

# Evaluación del desempeño de los sistemas de salud

Un marco para el análisis de políticas

Editado por  
Irene Papanicolas  
Dheepa Rajan  
Marina Karanikolos  
Agnes Soucat  
Josep Figueras

57  
Serie de políticas  
de salud



Esta publicación fue producida con el apoyo de Universal Health Coverage Partnership [www.uhcpartnership.net](http://www.uhcpartnership.net) (UHC Partnership), una de las mayores plataformas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la cooperación internacional en materia de cobertura de salud universal y primeros auxilios. Está financiada y apoyada por Bélgica, Canadá, Unión Europea, Alemania, Luxemburgo —Aid & Development—, Irlanda —Irish Aid—, Francia —Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères—, Japón, Reino Unido —Ministry of Health, Labour and Welfare— y el Departamento para el Desarrollo Internacional de la OMS. La Alianza UHC ayuda a brindar el apoyo y la experiencia técnica de la OMS para promover la cobertura universal de salud con enfoque de atención primaria de salud en 115 países, que representan una población de al menos 3000 millones de personas.



CSU2030



El Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud apoya y promueve la formulación de políticas de salud basadas en la evidencia a través de un análisis completo y riguroso de los sistemas de salud en Europa. Reúne una amplia gama de formuladores de políticas, académicos y profesionales para analizar las tendencias en la reforma de salud, aprovechando su experiencia en toda Europa para esclarecer cuestiones políticas.

El Observatorio es una asociación, organizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa que incluye otras organizaciones internacionales (la Comisión Europea); gobiernos nacionales y regionales (Austria, Bélgica, Eslovenia, España, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Suiza, el Reino Unido y la Región del Véneto de Italia [con Agenas]); otras organizaciones de sistemas de salud (la Unión Nacional Francesa de Cajas de Seguros de Salud [UNCAM], la Fundación de Salud), y el mundo académico (Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres [LSE] y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres [LSHTM]). El Observatorio tiene una secretaría en Bruselas y tiene centros en Londres (en LSE y LSHTM) y en la Universidad Tecnológica de Berlín.

# **Evaluación del desempeño de los sistemas de salud**

Un marco  
para el análisis  
de políticas

**EDITADO POR**

Irene Papanicolas

Dheepa Rajan

Marina Karanikolos

Agnes Soucat

Josep Figueras

Versión oficial en español de la obra original en inglés  
*Health system performance assessment: a framework for policy analysis*  
Irene Papanicolaou, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat, Josep Figueras, editores  
© Organización Mundial de la Salud, 2022  
ISBN 978-92-4-004247-6 (PDF)

Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas

ISBN: 978-92-75-32678-7 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12678-3 (versión impresa)

### © Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/HS/2023

# Índice

Lista de recuadros, figuras, cuadros y apéndices	vi
Lista de colaboradores	ix
Nota de agradecimiento	x
Lista de abreviaciones	xii

## **Capítulo 1: Evaluación del desempeño de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud: justificación y enfoque** **1**

*Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Josep Figueras*

<b>1.1</b> Introducción	1
<b>1.2</b> Marcos y evaluaciones de los sistemas de salud: de las etiquetas al contenido	3
<b>1.3</b> Marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud	4
<b>1.4</b> Enfoque y estructura del volumen	6

## **Capítulo 2: Examen de los marcos y herramientas existentes** **9**

*Marina Karanikolos, Irene Papanicolas, Katja Rohrer*

<b>2.1</b> Introducción	9
<b>2.2</b> Antecedentes: selección de marcos y herramientas	11
<b>2.3</b> ¿Cómo definimos un sistema de salud?	14
<b>2.4</b> ¿Cuáles son los factores que explican el desempeño del sistema de salud?	17
<b>2.5</b> ¿Cuáles son los objetivos del sistema de salud?	18
<b>2.6</b> Evaluación del desempeño: ¿cómo se vinculan los factores que influyen en el desempeño con los objetivos del sistema de salud?	23
<b>2.7</b> Análisis y conclusiones	25

## **Capítulo 3: Hacia un enfoque común: el marco de evaluación del desempeño del sistema de salud para la cobertura universal de salud** **29**

*Irene Papanicolas, Marina Karanikolos, Josep Figueras, Dheepa Rajan*

<b>3.1</b> Introducción	29
<b>3.2</b> Introducción a los conceptos clave	30
<b>3.3</b> El marco de evaluación	37
<b>3.4</b> Conclusiones	43

**Capítulo 4: Gobernanza** **47**

*Dheepa Rajan, Kira Koch, Katja Rohrer, Agnes Soucat*

4.1	Introducción	47
4.2	Descripción de la función de gobernanza	48
4.3	Subfunciones	53
4.4	Evaluación del desempeño de la función de gobernanza	62
4.5	Conclusiones	76

**Capítulo 5: Generación de recursos** **87**

*Dheepa Rajan, Katja Rohrer, Kira Koch, Teena Kunjumen, Khassoum Diallo, Adriana Velazquez Berumen, Claudia Nannei, Judith Sprunken*

5.1	Introducción	87
5.2	Descripción de la función de generación de recursos	88
5.3	Subfunciones	91
5.4	Evaluación del desempeño de la función de generación de recursos	99
5.5	Conclusiones	117

**Capítulo 6: Financiamiento** **148**

*Jonathan Cylus, Julia Sallaku, Matthew Jowett*

6.1	Introducción	148
6.2	Descripción de la función de financiamiento	149
6.3	Subfunciones	151
6.4	Evaluación del desempeño de la función de financiamiento	160
6.5	Conclusiones	177

**Capítulo 7: Prestación de servicios** **181**

*Ellen Nolte, Marina Karanikolos, Bernd Rechel*

7.1	Introducción	181
7.2	Descripción de la función de prestación de servicios	182
7.3	Subfunciones	186
7.4	Evaluación del desempeño de la función de prestación de servicios	188
7.5	Conclusiones	210

<b>Capítulo 8: Un marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud</b>	<b>224</b>
<i>Irene Papanicolas, Marina Karanikolos, Dheepa Rajan, Katja Rohrer, Jonathan Cylus, Josep Figueras</i>	
8.1 Introducción	224
8.2 El marco de evaluación	225
8.3 Aplicaciones del marco de evaluación: estudios de casos	231
8.4 Conclusiones	251
<b>Capítulo 9: Conclusión</b>	<b>257</b>
<i>Dheepa Rajan, Irene Papanicolas, Marina Karanikolos, Josep Figueras</i>	
9.1 Introducción	257
9.2 Resumen de las cuatro funciones del sistema de salud	258
9.3 Desempeño del sistema de salud: objetivos intermedios y objetivos finales	263
9.4 Conclusiones y dirección futura	263

# Lista de cuadros, figuras, cuadros y apéndices

## Recuadros

<b>Recuadro 2.1</b>	Principales marcos de sistemas de salud	12
<b>Recuadro 2.2</b>	Definiciones de los sistemas de salud	15
<b>Recuadro 4.1</b>	Rectoría y gobernanza	47
<b>Recuadro 4.2</b>	Reseña de la documentación sobre marcos de gobernanza	51
<b>Recuadro 5.1</b>	Subfunciones de generación de recursos	88
<b>Recuadro 5.2</b>	¿Cómo se insertan la tecnología de la información y comunicaciones, y el transporte y la logística en la subfunción de infraestructura y equipos médicos?	96
<b>Recuadro 5.3</b>	Esfuerzos mundiales por normalizar la información sobre infraestructura de salud y equipos médicos	109
<b>Recuadro 5.4</b>	Autorregulación profesional	116
<b>Recuadro 6.1</b>	Matriz de progresos en el financiamiento de la salud	171
<b>Recuadro 7.1</b>	Prestación de servicios en las herramientas de ESS	189
<b>Recuadro 7.2</b>	Dimensiones de los servicios y sistemas de salud	191
<b>Recuadro 7.3</b>	Ampliación del acceso a los servicios de atención primaria en Brasil	194
<b>Recuadro 7.4</b>	Equidad en la calidad de la atención prenatal	195
<b>Recuadro 7.5</b>	Medición de la eficiencia en la prestación de servicios: uso de antibióticos	197
<b>Recuadro 8.1</b>	Términos clave	227

## Figuras

<b>Figura 2.1</b>	Relación entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud	23
<b>Figura 3.1</b>	Visión general del marco de evaluación	39
<b>Figura 4.1</b>	Subfunciones de gobernanza	49
<b>Figura 4.2</b>	Evaluación de la gobernanza	60



<b>Figura 4.3</b>	Triángulo de actores de la gobernanza	63
<b>Figura 5.1</b>	Subfunciones de generación de recursos	89
<b>Figura 5.2</b>	Recursos humanos versus recursos físicos	92
<b>Figura 5.3</b>	Evaluación de la generación de recursos	100
<b>Figura 6.1</b>	Marco de financiamiento de la salud (Kutzin)	151
<b>Figura 6.2</b>	Subfunciones de financiamiento	153
<b>Figura 6.3</b>	Cubo de la cobertura universal de salud	158
<b>Figura 6.4</b>	Evaluación del financiamiento	162
<b>Figura 6.5</b>	¿Cómo afecta el envejecimiento de la población a la generación de ingresos para la salud? Estudio de caso en Japón	164
<b>Figura 6.6</b>	Equidad del financiamiento utilizando índices de Kakwani, Estonia	166
<b>Figura 6.7</b>	Gasto por persona por esquema, Tailandia	169
<b>Figura 7.1</b>	Subfunciones de prestación de servicios	183
<b>Figura 7.2</b>	Prestación de servicios de salud	185
<b>Figura 7.3</b>	Evaluación de la prestación de servicios	190
<b>Figura 7.4</b>	Marco de evaluación de la prestación de servicios (Adams et al.)	205
<b>Figura 7.A1</b>	Categorización de la prestación de servicios según el propósito de los bienes y servicios de atención de salud	219
<b>Figura 8.1</b>	El marco de evaluación	226
<b>Figura 8.2</b>	Mortalidad prevenible en Estonia, Finlandia y Lituania 2000-2016	239
<b>Figura 8.3</b>	Mortalidad prevenible versus gasto corriente en salud, EU-28	242
 <b>Cuadros</b>		
<b>Cuadro 2.1</b>	Principales herramientas de evaluación de los sistemas de salud	12
<b>Cuadro 2.2</b>	Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud	19
<b>Cuadro 2.3</b>	Objetivos del sistema de salud	21
<b>Cuadro 4.1</b>	Subfunciones de gobernanza y definiciones de gobernanza	48
<b>Cuadro 4.2</b>	Cuadro correlativo de temas de gobernanza convergentes en la documentación y las subfunciones de gobernanza del marco de evaluación	52
<b>Cuadro 4.3</b>	Legislación y regulación en los marcos de gobernanza y herramientas de ESS	74

<b>Cuadro 5.1</b>	Infraestructura de salud: componentes clave	95
<b>Cuadro 5.2</b>	Mediciones indicativas para la disponibilidad, distribución/combinación y educación del personal de salud	103
<b>Cuadro 5.3</b>	Mediciones indicativas para la disponibilidad, distribución/combinación y mantenimiento de infraestructuras y equipos médicos	107
<b>Cuadro 5.4</b>	Mediciones indicativas para productos farmacéuticos y otros bienes fungibles	111
<b>Cuadro 5.5</b>	Mediciones indicativas para la gobernanza de la generación de recursos	118
<b>Cuadro 6.1</b>	Ejemplos de organizaciones de mancomunación y mecanismos de asignación de fondos para o entre dichas organizaciones	155
<b>Cuadro 6.2</b>	Mediciones procedentes de las cuentas nacionales de salud	163
<b>Cuadro 6.3</b>	Mediciones indicativas para la recaudación de ingresos	165
<b>Cuadro 6.4</b>	Mediciones indicativas para la mancomunación	167
<b>Cuadro 6.5</b>	Mediciones de la mancomunación en la matriz de progresos en el financiamiento de la salud	168
<b>Cuadro 6.6</b>	Mediciones indicativas para la compra	170
<b>Cuadro 6.7</b>	Mediciones para la compra y el pago a proveedores en la matriz de progresos en el financiamiento de la salud	172
<b>Cuadro 6.8</b>	Mediciones indicativas para la cobertura	176
<b>Cuadro 7.1</b>	Mediciones indicativas para la salud pública	198
<b>Cuadro 7.2</b>	Mediciones indicativas para la atención primaria	201
<b>Cuadro 7.3</b>	Mediciones indicativas para la atención especializada	203
<b>Cuadro 7.4</b>	Mediciones indicativas para la gobernanza de la prestación de servicios	209
<b>Cuadro 7.A1</b>	Ejemplo de plataformas de prestación para determinados servicios de salud	222
<b>Cuadro 9.1</b>	Cinco objetivos del sistema de salud	263

## **Apéndices**

<b>Apéndice 4.1</b>	Panorama de los principales marcos de gobernanza	83
<b>Apéndice 5.1</b>	Detalles sobre las mediciones indicativas para las áreas de evaluación de las subfunciones de la generación de recursos	122
<b>Apéndice 7.1</b>	Breve reseña de los enfoques de categorización de la prestación de servicios	219

# Lista de colaboradores

**Jonathan Cylus**, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, Londres

**Khassoum Diallo**, Departamento de Personal Sanitario, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Josep Figueras**, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, Bruselas

**Matthew Jowett**, Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Marina Karanikolos**, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, Londres

**Kira Koch**, Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Teena Kunjumen**, Departamento de Personal Sanitario, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Claudia Nannei**, Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Ellen Nolte**, Departamento de Investigación y Política de Servicios de Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres

**Irene Papanicolas**, Departamento de Política de Salud, Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, Londres

**Dheepa Rajan**, Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Bernd Rechel**, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, Londres

**Katja Rohrer**, Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Julia Sallaku**, Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030, Ginebra

**Agnes Soucat**, Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Judith Sprunken**, Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

**Adriana Velazquez Berumen**, Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

## Nota de agradecimiento

Este volumen ha sido elaborado de forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud y el Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud. Estamos inmensamente agradecidos a todos los autores por su arduo trabajo y entusiasmo en este estudio.

Además de los autores (véase la lista de colaboradores), agradecemos las contribuciones de muchas personas y organizaciones.

El Grupo de Trabajo Técnico sobre la Evaluación de Sistemas de Salud (GTT) proporcionó apoyo técnico y orientación: Hala Abou Taleb, Alistair Robb, Emmanuel Ankrah, Banu Ayar, Emmanuella M. Baguma, Narasimhan Balaji Lakshmi, Ernesto Bascolo, Karl Blanchet, Jodi Charles, Ogochukwu Chukwujekwu, Altea Cico, Catherine Connor, Narayanan Devadasan, Philip Domanski, James Duah, Martin Ekeke Monono, Luke Anthony Elich, Sylvain Giraud, Andre Griekspoor, Yahya Ipuge, Elke Jakubowski, Chris James, Jean Kagubare, Hyppolite Kalambay, Lucien Kouakou, Taavi Lai, Nicholas Leydon, Benoit van Maele, Awad Mataria, Pascal Meeus, Ange Mibindzou Mouelet, Péter Mihalicza, Juliet Nabyonga, Thomas O'Connell, Valeria de Oliveira Cruz, Kathy O'Neill, Toomas Palu, Christopher Paquet, Gabriele Pastorino, Walaiporn Patcharanarumol, Denis Porignon, Adham Rashad Ismail Abdel Moneim, Franz von Roenne, Omar Sam, Jürgen Scheftlein, Katja Schemionek, Gerard Schmets, George Shakarishvili, Kanitsorn Sumriddetchkajorn, Nick Tomlinson, Vaifée Tulay, Prosper Tumusiime, Chigozie Uneke, Jeremy Veillard, Shaheda Viriyathorn, Nicola Wardrop, David Wendt, Esther Werling, Mohamed Lamine Yansané.

Los participantes en nueve reuniones del GTT proporcionaron valiosos comentarios (tanto en línea como en persona) entre agosto del 2017 y junio del 2020. Además de los miembros del GTT, las siguientes personas participaron en las reuniones: Csongor Bajnoczki, Shannon Berkley, Sarah Brousse, Craig Brugess, Aurelie de Chatelet, David Clarke, Delanyo Yao Tsidi Dovlo, Godelieve van Heteren, Anne Dominique Israel, Annick Jeantet, Mathew Jowett, Mwenya Kasonde, Roy Magali, Jeff Markuns, Laure Mercereau, Clementine Mürer, Julius Murke, Irene Mwonga, Naomi Nathan, Aurelie Paviza, Shamim Rahman, Hannah Ratcliffe, Archana Shah, Abheet Solomon, Beth Tritter, Pablo Esteban Vega Rojas, Wendy Venter, Mazvita Zanamwe.

Las orientaciones generales de la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030 estuvieron a cargo de Marjolaine Nicod y Richard Gregory.

Agradecemos a Csongor Bajnoczki el apoyo a la investigación para los capítulos 4 y 6. También agradecemos a Ramona Ludolph y Nathalie Roebbel su contribución a la sección sobre vivienda y salud del capítulo 8.

Agradecemos a los revisores Dimitra Panteli, Amit Prasad y Taavi Lai sus valiosos comentarios.

## Lista de abreviaciones

<b>CNPS</b>	cuentas nacionales de personal de salud
<b>COVID-19</b>	enfermedad por el coronavirus del 2019
<b>CSU2030</b>	Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030
<b>DPC</b>	desarrollo profesional continuo
<b>EDSS</b>	evaluación del desempeño de los sistemas de salud
<b>ESS</b>	evaluación de los sistemas de salud
<b>FDA</b>	Administración de Alimentos y Medicamentos (por su sigla en inglés)
<b>FHI 360</b>	Family Health International
<b>GTT</b>	Grupo de Trabajo Técnico
<b>HAI</b>	Health Action International
<b>HCQI</b>	indicadores de calidad de la atención de salud (por su sigla en inglés)
<b>HQSS</b>	sistemas de salud de alta calidad (por su sigla en inglés)
<b>HSAA</b>	Health Systems Assessment Approach
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PHCPI</b>	iniciativa sobre el desempeño de la atención primaria de salud
<b>PIB</b>	producto interno bruto
<b>TIC</b>	tecnologías de la información y las comunicaciones
<b>UE</b>	Unión Europea
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por su sigla en inglés)
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana
<b>WASH</b>	agua, saneamiento e higiene (por su sigla en inglés)

# **Evaluación del desempeño de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud: justificación y enfoque**

*Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Josep Figueras*

### **1.1 Introducción**

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por 193 países en la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2015, así como en la *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal* adoptada en el 2019 (Naciones Unidas, 2019), se afirma que el fortalecimiento de los sistemas de salud es el principal medio para lograr el objetivo compartido de la cobertura universal de salud. La importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud ha cobrado fuerza con acontecimientos recientes como la pandemia de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020), que puso de relieve el papel de los sistemas de salud en la protección de la población. Para poder focalizar sus esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud y verlos traducirse en una mejora del desempeño de dicho sistema, los responsables de las políticas deben poder determinar qué áreas han de tener prioridad y recibir recursos. En este contexto, el seguimiento, el análisis y la evaluación periódicos de los sistemas de salud adquieren una gran importancia, sobre todo con la finalidad de comprender cabalmente cuáles son los principales puntos fuertes y deficiencias.

A lo largo de los años, las evaluaciones de los sistemas de salud y su desempeño han recibido diferentes nombres, como *perfil del sistema de salud*, *análisis de la situación del sector de la salud*, *seguimiento del sistema de salud*, *análisis del sistema de salud*, *evaluación del sistema de salud* y *evaluación del desempeño de los sistemas de salud* (Observatorio Europeo, 2010; OMS, 2010; Berman y Bitran, 2011; Wendt, 2012; Oficina Regional de la OMS, 2012; Rajan, 2016; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Internacional [USAID], 2018). Del mismo modo, el lenguaje utilizado para describir las evaluaciones individuales realizadas es amplio e incluye términos como *herramienta*, *enfoque*, *ejercicio* e *instrumento*. La diversidad de descriptores es tanto un síntoma como una causa de la confusión que rodea el propósito, alcance y contenido precisos de estas actividades.

Esta vasta terminología refleja en parte los objetivos, variados aunque superpuestos, de las actividades de evaluación, que incluyen una descripción de las estructuras del sistema de salud, el análisis de distintas funciones del sistema de salud, la medición del desempeño del sistema de salud y el apoyo a los esfuerzos de reforma del sistema de salud. Sin embargo, también hay una falta de coherencia en el uso de la terminología. Esta falta de coherencia y comparabilidad puede suponer una enorme carga para los responsables de la formulación de políticas, quienes pueden tener que conocer de los resultados de varias evaluaciones, realizadas por diferentes actores, con diferentes metodologías y sin una explicación de cómo interpretar dichos resultados.

De hecho, una de las motivaciones para la creación de la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030 (CSU2030) —una coalición de países, organizaciones internacionales de salud, fundaciones filantrópicas y organizaciones de la sociedad civil que se fundó en el 2016— era abordar esta diversidad y esta falta de un enfoque coordinado sobre las actividades para fortalecer los sistemas de salud en el mundo (CSU2030, 2020). El mandato de armonización y alineación de la CSU2030 llevó a la conformación del Grupo de Trabajo Técnico (GTT) sobre la evaluación de los sistemas de salud (ESS). Los objetivos del GTT eran estudiar los diferentes enfoques de ESS, comparar sus puntos fuertes y debilidades relativos y, por último, aprovechar esta experiencia para proponer un enfoque de evaluación del desempeño de los sistemas de salud (EDSS) para la cobertura universal de salud. Consciente de la confusión reinante en torno a la terminología, este volumen emplea el término utilizado por el grupo de trabajo técnico, *evaluación del sistema de salud*, o ESS, de manera genérica para referirse a un ejercicio que abarca todo el sistema y cuyo objetivo es evaluar el sistema de salud como un todo.\*

El objetivo de este volumen, compuesto por textos escogidos, es esbozar un enfoque conceptual y práctico para vincular las evaluaciones realizadas hasta el momento y utilizar

---

\* La definición de ESS adoptada en este volumen se basa en el uso que el GTT hace del término, por lo que no debería considerarse normativa, sino más bien como una definición de trabajo para los fines del estudio.



la información recopilada para fundamentar una comprensión común del desempeño del sistema de salud o el logro de sus objetivos.

## **1.2 Marcos y evaluaciones de los sistemas de salud: de las etiquetas al contenido**

En el transcurso de los últimos 20 años, se han elaborado varios marcos conceptuales diferentes para ayudar a promover la comprensión del sistema de salud (Murray y Frenk, 2000; Arah et al., 2003; Aday et al., 2004; Roberts et al., 2004; Fondo de la Commonwealth, 2006; Atun, 2012; Kruk et al., 2018), muchos de los cuales también han servido como base de los esfuerzos por medir el desempeño de los sistemas de salud. Paralelamente, se han creado varias herramientas de ESS con el objetivo de proporcionar un análisis exhaustivo y a nivel de todo el sistema de áreas pertinentes de los sistemas de salud, como por ejemplo: financiamiento de la salud, gobernanza, recursos humanos para la salud, programas de salud y temas transversales (Observatorio Europeo, 2010; OMS, 2010; Berman y Bitran, 2011; Wendt, 2012; Rajan, 2016; USAID, 2018). La finalidad de todos estos esfuerzos es proporcionar un punto de partida común —una conceptualización clara y simple del sistema de salud— a partir del cual sus usuarios puedan seguir avanzando para alcanzar sus metas en materia de política de salud.

Aunque existe una gran superposición entre estos esfuerzos, como se detalla en el capítulo 2 (lo cual afirma que existe un consenso en torno a los conceptos básicos del diseño de un sistema de salud), hay diferencias importantes en cuanto al nivel de prominencia que las diferentes evaluaciones asignan a partes del sistema de salud y el énfasis que ponen en la EDSS. Una forma de pensar en el abanico de ESS es verlo como un continuo aproximado. En un extremo, se tiene una gama de herramientas de ESS que describen la estructura actual del sistema de salud a través de las funciones o los elementos fundamentales del sistema, o que evalúan estas estructuras a la luz de la reforma del sistema de salud (OMS, 2007). En el otro extremo, hay herramientas que se centran en evaluar el funcionamiento general del sistema, para lo cual examinan en qué medida los sistemas de salud están cumpliendo con un conjunto de objetivos definidos. Estos enfoques generalmente descansan más sobre mediciones cuantitativas y métodos analíticos, a menudo denominados EDSS. En última instancia, el fortalecimiento del sistema de salud se basa en comprender ambos extremos del continuo y cómo estos se vinculan. Este enfoque puede ayudar a aclarar la relación entre el desempeño de las funciones del sistema de salud y el desempeño del sistema de salud en sí. Por ejemplo: ¿cómo influye la mancomunación de recursos sobre el acceso, la calidad y la protección financiera?

#### 4 Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas

¿Cómo influye la prestación de servicios sobre cuán eficiente y centrado en la persona es el sistema de salud? Y ¿cuán resilientes son las funciones y los resultados del sistema de salud a las perturbaciones externas?

### **1.3 Marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud**

En un esfuerzo por cerrar la brecha entre los enfoques de ESS y EDSS, y cumplir el mandato del GTT de la CSU2030 de armonizar y alinear los enfoques de evaluación existentes, utilizamos este volumen para presentar la elaboración de un nuevo *Marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud* (en adelante, el marco de evaluación). El marco presentado en este volumen se basa en un análisis de marcos de sistemas de salud existentes, herramientas de ESS y EDSS, orientaciones y contribuciones técnicas del GTT, investigaciones originales de los autores y un amplio número de contribuciones de expertos.

Este volumen, que presenta textos escogidos, se basará en los marcos originales de sistemas de salud que ya están en vigor. La contribución de este trabajo será indicar dónde se encuentran las discrepancias clave entre los enfoques de ESS y EDSS y proponer un nuevo marco general que ilustre la relación entre el desempeño de las funciones del sistema de salud y sus objetivos intermedios y finales. Con ello esperamos proporcionar a los responsables de la formulación de políticas el marco de evaluación, una herramienta práctica que les permitirá medir el desempeño de las funciones del sistema de salud y sus resultados, esbozando y proponiendo áreas de evaluación vinculadas a indicadores recopilados de forma regular. Esta herramienta proporcionará a los responsables de las políticas y los analistas un punto de partida desde el cual poder vincular, a nivel conceptual y práctico, las funciones del sistema de salud a sus resultados clave y adoptar un enfoque común para la EDSS.

El marco de evaluación está diseñado para proporcionar un enfoque sistémico que permita reutilizar la información de ESS y EDSS obtenida con herramientas existentes para el desempeño de los sistemas de salud. Esto sitúa la evaluación del desempeño en el centro de las acciones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud. La inclusión de “para la cobertura universal de salud” en el título del marco apoya esta lógica y afirma que el fortalecimiento de los sistemas de salud es el principal medio para lograr la cobertura universal de salud, subrayando con ello la necesidad de realizar evaluaciones periódicas del desempeño de los sistemas de salud. Como resultado, el marco de evaluación sustenta

los esfuerzos de los países para fortalecer los sistemas de salud con la visión general de la cobertura universal de salud en mente.

El marco de evaluación que se propone en este volumen tiene cinco características clave, que se describen a lo largo del volumen:

- adopta una definición y un alcance explícitos del sistema de salud con límites claros
- establece los principales objetivos y resultados del sistema de salud
- determina y describe las funciones del sistema de salud
- proporciona un marco para evaluar el desempeño de cada función
- describe la relación entre el desempeño de cada función y el logro de los objetivos y resultados del sistema de salud.

