo de expertos antes de que se publiquen. Si los datos oficiales nacionales no fueran a usarse, se necesitaría una advertencia aclaratoria. De igual manera, el método analítico y el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* deben evaluarse en función al estado del arte y de su utilidad para mejorar el desempeño del sistema de salud.

Finalmente, manifestó que su Gobierno deseaba alentar a la OMS a tomar el tiempo necesaria para un proceso regular de revisión científica que compromete a los Estados

Miembros y a la comunidad de formuladores de políticas. Aplaudió el liderazgo ejercido por la OMS y la OPS en tales esfuerzos. Los Estados Unidos continuaba comprometido a mejorar y ampliar la evidencia para el desarrollo de los sistemas de salud y mejoramiento de los resultados de salud.

El Delegado de CANADÁ dijo que la atención de salud era una inquietud prioritaria de los canadienses. Su Gobierno apoyó la iniciativa que había sido lanzada por la Directora General de la OMS en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, pero estaba sumamente descontento con la implementación de esa iniciativa. El proceso mismo fue imperfecto, al igual que la comunicación alrededor de ello. No obstante, representó un primer esfuerzo, y la Directora General puso en marcha un proceso para asegurar que los temas que se habían planteado en la primera fase de ejecución se tratarían en la segunda fase. Manifestó que su Delegación apreciaba la Consulta que la Directora General había llevado a cabo y estaba particularmente complacido con la OPS en cuanto a la manera en que había procedido en la Región. Agregó que la Consulta había sido minuciosa, basada en la evidencia científica e incluyente, y esperaba que la Directora General considerara debidamente los resultados de las consultas.

En cuanto a aspectos específicos del ejercicio, dijo que en primer lugar, aquellos involucrados deben comprender claramente su propósito, que, en el criterio de su delegación, era facilitar la identificación de mejores prácticas con miras a la mejora continua. Los indicadores deben ser pertinentes a los países, fácilmente entendibles, y comparables; también, deben ser creíbles, tener mérito técnico y ser válidos, confiables e interpretables. Deben ser transparentes y basados en información que pueda ser verificada. Un indicador compuesto satisfizo rara vez esos criterios y fue de uso limitado en la identificación de áreas específicas para la acción.

En segundo lugar indicó que, como el Dr. López Acuña mencionó, una variedad de indicadores, o el enfoque del «tablero de mandos» era necesario. Sin embargo, el conjunto de indicadores debe ser manejables y debe incluir algunos que reflejaran ampliamente la salud de la población, algunos que midieran recursos y algunos centrados en la entrega de servicios.

En tercer lugar, expresó que debe hacerse una distinción entre aquellas cosas que fueron útiles para el manejo interno y aquellos que fueron útiles para la comparación entre países. El acuerdo sobre los indicadores debe estar vinculado a los temas de salud prioritarios como se definen por los países participantes, como el tamizaje y la inmunización de infección por el VIH/SIDA para las enfermedades infecciosas. Los indicadores deben centrarse en los resultados en lugar de en el proceso o las funciones.

Los temas de equidad son claves y podrían abordarse al considerar las distribuciones dentro de esas medidas. Fue importante ser pragmático, seleccionando unos pocos indicadores para comenzar y construir en base a la información existente con miras a ampliar y mejorar a través del tiempo. Como una organización regional, la OPS podría desempeñar una función al ayudar a identificar un conjunto común, relativamente equivalente de indicadores en la Región, trabajando estrechamente con los países y con la OMS.

El Delegado de MÉXICO considera que se está llevando a cabo un ejercicio que, si bien no es nuevo, encierra un enorme potencial. Desde sus orígenes, los organismos de

cooperación internacional han apreciado el valor de estandarizar métodos para recoger información sobre los países y elaborar indicadores comprables, lo que constituye una de sus tareas centrales. Todos los países se han beneficiado de esos indicadores y del propio ejercicio de comparación, que les permite conocer su situación en relación con otros países con respecto a resultados tan valiosos como, por ejemplo, la mortalidad infantil. En consecuencia, uno de los resultados más importantes de la acción colectiva ha sido el poder generar estándares internacionales para definir indicadores y procesos de medición, y, al mismo tiempo, participar en un aprendizaje compartido.