El marco de evaluación y sus características clave se exponen en detalle en el capítulo 3. La definición, el alcance y los límites del sistema de salud siguen la definición de Murray y Frenk: “acciones de salud [...] cuyo objetivo principal es mejorar o mantener la salud” (OMS, 2000). En consecuencia, el marco de evaluación tiene como objetivo evaluar las acciones únicamente en el contexto del desempeño del sistema de salud, al tiempo que reconoce —pero no evalúa explícitamente— el impacto sustancial sobre la salud de una serie de determinantes socioeconómicos que se encuentran al margen del sistema de salud. De la misma manera, el marco muestra, pero no se propone evaluar, el impacto de factores contextuales sobre el sistema de salud y los efectos de este último sobre objetivos sociales más amplios. Desde una perspectiva de política práctica, centrarse en las acciones que se emprenden en el sistema de salud permite que este marco se utilice como instrumento para definir las partes o instituciones responsables. Estos actores pueden vincularse al desempeño de componentes específicos del sistema de salud y, lo que es más importante, a mecanismos de mejora.

La definición de los objetivos del sistema de salud es esencial para toda evaluación del desempeño. En consonancia con otros marcos de sistemas de salud, el marco de evaluación evalúa el desempeño de un sistema de salud en relación con la medida en que este alcanza sus objetivos intermedios y finales. En todos los marcos internacionales se observa cierto consenso en torno a los objetivos generales del sistema de salud, como mejora de la salud, capacidad de respuesta del sistema, equidad, financiamiento justo y eficiencia. Sin embargo, persisten grandes diferencias en relación con las responsabilidades del sistema de salud. En este volumen se considerarán cuáles son los resultados clave del sistema de salud a la luz de trabajos anteriores en esta área.

A partir de un examen de herramientas clave de ESS, el marco de evaluación define las funciones del sistema de salud como punto de partida para la EDSS. La razón para colocar las funciones en el centro del desempeño es que de esa manera se refleja la naturaleza dinámica de un sistema de salud (lo que hacen los sistemas de salud) y sus procesos. El marco de evaluación tiene como objetivo mejorar nuestra comprensión del papel que cumplen las funciones del sistema de salud en el desempeño del sistema, al centrarse en dos preguntas separadas pero conexas: primero, ¿cómo podemos evaluar el desempeño de las funciones?, y segundo, ¿cómo se puede vincular el desempeño de las funciones al desempeño del sistema de salud? Para ello, se establecen en el volumen las áreas prioritarias de evaluación para cada función del sistema de salud y se esboza un conjunto inicial de mediciones indicativas correspondientes a estas áreas de evaluación, a partir de indicadores comúnmente recopilados en otras actividades de ESS y EDSS. El marco de evaluación muestra estas áreas de evaluación e ilustra los vínculos entre el desempeño de las funciones del sistema de salud y el logro de los objetivos de este.

#### **1.4 Enfoque y estructura del volumen**

En este volumen se muestra el proceso de formulación de un enfoque conjunto para la EDSS. En los dos capítulos que siguen se reflexiona sobre las principales herramientas de ESS existentes y se propone un marco común y práctico con el que se busca vincular el análisis descriptivo con la evaluación, centrándose en los resultados del sistema de salud. Más específicamente, en el capítulo 2 se hace un examen de los marcos de sistemas de salud y herramientas de ESS existentes. Para ello, se aprovechan y amplían en este volumen los trabajos conceptuales y enfoques previos sobre la ESS. Estas ideas se utilizan para fundamentar la formulación del marco de evaluación, que se presenta y describe en el capítulo 3.

La segunda parte del volumen consta de cuatro capítulos en los que se describen las principales funciones del sistema de salud, las cuales sirven de base para el marco de evaluación: Gobernanza (capítulo 4), Generación de recursos (capítulo 5), Financiamiento (capítulo 6) y Prestación de servicios (capítulo 7). En cada capítulo se describen las responsabilidades asociadas a cada función, un marco para evaluar el desempeño de esa función y sus vínculos con los objetivos intermedios y generales del sistema de salud. Además, los capítulos contienen una serie de áreas de evaluación y sus correspondientes mediciones indicativas del desempeño para cada función, extraídas de datos recopilados habitualmente y herramientas de ESS existentes.

Por último, en el capítulo 8 se presenta el marco de evaluación y se detallan las conexiones entre los objetivos intermedios y finales y el desempeño de las funciones del sistema de salud, con lo cual se brindan a los responsables de la formulación de políticas herramientas prácticas para evaluar el desempeño. En el capítulo 9 se reúnen los mensajes clave de este volumen, cómo debería utilizarse este marco y cómo no hacerlo, y se esbozan las brechas restantes y los próximos pasos.

## Referencias

- Aday LA et al. (1999). A framework for assessing the effectiveness, efficiency and equity of behavioural healthcare. *American Journal for Managed Care*, 5 Spec. no. SP25-44.
- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2018). *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Versión 3.0. Washington, D.C.: USAID.
- Arah OA et al. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5):377-398.
- Atun R (2012). Health Systems, systems thinking and innovation. *Health Policy and Planning*, 27(4):iv4-iv8.
- Berman P, Bitran R (2011). *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening, Health, Nutrition, and Population*. Documento de trabajo. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial.
- Fondo de la Commonwealth (2006). 2006 Annual Report. Disponible en: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-06/AR\\_2006\\_complete\\_report.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-06/AR_2006_complete_report.pdf) (consultado el 9 de septiembre del 2021).
- Kruk ME et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6.11:e1196-e1252.
- Murray CJL, Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*, 78(6):717-730.
- Naciones Unidas (2019). Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Disponible en: [https://digitallibrary.un.org/record/3833350/files/A\\_RES\\_74\\_2-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/3833350/files/A_RES_74_2-ES.pdf) (consultado el 25 de agosto del 2020).
- Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (2010). *Health Systems in Transition series*. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Oficina Regional de la OMS para Europa. (2012). Pathways to health system performance assessment. A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. Copenhague.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2020). Strengthening the health system response to COVID-19: Recommendations for the WHO European Region. Resumen de política. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333072> (consultado el 25 de agosto del 2020).

Organización Mundial de la Salud, Servicios de Elaboración de Documentos (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Ginebra: OMS.

Rajan D. (2016). Chapter 3: Situation analysis of the health sector. En: Schmetts D et al., editores. *World Health Organization. Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook*. Ginebra: OMS; capítulo 3.

Roberts M et al. (2004). *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. Nueva York: Oxford University Press.

UHC2030 (2020). Our mission. Disponible en: <https://www.uhc2030.org/our-mission/> (consultado el 25 de agosto del 2020).

Wendt D (2012). *Health System Rapid Diagnostic Tool. Framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions*. Durham, NC: Family Health International.

# Examen de los marcos y herramientas existentes

*Marina Karanikolos, Irene Papanicolas, Katja Rohrer*

### 2.1 Introducción

A lo largo de los años, las ESS y las EDSS se han utilizado para asistir a los responsables de las políticas en sus labores de reforma de la salud, definición de prioridades y asignación de recursos. Aunque todos están orientados al fortalecimiento del sistema de salud, estos esfuerzos varían en cuanto a su objetivo, alcance y enfoque. En particular, algunas evaluaciones se elaboran como base para la EDSS y aplican en gran medida métodos cuantitativos para examinar si un sistema de salud cumple con un conjunto definido de objetivos, como la mejora de la salud, mientras que otras son más descriptivas y se centran en proporcionar resúmenes detallados de las estructuras y la reforma del sistema de salud. Para poder determinar las verdaderas oportunidades de fortalecimiento del sistema de salud, es necesario comprender el estado de las funciones del sistema de salud y las reformas del sistema, así como la información relativa al logro de objetivos clave (para más información, véase el capítulo 1). El objetivo del marco de evaluación que se presenta en este volumen radica en proponer una herramienta práctica que pueda utilizarse para vincular la información recopilada mediante las actividades de ESS y EDSS existentes a fin de brindar una comprensión más detallada del desempeño de los sistemas de salud. En lugar de construir una nueva herramienta de este tipo, con el marco propuesto se busca hacer un balance de marcos de sistemas de salud y herramientas de evaluación anteriores para aprovechar los conceptos y enfoques existentes.

Se han creado y utilizado varios marcos de sistemas de salud y ESS para fundamentar las actividades de fortalecimiento de los sistemas de salud en los últimos 20 años. Análisis anteriores han revelado que todos ellos tienen áreas similares y diferencias, lo que es de esperar dados sus diferentes objetivos generales (Papanicolas y Smith, 2013; CSU2030, 2020). A fin de evitar la duplicación de esfuerzos existentes y para garantizar que nuestro enfoque aproveche las áreas de consenso tanto como sea posible, en este capítulo

se examina un conjunto de marcos de sistemas de salud utilizados para fundamentar la EDSS y una serie de herramientas de ESS para determinar las principales áreas de consenso y debate en torno a cuatro áreas clave:

- ¿Qué es un sistema de salud?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en el desempeño del sistema de salud?
- ¿Cuáles son los objetivos del sistema de salud?
- ¿Cómo se vinculan los factores que influyen en el desempeño con los objetivos del sistema de salud?

Existe cierto consenso en torno a las actividades clave del sistema de salud, pero hay diferentes enfoques para considerar hasta qué punto actividades como la promoción de la salud o la acción intersectorial caen dentro de los límites del sistema de salud (Papanicolas, 2014). La demarcación clara de los límites de un sistema de salud al realizar una EDSS no solo es importante para fines de rendición de cuentas, ya que permitirá determinar qué actores son responsables del desempeño del sistema de salud, sino también para definir qué indicadores son adecuados para fundamentar el ejercicio en sí.

La mayoría de los marcos de sistemas de salud y herramientas de ESS existentes ofrecen cierta descripción de los factores que influyen en el desempeño del sistema de salud, y en muchos de ellos se adoptan la taxonomía y la descripción de la OMS sobre las funciones (OMS, 2000) o los elementos fundamentales del sistema de salud (OMS, 2007). A menudo, estos factores se describen como componentes organizativos que caracterizan el sistema de salud. En este capítulo se examina qué factores se han señalado en diferentes evaluaciones y cuál es el nivel de consenso que existe en torno a un conjunto básico de componentes organizativos para utilizar en el marco de evaluación.

También es crucial esbozar los objetivos del sistema de salud para cualquier actividad de EDSS y, de hecho, para cualquier marco conceptual. En todos los marcos de sistemas de salud existe cierto consenso sobre sus objetivos generales, como la mejora de la salud, estar centrado en las personas, la equidad, el financiamiento justo y la eficiencia (Papanicolas, 2014). Sin embargo, persisten grandes diferencias, en particular con respecto a cuáles de estos son objetivos intermedios o metas finales del sistema de salud, así como a la terminología utilizada para describirlos. En este capítulo se examinará la coherencia entre los principales marcos y herramientas de evaluación para sustentar la selección de los objetivos del sistema de salud para el marco de evaluación.



El objetivo fundamental del marco de evaluación es servir de herramienta que pueda utilizarse para armonizar las actividades de ESS y EDSS existentes, al vincular lo que hace un sistema de salud con su desempeño. En el presente capítulo se analiza hasta qué punto y cómo se ha llevado a cabo esta tarea en otras herramientas y marcos de sistemas de salud para fundamentar ese esfuerzo.

## **2.2 Antecedentes: selección de marcos y herramientas**

Antes de examinar las similitudes y diferencias entre los diversos marcos de sistemas de salud y herramientas de ESS, es importante considerar las diferencias entre sus objetivos. Los marcos de sistemas de salud pueden entenderse como instrumentos conceptuales que definen, describen y explican los objetivos del sistema y los factores que influyen en el desempeño de este (recuadro 2.1), mientras que las herramientas de ESS son medios de recopilación de datos para una variedad de propósitos diferentes, dentro de los sistemas de salud y entre estos (CSU2030, 2020). Estos propósitos podrían ser: describir el sistema de salud, hacer una evaluación comparativa del sistema de salud, mejorar el desempeño del sistema de salud o guiar la reforma del sistema de salud. A menudo, los marcos de los sistemas de salud sirven como punto de partida para la formulación de actividades más específicas de EDSS, como, por ejemplo, el marco de desempeño de los sistemas de salud de Murray y Frenk (2000), que se utilizó como base para el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*.

A los efectos de este capítulo, decidimos examinar algunos de los principales marcos de sistemas de salud que han servido de punto de partida para llevar a cabo actividades de recopilación de datos vinculadas a EDSS o evaluaciones comparativas entre países (recuadro 2.1). Para comenzar, tomamos los marcos de sistemas de salud examinados en Papanicolas y Smith (2013), de los cuales seleccionamos aquellos que se han vinculado explícitamente con la recolección de datos. Agregamos el marco de sistemas de salud de alta calidad presentado en Kruk et al. (2018) porque cumplía con nuestros criterios, pero se publicó después del examen del 2013. Las herramientas de ESS seleccionadas y resumidas en el cuadro 2.1 se determinaron a partir de un examen anterior realizado por el Grupo de Trabajo Técnico de la CSU2030. La selección se hizo en función de dos criterios: 1) consideran una metodología de evaluación formal, incluido un marco, para analizar el desempeño del sistema de salud y comunicar sus resultados, y 2) evalúan elementos de los sistemas de manera crítica y desde una perspectiva sistémica (CSU2030, 2020).

**Recuadro 2.1** *Principales marcos de sistemas de salud*

- Marco de desempeño de los sistemas de salud (Murray y Frenk, 2000)
- Marco de elementos fundamentales de la OMS (OMS, 2007)
- Marco de perillas de control (Roberts et al., 2008)
- Marco de indicadores de calidad de la atención de salud de la OCDE (Arah et al., 2006)
- Marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018)

**Cuadro 2.1** *Principales herramientas de evaluación de los sistemas de salud*

<b>Nombre de la herramienta</b>	<b>Organismo (año)</b>	<b>Objetivo principal (según la documentación de la herramienta)</b>	<b>Niveles de análisis</b>	<b>Público destinatario principal</b>
Serie de publicaciones <i>Health Systems in Transition</i> [sistemas de salud en transición]	Observatorio Europeo (2019)	Fundamentar el proceso de planificación sobre las necesidades y brechas en los sistemas de salud	Nivel nacional	Responsables de la formulación de políticas y analistas del desarrollo de sistemas de salud en Europa
<i>Health System Assessment Approach: A How-To Manual</i> [manual práctico sobre un enfoque de evaluación del sistema de salud]	USAID (2018)	Elaborar recomendaciones concretas para la reforma y opciones de política	Nivel nacional, se puede adaptar a los niveles subnacionales	Ministerio de salud, asociados internacionales
<i>Health System Performance Assessment</i> [evaluación del desempeño de los sistemas de salud]	Oficina Regional de la OMS para Europa (2012)	Apoyar o complementar un análisis de situación para definir opciones de política o formular recomendaciones generales	Nivel nacional, se puede adaptar a los niveles subnacionales	Ministerios de salud de la Región de Europa
<i>Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening</i> [evaluación para mejorar el fortalecimiento de los sistemas de salud]	Banco Mundial (Berman y Bitran, 2011)	Apoyar la formulación de políticas y estrategias para mejorar el desempeño	Nivel nacional, se puede adaptar a los niveles subnacionales	Ministerio de salud, asociados internacionales
<i>Monitoring the building blocks of health systems</i> [seguimiento de los elementos fundamentales de los sistemas de salud]	OMS (2010)	Apoyar la toma de decisiones basada en la evidencia	Nivel nacional, se puede adaptar a los niveles subnacionales	Ministerio de salud, asociados internacionales

<i>The Situation Analysis of the Health Sector</i> [análisis de la situación del sector salud]	OMS (Rajan, 2016)	Fundamentar la formulación de un plan o estrategia nacional	Nivel nacional, se puede adaptar a los niveles subnacionales	Ministerios de salud
<i>Health System Rapid Diagnostic Tool</i> [herramienta de diagnóstico rápido de los sistemas de salud]	FHI 360 (Wendt, 2012)	Apoyar el diseño de una estrategia de fortalecimiento del sistema de salud	Nivel subnacional	Oficinas de FHI 360 en los países

Fuente: Compilación de los autores.

La justificación general y el propósito de las diferentes herramientas de ESS examinadas se describen en el cuadro 2.1. Las herramientas se enumeran en términos de su nivel de análisis, que es principalmente nacional, con la flexibilidad de poder utilizarse para la evaluación subnacional. El objetivo general de las herramientas es similar: determinar y evaluar los puntos fuertes y débiles del sistema de salud. Sin embargo, se pueden encontrar diferencias con respecto a sus objetivos más específicos, que van desde promover la reforma de la atención de salud o detectar brechas y necesidades de planificación hasta definir estrategias amplias para el fortalecimiento o la mejora del sistema de salud. Por ejemplo, herramientas como el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018) y la herramienta de diagnóstico de Family Health International (FHI 360) tienen como objetivo formular recomendaciones relacionadas con desafíos específicos del sistema de salud. Mientras que otras, como la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019) y el manual *Monitoring the building blocks of health systems* [seguimiento de los elementos fundamentales de los sistemas de salud], de la OMS, son análisis descriptivos con los que se busca perfilar los principales puntos fuertes y débiles de la organización de un sistema de salud. En el caso de la serie de publicaciones del Observatorio Europeo, hay un capítulo dedicado específicamente al desempeño de los sistemas de salud.

Casi todas las herramientas de ESS seleccionadas se centran en una descripción nacional del sistema de salud para elaborar recomendaciones nacionales y regionales. De ahí que su público destinatario sean principalmente los ministerios de salud o partes interesadas internacionales. En la mayoría de los casos, el proceso de realización de la evaluación es tan importante como los aspectos técnicos de esta. Como resultado, existen muchas similitudes y diferencias importantes (como cuándo elegir indicadores o cómo señalar las debilidades del sistema) a nivel operativo. Las herramientas también difieren en cuanto a cuán prescriptivas son acerca de la manera de llevar a cabo una evaluación del sistema de salud. Algunas detallan cada paso del proceso de evaluación, como el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018) y la herramienta de diagnóstico de FHI 360,

mientras que otras recomiendan posibles pasos (*The Situation Analysis of the Health Sector* [OMS, 2016], y *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening* [Banco Mundial, 2011]).

### 2.3 ¿Cómo definimos un sistema de salud?

Para medir el desempeño de un sistema de salud, lo primero que debe hacerse es definirlo como una entidad clara. Esto requiere una descripción del sistema de salud y una definición clara de sus límites. El grado de responsabilidad de los actores del sistema de salud por la influencia que puedan tener sobre los objetivos finales del sistema de salud depende de cuán reducidos o amplios sean los límites del sistema de salud. En consecuencia, esta decisión tiene implicaciones importantes para las actividades de EDSS. Por ejemplo, una delimitación amplia del sistema de salud (que abarque toda la salud pública, las actividades de promoción de la salud y los efectos de los determinantes sociales de la salud) puede proporcionar una mejor representación de todos los factores que inciden en los resultados del sistema de salud. No obstante, esta amplitud puede limitar la capacidad de la herramienta para determinar las formas en que las partes interesadas que participan directamente en el sistema de salud pueden mejorar el desempeño. Al limitar el sistema de salud a la atención de salud, un ejercicio de evaluación puede atribuir más fácilmente el desempeño a las partes interesadas del sistema. Sin embargo, con ello se corre el riesgo de excluir algunos factores, como la educación o el empleo, que tienen un impacto considerable sobre los objetivos del sistema de salud.

Como lo demuestra el examen de las definiciones de sistemas de salud del recuadro 2.2, existen diferencias clave entre las evaluaciones revisadas. En particular, las definiciones reflejan diferencias en cuanto a los límites del sistema de salud y sus responsabilidades. Muchas de las evaluaciones revisadas adoptan la definición de la OMS del 2000 de un sistema de salud (recuadro 2.2): “Los recursos, personas e instituciones relacionados con el financiamiento, la regulación y la provisión de acciones de salud, donde las acciones de salud son cualquier conjunto de actividades cuyo principal objetivo es mejorar o mantener la salud” (Murray y Frenk, 2000; OMS, 2000). Al limitar el sistema de salud a acciones cuya finalidad principal es mejorar la salud, esta definición proporciona una definición operativa de los límites del sistema de salud y las partes interesadas e instituciones que tienen el mandato de mejorar la salud. Puede haber ambigüedades en torno a determinadas actividades, pero estas decisiones se pueden tomar de manera congruente en todas las herramientas de evaluación porque se aplican a diferentes sistemas de salud.

Las evaluaciones que no adoptan la definición del Informe sobre la salud en el mundo tienden a proporcionar su propia definición y utilizan un enfoque igualmente integrador. Un ejemplo son las definiciones que se siguen en la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019), *Health System Analysis for Better Health System Strengthening* (Banco Mundial, 2011) y *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016); estas definiciones incluyen una multitud de partes interesadas y actividades dentro del ámbito del sistema de salud que están vinculadas al objetivo general de promover, restaurar y mantener la salud (recuadro 2.2). Existen diferentes definiciones relativas a los límites del sistema de salud, particularmente en relación con la salud pública y la promoción de la salud. En menor medida, también hay diferencias en cuanto al grado en que los determinantes sociales de la salud, como el nivel de ingresos y la educación, se

### **Recuadro 2.2** *Definiciones de los sistemas de salud*

#### **Marco de desempeño de los sistemas de salud**

Los recursos, personas e instituciones relacionados con el financiamiento, la regulación y la provisión de acciones de salud, donde las acciones de salud son cualquier conjunto de actividades cuyo principal objetivo es mejorar o mantener la salud.

#### **Marco de elementos fundamentales de la OMS**

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo propósito principal es mejorar la salud.

#### **Marco de perillas de control**

Conjunto de relaciones donde los componentes estructurales (medios) y sus interacciones están asociados y conectados a los objetivos que el sistema desea alcanzar (fines).

#### **Marco de indicadores de la calidad de la atención de salud de la OCDE**

Un sistema de salud incluye todas las actividades y estructuras cuyo propósito principal es influir en la salud en su sentido más amplio (de conformidad con la definición de la OMS). La atención de salud se refiere al funcionamiento combinado de los servicios de salud pública y de atención individual.

#### **Marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018)**

Adopta la definición de la OMS (2000): Los recursos, personas e instituciones relacionados con el financiamiento, la regulación y la provisión de acciones de salud, donde las acciones de salud son cualquier conjunto de actividades cuyo principal objetivo es mejorar o mantener la salud.

#### **Manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018)**

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, personas y acciones cuyo propósito principal es promover, restaurar o mantener la salud (OMS, 2000).

#### **Herramienta de diagnóstico de FHI 360**

No se define el sistema de salud.

***Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (OMS, 2010)***

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo propósito principal es mejorar la salud. Esto incluye las medidas para influir en los determinantes de la salud, así como actividades más directas para mejorar la salud.

**Evaluación del desempeño de los sistemas de salud (Oficina Regional de la OMS para Europa)**

Los seis elementos fundamentales del sistema de salud por sí solos no constituyen un sistema; de la misma forma que una pila de ladrillos no constituye un edificio en funcionamiento... Son las múltiples relaciones e interacciones entre los elementos —la manera en que uno afecta e incide sobre los demás, y la forma en que a su vez se ve afectado por ellos— lo que convierte estos componentes en un sistema.

***Health System Analysis for Better Health System Strengthening (Banco Mundial, 2011)***

Los sistemas de salud son un medio, desarrollado por las sociedades, para ayudar a lograr fines como los mencionados anteriormente. Los sistemas de salud pueden ser un vehículo para acelerar el progreso hacia objetivos relacionados con la salud, pero también pueden ser una fuente de limitaciones que impiden dicho progreso.

***The Situation Analysis of the Health Sector (OMS, 2016)***

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados encargados de mejorar, mantener o restaurar la salud. Esto incluye servicios tanto individuales como colectivos, así como actividades para influir en las políticas y acciones de otros sectores para abordar los determinantes políticos, sociales, ambientales y económicos de la salud.

***Health Systems in Transition (Observatorio Europeo, 2019)***

Se entiende que los sistemas de salud son compatibles con lo estipulado en el Informe sobre la salud en el mundo 2000, en el sentido de que combinan tres elementos:

- la prestación de servicios de salud (tanto individuales como colectivos);
- actividades para facilitar la prestación de servicios de salud (específicamente financiamiento, generación de recursos y gobernanza); y
- actividades de gobernanza que buscan influir en otros sectores que tienen un efecto sobre la salud.

incluyen como parte del sistema de salud. Por ejemplo, los determinantes sociales se incluyen explícitamente en la definición utilizada en *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016), pero no en la definición adoptada en el *Informe sobre la salud en el mundo* (OMS, 2000).

En la práctica, puede ser más útil alinear la definición del sistema de salud lo más cerca posible con las personas e instituciones responsables de mejorar la salud, especialmente

si el marco pretende ser una plataforma para evaluar el desempeño y fundamentar acciones posteriores. Sin embargo, el reconocimiento del entorno más amplio del sistema de salud ayudará a comprender mejor sus interacciones con el contexto económico, político y social más general.

#### **2.4 ¿Cuáles son los factores que explican el desempeño del sistema de salud?**

Una parte clave de todo marco de un sistema de salud es definir los factores que explican el desempeño del sistema. La terminología elegida para referirse a los factores y la variedad de estos difiere con el tiempo y entre los marcos. En su marco, Murray y Frenk (2000) definen estos factores como cuatro funciones del sistema de salud, que se basan en sus trabajos previos (Londoño y Frenk, 1997), a saber: financiamiento, prestación de servicios de salud, rectoría y generación de recursos. Dentro de cada una de estas cuatro funciones, Murray y Frenk (2000) incluyeron subfunciones y elementos de diseño estratégico, arreglos estructurales y gestión de la aplicación que podrían contribuir a la capacidad de un sistema de salud para llevar a cabo estas funciones.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se destacan las mismas cuatro funciones como base para comprender y evaluar mejor los sistemas de salud y su desempeño (OMS, 2000). En el 2007, la OMS publicó el documento *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes* (OMS, 2007), que ofrecía un marco actualizado para la evaluación de los sistemas de salud. En lugar de centrarse en funciones, dicho marco introdujo seis “elementos fundamentales” para representar los insumos de un sistema de salud. Estos elementos son liderazgo y gobernanza; financiamiento de la atención de salud; personal de salud; productos médicos y tecnologías sanitarias; información e investigación, y prestación de servicios. Los elementos fundamentales y las funciones están estrechamente vinculados y tienen cierta superposición. Por ejemplo, los elementos fundamentales de liderazgo y gobernanza, financiamiento de la atención de salud y prestación de servicios reflejan las funciones básicas de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud. Del mismo modo, el personal de salud y los productos médicos y tecnologías sanitarias —que alguna vez se consideraron subfunciones de la generación de recursos— se clasifican como elementos fundamentales. También lo es la información e investigación, que puede abarcar todas las funciones del sistema de salud. Estos dos marcos proporcionan la base para la mayoría de las evaluaciones examinadas en este capítulo.

Las evaluaciones que no adoptan uno de los dos enfoques de la OMS también mencionan factores clave que influyen en el desempeño del sistema de salud, aunque se refieren a ellos con diferentes descriptores, como fundamentos y perillas de control (cuadro 2.2). En casi todas las evaluaciones se mencionan ciertos componentes organizativos del sistema de salud, como financiamiento y gobernanza, aunque la terminología y el alcance varían. Por ejemplo, aparte del término *gobernanza*, a veces se utilizan términos más específicos como *rectoría*, *liderazgo*, *regulación* y *organización*. De alguna forma, también se señalan los insumos físicos y recursos humanos que brindan atención, ya sea como factores diferenciados o de acuerdo con las acciones realizadas para generarlos, mantenerlos o usarlos en la prestación de servicios. Por ejemplo, mientras que el marco de la OMS del 2000 utiliza una categoría (generación de recursos) para todos los insumos, el marco de elementos fundamentales (OMS, 2007) incluye el personal de salud, la información y los productos médicos, las vacunas y las tecnologías sanitarias como factores independientes.

La prestación de servicios a menudo se presenta como un componente organizativo diferenciado, aunque, reiteramos, diferentes evaluaciones utilizan una terminología distinta. Por ejemplo, la prestación de servicios se conceptualiza a través de “plataformas [de prestación de servicios]” en el marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018). También hay factores que influyen en el desempeño y que se señalan individualmente en algunos marcos y herramientas pero que no están presentes en otros. Los factores influyen en los objetivos del sistema de salud, aunque no siempre directamente a través del sistema de atención de salud. Ejemplos de esto serían: el comportamiento en el marco de perillas de control, el componente comunitario en la herramienta de diagnóstico de FHI 360 y la población en el marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018).

## **2.5 ¿Cuáles son los objetivos del sistema de salud?**

Con la evaluación del desempeño de un sistema de salud se busca vigilar, evaluar y comunicar el grado en que el sistema cumple con sus objetivos clave (Smith et al., 2009). Un primer paso en cualquier ejercicio de evaluación del desempeño es establecer los objetivos del sistema de salud. Todas las herramientas, excepto la herramienta de diagnóstico de FHI 360 y *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016), definen los objetivos del sistema de salud (cuadro 2.3). A pesar de las variaciones en la terminología y las formas en que se agrupan los objetivos (por ejemplo, en objetivos intermedios o finales), existe cierto consenso entre las



herramientas de evaluación. En particular, algunos objetivos se formulan en términos neutros (por ejemplo, OMS 2000), mientras que otros se formulan de manera normativa (por ejemplo, indicadores de calidad de la atención de salud [HCQI, por su sigla en inglés], 2006).

Como era de esperar, en la mayoría de las evaluaciones se indica el estado de salud

**Cuadro 2.2** Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud

Marco/herramienta	Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud	Marco/herramienta	Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud
OMS (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000	Funciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prestación de servicios</li> <li>· Generación de recursos</li> <li>· Financiamiento</li> <li>· Rectoría</li> </ul>		Elementos fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Liderazgo y gobernanza</li> <li>· Financiamiento del sistema de salud</li> <li>· Sistemas de información</li> <li>· Personal de salud</li> <li>· Infraestructura, equipos y productos de salud</li> <li>· Componente comunitario</li> <li>· Prestación de servicios</li> </ul> Funciones del sistema de salud: proceso específico realizado dentro de cada elemento fundamental del sistema de salud
<i>Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes</i> (OMS, 2007) También en: <i>Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies</i> (OMS, 2010)	Elementos fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prestación de servicios</li> <li>· Personal de salud</li> <li>· Información</li> <li>· Productos médicos, vacunas y tecnologías sanitarias;</li> <li>· Financiamiento</li> <li>· Liderazgo y gobernanza</li> </ul>	Herramienta de diagnóstico rápido de los sistemas de salud (FHI 360, 2012)	
Roberts et al. (2008) <i>Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity</i> ; Banco Mundial También en: <i>Health System Analysis for Better Health System Strengthening</i> (Banco Mundial, 2011)	Perillas de control: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Financiamiento</li> <li>· Pago</li> <li>· Organización</li> <li>· Regulación</li> <li>· Comportamiento</li> </ul>	Evaluación del desempeño de los sistemas de salud (Oficina Regional de la OMS para Europa)	Cualquier conjunto de componentes siempre que sean congruentes (por ejemplo, elementos fundamentales, funciones, una combinación de ambos)
		<i>Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies</i> (OMS, 2010)	Elementos fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prestación de servicios</li> <li>· Personal de salud</li> <li>· Sistemas de información de salud</li> <li>· Acceso a medicamentos esenciales</li> <li>· Financiamiento</li> <li>· Liderazgo y gobernanza</li> </ul>
		Serie de publicaciones <i>Health Systems in Transition</i> (Observatorio Europeo, 2019)	Evalúa el funcionamiento del sistema de salud, compuesto por los principales aspectos relativos a la organización, el financiamiento, los recursos humanos y físicos y la prestación de servicios

Marco/herramienta	Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud	Marco/herramienta	Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud
Marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018)	Fundamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Población</li> <li>· Gobernanza</li> <li>· Plataformas</li> <li>· Personal</li> <li>· Herramientas</li> </ul>	<i>Health System Analysis for Better Health System Strengthening</i> (Banco Mundial, 2011)	Elementos fundamentales más aspectos conexos: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Recursos humanos para la salud</li> <li>· Productos farmacéuticos y médicos</li> <li>· Tecnologías e infraestructura de salud</li> <li>· Prestación de servicios</li> <li>· Gobernanza y gestión de la salud</li> <li>· Liderazgo, coordinación y reformas</li> <li>· Financiamiento de la salud</li> <li>· Sistemas de información de salud</li> <li>· Políticas y contexto sectoriales</li> <li>· Resultados de salud</li> </ul>
USAID (2017) Manual práctico sobre el enfoque de evaluación de sistemas de salud (Versión 3)	Funciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prestación de servicios</li> <li>· Recursos humanos</li> <li>· Productos médicos, vacunas y tecnologías sanitarias;</li> <li>· Sistema de información de salud</li> <li>· Financiamiento de la salud</li> <li>· Gobernanza</li> </ul>		

Fuente: Compilación de los autores.

**Cuadro 2.3** *Objetivos del sistema de salud*

Marco/herramienta	Objetivos intermedios	Objetivos finales del sistema de salud
<b>Marco de desempeño de la OMS (2000)</b>	Acceso Cobertura Calidad Seguridad	Nivel y distribución de la salud Nivel y distribución de la capacidad de respuesta Equidad del financiamiento Eficiencia
<b>Marco de perillas de control (2003)</b>	Eficiencia Calidad Acceso	Estado de salud Satisfacción ciudadana Protección contra riesgos
<b>Marco HCQI de la OCDE (2006)</b>		Mejorar la salud Eficiencia macroeconómica y sostenibilidad Eficiencia microeconómica y relación calidad-precio Equidad
<b>Marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018)</b>	Procesos de atención: · Atención y sistemas competentes · Experiencia positiva del usuario	Impactos de calidad: · Mejor salud · Confianza en el sistema · Beneficio económico
<b>Manual práctico sobre el enfoque de evaluación de sistemas de salud (USAID)</b>	Equidad Eficiencia Acceso Calidad Sostenibilidad	Mejora de la salud Capacidad de respuesta Protección contra riesgos
<b>Evaluación del desempeño de los sistemas de salud (Oficina Regional de la OMS para Europa)</b>	Equidad Eficiencia	Mejora de la salud Protección contra riesgos Capacidad de respuesta
<b>Health System Analysis for Better Health System Strengthening (Banco Mundial, 2011)</b>	Acceso Calidad Eficiencia	Estado de salud Protección financiera Satisfacción del usuario
<b>Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (OMS, 2010)</b>		Mejora de la salud Capacidad de respuesta Protección social y financiera Mejora de la eficiencia
<b>Serie de publicaciones Health Systems in Transition (Observatorio Europeo, 2019)</b>		Salud de la población Calidad Eficiencia Transparencia y rendición de cuentas

Fuente: Compilación de los autores.

o la mejora de la salud como el objetivo clave del sistema. Esta interpretación de la salud casi siempre se considera en términos de la salud de la población; sin embargo, existen diferencias respecto a cuán explícitamente se vincula el objetivo de mejora de la salud con actividades que caen dentro de los límites definidos del sistema de salud (Papanicolas, 2014). Además, la redacción exacta difiere, ya que algunas evaluaciones se refieren explícitamente a “mejora de la salud” o “mejor salud”, pero otras solo especifican “estado de salud” o “salud de la población”.

Las experiencias de las personas en sus interacciones con el sistema de salud también se señalan con frecuencia como un objetivo del sistema de salud, aunque aquí también hay una variación considerable en cuanto a terminología y alcance. Esta variabilidad se centra en si un objetivo se conceptualiza de una manera que considera específicamente a los pacientes o a la población en general y si se aplica principalmente a aspectos relativos a la satisfacción con los servicios de atención de la salud o se extiende más allá para abarcar los derechos humanos y la confianza en el sistema. Por ejemplo, el marco de perillas de control se centra en el objetivo de la satisfacción de los ciudadanos, mientras que el marco de sistemas de salud de alta calidad (Kruk et al., 2018) considera la confianza en el sistema el objetivo específico. La OMS adopta la noción mucho más amplia de “capacidad de respuesta del sistema de salud”, que incluye elementos tanto de respeto a las personas como de orientación al usuario.

En la mayoría de las evaluaciones también se mencionan explícitamente la eficiencia y la equidad como objetivos importantes, aunque a veces se consideran objetivos intermedios, mientras que en otras son objetivos finales o incluso transversales. Una vez más, una de las diferencias radica en si la eficiencia se aplica a todo el sistema o a determinadas organizaciones y servicios dentro del sistema, o a ambos. La mayoría de las evaluaciones suele referirse a la equidad. A veces, esto comprende cierta noción de la distribución de otros resultados, como la salud (por ejemplo, OMS 2000), pero también aparece con frecuencia como un objetivo intermedio. Por ejemplo, el marco de USAID incluye la equidad como un “criterio de desempeño” que incide en el “impacto final”, y señala que esto se refiere específicamente a la equidad horizontal y vertical (USAID, 2018).

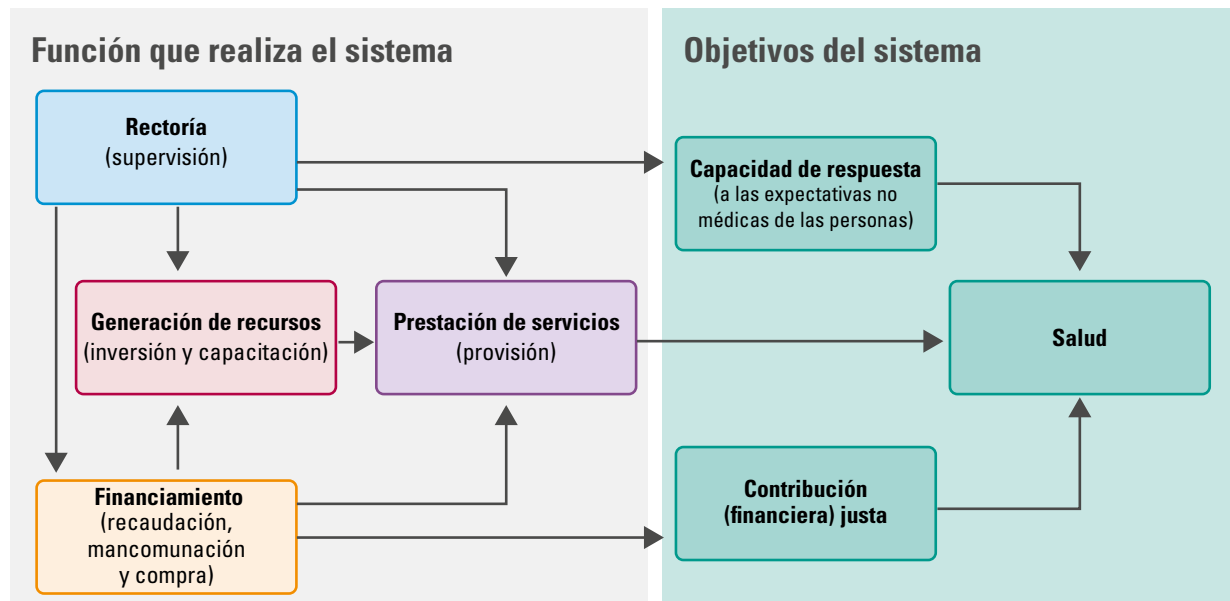
Muchas de las herramientas de evaluación también destacan la protección contra riesgos como un objetivo del sistema de salud. La naturaleza de este riesgo varía, y puede incluir riesgos sociales, económicos, financieros y de otro tipo, pero en la mayoría de las evaluaciones se resalta la protección frente al riesgo financiero y aspectos conexos, como la equidad en el financiamiento. Finalmente, la mayoría de las herramientas de

evaluación hacen referencia a las metas de acceso, calidad y cobertura, aunque casi siempre se consideran objetivos intermedios, que son los medios para alcanzar los objetivos finales.

## 2.6 Evaluación del desempeño: ¿cómo se vinculan los factores que influyen en el desempeño con los objetivos del sistema de salud?

Una de las principales innovaciones del Informe sobre la salud en el mundo 2000 fue presentar un marco para el sistema de salud que vinculaba las funciones del sistema, es decir, los factores que influyen en el desempeño del sistema de salud, con los objetivos de este (figura 2.1). En el informe se reconoció que las funciones del sistema de salud pueden clasificarse y relacionarse con sus objetivos de muchas maneras, y muchos de los marcos posteriores examinados en este capítulo se han basado en este enfoque y lo han desarrollado aún más.

**Figura 2.1** Relación entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud



Fuente: OMS (2000).

En todos los marcos de sistemas de salud se destaca que la EDSS debería entrañar la evaluación de los procesos dentro del sistema de salud, en lugar de simplemente describir cuáles son estos procesos o factores. La forma en que las diferentes evaluaciones hacen esto varía. Las diferentes herramientas de evaluación no siempre definen explícitamente los resultados del sistema de salud ni indican los factores que pueden influir en dichos resultados. Y cuando lo hacen, los enfoques varían considerablemente.

En el marco de elementos fundamentales del 2007, la OMS desglosó las cuatro funciones en sus insumos más estructurales y los vinculó a una serie de indicadores básicos. Esto permitió a los países producir “paneles” nacionales para el seguimiento y la evaluación específicos de los esfuerzos de fortalecimiento de sus sistemas de salud. Todos los indicadores se vincularon directamente a los elementos fundamentales, y el desempeño de dichos elementos se vinculó por medio de una cadena de resultados a productos, resultados intermedios e impactos específicos: mejores resultados y equidad en la salud, protección contra los riesgos sociales y financieros, capacidad de respuesta y eficiencia.

Un enfoque similar, adoptado por el Banco Mundial (Roberts, Berman y Reich, 2003), utiliza “perillas de control” —financiamiento, pago, organización, regulación y comportamiento— como los factores que influyen sobre los objetivos del sistema de salud, como el estado de salud, la protección contra el riesgo financiero y la satisfacción (Hsiao, 2003; Berman y Bitran, 2011).

La mayoría de las herramientas de evaluación revisadas adoptan el enfoque de funciones o elementos fundamentales del sistema de salud para delinear los componentes organizativos que sirven como punto de entrada para la evaluación de los sistemas de salud. A partir de ahí, y dependiendo de la herramienta, los diferentes componentes organizativos reciben distintos grados de énfasis en cuanto a la orientación de la recopilación de datos y la vinculación de los datos recopilados a los resultados del sistema de salud. Algunas herramientas utilizan vínculos entre los componentes organizativos y los resultados del sistema de salud como un medio para proporcionar un contexto más amplio a la evaluación, más que como un medio para evaluar el desempeño general del sistema de salud. Por ejemplo, la herramienta de diagnóstico de FHI 360 y *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016) describen factores clave que contribuyen al desempeño del sistema de salud, como el financiamiento y la prestación de servicios, y proponen un marco para evaluarlos, pero no describen explícitamente cómo esos componentes contribuyen a los objetivos del sistema de salud.

Algunas evaluaciones, como el marco *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies* [marco de vigilancia de los elementos fundamentales], de la OMS, y el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018), son prescriptivas con respecto a los indicadores que utilizan para evaluar los componentes organizativos. Otras, como la EDSS de la Oficina regional de la OMS para Europa y, en cierta medida, también *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016), proponen un proceso de selección y definición de estos indicadores como el primer paso de la evaluación misma. Sin embargo, todas las herramientas

ofrecen, al menos, la posibilidad de vincular los indicadores que proponen o información cualitativa a sus respectivos componentes organizativos.

Es importante destacar que también existen diferencias con respecto a la manera en que se utiliza la información recopilada a través del proceso de evaluación. Algunas herramientas se centran en comprender el *statu quo* de los factores que influyen en el desempeño para crear una visión general descriptiva. Otras ofrecen opciones para elaborar recomendaciones y soluciones destinadas a mejorar el desempeño de los componentes organizativos del sistema, y algunas incluyen orientación metodológica sobre cómo llevar a cabo la evaluación en sí. Por ejemplo, en el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018) se busca señalar las causas subyacentes de un bajo desempeño de los elementos fundamentales a fin de mejorar la planificación y la toma de decisiones en el ámbito de la salud. La herramienta de diagnóstico de FHI 360 hace hincapié en que la evaluación debería estructurarse en torno a tres áreas relacionadas con el desempeño: los factores que afectan el desempeño de una función, el proceso mismo de ejecución de las funciones y “áreas de prestación de servicios, objetivos de salud u otras funciones del sistema de salud que se ven afectadas por el desempeño de esa función”. Sin embargo, la herramienta de diagnóstico de FHI 360 no propone ningún indicador concreto para lograr esto. En cambio, sugiere crear un “mapa de desempeño” para cada ESS, que se puede utilizar para “formular parámetros para evaluar el desempeño de estas funciones”. En contraste, la herramienta de EDSS de la Oficina Regional de la OMS para Europa mira más de cerca el nivel estratégico para proporcionar un “panorama general” sobre el cual evaluar el desempeño de un sistema de salud de manera holística; por último, el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018) guía la detección de puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas dentro de los elementos fundamentales del sistema de salud.

No todas las evaluaciones revisadas se proponen evaluar el desempeño del sistema de salud. En cambio, se centran en describir y comprender el estado actual de los factores del sistema de salud que pueden influir en el desempeño. Las herramientas de EDSS que tienen la palabra *desempeño* en su título examinan los objetivos finales del sistema de manera más coherente. Sin embargo, a menudo carecen de un análisis exhaustivo del funcionamiento de cada factor que puede influir en el desempeño del sistema. Nuestro objetivo con el enfoque del marco de evaluación es incluir tanto la descripción como el análisis de los factores dentro de un sistema de salud que pueden influir en el desempeño, así como sus objetivos intermedios y finales.

## 2.7 Análisis y conclusiones

En los últimos decenios, los esfuerzos desplegados para conceptualizar y evaluar los sistemas de salud han recorrido un largo camino. En los diferentes marcos y herramientas de evaluación de los sistemas de salud revisados, hay muchos puntos en común en cuanto a los principales resultados del sistema de salud y los factores que influyen en ellos. Esto proporciona una base sólida para formular un marco conceptual común con miras a unificar los enfoques de EDSS.

Sin embargo, hay áreas conceptuales clave en las que no hay consenso. El primer punto de divergencia importante tiene que ver con la delimitación del sistema de salud. Aunque la mayoría de los marcos y evaluaciones incluyen actividades de salud pública y promoción de la salud dentro de los límites establecidos, la mayoría no considera responsabilidad del sistema de salud los determinantes sociales de la salud. Todos estos factores influyen en los resultados del sistema de salud, pero la decisión de dónde fijar los límites tiene más que ver con el propósito del marco o la evaluación en sí. Si el objetivo es definir un conjunto de acciones que los actores dentro del sistema de salud pueden tomar para mejorar el desempeño del sistema, o sus funciones, puede ser mejor establecer los límites con base en esa premisa. Sin embargo, es crucial definir la importancia que otros factores tendrán respecto de los objetivos del sistema de salud y las formas en que dicho sistema puede influir en ellos.

Una segunda área de divergencia tiene que ver con la determinación de los objetivos del sistema de salud. Existe un amplio consenso en torno a objetivos clave como la mejora de la salud, pero todavía existe una variabilidad considerable en cuanto a la terminología, el alcance y el mandato de muchos otros objetivos, como la equidad, la eficiencia y alguna noción de cuán sensible es el sistema a las necesidades no médicas de las personas (denominadas satisfacción del usuario, enfoque centrado en las personas, capacidad de respuesta del sistema de salud, por nombrar algunas). Posiblemente como reflejo de las diferencias en cuanto a la determinación de límites para el ejercicio de evaluación, también hay diferencias con respecto a algunos de los objetivos incluidos en las herramientas, como el comportamiento, la confianza o la población.

Otra diferencia observada entre las evaluaciones revisadas atañe al número, el alcance y el mandato de los factores que influyen en el desempeño, y cómo estos están vinculados a los resultados. Aunque la mayoría de las herramientas estudiadas utilizan las funciones o los elementos fundamentales de la OMS para describir los factores que influyen en el desempeño, también hay otras representaciones. A pesar de la diferencia en cuanto



a terminología y número, estos factores parecen agruparse en torno a un conjunto de componentes organizativos responsables de acciones clave en el sistema de salud. Como resultado, la mayoría de los componentes organizativos se pueden asignar de una herramienta a otra con relativa facilidad. Sin embargo, dependiendo del objetivo inicial de las herramientas y los marcos revisados, se observaron diferencias en cuanto a si examinaron el desempeño de los componentes organizativos cuyas acciones influyen en los objetivos del sistema de salud y cuán prescriptivos fueron con respecto a los indicadores que podrían utilizarse para estos fines.

Si bien todos los marcos y herramientas de evaluación compartían la premisa de que la clave para el fortalecimiento de los sistemas de salud era la mejora de los factores que influyen en el desempeño, no todos mostraron los vínculos explícitos entre uno y otro. Creemos que la EDSS es una actividad crucial que puede sustentar los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud mediante la determinación de oportunidades de mejora. En última instancia, la utilidad de la EDSS para las partes interesadas nacionales e internacionales reside en aclarar los vínculos entre los componentes organizativos y los objetivos finales del sistema de salud. Al comprender cómo los marcos y herramientas de evaluación anteriores han delineado y medido estos vínculos, podemos comenzar a formular una idea común que acerque estos razonamientos. Una parte clave de este proceso será hacer uso de la información cualitativa y cuantitativa que se recopile a través de las herramientas de evaluación existentes que podrían fundamentar una actividad más específica de EDSS. Esto es particularmente importante, ya que muchas herramientas de evaluación existentes realizan una evaluación exhaustiva de los componentes organizativos del sistema de salud, pero no siempre los relacionan explícitamente con los resultados finales del sistema.

Las áreas descritas anteriormente reflejan debates críticos sobre el pensamiento relativo a los sistemas de salud que no se resolverán en este volumen. Sin embargo, proponemos un enfoque explícito y basado en la evidencia para todas estas áreas.

## Referencias

- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2017). *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Version 3.0. Washington, D.C.: USAID.
- Arah OA et al. (2006). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5):377-398.
- Berman P, Bitran R (2011). *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening*.

- Health, Nutrition, and Population*. Documento de trabajo. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial.
- Kruk ME et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6.11:e1196-e1252.
- Londoño JL, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1):1-36.
- Murray CJL, Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*, 78(6):717-730.
- Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (2019). Health Systems in Transition: template for authors 2019. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Oficina Regional de la OMS para Europa (2012). Case studies on health system performance assessment. A long-standing development in Europe. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350279> (consultado el 23 de mayo del 2016).
- Organización Mundial de la salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, Servicios de Elaboración de Documentos (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. WHO's framework for action. Ginebra: OMS.
- Papanicolas I, Smith P, editores (2013). *Health System Performance Comparison: an agenda for policy, information and research*. Maidenhead: Open University Press.
- Rajan D (2016). Chapter 3: Situation analysis of the health sector. En: Organización Mundial de la Salud. *Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook*. Ginebra: OMS.
- Roberts MWH, Berman P, Reich M. (2003). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Roberts MWH et al. (2008). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith PC et al. (editores) (2009). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- UHC2030 (2020). Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/135970/E94887\\_Part\\_I.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf).
- Wendt D (2012). *Health System Rapid Diagnostic Tool. Framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions*. Durham, NC: Family Health International.

# Hacia un enfoque común: el marco de evaluación del desempeño del sistema de salud para la cobertura universal de salud

*Irene Papanicolas, Marina Karanikolos, Josep Figueras, Dheepa Rajan*

### 3.1 Introducción

El objetivo general de este documento es formular un marco para la evaluación del desempeño del sistema de salud que apoye las acciones de los países dirigidas a fortalecer sus sistemas de salud a medida que avanzan hacia la cobertura universal de salud (en adelante, el marco de evaluación). El marco de evaluación tiene por objeto proporcionar una herramienta que pueda ayudar a las partes interesadas a hacer el mejor uso de la información recopilada a través de las herramientas de ESS existentes a los fines de una EDSS. Para mantener la continuidad conceptual, nuestro enfoque utiliza funciones del sistema de salud formuladas en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 (gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) como punto de partida para evaluar los sistemas de salud. Nuestro enfoque se propone ofrecer una mejor comprensión de cómo estas cuatro funciones contribuyen al logro de los objetivos del sistema de salud y, por ende, a su buen desempeño. Un aspecto central de este enfoque es la premisa de que la forma de alcanzar un alto nivel de desempeño general del sistema de salud es asegurarse de que cada función individual del sistema se desempeñe a un alto nivel.

Con el fin de proporcionar un punto de partida desde el cual abordar el marco de evaluación, este capítulo se centra en:

- definir la entidad que se está evaluando, es decir, demarcar los límites del sistema de salud
- dar a conocer las funciones clave del sistema de salud
- los objetivos finales y los objetivos intermedios del sistema de salud.

A partir de la revisión realizada en el capítulo 2, en este capítulo se procura aprovechar las áreas de consenso tanto como sea posible, con el objetivo de producir una herramienta que sea fácilmente aplicable a los enfoques existentes. Se presentan las principales funciones que conforman el marco de evaluación y se esbozan los objetivos intermedios y finales del sistema de salud. El papel específico y la evaluación de las funciones se analizarán con más detalle en los capítulos 4 a 7. Luego de haber presentado el papel y la evaluación de las funciones del marco de evaluación, se examinará en el capítulo 8 la forma en que estas operan en conjunto para influir en el desempeño del sistema de salud.

## **3.2 Introducción a los conceptos clave**

En el capítulo 2 se esbozaron varios conceptos clave que deberían aclararse antes de poder establecer una EDSS, a saber: 1) demarcar claramente los límites del sistema de salud que ha de evaluarse; 2) esbozar los factores que influyen en el desempeño del sistema de salud, y 3) definir los objetivos del sistema de salud. A medida que presentemos el marco de evaluación en este capítulo, explicaremos cómo se ha abordado cada uno de estos pasos.

### **3.2.1 Límites del sistema de salud**

En consonancia con el Marco de desempeño de los sistemas de salud (Murray y Frenk, 2000), restringimos los límites del sistema de salud a los actores y las acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud.

### **3.2.2 Factores que influyen en el desempeño del sistema de salud: funciones y subfunciones**

Como se analizó en el capítulo 2, hay varias maneras de definir los factores que influyen en el desempeño. Dos enfoques comunes adoptados por la OMS y ampliamente utilizados en todas las herramientas de evaluación son la conceptualización de las funciones del sistema de salud (OMS, 2000) y el marco de elementos fundamentales (OMS, 2007). Hasta cierto punto, estos marcos se apoyan mutuamente. Por ejemplo, las funciones del sistema de salud sirven como punto de partida para la conceptualización de los elementos fundamentales. Como señala la OMS (2007), “para lograr sus objetivos, *todos los sistemas de salud tienen que cumplir algunas funciones básicas, independientemente de cómo estén organizados*: tienen que proporcionar servicios, formar personal de salud y otros recursos clave, movilizar y asignar fondos y cuidar del liderazgo y la gobernanza

del sistema de salud (también conocido como rectoría, que se refiere a la supervisión y orientación de todo el sistema)”.

En consonancia con este enfoque, adoptamos el concepto de funciones del sistema de salud como punto de partida para la EDSS. El diccionario Oxford del inglés define la función como “un deber asociado a un papel u oficina” o “el propósito o el papel previsto de una cosa”. Para definir las funciones del sistema de salud, la primera descripción es la más utilizada y describe los deberes esenciales que un sistema de salud debe llevar a cabo para lograr sus objetivos previstos. En nuestro enfoque, que se presenta a continuación, se especifican cuatro funciones del sistema de salud, en consonancia con el Informe sobre la salud en el mundo 2000: gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios (OMS, 2000).