También expresó que celebra el espíritu con que se han ofrecido los comentarios escuchados. Se ve que se está construyendo sobre el legado de hace ya muchas décadas. El ejercicio de la Consulta es muy provechoso y va justamente en la dirección de los mandatos dados a las Secretarías, tanto de la OMS como de sus oficinas regionales. Entiende que la misma actividad se ha llevado a cabo en otras regiones y que se ha iniciado el proceso de revisión por pares, que requiere transparencia y va a redundar en beneficio de todos.

Agregó que le parece que hay cuatro niveles de análisis que es preciso distinguir: el primero y más amplio es el valor mismo que se da al ejercicio de evaluación y la consulta regional ratifica el valor que le dan los países. Todos están de acuerdo en que los sistemas de salud deben ser evaluados en su desempeño y en que la experiencia compartida es muy valiosa. El segundo nivel es conceptual y deben evitarse los falsos dilemas sobre si los resultados finales son más importantes que los intermedios y las actividades más que los insumos. Cada cosa tiene su lugar, pero todos entienden los objetivos finales de un sistema de salud. La evaluación provee un marco que compromete a los países a obtener resultados valorados por la sociedad y he ahí uno de los avances alcanzados. En cuanto a la cuestión de una respuesta adecuada, le parece un objetivo intrínseco, porque además de mejorar la salud, los sistemas de salud tienen que respetar los derechos humanos de los pacientes. En tercer lugar, hay un nivel que corresponde concretamente a las mediciones propuestas. De nuevo, advierte que hay que evitar falsos dilemas sobre los indicadores. Como señaló el Delegado del Canadá, algunos son más aptos para la comparación entre países y otros para la gestión interna. Hay un lugar para indicadores compuestos y también para indicadores desagregados. La simple esperanza de vida al nacer es un indicador que expresa la evolución sintética de un cohorte en función de las tasas de mortalidad por edad, de manera que en la práctica diaria se utiliza una batería diferente de medidas. Lo que se necesita es un abordaje en el cual cada elemento tiene su valor. Por último, el cuarto y más concreto nivel es el ejercicio de medición que se llevó a cabo en el año 2000 y en el que se han enfocado la mayor parte de las discusiones y discrepancias. Esos ejercicios no solo perfeccionan las mediciones sino que generan una dinámica de debate que establece un ámbito refrescante de discusión y aportaciones que a todos enriquece.

Aclaró que ha tenido el privilegio de estar en los dos lados del debate ya que, cuando fue funcionario de la OMS, le tocó participar activamente en el diseño del ejercicio. Ahora, como una de las personas que toma decisiones en materia de salud en México, ha visto el gran valor potencial del ejercicio de la evaluación del desempeño, no solo en sentido retrospectivo, sino también en la planeación del futuro. Su país se ha propuesto metas muy ambiciosas orientado las acciones del sistema hacia los resultados finales y hacer de ello el programa de trabajo para después desglosar las acciones necesarias

para lograr esos resultados. En el marco de referencia del sistema mexicano, que se ha descentralizado profundamente, se destaca el valor de realizar la evaluación del desempeño de las unidades de los estados. Se ha entrado así en un proceso muy constructivo que les hace reflexionar sobre lo que quieren para su sistema de salud.

Finalmente, pone a disposición de todos los Estados Miembros de la OPS la experiencia que han tenido en su país en la aplicación concreta del ejercicio, tanto en programación como en la evaluación interna del desempeño. Es un proceso muy útil para la toma de decisiones, como han indicado otros delegados. Felicita, por lo tanto, a la OMS y a la OPS por haber dado la oportunidad de discutir algo que va a beneficiar a todos.

La Delegada del REINO UNIDO dijo que su Gobierno apoyó a la OMS en su esfuerzo de medir los componentes de los sistemas de salud, mientras al mismo tiempo reconocía que había una necesidad de que la metodología evolucionara. Teniendo presente que las seis regiones habían llevado a cabo sus consultas, ella estaría interesada en saber qué ajustes o acciones estaban considerándose en respuesta al resultado de esas consultas.

En segundo lugar, estaría interesada en el concepto de medir la cobertura mediante las intervenciones comprobadas tanto como un sustituto del desempeño de los sistemas de salud actuales, como un factor predictivo de la salud de la población en el futuro. Agradecería tener alguna reacción sobre los planes para el trabajo en esa área.

El Dr. LÓPEZ ACUÑA (OPS) agradece todos los comentarios que han brindado las delegaciones. Reitera también el deseo de la OPS de seguir profundizando en el debate conceptual, metodológico e instrumental y en la necesidad de articular los sistemas de información, la capacidad analítica y el uso de la información, todo ello en un marco plenamente participativo, donde los Estados Miembros pueden tener todo el espacio requerido para definir una práctica común útil para todos los países.

Los resultados de los ejercicios de la Consulta se han transmitido a la sede de la OMS. Tal como se señaló, ha habido otras consultas regionales sobre las cuales seguramente se podrá obtener información de esa oficina central. Además, se llevó a cabo otra consulta de alcance mundial sobre la noción de cobertura como uno de los elementos que es necesario tener en cuenta en las metas intermedias para conocer cómo opera específicamente cada sistema con respecto a ciertas intervenciones prioritarias, que varían de un país a otro.

Agradece a los países sus activa participación e interés en torno al tema y su respuesta continua a las consultas regionales y a los ejercicios de intercambio de información. Propiciando el debate constructivo, la OPS espera influir de mejor forma en lo que constituye el centro de preocupación de todos los países de la Región y más allá de las Américas: transformar sus sistemas de salud para mejorar su capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población.

Sir George ALLEYNE, Director de la OMS, dijo que quería invitar al Dr. Cristóbal Murray, Director Ejecutivo del EIP de la OMS, a responder a algunas de las preguntas específicas que se habían planteado, especialmente aquellas señaladas por el delegado de los Estados Unidos.

El Dr. MURRAY, contestando a las preguntas planteadas por la delegada del Reino Unido, explicó que el proceso de consulta provino de la resolución aprobada por el Consejo Ejecutivo en enero y todavía en marcha. Habían sido completadas seis consultas regionales. Dos habían emitido sus informes finales y cuatro estaban todavía en el proceso de formular sus recomendaciones o el texto de su informe final. Además, ocho consultas técnicas sobre temas específicos habían surgido de las discusiones regionales, de ellas, tres tendrían lugar en las próximas tres o cuatro semanas, un par de ellas habían sido retardadas por la tragedia en los Estados Unidos y las reuniones habían sido re-programadas. Los resultados o los informes escritos de las consultas regionales y las consultas técnicas estarían disponibles a los Estados Miembros y también a las comunidades académicas y de investigación. Ese material iría al grupo de evaluación externa, que desarrollaría sugerencias específicas que luego serían llevadas por la Directora General al Consejo Ejecutivo. La idea era encontrar maneras de avanzar en un enfoque consensuado sobre la evaluación del desempeño y cumplir el mandato de tener otra ronda de evaluación del desempeño a fines de 2002.

Con respecto a la segunda pregunta del Reino Unido, en la cobertura con intervenciones eficaces, dijo que el tema había sido discutido en todas las consultas regionales. Reflejando ese interés, una consulta técnica sobre el tema había tenido lugar en Rio de Janeiro, Brasil hace alrededor de tres semanas. El concepto parecía ofrecer un área fructífera para incorporar y ampliar los enfoques conceptuales, metodológicos y empíricos a la evaluación del desempeño.

El Delegado del BRASIL le formuló una observación más en forma de pregunta al Dr. Murray: ¿Se publicarán los cuadros 3 y 4 en el Informe sobre la Salud Mental? El Brasil está en contra de la publicación de estos cuadros porque eso irrespetaría la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS.

Contestando al Delegado del Brasil, Sir George Alleyne, explicó que sólo la Directora General de la OMS podría proporcionar esa información, y lamentablemente no estaba disponible por el momento. Fue la única persona que realmente podría decir definitivamente si los cuadros se publicarían o no.

Manifestó que deseaba agradecer a los delegados las observaciones que habían formulado, agregando que habían destacado un par de asuntos que fueron muy importantes para la OPS. Uno era el valor crucial de información apropiada para permitirle a la Organización hacer sus tareas. Quizá haya diferencias de opinión en cuanto a aspectos conceptuales, pero pensaba que no había diferencias en cuanto al resultado final. Indicó que era importante evitar una posición en contra o a favor con respecto al tema. Señaló que la OPS continuará avanzando en el entendimiento de que los Estados Miembros estarían proporcionando considerable insumo tanto en lo conceptual como en otros niveles.

Finalmente, expresó que la OPS siempre se esforzaría por mejorar, teniendo siempre presente que los países tenían algo que perder o ganar en el ejercicio y que deberá haber cooperación absoluta dentro de los diversos niveles de la Organización. Las observaciones de las delegaciones habían sido tomadas en cuenta con relación al proceso mundial y señaló que la evaluación del desempeño de los sistemas de salud era una obra en curso, y que el esfuerzo por mejorar la información usada continuaría.