Como cada función contribuye al logro de los objetivos del sistema de salud, nuestro marco conceptual busca detectar y delinear cada una de estas funciones del sistema de salud y evaluar cuán bien se están desempeñando. Antes de hacer esto, debemos describir de manera más explícita las características de una función con buen desempeño, considerando las diferencias en las estructuras y organizaciones individuales que existen en los sistemas de salud. En la segunda parte de este volumen se describe este enfoque para cada una de las cuatro funciones del sistema de salud (gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) a fin de crear un marco de desempeño y definir un conjunto de áreas de evaluación y mediciones indicativas para cada una. En estos capítulos dedicados a las funciones se enuncia el objetivo general de la función y los procesos clave, o subfunciones, esenciales para lograr ese objetivo. Por último, al detectar áreas de mejora dentro de cada función, podemos determinar cómo fortalecer el sistema de salud en su conjunto y apoyar el logro de sus objetivos.

La selección de las subfunciones se basa en criterios extraídos de la documentación y otras deliberaciones del Grupo de Trabajo Técnico de CSU2030 (2018). Estas funciones deben:

- reflejar de forma lógica las funciones básicas del sistema de salud, preferiblemente en componentes autónomos y complementarios
- determinar las acciones específicas o los elementos necesarios de cada función que conduzcan al logro de los objetivos de alto nivel del sistema de salud
- permitir responsabilizar a actores específicos dentro del sistema de salud por acciones y procesos

- poder describirse o medirse, vigilarse y evaluarse en relación con los objetivos de alto nivel
- velar por la coherencia con las actividades de EDSS existentes.

Dado que las cuatro funciones básicas son en sí mismas muy amplias, los dos primeros criterios proporcionan una base para la forma en que deberían desglosarse para facilitar la evaluación. En primer lugar, para poder hacer una evaluación significativa, las funciones deben desglosarse en elementos específicos, que pueden evaluarse mediante indicadores de desempeño. En segundo lugar, como las funciones representan acciones —es decir, lo que hacen los sistemas de salud—, deben evaluarse como procesos dinámicos que conducen a resultados intermedios o finales específicos, que contribuyen directa o indirectamente al logro de los objetivos del sistema de salud.

Los dos criterios siguientes para la selección de subfunciones están relacionados con la evaluación. Las subfunciones seleccionadas deben definir las distintas áreas de mejora de las que los actores dentro de los sistemas de salud pueden ser responsables. Esto hará que el marco sea útil para las partes interesadas dentro del sistema, al proporcionarles evidencia para emprender las acciones necesarias, así como a las partes interesadas externas que buscan la rendición de cuentas por parte de estas entidades, proporcionándoles información sobre el desempeño de las diferentes funciones de un sistema de salud. Para que una evaluación del desempeño sea significativa, las subfunciones deben poder medirse con indicadores cuantitativos o cualitativos apropiados, así como vigilarse a lo largo del tiempo.

Por último, dado el mandato del GTT de definir un enfoque armonizado y común para evaluar los sistemas de salud, el último criterio es que las subfunciones han de ser coherentes con los instrumentos existentes para realizar ESS. Esto permitirá al marco aprovechar los esfuerzos existentes siempre que sea posible.

### ***3.2.3 Determinación de los objetivos del sistema de salud***

Sobre la base de las áreas de consenso indicadas en el capítulo 2, proponemos los siguientes objetivos del sistema de salud para el marco de evaluación: mejora de la salud, enfoque centrado en las personas, protección financiera, equidad del sistema de salud y eficiencia del sistema de salud.

Indiscutiblemente, un objetivo fundamental de todo sistema de salud es mejorar la salud de la población de la que es responsable. Un elemento central para considerar este objetivo es comprender con claridad lo que se entiende por *salud* y, en particular, cuál es el grado de responsabilidad del sistema de salud en el logro o la mejora de la salud. En los últimos decenios se han producido parámetros más amplios para medir el estado de la salud que incorporan la calidad de vida y los años vividos. Los ejercicios de EDSS utilizan cada vez más parámetros de salud de la población, como la mortalidad prevenible; dichos parámetros se centran más específicamente en áreas en las cuales el sistema de salud puede tener un impacto demostrable, ya sea a través de una atención eficaz y oportuna o de una intervención de salud pública (Karanikolos et al., 2013; GBD 2015, 2017; Kruk et al., 2018). A los efectos de este ejercicio, consideramos una definición amplia de salud, como se describe en actividades anteriores de EDSS (OMS, 2000, 2007). De esta forma se logra abarcar la salud de la población en diferentes puntos del ciclo de vida e incluir los efectos de la morbilidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, dados los límites que hemos asignado al sistema de salud para este ejercicio, solo consideramos la mejora de la salud resultante de acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud.

Como segundo objetivo fundamental del sistema de salud, esbozamos explícitamente el enfoque centrado en las personas. Un sistema de salud centrado en las personas es aquel que satisface las necesidades médicas de la población junto con las necesidades no médicas, como asegurarse de que la atención sea aceptable y que se respeten los derechos, necesidades y preferencias individuales de las personas en sus interacciones con el sistema de salud. Es importante destacar que este objetivo refleja un producto de las interacciones no médicas de toda la población con el sistema —como la confianza en el sistema de salud y las percepciones de calidad y acceso— y no se centra únicamente en la experiencia o satisfacción del paciente, aunque estos son productos importantes de la atención centrada en el paciente. Este objetivo se refleja en múltiples marcos existentes, con una terminología variada.

En un estudio reciente de Nolte et al. (2020) se conceptualiza el enfoque centrado en las personas y su empoderamiento a partir de tres componentes principales. En primer lugar, la voz del ciudadano representa la noción de representación de la población y la participación en los órganos de toma de decisiones. Estos incluyen las juntas directivas de los hospitales y los organismos que establecen las prioridades, así como informes públicos sobre el sistema de salud y la evaluación de las opiniones públicas, que son clave para la gobernanza efectiva del sistema de salud. En segundo lugar está la elección

del proveedor por parte del paciente o el usuario del servicio. Por último, el paciente como coproductor se relaciona con la forma en que los pacientes o usuarios del servicio participan, individual o colectivamente y en asociación con los proveedores, en la prestación de su propio tratamiento. En las dos últimas categorías, serán fundamentales instrumentos como las leyes sobre derechos, herramientas para la toma de decisiones participativa y la disponibilidad de resultados relacionados con el paciente y mediciones de su experiencia.

La protección financiera, que a veces se denomina protección contra riesgos, se refiere a la capacidad del sistema de salud para proteger a la población de los riesgos financieros de la mala salud. Esto se considera un objetivo distinto del enfoque centrado en las personas, y se refiere específicamente a proteger a las personas del empobrecimiento o el gasto catastrófico en su procura de salud. Muchos de los sistemas de salud del mundo han establecido mecanismos de seguro de salud amplios para proteger a su población y tratar de alcanzar este objetivo. En los países donde estos sistemas de seguro no son universalmente accesibles a la población, se están realizando esfuerzos para ampliarlos mediante la cobertura universal de salud. Sin embargo, incluso en los sistemas donde existen instrumentos de seguro para toda la población, a menudo solo ofrecen una protección financiera parcial. Es fundamental examinar las diferencias en la estructura y el funcionamiento de los arreglos de financiamiento de un sistema de salud al evaluar cuán bien los países cumplen este objetivo particular. Esta cuestión se analiza en el capítulo 5.

Además de los tres objetivos fundamentales descritos anteriormente, hay dos objetivos transversales del sistema de salud: la equidad de los sistemas de salud y la eficiencia de los sistemas de salud. La equidad de los sistemas de salud considera cualquier variación entre grupos de la población en relación con el logro de los otros objetivos del sistema. El objetivo fundamental de la equidad en los sistemas de salud es garantizar la justicia en esta distribución. Sin embargo, en la práctica, la forma en que esto se conceptualiza difiere entre los marcos de sistemas de salud en cuanto a los objetivos que se examinan para evaluar esta distribución (Papanicolas y Smith, 2013). A menudo se observan también diferencias entre las partes interesadas en cuanto a lo que se considera una distribución equitativa en la población (Allin et al., 2009).

La eficiencia del sistema de salud, que es el segundo de sus objetivos transversales, tiene que ver con la manera en que se utilizan los recursos para alcanzar los objetivos mencionados (Cylus, Papanicolas y Smith, 2016). La mejora de la eficiencia del sistema de



salud es una consideración importante porque aumenta la capacidad de generar resultados inmediatos (o productos) valiosos y la consiguiente sostenibilidad del sistema. Es importante determinar las ineficiencias, ya sea del sistema o sus componentes, porque permite alcanzar objetivos con menos recursos o bien que el sistema produzca más con los mismos recursos. Para tratar de comprender las variaciones de la eficiencia entre los distintos sistemas de salud, es fundamental examinar el desempeño de sus cuatro funciones.

### 3.2.4 *Objetivos intermedios*

Como se indica en el análisis del capítulo 2, ciertas metas del sistema de salud —como velar por el acceso a los servicios de salud para toda la población y alcanzar una atención de buena calidad— son fundamentales para el logro de los objetivos que se han esbozado para el sistema de salud. Basándonos en trabajos anteriores (como Murray y Frenk, 2000), describimos dichas metas como “objetivos intermedios”, no para sugerir que son menos importantes, sino para indicar que son un paso necesario en el camino hacia el logro de los objetivos del sistema de salud. Esto sigue la dirección adoptada por otros marcos de sistemas de salud (véase el capítulo 2). Establecemos objetivos intermedios (acceso y calidad), cada uno de los cuales es, en sí mismo, multifacético. Como se describe con más detalle en el capítulo 7, estos objetivos intermedios también son indicativos del desempeño de la prestación de servicios y proporcionan un vínculo importante entre el desempeño de las funciones del sistema de salud y el logro de las metas del sistema de salud.

Se utilizan varios marcos diferentes para definir y evaluar la calidad, que también se reconoce como un concepto multidimensional. Está fuera del alcance de este capítulo hacer una evaluación exhaustiva de la amplia documentación sobre la evaluación de la calidad de los servicios de salud, y se ha hecho un trabajo considerable para elaborar taxonomías y marcos para captar sus diversos dominios (Maxwell, 1992; Consejo de Europa, 1997; Instituto de Medicina, 2001; Kelley y Hurst, 2006; Klassen et al., 2010; Carinci et al., 2015). Para un análisis detallado de estos aspectos, véase Busse et al. (2019).

Una definición ampliamente utilizada establece que la calidad es el grado en que los servicios de salud prestados a las personas aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y compatibles con el conocimiento médico actual (Instituto de Medicina, 2001). El Instituto de Medicina procedió a definir seis dimensiones que podrían utilizarse para evaluar la calidad de la atención: seguridad, eficacia,

enfoque centrado en las personas, atención oportuna, eficiencia y equidad. Otros han añadido las dimensiones de acceso, así como aceptabilidad y continuidad, con cierta superposición entre las dimensiones. Para una visión general del tema, véase Busse et al. (2019) y Nolte et al. (2011).

Más recientemente, la Comisión sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad en Tiempos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de Lancet Global Health, profundizó los esfuerzos en curso para definir, medir y mejorar el desempeño de los sistemas de salud, con un enfoque particular en los países de ingresos bajos y medianos. La comisión definió un sistema de salud de alta calidad como aquel que optimiza la atención de salud en un contexto dado al brindar una atención de forma sostenida que mejora o mantiene los resultados de salud, que cuenta con el aprecio y la confianza de todas las personas y que responde a las necesidades cambiantes de la población. Esto se basa en cuatro valores fundamentales: el sistema de salud debe ser para las personas, equitativo, resiliente y eficiente (Kruk et al., 2018).

El acceso a los servicios de salud se ha conceptualizado de muchas maneras, pero se define con mayor frecuencia en relación con el uso real de los servicios existentes. Por ejemplo, el Instituto de Medicina de Estados Unidos describió el acceso en los términos siguientes: el uso oportuno de los servicios de salud individuales para lograr los mejores resultados de salud posibles (comité del Instituto de Medicina sobre el seguimiento del acceso a los servicios de atención de salud individual, 1993). Más recientemente, Levesque, Harris y Russell (2013) se basaron en conceptualizaciones existentes para formular un marco más amplio que une las diferentes dimensiones y determinantes del acceso a los servicios de salud. En dicho marco se señalan las diferencias entre los conceptos de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, adaptabilidad, asequibilidad y adecuación, junto con lo que denominaron *capacidades* de la población, es decir, las capacidades para percibir, procurar, alcanzar, pagar e interactuar con los servicios de salud.

### **3.2.5 Desempeño de las funciones: áreas de evaluación**

El objetivo principal del marco de evaluación es proporcionar una herramienta que ayude a los responsables de las políticas a utilizar la información recopilada de otras evaluaciones con fines de EDSS. Un elemento central de esta idea es creer que un sistema de salud que se desempeña bien es el producto de funciones del sistema de salud que operan bien. Por lo tanto, como primer paso para producir el marco, es

necesario describir unas funciones del sistema de salud de buen desempeño y comenzar a delinear cómo se puede utilizar la información de otras herramientas de evaluación para medir ese desempeño.

Aunque los objetivos del sistema de salud ayudan a evaluar el desempeño a nivel del sistema, las mediciones de los resultados del sistema de salud no son lo suficientemente precisas para determinar los puntos fuertes y débiles a nivel de función o subfunción. Para medir el desempeño a nivel de función y subfunción, definimos áreas de evaluación específicas para cada una de las funciones y sus subfunciones. Con las áreas de evaluación propuestas se busca determinar el grado en que las funciones y subfunciones están logrando sus objetivos; las áreas se basan en la documentación pertinente, el examen de herramientas de ESS (capítulo 2) y debates y consultas con el GTT. Como las áreas de evaluación se derivan de subfunciones individuales, estas se describen en detalle en los capítulos relativos a las funciones (capítulos 4 a 7).

### **3.3 El marco de evaluación**

Para reunir todos los conceptos, en la figura 3.1 se muestra el panorama general del marco de evaluación. Este marco ilustra las cuatro funciones y los objetivos intermedios y finales, junto con sus vínculos estructurales y de desempeño. En el capítulo 8 se proporcionan los detalles del marco una vez que se ha explicado cada función y se han esbozado sus subfunciones y áreas de evaluación.

En la figura 3.1, las cuatro funciones (gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) aparecen en el lado izquierdo (área gris). Las influencias que las funciones ejercen entre sí se representan con enlaces estructurales, en forma de flechas sólidas. La gobernanza no solo influye sobre las otras tres funciones a través de los vínculos estructurales, sino que también está presente dentro de las otras funciones, como se describirá en el capítulo 4, específicamente a través de la gobernanza del financiamiento, la gobernanza de la generación de recursos y la gobernanza de la prestación de servicios. Esto se muestra en la figura 3.1 con partes de la función de gobernanza superpuestas a las otras tres funciones.

En el lado derecho del marco (área verde) se muestran los cinco objetivos del sistema de salud: mejora de la salud, enfoque centrado en las personas, protección financiera, además de los objetivos transversales de equidad y eficiencia de los sistemas de salud. Hay dos objetivos intermedios que influyen directamente en el logro de estos tres objetivos,

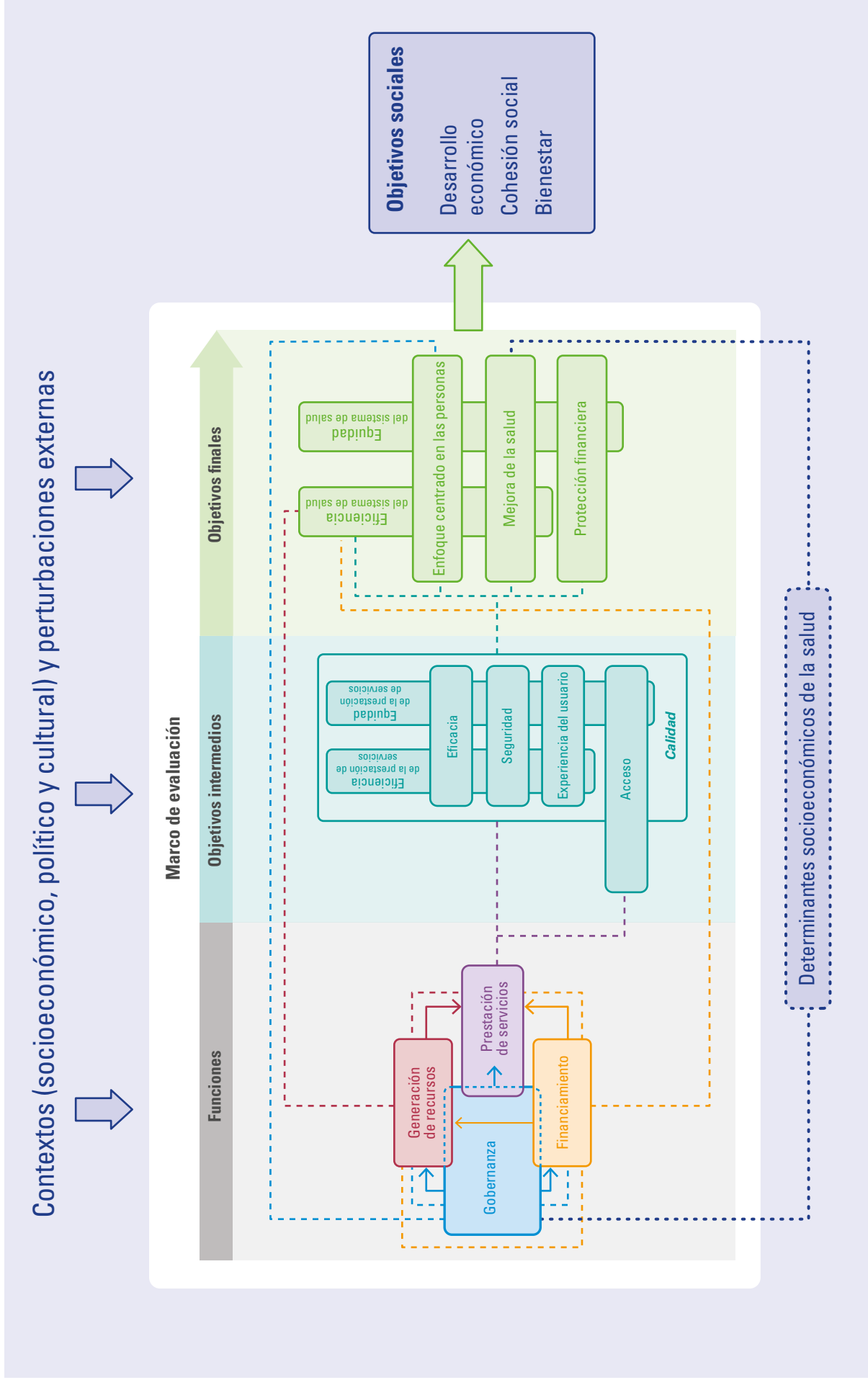
como lo demuestra la línea de conexión: acceso y calidad (estos se muestran en el área turquesa de la figura 3.1). El acceso se coloca a la izquierda de la calidad, para indicar que la población debe superar los obstáculos descritos anteriormente para acceder al sistema antes de poder tomar cualquier medición de la calidad. Como objetivo, la calidad se divide en eficacia, seguridad y experiencia del usuario, así como en dimensiones transversales de la función de prestación de servicios: eficiencia y equidad. La eficiencia es transversal, ya que requiere lograr eficacia, seguridad y experiencia del usuario al menor costo, mientras que la equidad es transversal porque requiere una distribución justa de la eficacia, la seguridad, la experiencia del usuario y el acceso para todos los grupos de la población. Los objetivos intermedios son también los resultados de una función de prestación de servicios de buen desempeño, por lo que coinciden con las áreas de evaluación de la prestación de servicios (véase el capítulo 7).

Con base en la gran cantidad de trabajo conceptual realizado en los últimos dos decenios, este marco representa los fundamentos de una EDSS, pero no es suficiente para definir las áreas donde las reformas y las políticas pueden incidir en el logro de los objetivos del sistema de salud. Por lo tanto, solo sirve como esqueleto para desglosar las funciones en subfunciones y sus áreas de evaluación, así como para establecer un conjunto mucho más amplio de vínculos entre las funciones y los resultados. Estos se describen en los capítulos subsiguientes y se detallan en el capítulo 8.

### ***3.3.1 Impacto de la salud y el sistema de salud sobre los objetivos sociales***

Nuestro enfoque de EDSS sigue la definición de sistema de salud y los límites descritos anteriormente, lo cual incluye “aquellas acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud”. La evaluación del impacto que la mejora de la salud y otras metas del sistema de salud tienen sobre los objetivos sociales generales queda fuera de estos límites. De la misma manera, la EDSS no se propone medir los efectos de los factores sociales, económicos, políticos y culturales sobre el desempeño de las funciones del sistema de salud. Sin embargo, esto no quiere decir que estos dos objetivos no sean importantes, o que los analistas de políticas y profesionales del área deban ignorarlos al evaluar el desempeño del sistema de salud y deducir implicaciones que tendrían para las políticas. Por lo tanto, la figura 3.1 también coloca el marco de evaluación dentro del contexto social más amplio y muestra la interrelación entre el sistema de salud y su contexto social.

**Figura 3.1** Visión general del marco de evaluación



Hay mucha documentación disponible en la que se examina la influencia del estado de salud sobre el logro de objetivos sociales más amplios, como el crecimiento macroeconómico, la cohesión social y el bienestar social general (Bloom, Canning y Sevilla, 2002; Deaton, 2007; OMS, 2016; Kieny et al., 2017; Cylus, Permanand y Smith, 2018; Lessof et al., 2019). La relación entre los resultados sociales y el desempeño del sistema de salud es compleja y dinámica, pero se pueden establecer vínculos entre ambos con toda esta evidencia que indica que la mejora de los resultados del sistema de salud —como una mejor salud, una mayor protección financiera y un sistema de salud que responda a las necesidades de la población— incidirá sobre los objetivos sociales.

Un examen reciente a cargo del Observatorio Europeo (Lessof et al., 2019) para el G20 muestra la gama de contribuciones que los sistemas de salud han hecho al progreso económico y social. Cabría mencionar tres grandes conjuntos de contribuciones. En primer lugar, la influencia de la salud y los sistemas de salud sobre la economía. El sector de la salud es una parte importante de la economía, ya que representa, en promedio, el 8% del producto interno bruto (PIB) en todo el G20, lo que proporciona empleos y oportunidades para la innovación y el comercio. Además, desempeña un papel crucial para mantener a las personas económicamente activas e independientes, lo cual es cada vez más importante a medida que las poblaciones envejecen. Los sistemas de salud, la salud y la riqueza forman un círculo virtuoso: los sistemas de salud mantienen a las personas sanas, las personas sanas son más productivas y ricas, y aquellas que no enfrentan problemas financieros hacen menos uso de los recursos del sistema de salud y están en mejores condiciones de apoyar el crecimiento económico (Figueras y McKee, 2015). En segundo lugar, los sistemas de salud también contribuyen a la cohesión social, la equidad y la estabilidad al proteger a la sociedad de las consecuencias financieras de la mala salud. Al fomentar la protección y la estabilidad sociales, promover la equidad y aumentar la productividad económica, los sistemas de salud —junto con otros sectores como el empleo, la educación, la vivienda y la igualdad de género— desempeñan un papel central en el bienestar de la sociedad (Lessof et al., 2019).

Además, el desempeño de las funciones del sistema de salud puede influir en los objetivos sociales. Por ejemplo, se ha argumentado que el tipo de estructura de financiamiento adoptada por el sistema de salud puede afectar la movilidad laboral y, a su vez, el desempeño macroeconómico (Buchan, Dhillon y Campbell, 2017). De la misma manera, la adopción de innovaciones organizativas y tecnológicas en la atención de salud puede extenderse a otros sectores de producción y conducir a aumentos generales de la productividad económica (Cylus, Permanand y Smith, 2018).

Los vínculos entre el desempeño del sistema de salud y el logro de objetivos sociales son de suma importancia para los responsables de las políticas. Es esencial que las investigaciones futuras continúen corroborando estos vínculos con evidencia, para permitir que los responsables de las políticas del sector salud aboguen por los recursos necesarios para apoyar sistemas de salud de alto desempeño. Sin embargo, este aspecto está más allá del alcance de nuestro ejercicio de EDSS. La naturaleza dinámica y compleja de las relaciones entre el desempeño del sistema de salud y los objetivos sociales dificulta su medición y no permite que se integren más en las evaluaciones regulares del desempeño del sistema de salud.

### ***3.3.2 Gobernanza de los sistemas de salud y determinantes socioeconómicos de la salud***

La salud es el producto de numerosos determinantes. Algunos de ellos, como el tratamiento médico de una afección aguda, pueden verse directamente influenciados por los servicios de salud. Algunos otros requieren de medidas fuera del sistema de salud, por ejemplo, el uso de la política ambiental para combatir la prevalencia de enfermedades respiratorias. Otros, como la dieta y el ejercicio, que dependen principalmente del comportamiento individual, pueden, hasta cierto punto, abordarse a través de los servicios de salud y, en mayor medida, por medio de medidas fiscales y regulatorias ajenas al sistema de salud.

El dilema para cualquier ejercicio de EDSS es, por lo tanto, decidir qué determinantes deberían incluirse en el marco, si es que deben incluirse, y en consecuencia medirse. Una vez más, habida cuenta de la definición de sistema de salud y sus límites adoptados para este trabajo, nuestro marco de evaluación adopta un enfoque doble ante esta interrogante. En primer lugar, si bien se reconoce la importancia de los determinantes de la salud (como la educación o el empleo), no es tarea de este ejercicio el medir el papel de esas intervenciones en los determinantes de la salud. Sin embargo, incluimos la evaluación de la función de gobernanza de los sistemas de salud, que cumple un papel clave relacionado con los determinantes socioeconómicos de la salud al trabajar junto con otros sectores para promover la salud. Como se señala en el capítulo 4 sobre la gobernanza, esta función incluye una serie de subfunciones, como velar por la colaboración multisectorial o aprovechar la legislación y las regulaciones para lograr objetivos de salud pública cuyo objetivo principal es repercutir, junto con otros sectores, sobre estos determinantes. A pesar de las complejidades que surgen a la hora de medir estas acciones más allá de los límites, son un componente clave de la EDSS. En segundo

lugar, toda evaluación de las medidas de un sistema de salud para mejorar la salud debe tener en cuenta los beneficios para el desempeño que se obtienen a través de ámbitos, como el medioambiente, la educación y la vivienda.

### ***3.3.3 Influencia del contexto sobre el desempeño de las funciones del sistema de salud***

Además de comprender la influencia del sistema de salud sobre los determinantes de la salud y los objetivos sociales, un ejercicio de EDSS debe considerar el papel que los contextos sociales, económicos, políticos y culturales tienen en el desempeño de las funciones del sistema de salud. El contexto social afectará a todas y cada una de las funciones, ya sea porque facilita o limita su desempeño. Por ejemplo, es necesario comprender cabalmente el sistema más amplio de gobernanza en el país para poder evaluar las áreas de gobernanza de los sistemas de salud, como capacidad técnica, participación de las partes interesadas o cumplimiento de las leyes y, más particularmente, para atribuir causalidad o formular políticas (véase el capítulo 4). En otras palabras, si la calidad de la democracia de un país es deficiente y no existe el estado de derecho, no tiene mucho sentido tratar de abordar la transparencia y la participación en el sector de la salud. Lo mismo se aplica a todas las demás funciones del sistema de salud. Por ejemplo, los niveles de financiamiento y cobertura solo pueden evaluarse en el contexto del nivel de desarrollo económico. Del mismo modo, cualquier escasez de profesionales de la salud deberá evaluarse a la luz de las oportunidades competitivas del mercado laboral.

En resumen, uno de los principales propósitos de crear un marco de EDSS es comprender cómo estas influencias y determinantes externos afectan la salud y el desempeño del sistema de salud, que a su vez también pueden ser afectados por las acciones del sistema de salud. Es nuestro parecer que estos factores deben representarse en el marco, para cuidar de que el sistema de salud rinda cuentas de estos determinantes externos a través de su función de gobernanza, y de que en la evaluación también se consideren factores importantes que afectan las decisiones del sistema de salud, como el sistema político vigente o el nivel de desarrollo de un país. Estos factores se analizan con más detalle en el capítulo 4 y se vinculan al logro de los objetivos finales del sistema de salud en el capítulo 8 mediante la aplicación del marco de evaluación.



### 3.4 Conclusiones

Hay una serie de desafíos clave que una EDSS significativa necesita superar, como destacaron Smith, Karanikolos y Cylus (2018). Estos desafíos son:

- ampliar el enfoque de las EDSS más allá de los servicios de salud, para incluir la promoción de la salud y la salud pública
- medir los objetivos reales del sistema de salud, expresados en términos de resultados como la mejora de la salud y la capacidad de respuesta del sistema o la reducción de la exposición al riesgo financiero, en lugar de centrarse únicamente en estructuras y procesos, como gastos, número de camas, tamaño de la fuerza laboral o número de tratamientos
- medir el progreso utilizando parámetros confiables y técnicas analíticas conexas
- asegurarse de que la EDSS sea un proceso regular, integrado en todos los aspectos de la formulación de políticas de salud
- ajustar la EDSS al contexto del país, dejando espacio para la flexibilidad y la adaptación a sistemas individuales, aunque es probable que la eficacia de la EDSS se maximice mediante la adopción de parámetros y métodos que gocen de un uso internacional generalizado.

El marco de evaluación tiene como objetivo abordar estos desafíos clave para asegurarse de que la EDSS se pueda realizar con regularidad de una manera que maximice el uso de parámetros y técnicas analíticas existentes desarrolladas a partir de otras herramientas. El marco básico presentado en este capítulo ilustra el proyecto para la herramienta de EDSS que se describirá en detalle a lo largo de este volumen. El marco de evaluación se basa en las lecciones de EDSS existentes y propone utilizar las funciones del sistema de salud como los principales componentes a partir de los cuales llevar a cabo la EDSS. En otros capítulos, las cuatro funciones principales presentadas se desglosarán en subfunciones, las cuales pueden evaluarse a través de áreas de evaluación específicas a partir de indicadores que existen en todo el espacio de ESS. En consonancia con trabajos anteriores, en el marco de EDSS se describe cómo las funciones contribuyen conjuntamente al logro de los objetivos intermedios y finales del sistema de salud. A medida que se profundice en el desarrollo de las áreas de evaluación para cada función, las relaciones entre las funciones y los objetivos del sistema de salud se describirán con mayor claridad.

El enfoque presentado sirve de base para la EDSS, independientemente de la estructura organizativa o los entornos. Reúne la documentación relativa al concepto de EDSS y la aplicación práctica de instrumentos existentes, poniendo el desempeño a la vanguardia de la evaluación de los sistemas de salud. También desarrolla aún más las funciones del sistema de salud, en el sentido de que determina las subfunciones clave que pueden medirse a fin de detectar puntos débiles en el desempeño del sistema de salud. Por último, sirve como modelo para el marco de evaluación (capítulo 8), que es una hoja de ruta para evaluar el desempeño de un sistema de salud, o sus funciones específicas, y determinar si el nivel de logro de un objetivo del sistema de salud puede mejorarse mediante la adopción de políticas relacionadas con acciones específicas del sistema.

## Referencias

- Allin S et al. (2009). Measuring equity of access to health care. En: Smith PC et al. editores. *Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. Health Economics Policy and Management*. Cambridge: Cambridge University Press:187-221.
- Bloom DE, Canning D, Sevilla J (2004). The effect of ehealth on economic growth: a production function approach. *World Development*, 32(1):1-13.
- Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editores. (2017). *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Ginebra: OMS.
- Busse et al. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Carinci F et al. (2015). Towards actionable comparisons of health system performance: expert revision of OECD framework and quality indicators. *International Journal of Quality in Health Care*, 27(2):137-146.
- Consejo de Europa (1997). Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum (41.ª reunión, del 24 al 26 de junio). Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Cylus J, Papanicolas I, Smith PC, editores (2016). *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.

- Cylus J, Permanand G, Smith PC (2018). Making the economic case for investing in health systems. What is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Deaton A (2007). Income, aging, health and wellbeing around the world: evidence from the Gallup World Poll. Documento de trabajo de NBER N.º 13317. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Disponible en: [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w13317/w13317.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13317/w13317.pdf) (consultado el 9 de septiembre del 2021).
- Figueras J, McKee M, editores (2015). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the Case for Investing in Health Systems*. Maidenhead: Open University Press.
- GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 390(10091):231-266.
- Grupo de Trabajo Técnico sobre Evaluación de los Sistemas de Salud. Linking health systems assessment to performance dimensions. Informe de la segunda reunión presencial, 2018. Disponible en: [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About\\_UHC2030/UHC2030\\_Working\\_Groups/2017\\_Health\\_Systems\\_Assess\\_Working\\_Group/Second\\_face\\_to\\_face\\_HSA\\_Meeting\\_Report\\_Final\\_version.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/UHC2030_Working_Groups/2017_Health_Systems_Assess_Working_Group/Second_face_to_face_HSA_Meeting_Report_Final_version.pdf) (consultado el 30 de abril del 2020).
- Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Instituto de Medicina de Estados Unidos, Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services (1993). *Access to Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Karanikolos M et al. (2013). Comparing population health. En: Papanicolas I, Smith P, editores. *Health System Performance Comparison: an agenda for policy, information and research*. Maidenhead: Open University Press.
- Kelley E, Hurst J (2006). *Health Care Quality Indicators project. Conceptual framework paper*. París: OCDE.
- Kieny MP et al. (2017). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development [corrección publicada en *Bull World Health Organ*, 2017;95(8):608]. *Bull World Health Organ*, 95(7):537-539.

- Klassen A et al. (2010). Performance measurement and improvement frameworks in health education and social services systems: a systematic review. *International Journal of Quality in Health Care*, 22(1):44-69.
- Kruk ME et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6.11:e1196-1252.
- Lessof S et al. (2019). *Rethinking Health and Wellbeing: How Health Systems Contribute to Economic and Societal Progress*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal of Equity in Health*, 12:18.
- Maxwell R (1992). Dimensions of quality revisited from thought to action. *Quality in Health Care*, (1):171-177.
- Murray C, Frenk J (2000). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment*. Ginebra: OMS.
- Nolte E, Merkur S, Anell A (2020). *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357> (consultado el 22 de agosto del 2018).
- Organización Mundial de la Salud (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes, 2007. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918> (consultado el 22 de agosto del 2018).
- Organización Mundial de la Salud (2016). Working for health and growth: investing in the health workforce. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf> (consultado el 9 de septiembre del 2021).
- Papanicolas I, Smith P, editores (2013). *Health System Performance Comparison: an Agenda for Policy, Information and Research*. Maidenhead: Open University Press.
- Smith P, Karanikolos M, Cylus J (2018). Evolution of health system performance assessment: the roles of international comparisons and international institutions. *Eurohealth*, 24(2):15-18.

# Gobernanza

*Dheepa Rajan, Kira Koch, Katja Rohrer, Agnes Soucat*

### 4.1 Introducción

Es ampliamente reconocido que la gobernanza es fundamental para la funcionalidad del sistema de salud, pero definir lo que significa *gobernanza* para los sistemas de salud ha resultado una tarea problemática para los investigadores, los responsables de las políticas y los profesionales por igual. Utilizamos la lente del desempeño de los sistemas, que se basa en las funciones del sistema de salud, y adoptamos la definición de la OMS (2007): “la gobernanza consiste en velar por la existencia de marcos de políticas estratégicas que se combinen con una supervisión eficaz, la creación de coaliciones, la regulación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas”. Esto abarca las principales funciones y subfunciones analizadas en este capítulo.

El Informe sobre la salud en el mundo 2000 introdujo el concepto de rectoría al describir el papel de gobernanza en los sistemas de salud (OMS, 2000), pero, desde entonces, la incoherencia en cuanto a la forma en que se ha definido y aplicado la rectoría ha generado más confusión que claridad (véase el recuadro 4.1).

En cambio, el concepto de gobernanza se ha adoptado más ampliamente en la documentación sobre la salud (véase el apéndice 4.1). En este capítulo se analiza la noción de gobernanza desde la perspectiva del desempeño del sistema de salud. Se presenta

#### **Recuadro 4.1** *Rectoría y gobernanza*

Travis et al. (2002) consideraron que la rectoría era más limitada que la gobernanza y que su pertinencia se reducía principalmente al sector de la salud. Veillard et al. (2011) definen la rectoría como una función jerárquicamente por encima de la gobernanza, lo que podría contradecir a Travis et al. (2002). Finalmente, según Kirigia y Kirigia (2011), la rectoría abarca a una variedad de actores, mientras que la gobernanza se considera restringida al ámbito del gobierno.

la función de gobernanza y se explica cómo se inserta en el marco de desempeño del sistema de salud descrito en el capítulo 3. Las subfunciones de la gobernanza (véase el cuadro 4.1) se examinan con mayor detenimiento en el contexto de cómo pueden medirse por medio de “áreas de evaluación”, que son esencialmente temas dentro de cada subfunción que pueden evaluarse para determinar los factores que contribuyen al desempeño general de la función de gobernanza. Por último, se proponen algunas mediciones cualitativas y cuantitativas indicativas, con la salvedad de que muchas de ellas son bastante nuevas y requerirán una mayor validación y pruebas.

**Cuadro 4.1** *Subfunciones de gobernanza y definiciones de gobernanza*

Subfunciones de gobernanza	Sección correspondiente de la definición de gobernanza
Política y visión	Marcos de políticas estratégicas
Voz de las partes interesadas	Formación de coaliciones
Información e inteligencia	Rendición de cuentas
Legislación y regulación	Supervisión y regulación eficaces

*Fuente:* Compilación de los autores.

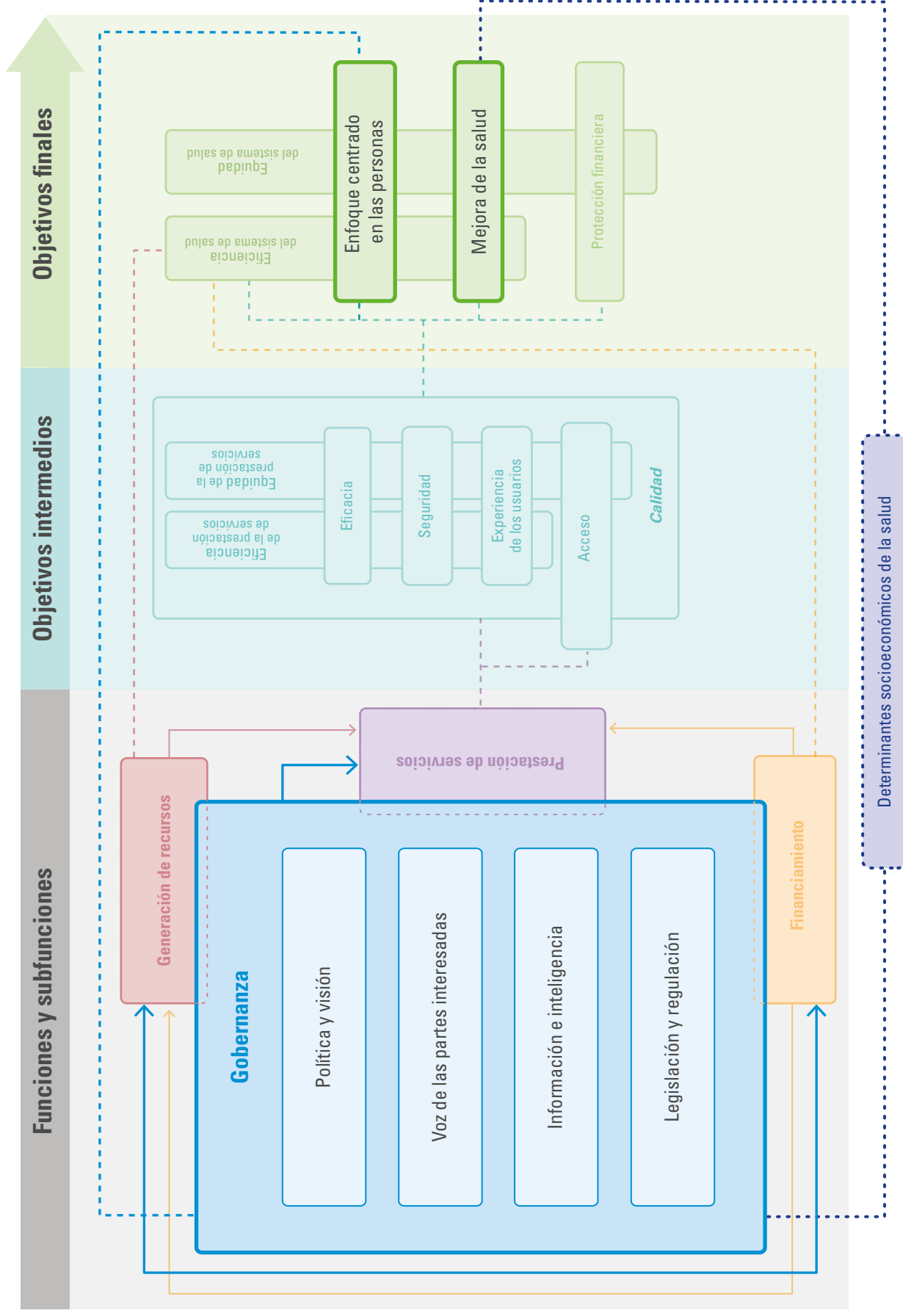
## 4.2 Descripción de la función de gobernanza

### 4.2.1 *Dónde se inserta la gobernanza en el marco de desempeño del sistema de salud*

La gobernanza es una de las cuatro funciones básicas del sistema de salud, y se superpone a cada una de las otras tres: generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios (figura 4.1). Esto ilustra la noción de que, sin alguna forma de gobernanza, las otras tres funciones operarían en silos y no dentro de un sistema gestionado y “gobernado”.

Podría decirse que la gobernanza es la función facilitadora más importante dentro del sistema de salud, ya que las acciones de gobernanza proporcionan tanto una base como una herramienta para las funciones de generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios. Por esta razón, resulta difícil y complejo vincular de forma causal y directa las acciones de gobernanza para hacerlas directamente atribuibles a los objetivos intermedios o finales del sistema de salud. Su impacto se produce básicamente a través de las interacciones de la función de gobernanza con otras funciones. Esto se muestra en la figura 4.1 al colocar la gobernanza en el extremo izquierdo y en clara superposición sobre las áreas de financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos.

**Figura 4.1** Subfunciones de gobernanza



→ Vinculos estructurales funcionales

- - - Vinculos de desempeño dentro del sistema de salud

- - - Vinculos de desempeño intersectorial

Fuente: Compilación de los autores.

La función de gobernanza también opera a través de la colaboración con otros sectores y partes interesadas fuera del sistema de salud. Este alcance más allá de los estrictos confines del sistema de salud se representa con una línea punteada (figura 4.1) que conduce a varios determinantes de la salud que afectan a la salud y al sistema de salud. El propósito de esta visualización es transmitir el mensaje de que la maximización del desempeño de la función de gobernanza no depende solo del sector de la salud e implica trabajar a través de otros sectores (como la educación y el medioambiente), etc. En esencia, la gobernanza como concepto se extiende más allá de la salud y, a la inversa, lo que sucede más allá de la salud afecta a la salud.

La gobernanza se conceptualiza en el marco de evaluación y, en este capítulo, de dos maneras: como una función general a nivel del sistema y como subfunciones dentro del sistema relacionadas con la generación de recursos, el financiamiento y la prestación de servicios. El principal factor diferenciador es si una acción o actividad de gobernanza afecta al sistema de salud en su conjunto —la gobernanza general— o si corresponde específicamente a una de las otras funciones del sistema de salud y es, por lo tanto, una cuestión de “gobernanza de”.

#### **4.2.2 Conceptualización de la gobernanza**

La conceptualización de la gobernanza dentro de los sistemas de salud se complica debido a las diferentes opiniones sobre los elementos que componen la gobernanza y su denominación. Por ejemplo, la rendición de cuentas puede verse como parte del proceso de gobernanza (Báez Camargo y Jacobs, 2011), un elemento definitorio de la gobernanza (Brinkerhoff y Bossert, 2008), una función de gobernanza (Kirigia y Kirigia, 2011), un principio de gobernanza (Siddiqi et al., 2009) o una estrategia de gobernanza (Smith et al., 2012).

En el último decenio han proliferado los marcos de gobernanza específicamente para el sector de la salud. A veces se hace una distinción entre “gobernanza para la salud”, que pone de relieve la contribución de sectores más allá de la salud que afectan a los sistemas de salud (representados en la figura 4.1 con la flecha punteada que sale del sistema de salud para reingresar a nivel del objetivo final de “mejora de la salud”), y “gobernanza de la salud” o “gobernanza del sistema de salud”, que se centran de forma más restringida en el sector de la salud (Kickbusch y Gleicher, 2012).



### **Recuadro 4.2** *Reseña de la documentación sobre marcos de gobernanza*

Los marcos de gobernanza se estudian cada vez más (véase el apéndice 4.1), tanto en la bibliografía sobre el tema como en diferentes entornos nacionales y con diferentes perspectivas (Siddiqi et al., 2009; Báez Camargo y Jacobs, 2011; Kirigia y Kirigia, 2011; Veillard et al., 2011; Smith et al., 2012). El objetivo de la mayoría de los marcos es desglosar la gobernanza en una serie de partes conectadas. Al examinar la gama de marcos, surge un patrón de temas prominentes (véase el cuadro 4.2), aunque el énfasis puesto en cada uno de ellos depende del punto de vista u objetivo del marco.

Por ejemplo, Báez Camargo y Jacobs (2011) enfatizan el diseño del sistema como un objetivo y resaltan las interacciones entre la gobernanza y otras funciones del sistema, como la prestación de servicios, los recursos humanos para la salud y los medicamentos. También llaman la atención sobre el análisis de la economía política como un área desatendida en otros marcos, por lo que ponen de relieve las relaciones formales e informales entre las personas y las instituciones.

Para Mikkelsen-Lopez, Wyss y de Savigny (2011), el punto débil de los marcos de gobernanza existentes es la falta de indicadores realistas y simples. Abordan este aspecto con un enfoque de gobernanza que está orientado a la resolución de problemas y es práctico. También se centran en los vínculos entre la gobernanza y otros elementos fundamentales del sistema de salud, para mostrar que la gobernanza es difícil de separar del resto del sistema de salud.

Los marcos propuestos por Siddiqi et al. (2009) y Veillard et al. (2011) abordan la gobernanza tanto a nivel de las operaciones como de las políticas. Esto subraya la importancia de crear marcos que sean prácticos y aplicables, y también permite obtener información de proyectos piloto de los países. De lo contrario, la mayoría de los marcos dirigidos a los gobiernos de los países van a entender, implícita o explícitamente, que su principal público destinatario son los responsables de las políticas.

Kirigia y Kirigia (2011) se enfocan en África y presentan la “gobernanza del desarrollo de la salud” como un dominio que cae bajo la “prerrogativa exclusiva del gobierno a través del ministerio de salud”. Esto introduce una mayor diferenciación entre “gobernanza” y “rectoría”.

Sobre la base de un extenso examen de la documentación pertinente, el Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud propone cinco dominios de gobernanza en Greer, Wismar y Figueras (2016), mientras que en un examen específico de la bibliografía sobre gobernanza por parte de Barbazza y Tello (2014) se propusieron ocho subfunciones de gobernanza.

En estos dos últimos estudios se intentó encontrar un terreno común entre los marcos y análisis existentes, y de manera similar concluyeron con un subconjunto de temas convergentes (véase la sección 4.2.2 Conceptualización de la gobernanza).

Los diversos marcos (véanse algunos ejemplos en el recuadro 4.2) tienen diferentes puntos de partida y perspectivas: los de los investigadores, los responsables de las políticas o los asociados para el desarrollo. A veces esto es explícito, pero en ocasiones está implícito en el enfoque adoptado o en la institución que publica el documento. El punto de vista más pertinente para la funcionalidad y el desempeño del sistema debería ser el de los responsables de las políticas. Sin embargo, en la práctica, esta perspectiva no conduce

necesariamente a marcos particularmente distintos de los otros. En otras palabras, independientemente de la perspectiva adoptada, los elementos, principios, funciones o estrategias se centran todos en un puñado de temas. De hecho, es más bien el ángulo adoptado sobre los temas en sí, y la forma en que se describen, lo que diferencia los objetivos y el uso de un marco.

Una excepción notable es el enfoque adoptado en el Informe sobre el desarrollo mundial 2004 (Banco Mundial, 2004) y Brinkerhoff y Bossert (2008), que sitúa a tres grupos de partes interesadas —y no a los elementos subyacentes de la gobernanza— a la vanguardia de sus respectivos marcos. Se señalan tres “P”: personas, proveedores y políticos (o responsables de las políticas) como tres grupos principales cuyas interacciones, tanto formales como informales, definen la gobernanza del sector de la salud.

Siguiendo el ejemplo de Barbazza y Tello (2014), examinamos los temas convergentes en varios marcos de gobernanza; sin embargo, los reformulamos desde la perspectiva de una función de gobernanza orientada a la acción que cuida del cumplimiento de ciertas actividades, responsabilidades y deberes en el sector. La lista de temas convergentes, reformulados a continuación para orientarlos hacia la acción, puede asociarse, principal o exclusivamente, a la gobernanza general del sistema, en lugar de a una o varias de las otras funciones del sistema (generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios, los cuales se abordan en los capítulos 5, 6 y 7, respectivamente). La lista de temas del cuadro 4.2 también pretende ser lo suficientemente detallada para vincularlos fácilmente a actividades o tareas concretas.

**Cuadro 4.2** Cuadro correlativo de temas de gobernanza convergentes en la documentación y las subfunciones de gobernanza del marco de evaluación

Temas convergentes basados en la documentación	Reformulados en subfunciones
Velar por la visión estratégica y la formulación de políticas	Política y visión
Asegurar la participación/alianzas/colaboración	Voz de las partes interesadas
Velar por la toma de decisiones de forma transparente, basadas en datos y en la evidencia	Información e inteligencia
Cuidar de la existencia de leyes y regulaciones en pro de objetivos de salud pública	Legislación y regulación

*Fuente:* Compilación de los autores.

La equidad y la eficiencia también figuran en muchos marcos de gobernanza, pero el logro de estos objetivos requiere los insumos de varias funciones del sistema de salud

más allá de la gobernanza (véase el capítulo 3). Por lo tanto, se presentan en nuestro marco como resultados del sistema de salud (objetivos intermedios o finales) y se colocan más hacia la derecha en el marco de evaluación.

La transparencia y la rendición de cuentas también ocupan un lugar destacado en diversos marcos de gobernanza. Definimos ambos conceptos como resultados de la función de gobernanza en general (véase la sección 4.4 Evaluación del desempeño de la función de gobernanza) que reciben la influencia de diferentes subfunciones. El diseño institucional, que está alineado con los objetivos del sistema de salud, también se menciona en algunos marcos y se adopta como un resultado de la función de gobernanza. Esto se explica con más detalle en la sección 4.4 Evaluación del desempeño de la función de gobernanza.

### 4.3 Subfunciones

Sobre la base de las observaciones expuestas en la sección 4.2 Descripción de la función de gobernanza, proponemos un enfoque en el que la gobernanza se divide en cuatro subfunciones:

- política y visión
- voz de las partes interesadas
- información e inteligencia
- legislación y regulación.

Estas subfunciones se basan en los principales puntos de similitud entre los marcos de gobernanza existentes y se reformulan para reflejar funcionalidad y orientación a la acción. Este enfoque adopta la perspectiva de un gobierno nacional encargado de dirigir el sector de la salud hacia objetivos claros.

Como se mencionó anteriormente, estas subfunciones incluyen solo las funcionalidades de gobernanza que son de naturaleza general y sistémica, y no las funcionalidades específicas de financiamiento, prestación de servicios o generación de recursos. El vínculo entre la función de gobernanza y el desempeño del sistema de salud se realiza en gran medida a través de las otras tres funciones, en particular la prestación de servicios. Además de las subfunciones de gobernanza y las áreas superpuestas de “gobernanza de”, se detallan a continuación las áreas de evaluación específicas de la función de gobernanza y la evaluación general de la función.

### **4.3.1 *Gobernanza del financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos***

El marco de evaluación establece una diferencia entre la gobernanza general del sistema de salud y la gobernanza de funciones específicas del sistema de salud. El principio subyacente de esta diferenciación entre la gobernanza general del sistema de salud y la gobernanza de funciones específicas es el siguiente: las actividades relacionadas con la gobernanza (toma de decisiones, formulación de políticas y reglas, regulación) vinculadas solo a una función y que contribuyen al desempeño de esa función se colocan en la intersección (figura 4.1) entre la gobernanza y otra función del sistema de salud. Un ejemplo sería la planificación del personal de salud, que se clasificaría como la “gobernanza de la generación de recursos” porque es específica de la función de generación de recursos y contribuye a los objetivos del sistema de salud. Sin embargo, la planificación general de la salud a nivel nacional formaría parte de la función general de gobernanza porque afecta y dirige todas las actividades dentro del sector de la salud.

La gobernanza específica de la generación de recursos, el financiamiento y la prestación de servicios se describe con más detalle en los capítulos dedicados a esas funciones.

Las cuestiones de “gobernanza de” deberían considerarse subfunciones de la gobernanza del sistema de salud, pero se examinan en los demás capítulos sobre funciones (no relacionadas con la gobernanza). Por ejemplo, la gobernanza del financiamiento se aborda en el capítulo sobre financiamiento porque la evaluación de la función de financiamiento también incluiría lógicamente sus aspectos de gobernanza. Al mismo tiempo, al evaluar la función de gobernanza en general, los aspectos de “gobernanza de” son elementos importantes que examinar.

### **4.3.2 *Política y visión***

Esta subfunción abarca la capacidad y los recursos necesarios para proporcionar una visión estratégica para el sector de la salud que esté claramente articulada en un solo documento, un conjunto de políticas, leyes o directrices a partir de las cuales articular la rendición de cuentas de los gobiernos. La subfunción de política y visión está estrechamente vinculada a la subfunción de voz de las partes interesadas, ya que las principales orientaciones estratégicas para el sector de la salud se hacen legítimas y ejecutables si una amplia gama de partes interesadas, como ministerios e instituciones gubernamentales, donantes, organismos internacionales, proveedores de servicios, organizaciones de la

sociedad civil, grupos comunitarios y la población, se han incorporado adecuadamente al proceso de formulación de las políticas (Greer, Wismar y Figueras, 2016; Schmets, Rajan y Kadandale, 2016). La subfunción de política y visión también está estrechamente vinculada a la subfunción de información e inteligencia porque la evidencia es, y debería ser, la base para desarrollar cualquier política o estrategia nacional de salud. Esta subfunción también está vinculada a la subfunción de legislación y regulación, pues las políticas y las leyes van de la mano.

En el 2016, la OMS publicó un documento titulado *Strategizing national health for the 21<sup>st</sup> century: a handbook*, que aborda la formulación de estrategias nacionales de salud para el siglo XXI, en el cual se define el objetivo de la planificación estratégica como la tarea de determinar, secuenciar y programar intervenciones a mediano plazo para el sector de la salud de manera integral (Terwindt y Rajan, 2016). En el documento se explica en mayor profundidad que la planificación estratégica del sector de la salud debería guiar las actividades e inversiones necesarias para obtener resultados y tener un impacto. Idealmente, la planificación estratégica sirve como orientación compartida con principios comunes aplicados por todos los actores, tanto públicos como privados, para fomentar acciones conjuntas hacia el logro de objetivos establecidos.

Casi todos los marcos de gobernanza en el sector salud incluyen la visión estratégica como un componente clave de la gobernanza de la salud (OMS, 2000, 2007; Travis et al., 2002; Siddiqi et al., 2009; Báez Camargo y Jacobs, 2011; Mikkelsen-Lopez, Wyss y de Savigny, 2011; Veillard et al., 2011; Wendt, 2012; Kaplan et al., 2013; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2014). Y la mayoría de las herramientas de evaluación de los sistemas de salud incluyen una evaluación de la visión estratégica a través de la existencia (o no) de una estrategia nacional de salud, o un conjunto de reglas, leyes, normas o directrices claras que guían el sector (CSU2030, 2017).

#### **4.3.2.1 La colaboración intersectorial debería ser la base de la formulación de la política y visión**

Existen muchos factores al margen del sector de la salud que determinan la salud de las poblaciones y afectan la equidad en la salud (AMM, 1964; OMS, 2017); esto se ilustra con la línea punteada que sale de la función de gobierno en la figura 4.2 hasta llegar al objetivo final del sistema de “mejora de la salud” por una vía adicional *fuera* del sistema de salud. En la definición de sistema de salud utilizada para el marco de evaluación (véase el capítulo 2) también se reconoce la necesidad de que el sector

de la salud influya de manera proactiva en las políticas públicas de otros sectores que afectan a los determinantes de la salud (Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Estos sectores son:

- educación
- vivienda y urbanismo
- transporte y movilidad
- sistemas de protección social y apoyo al bienestar
- energía y desarrollo sostenible.

Las acciones en estos sectores afectan los resultados de salud, independientemente de la colaboración del propio sector de la salud. En la subfunción de política y visión se reconoce esto y se destaca la responsabilidad de los rectores de la salud de interactuar con otros sectores del gobierno y la sociedad al formular estrategias de salud.

En los últimos 30 años, se han utilizado diferentes términos (como colaboración multisectorial, intersectorial y pansectorial) para describir esta colaboración entre la salud y otros sectores. Varios marcos —como la salud en todas las políticas, el enfoque de todo el gobierno, la gobernanza integrada, el marco de toda la sociedad, etc.— subrayan la noción de colaborar más allá de la salud, no solo dentro de los ministerios gubernamentales competentes, sino también más allá de los actores gubernamentales.

En la mayoría de los marcos gubernamentales, la colaboración multisectorial se considera un elemento central de la gobernanza (Kirigia y Kirigia, 2011; Veillard et al., 2011; Kickbusch y Gleicher, 2012), fusionada con las subfunciones de voz de las partes interesadas o de política y visión (Rajan et al., 2017, 2018). En este volumen utilizamos la subfunción de política y la visión porque, para desempeñarse bien, la función de gobernanza del sistema de salud debería fundamentarse en una mentalidad multisectorial y formularse de forma explícita en una política escrita.

En los últimos años, la acción intersectorial ha recibido más importancia como estrategia específica para abordar las inequidades en salud (Barr et al., 2008; McQueen et al., 2012; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015; Fisher et al., 2017). Sin embargo, la evidencia hasta la fecha es limitada. Una revisión sistemática rápida realizada por Ndumbe-Eyoh y Moffatt (2013) reveló un efecto moderado a nulo sobre la equidad de la salud. Los autores destacaron que esto no implica una falta de efecto, sino que apunta a la necesidad de realizar una investigación más matizada (Shankardass

et al., 2012; Ndumbe-Eyoh y Moffatt, 2013). En un análisis de la OMS de estudios de casos en 18 países se concluyó que algunos resultados positivos podrían vincularse a la colaboración intersectorial, pero que era prematuro sacar conclusiones acerca de su impacto sobre la equidad en materia de salud (OMS, 2008a).

### **4.3.3 Voz de las partes interesadas**

La participación de las partes interesadas en la política y la toma de decisiones relacionadas con la salud es ampliamente reconocida como una dimensión crítica de la función de gobernanza (Kaufmann y Kray, 2021; Robinson, 2013; Rajan et al., 2021). Por lo tanto, esta subfunción gira en torno a la posibilidad de que las partes interesadas clave (sector académico, asociaciones de proveedores, organizaciones de la sociedad civil, comunidades vulnerables y marginadas, el público en general) contribuyan a las decisiones sobre la política de salud.

Se pueden utilizar varias modalidades para facilitar la participación de las partes interesadas en deliberaciones importantes. El objetivo general es proporcionar a los gobiernos un punto de enlace con ciudadanos legos, comunidades, diferentes grupos de población, organizaciones de la sociedad civil, etc. (Rajan et al., 2021) para captar sus puntos de vista y expectativas. Por lo tanto, una subfunción de “voz de las partes interesadas” sólida facilita la adopción de políticas más centradas en las personas que reflejen las necesidades de la población y, en última instancia, hagan rendir cuentas al gobierno (Rohrer y Rajan, 2016).

Como resultado, la subfunción de voz de las partes interesadas está estrechamente vinculada a la subfunción de política y visión, ya que las políticas de salud reflejan las preferencias y necesidades de las personas. Las plataformas de gobernanza participativa también pueden servir como punto de entrada para la colaboración con sectores ajenos al sector salud (Rajan et al., 2017, 2018).

Casi todos los marcos de gobernanza para la salud consideran que la participación y la voz de las partes interesadas son fundamentales para mejorar la toma de decisiones (Brinkerhoff y Bossert, 2008; Lewis y Pettersson, 2009; Siddiqi et al., 2009; Báez Camargo y Jacobs, 2011; Kirigia y Kirigia, 2011; Mikkelsen-Lopez, Wyss y de Savigny, 2011; Veillard et al., 2011; Kickbusch y Gleicher, 2012; Smith et al., 2012; Greer, Wismar y Figueras, 2016). La participación también se reconoce como un

elemento clave en la mayoría de las herramientas de evaluación de los sistemas de salud (CSU2030, 2017). Los temas y áreas de evaluación recurrentes relacionados con la participación son:

- si se garantiza una amplia participación de las partes interesadas
- qué partes interesadas participan
- cómo se equilibran sus relaciones de poder
- qué plataformas de diálogo funcional existen para incluir las voces de la población, la comunidad y las partes interesadas en las políticas y planes.

Báez Camargo y Jacobs (2011), Mikkelsen-Lopez, Wyss y de Savigny (2011) y Siddiqi et al. (2009) vinculan la participación con la creación de consenso y analizan hasta qué punto un gobierno está dispuesto a cooperar con las partes interesadas para establecer objetivos y diseñar políticas. Mientras que Siddiqi et al. (2009) consideran que el nivel de descentralización en la toma de decisiones es pertinente para la participación, tanto Brinkerhoff y Bossert (2008) como Kirigia y Kirigia (2011) se centran en la participación comunitaria con respecto a la reforma y prestación de los servicios de salud.

Cada vez más publicaciones examinan los vínculos entre la participación y la equidad, el acceso a los servicios y los resultados de salud. Hay estudios que confirman que una mayor participación social puede mejorar el acceso a la atención preventiva y curativa, así como el estado de salud (Fiorati et al., 2018). Aunque esto se ve obstaculizado por la falta de una definición común de *participación* (Rifkin, 2014; Harris et al., 2018), la participación social no puede ignorarse como motor importante de la equidad en materia de salud a través de una serie de acciones (Boyce y Brown, 2017; Francés y La Parra-Casado, 2019), como por ejemplo:

- concientizar sobre el derecho a la salud de los grupos desfavorecidos
- dar voz a las personas vulnerables para influir en las políticas que les incumben
- promover la capacidad de respuesta y el estado de derecho.

En resumen, la participación es una subfunción crítica de la gobernanza que exige que los gobiernos interactúen de manera proactiva, idealmente a través de mecanismos institucionalizados, con una amplia gama de grupos de población y partes interesadas para fundamentar mejor los procesos de toma de decisiones para la salud.



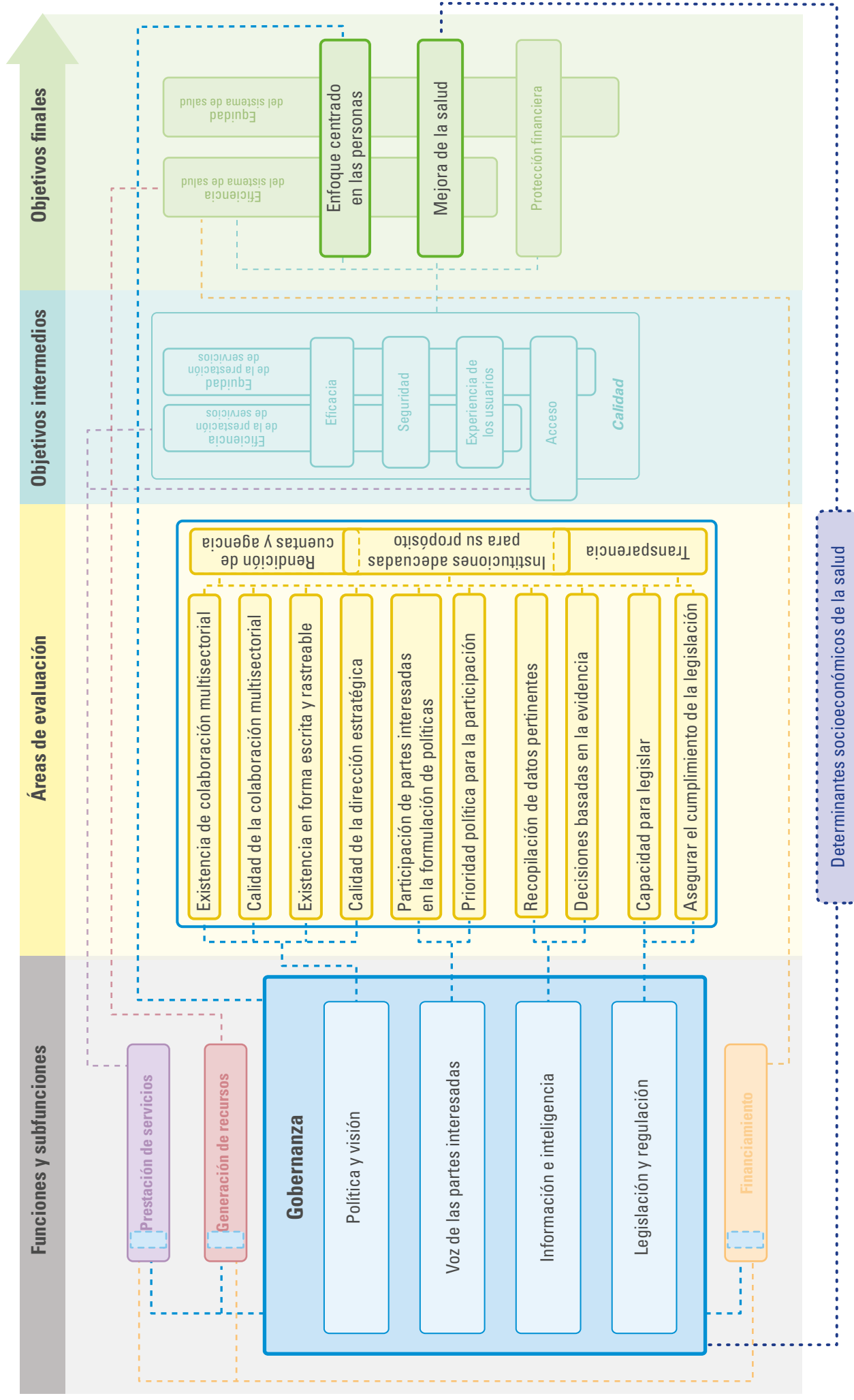
#### 4.3.4 Información e inteligencia

Esta subfunción permite la recopilación, análisis y uso de datos, información e inteligencia de y para el sistema de salud. La evidencia y los marcos gubernamentales a nivel internacional coinciden en que la recopilación y el uso de la información son esenciales para mejorar los servicios de salud y el desempeño del sistema de salud (Lippeveld, Sauerborn y Bodart, 2000; OMS, 2000, 2009; OPS, 2002). Como se trata de una subfunción de la gobernanza, la información e inteligencia se centra en la cultura gerencial y la voluntad política necesarias para apoyar un entorno en el cual la generación y el uso de evidencia sean la norma, y donde los cambios dentro del sistema de salud y sus efectos sobre el desempeño del sistema sean objeto de seguimiento, aprendizaje y acción constantes (Aqil et al., 2017). Un sistema de información que funcione bien es fundamental para lograr esos objetivos (OMS, 2008b), al igual que su accesibilidad para una amplia gama de partes interesadas del sistema de salud que pueden utilizar colectivamente la información al servicio de los objetivos del sistema de salud (OMS, 2009).

En el manual de la OMS del 2016 *Strategizing national health for the 21<sup>st</sup> century: a handbook*, se señalan el seguimiento, la evaluación y la revisión como pasos críticos para lograr la implantación de cualquier dirección estratégica establecida por los rectores del sistema de salud (O'Neill et al., 2016). Estos pasos se toman en relación con el sistema de salud en su conjunto, por lo que son primordialmente competencia de una autoridad de salud central o, en algunos países, de un gobierno regional. Todo seguimiento, evaluación y revisión de los servicios de salud a nivel local o de centro de salud correspondería a la gestión de la prestación de servicios y se consideraría bajo la gobernanza de la función de prestación de servicios.

La bibliografía sobre este tema arroja poca evidencia empírica que sustente una relación de causa y efecto entre la solidez de la gobernanza del sistema de información y mejoras en los resultados del sistema de salud. La conexión más obvia es la idea de que una mayor disponibilidad de datos desglosados —por características clave de la población, a través de un sistema de información que funcione bien— conducirá a la formulación de políticas más equitativas (Nolen et al., 2005). Los sistemas de información de salud también ayudan a determinar y comprender ineficiencias dentro del sistema (Cylus, Papanicolas y Smith, 2017; Unión Europea, 2019), lo cual puede contribuir a impulsar acciones que mejoren la utilización de los recursos (Yip y Hafez, 2015). Nguyen, Bellucci

**Figura 4.2** Evaluación de la gobernanza



--- Vinculos de desempeño dentro del sistema de salud

... Vinculos de desempeño intersectoriales

■ Gobernanza de la función

y Nguyen (2014) muestran que un ejercicio riguroso de presentación de informes, seguimiento y evaluación pueden mejorar la eficiencia administrativa; pero todo esto depende del desempeño de los mecanismos de información de salud y de la accesibilidad a información oportuna y de alta calidad sobre los obstáculos de los sistemas.

El vínculo relativamente indirecto entre la subfunción de información e inteligencia y los resultados del sistema implica la noción de que, en última instancia, el uso de la inteligencia permite que otras funciones influyan en el desempeño (De Cos y Moral-Benito, 2014), que es en gran medida el caso de la mayoría de las subfunciones de gobernanza.

En resumen, esta subfunción trata de la cultura, las políticas y las decisiones organizativas relacionadas con la infraestructura y las capacidades necesarias para permitir la toma de decisiones basada en datos a nivel del sistema.

#### 4.3.5 Legislación y regulación

Varios marcos de gobernanza consideran la legislación y la regulación factores clave para el logro de los objetivos del sistema de salud (Travis et al., 2002; Báez Camargo y Jacobs, 2011; Siddiqi et al., 2011; Kickbusch y Gleicher, 2012). Ejemplos de esto son los marcos de derechos humanos y las leyes sobre la salud basadas en los derechos. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 hace hincapié en la necesidad de contar con legislación y regulaciones (OMS, 2010), que nosotros definimos como una subfunción, como “reglas para gobernar el comportamiento de los actores”. Sin embargo, en el informe se advierte que las leyes y regulaciones por sí solas no son suficientes. El cumplimiento entre los actores del sector salud debe descansar sobre una base de información más eficaz, contar con el respaldo de diferentes grupos de población y recibir incentivos a través del diseño de políticas. Cada uno de estos elementos está directamente relacionado con las subfunciones de información e inteligencia, voz de las partes interesadas y política y visión, lo cual afirma todavía más la interconexión entre las diferentes subfunciones de gobernanza.

La sexta función esencial de salud pública presentada por la Organización Panamericana de la Salud en *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action* (OPS, 2002) es “fortalecer la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública”, mientras que los principios del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo relativos a la buena gobernanza para el desarrollo sostenible incluyen “la justicia y el estado de derecho efectivo” (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2014). Las leyes y regulaciones, particularmente en relación

con las políticas, la visión y la dirección estratégica, también se incluyen en la sección de gobernanza de muchas herramientas de evaluación de sistemas de salud (Rechel, Maresso y van Ginneken, 2019; USAID, 2017).

## **4.4 Evaluación del desempeño de la función de gobernanza**

### **4.4.1 Desempeño de la función de gobernanza en general**

En la figura 4.2, la rendición de cuentas y la agencia, las instituciones adecuadas para el propósito, y la transparencia representan un buen desempeño de la función de gobernanza en general, lo que significa que las diferentes áreas de evaluación de la gobernanza ayudan a comprender y evaluar hasta qué punto la función de gobernanza está conduciendo a estos resultados. Dicho de otra manera, si la gobernanza del sistema de salud funciona bien (gobernanza general + gobernanza de la prestación de servicios y la generación de recursos), es probable que el sistema tenga instituciones con la capacidad para cumplir su propósito declarado, es probable que sea transparente y responsable, y que proporcione agencia a las poblaciones y comunidades para mejorar la salud de forma colaborativa.

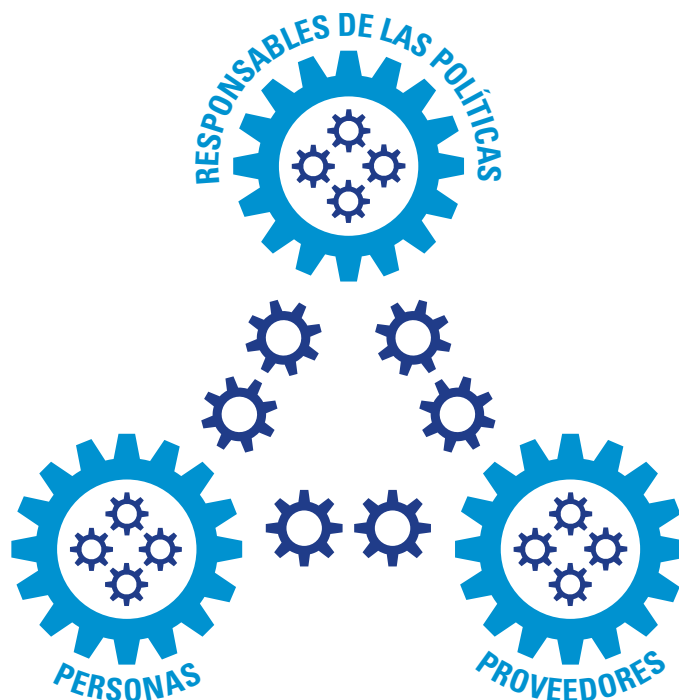
#### **4.4.1.1 Rendición de cuentas y agencia**

En el presente capítulo conceptualizamos la rendición de cuentas en términos de un sistema de responsabilización que se determina principalmente con base en el grado de funcionamiento de la gobernanza, es decir, lo bien que se gobierna el sistema en general, así como cuán bien funciona la gobernanza del financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos.

El centro de la rendición de cuentas es la relación de responsabilidad, es decir, una relación en la que alguien es responsable ante otra persona. En este caso, quienes gobiernan el sistema de salud —los responsables de las políticas y los políticos, de acuerdo con el marco de gobernanza adaptado del Informe sobre el desarrollo mundial 2004 (Banco Mundial, 2004); véase la figura 4.3— son responsables ante la población de dirigir el sistema de salud hacia los objetivos de salud pública. Tal como muestra la figura 4.3, los proveedores también son responsables tanto ante los responsables de las políticas como ante las personas. Dicho de otra manera, si las subfunciones de gobernanza se ejecutan bien, los rectores del sistema de salud están cumpliendo su labor de rendición de cuentas.

En el paradigma de las ciencias sociales, la agencia se refiere a la capacidad de las personas para tomar libremente sus propias decisiones y actuar de manera independiente (Barker, 2003). Específicamente dentro de la salud, la rendición de cuentas y la agencia están vinculadas al concepto de empoderamiento. Esto generalmente se entiende en términos de cuán bien los usuarios de un sistema de salud pueden procurar servicios de manera proactiva cuando sea necesario, realizar el autocuidado y expresar sus opiniones y experiencias para asegurarse de obtener políticas de salud receptivas. El empoderamiento es el proceso de acción social que genera la confianza necesaria para avanzar hacia objetivos colectivos (Rajan et al., 2021) y debe ser fomentado por la función de gobernanza para que las poblaciones y las comunidades tengan voz en las decisiones relacionadas con su salud. Por implicación, esto requiere que los sistemas de salud aborden los determinantes sociales y económicos de la salud —como la clase social, religión, sexo, origen étnico, capacidad y costumbres— que pueden limitar la capacidad de un participante para influir en la toma de decisiones.

**Figura 4.3** *Triángulo de actores de la gobernanza*



*Fuente:* Bigdeli et al. (2020).

#### 4.4.1.2 Instituciones adecuadas para su propósito

Los sistemas de salud que se gobiernan hábilmente forman la base sobre la que se construyen instituciones sólidas; son sistemas que protegen los objetivos de salud pública y facilitan el buen desempeño de otras funciones del sistema de salud.

Como se destaca en varios marcos de gobernanza (Travis et al., 2002; OMS, 2007; Kickbusch y Gleicher, 2012; Wendt, 2012), esto requiere adecuación organizativa y diseño del sistema. Travis et al. (2002) amplían este concepto con la noción de instituciones eficaces “capaces de eliminar limitaciones esencialmente estructurales al uso equitativo y eficiente de los recursos”, y destacan la forma en que la función de gobernanza trabaja a través de otras funciones para influir en objetivos más amplios del sistema, como la equidad y la eficiencia. En el 2007, la OMS describió este resultado de la gobernanza como el elemento que logra el acoplamiento entre la estrategia y la estructura (OMS, 2007), con lo cual lo vincula estrechamente a la subfunción de política y visión.

En los documentos donde se examina la capacidad de las instituciones del sector público se reconoce la importancia de sus requisitos funcionales y condiciones políticas previas. También se hace hincapié en la estrecha interacción entre la capacidad y la subfunción de legislación y regulación, mediante la observancia de reglas y directrices institucionales. Esta regulación y observancia se considera parte integral de la funcionalidad institucional.

El diseño institucional se evalúa explícitamente en tres herramientas de ESS, lo cual pone de relieve su importante papel en diferentes enfoques (Wendt, 2012; Rechel, Maresso y van Ginneken, 2019; USAID, 2017). Estas herramientas se centran en la organización institucional del sistema de salud y en la manera en que las instituciones de salud regulan, facilitan y permiten las actividades del sector de la salud.

En resumen, este resultado de gobernanza se centra en la existencia de instituciones funcionales que permiten el logro de los objetivos de salud pública e implica los recursos y el apoyo necesarios para llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de la institución. Lo que la institución haga en términos de su mandato y área técnica estaría sujeto a otras funciones. Por ejemplo, si la institución es un centro de salud, sus operaciones caerían bajo la función de prestación de servicios, pero si la institución es un fondo de seguro de salud, sus operaciones estarían dentro de la función de financiamiento.

### 4.4.1.3 Transparencia

Al igual que la rendición de cuentas, la transparencia es una característica de varios marcos de gobernanza (Siddiqi et al., 2009; Báez Camargo y Jacobs, 2011; Mikkelsen-Lopez, Wyss y de Savigny, 2011; Barbazza y Tello, 2014; Greer, Wismar y Figueras, 2016; Greer et al., 2019), lo que demuestra su vínculo sostenible con la noción de gobernanza. Sin embargo, como suele ser el caso, las conceptualizaciones de esta relación difieren entre los marcos: en algunos se considera un elemento central de la gobernanza, mientras que en otros figura como un resultado de la buena gobernanza. En la figura 4.2 se adopta esta última conceptualización porque la transparencia no refleja necesariamente la funcionalidad, por lo que no se ajusta a los criterios de subfunción detallados en el capítulo 2. Además, cualquier evaluación de la transparencia implicaría la evaluación de varias subfunciones de gobernanza; en otras palabras, la transparencia depende de la gobernanza general, así como de la gobernanza de las funciones de financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos. Esto apunta a que la transparencia es el resultado de una función de gobernanza que está desempeñándose bien y no una subfunción.

La transparencia es básicamente la “disponibilidad pública de información utilizable” (Vian, 2020), que en última instancia “permite el escrutinio de los actores públicos y sus decisiones”. En gran medida, este resultado de gobernanza acusa la influencia de la dirección de la subfunción de política y visión y el insumo de la subfunción de voz de las partes interesadas. Esencialmente, una mayor participación de las partes interesadas en la toma de decisiones logra que un sistema sea más transparente.

Además, una subfunción de información e inteligencia que está desempeñándose bien promueve una cultura de toma de decisiones basada en la evidencia y en datos que, a su vez, conduce a un sistema de salud más transparente.

## 4.4.2 Política y visión

### 4.4.2.1 Evaluación

Es poca la información u orientación disponible sobre la mejor manera de evaluar esta subfunción en la práctica. Sin embargo, las características clave se encapsulan en cuatro áreas para la evaluación:

- **Área de evaluación 1** Si existe una visión estratégica en forma escrita y rastreable (a través de documentos, directivas, regulaciones, directrices, etc.)
- **Área de evaluación 2** Si la visión estratégica es de buena calidad, entendida en términos de la viabilidad de su aplicación
- **Área de evaluación 3** Si existe colaboración multisectorial
- **Área de evaluación 4** Calidad de la colaboración multisectorial

La mayoría de los informes nacionales de ESS proporcionan información periódica sobre si se establece y documenta formalmente una dirección o visión estratégica para el sector de la salud. Algunos van más allá, y analizan el proceso de formulación de la visión estratégica, con lo cual entran en las subfunciones de voz de las partes interesadas y de información e inteligencia. Sin embargo, las ESS nacionales no necesariamente aportan información sobre la calidad de esa visión estratégica, conforme se establece en documentos, leyes o directrices. Lo mismo es cierto para la colaboración intersectorial: su existencia está cubierta en la mayoría de los informes nacionales de ESS, pero hay pocos detalles sobre su calidad.

Una base bibliográfica bastante reciente, pero aún pequeña, se ocupa de los impactos de las intervenciones de gobernanza, incluida la subfunción de política y visión, sobre diversos resultados del sistema de salud. Por ejemplo, en un análisis de 30 artículos realizado por Ciccone et al. (2014) se concluyó que “la formulación de políticas de salud que alinea y empodera a diversas partes interesadas” era un área de gobernanza que facilitaba las acciones del sector de la salud y conducía a mejoras en la calidad y el acceso al servicio. Al yuxtaponer las subfunciones de voz de las partes interesadas y de política y visión, su conceptualización de la gobernanza como “la formulación de políticas de salud que alinea y empodera a diversas partes interesadas” pone de relieve las interconexiones entre diferentes subfunciones de gobernanza. De hecho, en ese mismo análisis se aclara que los efectos positivos de la subfunción de política y visión pueden ser catalizados por elementos comunes a otras subfunciones y resultados de gobernanza. Estos incluyen la participación, el “uso de datos en la toma de decisiones” y la “transparencia general del sistema”, destacando las posibles sinergias entre las diferentes subfunciones de gobernanza y las interacciones con resultados como la transparencia. Esto permite maximizar el desempeño de cada subfunción específica.

En un estudio innovador, cuasiexperimental, realizado en Afganistán, se introdujeron de manera prospectiva intervenciones de gobernanza, como “establecer una dirección estratégica compartida” en un pequeño número de provincias y se comparó el acceso



y la cobertura de servicios con provincias donde no se introdujo el cambio (Shukla, 2018). A pesar de sus limitaciones, su análisis de regresión indicó un fuerte vínculo entre tener una visión y obtener mejores resultados en el sector de la salud. Sin embargo, es importante señalar que el mecanismo entre esta subfunción y cualquier resultado de salud es a través de la función de prestación de servicios, ya que las mejoras en cuanto a la calidad y el acceso solo son posibles a través de la implantación de una visión estratégica, y esta función se encuentra dentro del ámbito de la prestación de servicios.

#### 4.4.2.2 Mediciones indicativas

La base de datos de seguimiento del Programa general de trabajo de la OMS es una de las pocas bases de datos con información reciente para varios indicadores sobre visión estratégica y formulación de políticas estratégicas. Contiene información sobre 194 países, extraída de preguntas cualitativas respondidas por las oficinas de la OMS en los países —a veces en consulta con el ministerio de salud— y comunicadas anualmente al Consejo Ejecutivo de la OMS desde el 2015. Las preguntas, que se responden con un simple sí o no, son las siguientes:

- ¿Cuenta su país con una política, estrategia o plan nacional de salud?
- ¿La política, estrategia o plan nacional de salud está dirigido a avanzar hacia la cobertura universal de salud?
- ¿En la política, estrategia o plan nacional de salud se mencionan claramente indicadores que permiten el seguimiento y la evaluación periódicos del sector?

Si existe una colección de diferentes políticas o planes de salud, en lugar de una única visión o estrategia, estos indicadores pueden reformularse fácilmente para reflejar los diferentes contextos de los países:

- ¿Tiene su país un conjunto integral de políticas, leyes o directrices que den una visión estratégica al sector?
- ¿Su política, estrategia o plan nacional de salud o su conjunto integral de políticas, leyes y directrices tiene elementos de la cobertura universal de salud como principio central?
- ¿Su política, estrategia o plan nacional de salud o su conjunto integral de políticas, leyes y directrices indican cómo se vigilará y evaluará el sector?

Esta última pregunta tiene como objetivo evaluar la calidad de la política, estrategia o plan nacional de salud (área de evaluación 2), mientras que las dos primeras tienen como objetivo establecer si el gobierno de un país tiene o no una visión estratégica para el sector de la salud (área de evaluación 1). La información proporcionada en respuesta a la última pregunta sobre la calidad de la política, estrategia o plan nacional de salud mediante el seguimiento y la evaluación también podría utilizarse para evaluar la subfunción de “información e inteligencia”.

Con frecuencia se informa de la existencia de colaboración intersectorial, pero hay muy poca información sobre la calidad de estas colaboraciones en cuanto a qué partes interesadas participan, qué capacidad y recursos se dedican a la colaboración intersectorial y cuáles son las responsabilidades y los objetivos de los diversos actores participantes.

Se proponen dos indicadores utilizados por la OMS para vigilar los determinantes sociales de la salud para examinar la existencia de cierta colaboración con otros sectores, así como la calidad de dicha colaboración en el sentido de mejorar los resultados de salud. Los indicadores son:

- El número de políticas nacionales sobre salud y bienestar que atienden al menos dos determinantes prioritarios de la salud, y que abarcan al menos dos sectores, en los grupos de población destinatarios;
- El índice compuesto que combina cuatro aspectos evaluados de la salud en todas las políticas de un país: si un país tiene *a)* condiciones favorables para el desarrollo de la salud en todas las políticas; *b)* aplicación de políticas; *c)* seguimiento y evaluación, y *d)* formación y creación de capacidad.

#### 4.4.3 Voz de las partes interesadas

##### 4.4.3.1 Evaluación

Una amplia interacción con las partes interesadas y su participación en la formulación de políticas son un elemento integral de las herramientas de ESS examinadas. Sin embargo, la profundidad del análisis varía. Por ejemplo, la herramienta de diagnóstico de FHI 360 hace hincapié en la participación de los grupos interesados en la toma de decisiones y dedica toda una sección a la participación de la comunidad (Wendt, 2012). En el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2017) también se han incorporado

extensas preguntas de evaluación, mientras que la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019) considera la participación de las poblaciones desde el ángulo de la prestación de servicios y evalúa si los pacientes participan en las decisiones relacionadas con su tratamiento (Rechel, Maresso y van Ginneken, 2019).

Dada su prominencia en las plantillas de herramientas, es sorprendente que la participación de las partes interesadas en la toma de decisiones sea relativamente desatendida en los informes de ESS de los países. Algunos informes mencionan explícitamente la participación de las partes interesadas en la formulación de una política nacional de salud, pero proporcionan pocos detalles o ninguno sobre las partes interesadas que participaron, cómo se solicitaron sus aportes y cómo influyeron realmente en la toma de decisiones.

La profundidad y los niveles de influencia en la toma de decisiones deben evaluarse para determinar la calidad de la participación. Esto se hace principalmente a través de evaluaciones cualitativas e, idealmente, con métodos más exhaustivos como observaciones y grupos de opinión. Para examinar si un gobierno permite la participación de las partes interesadas en la toma de decisiones, proponemos dos áreas de evaluación cualitativa, que se basan en información que ya existe o que es fácil de recopilar, que generalmente no están cubiertas en las ESS. Estas áreas son:

- Área de evaluación 1: si las políticas, estrategias, planes, directrices o leyes nacionales de salud se formulan con la participación generalizada de partes interesadas clave
- Área de evaluación 2: si la participación de las partes interesadas es una prioridad para el gobierno en general (si existe un entorno propicio para la participación).

#### **4.4.3.2 Mediciones indicativas**

Como la voz de las partes interesadas apenas se menciona en los informes nacionales de ESS, proponemos la inclusión de dos nuevas preguntas:

- ¿Qué partes interesadas participan en los procesos nacionales de planificación de la salud y su examen?
- ¿Qué mecanismos y plataformas de diálogo existen para asegurar la participación de las principales partes interesadas en el proceso de toma de decisiones en materia de salud?

La mayor parte de la información que se requiere para responder estas preguntas tendría que recopilarse como datos primarios nuevos o procurarse como datos secundarios de manera específica y coherente. Pero estas son preguntas simples que podrían plantearse durante una ESS o responderse a través del examen de documentos y publicaciones clave.

Como se sugiere en publicaciones pertinentes (Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Siddiqi et al., 2009; Wendt, 2012; Rohrer y Rajan, 2016; OMS, 2016; Rechel, Maresso y van Ginneken, 2019; USAID, 2017), a fin de evaluar la amplitud de la participación y si esta podría estar sesgada hacia un grupo u otro, la primera pregunta también debería considerar la gama de partes interesadas e incluir:

- distintos ministerios e instituciones competentes
- la comunidad académica
- organizaciones y asociaciones de proveedores
- organizaciones de la sociedad civil, grupos de defensa (tanto grupos de pacientes como aquellos centrados en los derechos), organizaciones de base
- grupos de población o público en general
- grupos de población vulnerables, marginados y excluidos
- otras partes interesadas, como los organismos de seguro de enfermedad, miembros de comités parlamentarios de salud, representantes sindicales y representantes del sector privado.

La segunda pregunta se basa en la primera, pero tiene como objetivo tener una idea de hasta qué punto la participación es una prioridad para el gobierno (Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Wendt, 2012; USAID, 2017).

Un dato que puede aportar cierta información se encuentra en los indicadores del Programa general de trabajo de la OMS, que se recopilan sistemáticamente para los 194 Estados Miembros de la Organización. Esta es una simple declaración de sí o no con la que se evalúa la participación de partes interesadas en la toma de decisiones relacionadas con la salud:

- La formulación o actualización de políticas, estrategias, planes, directrices o leyes nacionales de salud se realiza con la participación generalizada de las principales partes interesadas.

#### 4.4.4 Información e inteligencia

##### 4.4.4.1 Evaluación

El buen desempeño de esta subfunción tiene como resultado que las autoridades y las partes interesadas del sistema de salud tengan datos de salud, información e inteligencia sólidos a su disposición que ayudarán a dirigir el sistema de salud. Del mismo modo, la respuesta eficaz de las políticas, estrategias y planes a los desafíos que enfrentan la salud de la población y el sistema de salud debería basarse en la evidencia.

Por lo tanto, la información y la inteligencia forman una subfunción básica de gobernanza porque la inteligencia debería generarse de una manera que permita a las autoridades determinar las necesidades y desafíos, así como evaluar el impacto de las decisiones e intervenciones.

Con base en lo anterior, las principales áreas de evaluación son:

- Área de evaluación 1: si un gobierno está comprometido a recopilar datos de salud pertinentes para la toma de decisiones
- Área de evaluación 2: si las decisiones se basan en gran medida en los datos y la evidencia.

Casi todas las herramientas de ESS utilizan una versión adaptada del enfoque de elementos fundamentales del sistema de salud mediante el cual los aspectos de inteligencia e información se capturan a través de un elemento fundamental separado denominado sistema de información de salud o como parte del componente de seguimiento y evaluación dentro del elemento fundamental respectivo, como la gobernanza, por ejemplo.

Los informes nacionales de ESS enfocan su evaluación en los aspectos procedimentales de los sistemas de información de salud, como los desafíos en torno al uso de datos para la planificación, la presupuestación y la garantía de la calidad, así como en aspectos técnicos de la generación de datos y sus dificultades. En general, se hace más hincapié en la evaluación de los puntos fuertes y débiles de los sistemas de seguimiento y presentación de informes que en la evaluación de la capacidad general del gobierno para cuidar de que se generen y utilicen datos. Un ejemplo de esto es el impacto que una calidad desigual de los datos tiene cuando se utilizan para la toma de decisiones. Sin embargo, por lo general no se menciona la cuestión más amplia de que el gobierno vele por la recopilación y el uso cualitativos de la información.

En consecuencia, los aspectos de gobernanza de la información e inteligencia a menudo se evalúan de forma implícita y no explícita, o se integran en una evaluación más amplia y detallada del sistema de información.

#### 4.4.4.2 Mediciones indicativas

Con respecto a la evaluación de esta subfunción, en un documento de la OMS titulado *Toolkit on Monitoring Health System Strengthening* (2009), se sugiere examinar las evaluaciones de los sistemas de información de salud de los países para evaluar la existencia y funcionalidad de una serie de indicadores indirectos. Estos indicadores potenciales del compromiso de un gobierno de recopilar datos de salud pertinentes para la toma de decisiones son:

- encuestas de salud
- registro de nacimientos y defunciones
- censo
- notificación a nivel de centro de salud
- seguimiento de recursos del sistema de salud
- capacidad de análisis, síntesis y validación de datos de salud.

El proyecto de evaluación MEASURE financiado por USAID (Measure Evaluation, 2021) proporciona más información sobre el uso de los sistemas de información de salud para la gobernanza a través de los siguientes indicadores cualitativos propuestos:

- el país cuenta con un plan de seguimiento y evaluación del sector salud
- el país tiene una política (anual) o plan estratégico relativo al sistema de información de salud
- el país tiene un conjunto de indicadores básicos de salud (actualizados anualmente).

Se puede adoptar una perspectiva amplia para la ESS con las siguientes preguntas de evaluación, adaptadas de MEASURE:

- ¿El país tiene un plan de seguimiento y evaluación del sector de la salud o una metodología documentada para vigilar los resultados intermedios e inmediatos del sector de la salud?

- ¿El país tiene una política o plan estratégico relativo al sistema de información de salud? En esta pregunta se reflexiona sobre la existencia de actividades planificadas para fortalecer el sistema de información de salud al asegurar, por ejemplo, la compatibilidad entre diferentes sistemas de datos
- ¿El país tiene un conjunto de indicadores básicos de salud (actualizados anualmente)?

Además, el seguimiento del Programa general de trabajo de la OMS permite recopilar el siguiente indicador para todos los Estados Miembros:

- La política, estrategia o plan nacional (o las leyes y regulaciones de salud del país) menciona claramente indicadores que permiten el seguimiento y la evaluación regulares.

Desde la perspectiva de la ESS, estas preguntas podrían complementarse con indicadores o preguntas cualitativas sobre el funcionamiento del sistema de información de salud, ya que esto ayudaría a evaluar cuán bien se está manejando la generación y el uso de inteligencia.

#### **4.4.5 Legislación y regulación**

##### **4.4.5.1 Evaluación**

El núcleo de esta subfunción es la capacidad de formular leyes y reglas, y hacerlas cumplir a través de medidas regulatorias para asegurar su observancia tanto en el sector público como el privado. Cualquier evaluación de esta subfunción tendría que centrarse en esas dos capacidades clave:

- Área de evaluación 1: la capacidad de formular y hacer cumplir leyes y regulaciones para gobernar el comportamiento de los actores en favor de la protección y mejora de la salud pública
- Área de evaluación 2: asegurar el cumplimiento de esas reglas, leyes y regulaciones.

Estas áreas de evaluación están alineadas con los aspectos de legislación y regulación destacados en varios marcos de gobernanza de la salud y herramientas de ESS (véase el cuadro 4.3). Los marcos de gobernanza de la salud abordan los mismos temas de manera genérica, mientras que las herramientas de ESS tienden a ser más específicas y están decididamente enfocadas en la salud.

**Cuadro 4.3** *Legislación y regulación en los marcos de gobernanza y herramientas de ESS*

Marcos de gobernanza	Herramientas de ESS
Formular y hacer cumplir leyes y regulaciones para proteger la salud de la población	Regulación de terceros pagadores, proveedores, recursos humanos, productos farmacéuticos, dispositivos y ayudas, inversión de capital; acreditación y concesión de licencias
Asegurar el cumplimiento de las reglas	Procedimientos para notificar, investigar y adjudicar la mala asignación o el mal uso de los recursos

*Fuente:* Compilación de los autores.

#### 4.4.5.2 Mediciones indicativas

Proponemos las siguientes preguntas de evaluación, que provienen en gran medida de un instrumento de encuestas nacionales que la OMS ha de publicar próximamente para elaborar un mapa jurídico de la cobertura universal de salud y que se titula *UHC legal mapping: country survey instrument*. Básicamente, el desempeño de la subfunción de legislación y regulación puede evaluarse examinando si el gobierno tiene la capacidad, la voluntad política y el apoyo adecuados para formular y hacer cumplir leyes y regulaciones en beneficio de la salud pública. Estas dos áreas de desempeño pueden evaluarse mediante las preguntas propuestas a continuación.

#### **Formular leyes y regulaciones para proteger la salud de la población**

Preguntas de evaluación:

- ¿Las leyes existentes relativas a la salud están alineadas con las políticas y planes de salud del gobierno?
- ¿Las leyes nacionales relativas a los derechos humanos prohíben la discriminación por motivos de sexo, identidad de género, condición de discapacidad, raza o etnia y orientación sexual en áreas como la educación, el empleo y la vivienda?

Ambas preguntas ayudan a medir el alcance de la visión y la capacidad de un gobierno para utilizar instrumentos legales para proteger la salud de la población. La primera pregunta de evaluación se ha tomado del instrumento de encuesta de países de la OMS (de próxima publicación) y tiene por objeto mostrar la coherencia entre las políticas y los planes del sector de salud y las leyes relativas a la salud. Esto supone que la salud pública es la principal preocupación de las instituciones de salud de los gobiernos y de



las políticas y planes de los ministerios de salud, pero, en la práctica, en la formulación de las leyes sobre la salud generalmente interviene una gama más amplia de actores que pueden priorizar o considerar otros intereses y desafíos. Demostrar coherencia entre las políticas y las leyes puede ayudar a revelar tanto el lugar como la prioridad que se confieren a la salud en un país, así como la capacidad del ministerio de salud (y otras instituciones de salud pública) para influir en las políticas públicas a favor de la salud.

La segunda pregunta de evaluación se extrae de un documento de la OMS publicado en el 2016 en el que se propone un marco y un conjunto de indicadores básicos para el seguimiento mundial de la acción sobre los determinantes sociales de la salud, titulado *Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators*. Esta medida no está ampliamente disponible en las bases de datos mundiales, pero puede integrarse fácilmente en una evaluación de los sistemas de salud. De ser necesario, y cuando se disponga de datos, la ESS podría utilizar un indicador similar a la pregunta: ¿El país cuenta con leyes nacionales que garanticen *a)* la no discriminación en los servicios financieros por razones de sexo, y *b)* la orientación no discriminatoria en el matrimonio o las uniones civiles por sexo, identidad de género y orientación sexual? (OMS, 2016).

### **Velar por la observancia de las leyes y regulaciones para proteger la salud de la población**

Preguntas de evaluación:

- ¿En qué medida se emprenden acciones para implantar y hacer cumplir realmente la legislación relativa a la salud?
- ¿En qué medida los actores ejecutivos y judiciales cuentan con los recursos necesarios para aplicar y hacer cumplir la legislación relativa a la salud?

Básicamente, estas preguntas buscan captar el grado en que las leyes y regulaciones sobre la salud no solo se formulan, sino también se aplican.

En el instrumento de encuestas nacionales de la OMS se explica la primera pregunta de evaluación como una medida de “la capacidad, habilidad y colaboración de los organismos ejecutivos y órganos judiciales encargados de aplicar y hacer cumplir la legislación de salud... [incluidos] los pasos... adoptados para aplicar y hacer cumplir realmente las leyes de salud de manera coherente, previsible y proporcionada” (OMS, de próxima publicación).

La observancia de las leyes y regulaciones depende de contar con recursos adecuados para asegurar su cumplimiento. Por lo tanto, la segunda pregunta de evaluación se refiere a las instituciones ejecutivas y judiciales encargadas de hacer cumplir la ley, como los órganos reguladores, los ministerios y los tribunales, y su funcionalidad a través de los recursos.

#### **4.5 Conclusiones**

La gobernanza es claramente una función básica del sistema de salud que influye ampliamente sobre todas las demás funciones y resultados intermedios y objetivos finales. Su importancia para el desempeño de los sistemas ha llevado a que se incluya, de diversas formas, en diferentes marcos. En este volumen, definimos la gobernanza a través de subfunciones básicas, que se han formulado específicamente para reflejar una funcionalidad orientada a la acción de la cual es responsable una o más personas o instituciones:

- política y visión
- voz de las partes interesadas
- información e inteligencia
- legislación y regulación.

Se proponen áreas de evaluación clave para cada una de las subfunciones, con la idea de hacer una evaluación global de todo el sistema. Por lo tanto, las áreas de evaluación son aquellos aspectos de cada subfunción que tienen la mayor repercusión sobre el desempeño de la función de gobernanza, a saber, la rendición de cuentas y la agencia, la transparencia y las instituciones adecuadas para su propósito.

La medición del desempeño de las subfunciones de gobernanza de la salud es generalmente un campo subdesarrollado, con un enorme margen para afinar las preguntas de evaluación, pasar a la calificación cuantitativa y realizar estudios de casos y proyectos piloto en los países para poner a prueba las mediciones indicativas propuestas en este capítulo. Además de los esfuerzos por mejorar estas medidas, las evaluaciones nacionales de los sistemas de salud también podrían avanzar hacia una mayor y mejor información sobre la función de gobernanza, ya sea mediante una simple descripción cualitativa o, en última instancia, con indicadores simplificados.

## Referencias

- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2017). Explore USAID's health system assessment approach v3.0: United States Agency for International Development (USAID). Disponible en: <https://www.hfgproject.org/the-health-system-assessment-approach-a-how-to-manual/>.
- Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030 (2017). Background paper: Harmonizing and Aligning health systems assessments (HSAs): review of HSA tools and approaches. Ginebra: UHC2030.
- Aqil A et al. (2017). *Health systems strengthening – monitoring, evaluation, and learning guide. Measure Evaluation*. Chapel Hill. Disponible en: [https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-167c/at\\_download/document](https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-167c/at_download/document).
- Asociación Médica Mundial (1964). Declaración de Helsinki. Helsinki: AMM. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16805/v108n%285-6%29p626.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Báez Camargo C, Jacobs E (2011). *A framework to assess governance of health systems in low income countries. Working paper series No. 11*. Basel: Institute on Governance.
- Banco Mundial (2004). World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. Washington, D.C.: BM.
- Barbazza E, Tello JE (2014). A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*, 116(1):1-11.
- Barker C (2003). *Cultural studies: Theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Barr V et al. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa: Agencia de Salud Pública de Canadá y Ginebra: OMS.
- Bigdeli M et al. (2020). Health system governance: the missing links. *BMJ Global Health*, 5:e002533.
- Boyce T, Brown C (2017). *Engagement and participation for health equity*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Brinkerhoff DW, Bossert TJ (2008). Health governance: concepts, experience, and programming options. *Health Systems*, 20:20.
- Ciccone DK et al. (2014). Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low-and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 117:86-95.

- Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20220119232239/http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701\\_spa.pdf;jsessionid=47F91A2FDE39A8034C3E4B305FD3CB87?sequence=1](https://web.archive.org/web/20220119232239/http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701_spa.pdf;jsessionid=47F91A2FDE39A8034C3E4B305FD3CB87?sequence=1).
- Consejo de Europa (2012). *Recommendation CM/Rec(2012)8 of the Committee of Ministers to member States on the implementation of good governance principles in health systems*. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Cylus J, Papanicolas I, Smith PC (2017). *How to make sense of health system efficiency comparisons?* Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- De Cos PH, Moral-Benito E (2014). Determinants of health-system efficiency: evidence from OECD countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 14(1):69-93.
- Unión Europea (2019). *Expert Group on Health System Performance Assessment. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Fiorati RC et al. (2018) Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. *Gaceta Sanitaria*, 32:304-314.
- Fisher M et al. (2017). Intersectoral action on SDH and equity in Australian health policy. *Health Promotion International*, 32(6):953-963.
- Francés F, La Parra-Casado D (2019). *Participation as a driver of health equity*. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Greer SL et al. (2019). *It's the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation*. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Greer SL, Wismar M, Figueras J (2016). *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance*. Report No.: 0335261345. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.

- Harris J et al. (2018). Searching for the impact of participation in health and health research: challenges and methods. *BioMed Research International*, 2018:ID 9427452.
- Kaplan AD et al. (2013). Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low-and middle-income countries? *Human Resources for Health*, 11(1):6.
- Kaufmann D, Kray A (2021). Worldwide governance indicators: voice and accountability. Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponible en: <http://info.worldbank.org/governance/wgi> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Kickbusch I, Gleicher D (2012). *Governance for health in the 21<sup>st</sup> century*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Kirigia JM, Kirigia DG (2011). The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine*, 4(1):11.
- Lewis M, Pettersson G (2009). *Governance in health care delivery: raising performance*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C (2000). *Design and implementation of health information systems*. Ginebra: OMS.
- McQueen DV et al. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies*. Ginebra: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Measure Evaluation (2021). Indicators of the Status of a Health Information System: Measure Evaluation. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/hi-strengthening-resource-center/country-profiles-1/indicators-of-the-status-of-a-health-information-system.html> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D (2011). An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights*, 11(1):13.
- Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H (2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 13(1):1056.
- Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT (2014). Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *International Journal of Medical Informatics*, 83(11):779-796.

- Nolen LB et al. (2005). Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bull World Health Organ*, 83:597-603.
- O'Neill K et al. (2016). Chapter 9: Monitoring, evaluation and review of national health policies, strategies and plans. En: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editores. *Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008a). *Equidad en la salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008b). *Framework and standards for country health information systems*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Toolkit on monitoring health systems strengthening*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators – consultation paper*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44391>.
- Organización Mundial de la Salud. *UHC legal mapping: country survey instrument*. Ginebra: OMS [de próxima publicación].
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the Americas initiative, 2000-2007*. Washington, D.C.: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Intersectorialidad y equidad en la salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33874>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). *Discussion paper - governance for sustainable development - integrating governance in the post-2015 development framework*. Ginebra: PNUD.
- Rajan D et al. (2017). The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008–2016). Ginebra: OMS.
- Rajan D et al. (2018). Public voice and participatory governance in the health sector: status quo and way forward. En: Hsu J et al., editores. *Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues*. Ginebra: OMS.
- Rajan D et al. (2021). *Voice, agency, empowerment: handbook on social participation for universal health coverage*. Ginebra: OMS.
- Rechel B, Maresso A, van Ginneken E (2019). *Health Systems in Transition: template for authors 2019*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Rifkin SB (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29(suppl\_2):98-106.
- Robinson M (2013). A look into the participation & human rights category 2013. Disponible en: <https://mo.ibrahim.foundation/news/2013/a-look-into-the-participation-human-rights-category> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Rohrer K, Rajan D (2016). Chapter 2: Population consultation on needs and expectations. En: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editores. *Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook*. Ginebra: OMS.
- Schmets G, Rajan D, Kadandale S (2016). *Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook*. Ginebra: OMS.
- Shankardass K et al. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1):25-33.
- Shukla M (2018). Impact of a health governance intervention on provincial health system performance in Afghanistan: a quasi-experimental study. *Health Systems & Reform*, 4(3):249-266.



- Siddiqi S et al. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1):13-25.
- Smith PC et al. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*, 106(1):37-49.
- Terwindt F, Rajan D (2016). Chapter 5: Strategic planning: transforming priorities into plans. En: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editores. *Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook*. Ginebra: OMS.
- Travis P et al. (2002). Towards better stewardship: concepts and critical issues. Ginebra: OMS.
- Veillard JHM et al. (2011). Health system stewardship of national health ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*, 103(2-3):191-199.
- Vian T (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13(suppl.1):1694744.
- Wendt D (2012). *Health System Rapid Diagnostic Tool. Framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions*. Durham, NC: Family Health International.
- Yip W, Hafez R (2015). *Improving Health System Efficiency: Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases*. Ginebra: OMS.



## Apéndice 4.1: Panorama de los principales marcos de gobernanza

Autor/Institución	Nombre del marco	Elementos de gobernanza
Báez Camargo C. y Jacobs E., 2011	A framework to assess governance of health systems in low income countries [un marco para evaluar la gobernanza de los sistemas de salud en los países de ingresos bajos]	<p><b>Insumos de gobernanza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Participación</li> <li>· Creación de consenso</li> <li>· Visión estratégica y diseño de sistemas</li> </ul> <p><b>Proceso de gobernanza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Rendición de cuentas</li> <li>· Transparencia</li> <li>· Control de la corrupción</li> </ul> <p><b>Resultados de gobernanza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Capacidad de respuesta</li> <li>· Equidad</li> <li>· Eficiencia</li> </ul>
Brinkerhoff D. y Bossert T., 2008	Health governance: concepts, experience, and programming options [gobernanza de la salud: conceptos, experiencia y opciones de programación]	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Relaciones: Cliente/ciudadano frente a estado frente a proveedores</li> <li>· Mejorar el proceso de formulación de políticas</li> <li>· Fomentar la participación</li> <li>· Incrementar la rendición de cuentas, la transparencia y la lucha contra la corrupción</li> </ul>
Kickbusch I. y Gleicher D., 2012	Governance for health in the 21 <sup>st</sup> century [gobernanza para la salud en el siglo XXI]	<p><b>Gobernanza inteligente para la salud y el bienestar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Colaboración</li> <li>· Participación</li> <li>· Combinación de regulación y persuasión</li> <li>· Organismos independientes y órganos de expertos</li> <li>· Políticas adaptativas, estructuras resilientes y previsión</li> </ul>
Kirigia J. y Kirigia D., 2011	The essence of governance in health development [la esencia de la gobernanza en el desarrollo de la salud]	<p><b>Funciones de la gobernanza del desarrollo de la salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Liderazgo y gestión de la salud pública</li> <li>· Estado de derecho en el ámbito de la salud</li> <li>· Participación comunitaria y capacidad de respuesta</li> <li>· Alianzas internas y externas eficaces para la salud</li> <li>· Equidad horizontal y vertical en los sistemas de salud</li> <li>· Eficiencia en la asignación y utilización de recursos</li> <li>· Rendición de cuentas y transparencia en el desarrollo de la salud</li> <li>· Toma de decisiones con base en la evidencia</li> <li>· Prácticas éticas en la investigación en salud y la prestación de servicios de salud</li> <li>· Estabilidad macroeconómica y política</li> </ul>

Autor/Institución	Nombre del marco	Elementos de gobernanza
Mikkelsen-Lopez I., Wyss K. y de Savigny D., 2011	An approach to addressing governance from a health system framework perspective [un enfoque para abordar la gobernanza desde la perspectiva de un marco de sistema de salud]	<b>Elementos de gobernanza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Participación y orientación al consenso</li> <li>· Visión estratégica y diseño del sistema</li> <li>· Lucha contra la corrupción</li> <li>· Transparencia</li> <li>· Rendición de cuentas</li> </ul>
Siddiqi et al., 2009	Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance [marco para evaluar la gobernanza del sistema de salud en los países en desarrollo: puerta de entrada a la buena gobernanza]	<b>Principios de gobernanza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Visión estratégica</li> <li>· Participación y orientación al consenso</li> <li>· Estado de derecho</li> <li>· Transparencia</li> <li>· Capacidad de respuesta</li> <li>· Equidad e inclusión</li> <li>· Eficacia y eficiencia</li> <li>· Ética</li> </ul>
Smith P. et al., 2012	Leadership and governance in seven developed health systems [liderazgo y gobernanza en siete sistemas de salud desarrollados]	<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Establecimiento de prioridades</li> <li>· Seguimiento del desempeño</li> <li>· Rendición de cuentas</li> </ul>
Veillard J. et al., 2011	Health system stewardship of national health ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework [rectoría de los sistemas de salud por parte de los ministerios nacionales en la Región de Europa de la OMS: conceptos, funciones y marco de evaluación]	<b>Funciones de rectoría del sistema de salud:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Definir una visión para la salud y una estrategia y políticas para lograr una mejor salud</li> <li>· Ejercer influencia en todos los sectores y abogar por una mejor salud</li> <li>· Velar por la buena gobernanza en apoyo al logro de los objetivos de los sistemas de salud</li> <li>· Asegurar la consonancia del diseño del sistema con los objetivos del sistema de salud</li> <li>· Utilizar instrumentos jurídicos, regulatorios y de política para dirigir el desempeño del sistema de salud</li> <li>· Recopilar, difundir y aplicar información de salud apropiada y evidencia de investigación</li> </ul>
Greer SL., Wismar M. & Figueras J., 2016	Strengthening health system governance: better policies, stronger performance [fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud: mejores políticas, mejor desempeño]	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Transparencia</li> <li>· Rendición de cuentas</li> <li>· Participación</li> <li>· Integridad</li> <li>· Capacidad</li> </ul>
Lewis M. y Pettersson G., 2009	Governance in health care delivery: raising performance [gobernanza en la prestación de servicios de salud: mejorar el desempeño]	<b>Fundamentos de gobernanza y desempeño:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Normas</li> <li>· Incentivos</li> <li>· Información</li> <li>· Rendición de cuentas</li> </ul>

Autor/Institución	Nombre del marco	Elementos de gobernanza
Travis P. et al., 2002	Towards better stewardship: concepts and critical issues [hacia una mejor rectoría: conceptos y cuestiones críticas]	<p><b>Dominios/subfunciones de la rectoría:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Generación de inteligencia</li> <li>· Formulación de la dirección estratégica de la política</li> <li>· Contar con instrumentos para la implementación: facultades, incentivos y sanciones</li> <li>· Formar coaliciones y establecer alianzas</li> <li>· Cuidar de que los objetivos de política correspondan a las estructuras y la cultura de la organización</li> <li>· Velar por la rendición de cuentas</li> </ul>
OMS, 2007	Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action [asunto de todos: fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados de salud. Marco de acción de la OMS]	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Orientación normativa</li> <li>· Inteligencia y supervisión</li> <li>· Colaboración y formación de coaliciones</li> <li>· Regulación</li> <li>· Diseño del sistema</li> <li>· Rendición de cuentas</li> </ul>
OPS, 2008	The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the Americas initiative, 2000-2007 [las funciones esenciales de salud pública como estrategia para mejorar el desempeño general de los sistemas de salud: tendencias y desafíos desde la iniciativa "la salud pública en las Américas" 2000-2007]	<p><b>Funciones de salud pública:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud</li> <li>· Seguimiento, investigación y control de riesgos y amenazas a la salud pública</li> <li>· Promoción de la salud</li> <li>· Participación social en la salud</li> <li>· Formulación de políticas y desarrollo de capacidad institucional para la planificación y gestión de la salud pública</li> <li>· Fortalecimiento de la regulación de la salud pública y estrategia para su observancia</li> <li>· Evaluación de la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios</li> <li>· Formación y capacitación de recursos humanos en salud pública</li> <li>· Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y de la población</li> <li>· Investigación en salud pública</li> <li>· Reducción del impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud</li> </ul>

Autor/Institución	Nombre del marco	Elementos de gobernanza
Consejo de Europa, 2012	Recommendation CM/Rec(2012)8 of the Committee of Ministers to member States on the implementation of good governance principles in health systems [recomendación CM/Rec(2012)8 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la aplicación de los principios de buena gobernanza en los sistemas de salud]	<p><b>Elementos facilitadores/Principios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Equidad</li> <li>· Participación</li> <li>· Arreglos organizativos</li> <li>· Rendición de cuentas</li> <li>· Integridad</li> <li>· Transparencia</li> </ul> <p><b>Resultados intermedios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Capacidad de respuesta</li> <li>· Eficacia</li> <li>· Eficiencia</li> <li>· Calidad</li> <li>· Sostenibilidad</li> </ul> <p><b>Fundamentos/Valores fundamentales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Derechos humanos</li> <li>· Estado de derecho</li> <li>· Democracia</li> </ul>

# Generación de recursos

*Dheepa Rajan, Katja Rohrer, Kira Koch, Teena Kunjumen, Khassoum Diallo, Adriana Velázquez Berumen, Claudia Nannei, Judith Sprunken*

### 5.1 Introducción

El objetivo de la generación de recursos es que un sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para funcionar. Estos insumos adoptan muchas formas: personal de salud, dispositivos y equipos médicos, infraestructura, productos farmacéuticos, vacunas, bienes fungibles, suministros médicos, etc. La tarea de la generación de recursos es asegurarse de que estos insumos se produzcan, adquieran, pongan a disposición o mantengan en el lugar y momento en que se necesiten.

En este capítulo se analiza la mejor manera de evaluar esta importante función, teniendo en cuenta qué es y qué no es la generación de recursos. El *quid* de esta función se basa en lograr un equilibrio óptimo entre los insumos; por lo tanto, es la interacción de los diferentes recursos, o subfunciones (véase el recuadro 5.1), entre sí lo que ayuda a facilitar la función de prestación de servicios e influir en los objetivos intermedios y en el desempeño general del sistema.

Además de las tres subfunciones que se muestran en el recuadro 5.1 y que se analizan en la sección 5.3 Subfunciones, proponemos áreas de evaluación en la sección 5.4 Evaluación del desempeño de la generación de recursos, que reflejan los elementos más importantes para la generación de recursos y tienen el mayor impacto sobre el desempeño del sistema de salud. El capítulo termina con mediciones indicativas que podrían utilizarse para captar el grado de funcionamiento de las áreas de evaluación. Como esta información proviene en gran medida de evaluaciones de sistemas de salud, puede ser cualitativa o cuantitativa e, idealmente, ambas.

**Recuadro 5.1** *Subfunciones de generación de recursos*

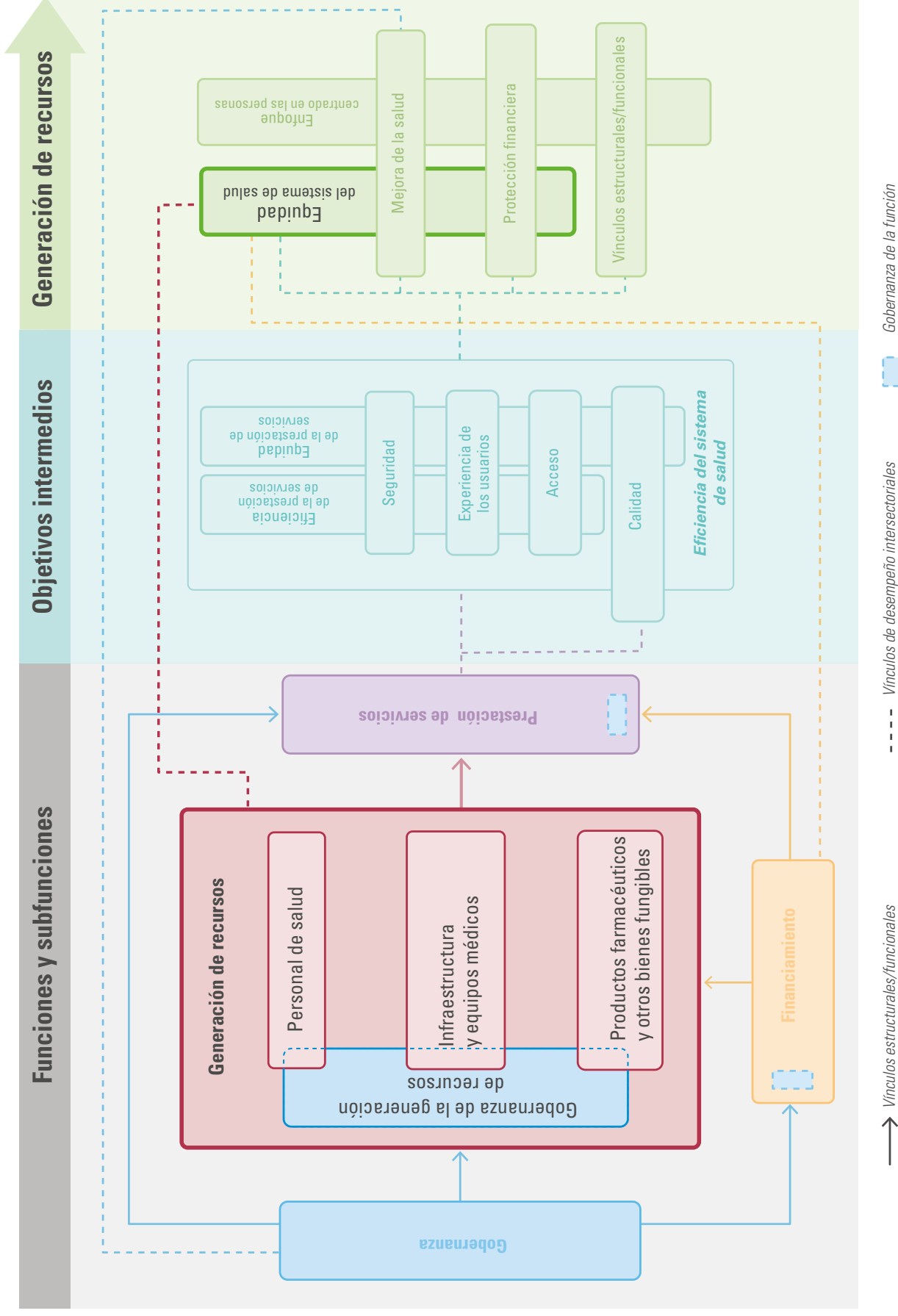
- Personal de salud
- Infraestructura y equipos médicos
- Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles

**5.2 Descripción de la función de generación de recursos****5.2.1** *Dónde se inserta la generación de recursos en el marco de desempeño del sistema de salud*

Como función del sistema de salud, la generación de recursos se sitúa entre la gobernanza y la prestación de servicios (figura 5.1). La función de gobernanza habilita la función de generación de recursos, y la generación de recursos sustenta y habilita la función de prestación de servicios (Adams et al., 2003). Es importante destacar que los recursos se crean y mantienen dentro de la función de generación de recursos, pero su interacción y uso se manifiestan dentro de la prestación de servicios. En otras palabras, la influencia que la generación de recursos tiene sobre la capacidad del sistema de salud para alcanzar sus objetivos intermedios y finales se deriva principalmente de su impacto sobre la función de prestación de servicios.

Una excepción notable es el objetivo final del sistema relativo a la eficiencia, en el que se puede establecer un vínculo directo desde la función de generación de recursos. Básicamente, la eficiencia consiste en maximizar el producto con el nivel de insumos disponibles, tanto en términos de cantidad como de calidad. La función de generación de recursos comprende insumos como el personal de salud, los equipos médicos y la infraestructura, que representan costos fijos del sistema de salud y que deben pagarse y mantenerse, se utilicen o no. Los costos asociados a recursos potencialmente inactivos representan una gran parte del gasto total en salud de algunos países y presentan un problema de eficiencia si no se activa la función de prestación de servicios. La eficiencia también se dificulta cuando se producen muy pocos recursos o cuando los recursos no coinciden con las necesidades. Es posible mejorar la eficiencia del sistema a través de estrategias de adquisición, por ejemplo, compras a granel de grandes cantidades de insumos como medicamentos, suministros y bienes fungibles para reducir el costo unitario. Por estas y otras razones, es posible que los insumos del sistema ni siquiera ingresen en la función de prestación de servicios.

**Figura 5.1** Subfunciones de generación de recursos



Fuente: Compilación de los autores.

Salvo por la eficiencia, la generación de recursos es habilitada en gran medida por la gobernanza, y funciona a través de la prestación de servicios para influir en los objetivos intermedios y finales del sistema.

### **5.2.2 Conceptualización de la generación de recursos**

El concepto de generación de recursos como función del sistema de salud fue presentado por primera vez en el paradigma del desempeño de los sistemas de salud por la OMS en su influyente Informe sobre la salud en el mundo 2000 (OMS, 2000). En el informe se buscaba medir el desempeño en todos los Estados Miembros de la OMS a partir de una serie de indicadores clave. En el documento se clasificó a los países en términos de desempeño del sistema de salud, lo que causó una polémica y generó un acalorado debate en torno a la selección y comparabilidad de los indicadores, las áreas seleccionadas para la evaluación del desempeño y la decisión de medir el desempeño con poca disponibilidad de datos (Maes, 2000; Reinhardt y Cheng, 2000; Braveman et al., 2001; Walt y Mills, 2001; Nord, 2002; Richardson, Wildman y Robertson, 2003).

En este debate no llegó a reconocerse el valor de cristalizar el concepto de funciones del sistema de salud y, en ese contexto, definir la generación de recursos como una función que reúne todos los insumos del sistema de salud. En el Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2000) se señalaron tres insumos para la generación de recursos que requieren inversión de capital o gastos fijos:

- recursos humanos
- capital físico
- bienes fungibles.

El tipo de gasto que un recurso requiere se describe como una característica definitoria importante de cada insumo. El mantenimiento se distingue como un gasto fijo: el capital humano necesita “mantenimiento” mediante educación continua y capacitación en el trabajo, y el capital físico requiere mantenimiento y reparación de equipos y edificios. Se señaló en el informe que el mantenimiento es crucial para el desempeño a largo plazo porque “con una utilización y un mantenimiento adecuados, los edificios y vehículos pierden su valor más lentamente. Sin atención y mantenimiento, el capital de salud se deteriora en forma acelerada” (OMS, 2000).



En una publicación de seguimiento al informe del 2000 difundida en el 2003 se retomó el concepto de generación de recursos y se amplió para incluir los recursos intelectuales de manera más explícita, aunque no se especificó en qué se diferenciaban estos de los recursos humanos (Adams et al., 2003). Sin embargo, los autores hacen hincapié en la distinción entre inversión y gastos recurrentes dentro de la función de generación de recursos, y enfatizan que la primera tiene implicaciones a largo plazo para el sistema de salud y puede adquirir tintes políticos.

En el 2007, la OMS publicó *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*, donde se esboza el marco de elementos fundamentales (OMS, 2007a). Tres de los seis elementos fundamentales encajan total o parcialmente en la función de generación de recursos porque deben generarse y mantenerse:

- personal de salud
- productos médicos, vacunas y tecnologías sanitarias
- información de salud.

Una adaptación más reciente del Informe sobre la salud en el mundo 2000 proviene de una propuesta de Canadá en la que se sugiere una contribución más proactiva de sus provincias al desempeño general del sistema de salud del país (Verma y Bhatia, 2016). Los investigadores recomiendan invertir en la función de generación de recursos centrándose en la capacitación de los trabajadores de la salud y la tecnología de información de salud. En el contexto canadiense, estos aspectos se entienden como un medio para lograr eficiencia, mejorar la salud de la población y fomentar la participación de los pacientes. Los autores señalan áreas dentro de las dimensiones de recursos humanos y físicos que, en su opinión, necesitan mejoras específicas para aumentar el desempeño de los sistemas, y ofrecen un ejemplo de aplicación práctica del concepto de generación de recursos en el país.

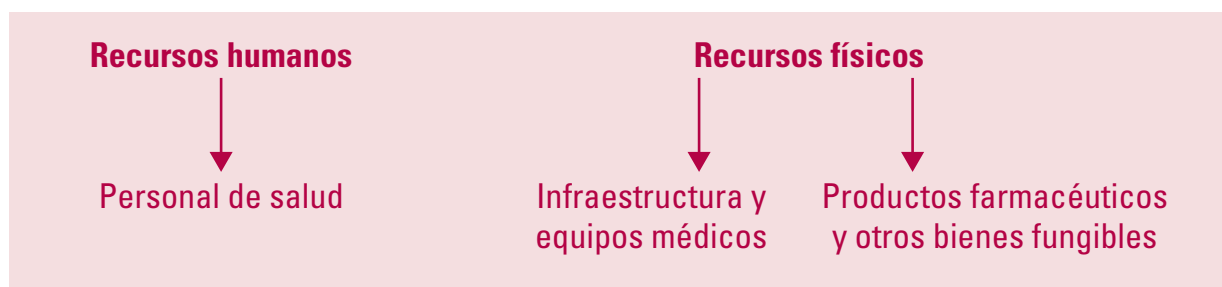
### **5.3 Subfunciones**

Tomamos la diferenciación entre recursos humanos y físicos que se hace en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 como punto de partida para definir las subfunciones de la generación de recursos (véase la figura 5.2).

Teniendo presente la evaluación de la funcionalidad y el desempeño de los sistemas de salud, mantenemos la distinción que figura en el Informe sobre la salud en el mundo

entre los recursos físicos, que necesitan inversión de capital, y aquellos como la infraestructura y los equipos médicos que, además, necesitan mantenimiento. Y agregamos una distinción adicional para los recursos de un solo uso o desechables, como los productos farmacéuticos y otros bienes fungibles. También utilizamos el término más específico *personal de salud* para referirnos a los recursos humanos para la salud (véase la figura 5.2).

**Figura 5.2** *Recursos humanos versus recursos físicos*



*Fuente:* Compilación de los autores.

Esto conduce directamente a las tres subfunciones de generación de recursos, que se analizan con más detalle a continuación:

- personal de salud
- infraestructura y equipos médicos
- productos farmacéuticos y otros bienes fungibles.

### 5.3.1 *Personal de salud*

Para el marco de evaluación, utilizamos la definición amplia de personal de salud dada a conocer por la OMS en el 2009: “todas las personas que participan en acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud” (OMS, 2009). Esta interpretación valora explícitamente las actividades formales e informales emprendidas en el sector de la salud y amplía la definición del Informe sobre la salud en el mundo 2000, que se centró más en los trabajadores de la salud contratados formalmente, denominados “trabajadores clínicos y de apoyo” (OMS, 2000).

En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se considera que el vínculo entre el personal de salud y el desempeño de los sistemas de atención de salud “depende en última instancia de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas

encargadas de prestar los servicios” (OMS, 2000). La importancia financiera de este vínculo se destaca en el Informe sobre la salud en el mundo 2006, en el que se estimó que los países destinan aproximadamente el 42% del gasto público total en salud a la remuneración de su personal de salud (OMS, 2006).

En general, otras publicaciones en las que se analiza el personal de salud no proporcionan una definición precisa de este tipo de trabajadores. En cambio, el significado figura de forma implícita en los objetivos de investigación y la perspectiva adoptada para cada informe. Si el objetivo es la evaluación y planificación del personal de salud, la definición implícita comprende a los trabajadores de la salud formales (Mokwena et al., 2007; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2008, 2016, 2019; Ono, Lafortune y Schoenstein, 2013; Boulton et al., 2014; Merçay, Dumont y Lafortune, 2015). Pero si el interés recae en el conjunto de habilidades y la funcionalidad de la fuerza laboral, la definición implícita a menudo incluye a los cuidadores informales, así como a la fuerza laboral formal (Coronado, Koo y Gebbie, 2014).

Cuando se ofrece una definición explícita de personal de salud, con mayor frecuencia es la de la OMS (Tawfik y Kinoti, 2006; OMS, 2021a), que incluye enfáticamente la atención informal. Inicialmente, el GTT de CSU2030 también discutió el tema del personal de salud, en el contexto del empleo formal, y el razonamiento preliminar fue separar la atención informal como una subfunción y llamarla recursos sociales. Sin embargo, los recursos sociales no satisfacían los criterios de subfunción (véase el capítulo 2). Además, la definición de la OMS y publicaciones más recientes sobre la atención social apuntan claramente a la participación de la comunidad y del paciente como parte legítima de la atención de salud (Zigante, 2018). Esos cambios en la percepción de la atención de salud, junto al hecho de que los recursos sociales no cumplen con los criterios de subfunción, llevaron a la decisión de subsumir la atención informal en la subfunción de personal de salud de la generación de recursos.

### **5.3.2 Infraestructura y equipos médicos**

La infraestructura y los equipos médicos son recursos físicos que brindan a los proveedores de atención y a los usuarios las herramientas necesarias para proporcionar servicios de salud eficaces y eficientes. La generación de recursos logra su máximo desempeño a través de la interacción de un numeroso personal de salud calificado, equipado con medicamentos y bienes fungibles, que trabaja en instalaciones de salud adecuadamente

construidas y equipadas (Adams et al., 2003). En varias resoluciones de la OMS —como la WHA60.29 sobre tecnologías sanitarias adoptada en el 2007— se ha destacado la importancia de los recursos físicos para los objetivos de desarrollo relacionados con la salud (OMS, 2007b).

En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se hace referencia a la infraestructura y los equipos médicos como “capital de equipo”, uno de los dos insumos del sistema de salud que definen los recursos físicos (OMS, 2000). En lugar de adoptar terminología que enfatiza el valor económico de los activos, tomamos la perspectiva de la funcionalidad y el desempeño de los sistemas, y cambiamos el nombre de esta subfunción: infraestructura y equipos médicos.

La infraestructura y los equipos médicos se caracterizan por las grandes inversiones de capital necesarias para construir la infraestructura de salud, como los centros médicos, y equipar dichas instalaciones de salud con equipos médicos, como escáneres de resonancia magnética. Otra característica común son los gastos recurrentes de mantenimiento hasta que la depreciación alcanza un estado obsoleto o no funcional. Estas dos características diferencian la subfunción de infraestructura y equipos médicos de la subfunción de bienes fungibles y productos farmacéuticos, ya que esta última no requiere una gran inversión inicial o mantenimiento continuo porque se trata de artículos de un solo uso o desechables.

### 5.3.2.1 Infraestructura: definición y concepto

La documentación sobre infraestructura de salud no propone una definición común de infraestructura dentro del sector de la salud. En cambio, las diferentes perspectivas ofrecidas van desde una definición amplia hasta una más limitada. Para el marco de evaluación, adoptamos una definición relativamente limitada, basada en los elementos del cuadro 5.1, con más aclaraciones en el recuadro 5.2. Desde esta perspectiva, se entiende la infraestructura principalmente como las estructuras físicas, incluidos sus sistemas de apoyo,\* que se necesitan para proporcionar atención de salud (Adams et al., 2003; Ademiluyi y Aluko-Arowolo, 2009; OMS, 2021b). Esta perspectiva se centra en los edificios, el suministro de energía y agua, y otros recursos físicos y tecnológicos, como equipos no médicos y computadoras.

---

\* Los sistemas de apoyo incluyen servicios como energía y electricidad, agua y saneamiento, telecomunicaciones, etc. Evitamos utilizar la palabra servicios para no confundir a los lectores con “servicios de salud”.

**Cuadro 5.1** *Infraestructura de salud: componentes clave*

<b>(i)</b>	Edificios y equipos no médicos; a menudo denominada infraestructura física (Scholz, Ngoli y Flessa, 2015)
<b>(ii)</b>	Servicios públicos y sistemas de suministro para que los edificios y equipos no médicos puedan funcionar, como agua y electricidad
<b>(iii)</b>	Sistemas de eliminación de desechos médicos
<b>(iv)</b>	Infraestructura de tecnología de la información y comunicaciones
<b>(v)</b>	Infraestructura de transporte y logística

*Fuente:* Compilación de los autores.

Por su parte, la visión más amplia (Baker y Koplan, 2002; Powles y Comim, 2003; Scholz, Ngoli y Flessa, 2015; Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, 2021) confiere a la infraestructura un alcance que, dependiendo de la interpretación, podría incluir:

- el personal de salud
- la capacidad y los conocimientos institucionales
- todos los activos físicos, técnicos y organizativos necesarios para prestar servicios de salud.

Las definiciones más amplias incluyen no solo el establecimiento y sus equipos, sino también la gestión del establecimiento, subrayando que esta última es necesaria para el buen desempeño de todos los componentes de la infraestructura (Scholz, Ngoli y Flessa, 2015).

Por varias razones, tomamos la definición de infraestructura más limitada. En primer lugar, la función de generación de recursos reside en crear y poner el recurso a disposición, mientras que su uso corresponde a otras funciones, principalmente la prestación de servicios. En segundo lugar, desde el punto de vista del desglose del impacto específico sobre el desempeño, resulta de utilidad delinear tres subfunciones claras de generación de recursos, en lugar de combinarlas todas en infraestructura, como se ha hecho en las definiciones más amplias. En tercer lugar, como se destacó anteriormente, la infraestructura tiene propiedades que son totalmente distintas de los recursos humanos, los productos farmacéuticos y los bienes fungibles; esto justifica separar las tres como subfunciones que contribuyen al desempeño general de la función de generación de recursos de diferentes maneras.

**Recuadro 5.2** *¿Cómo se insertan la tecnología de la información y comunicaciones, y el transporte y la logística en la subfunción de infraestructura y equipos médicos?*

Dada su creciente relevancia para las políticas debido a la revolución digital, es necesario aclarar la categoría iv, tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) (véase el cuadro 5.1) (OMS, 2019a). De acuerdo con los mismos principios descritos anteriormente, el suministro de plataformas de TIC funcionales y accesibles correspondería a la infraestructura de subfunciones y equipos médicos. Sin embargo, su uso, a menudo denominado salud digital o eSalud\* (OMS, 2019a), se ubicaría principalmente en la función de prestación de servicios. Por ejemplo, contar con una plataforma de información de salud DHIS-2 a nivel de centro de salud formaría parte de la subfunción de infraestructura y equipos médicos de la generación de recursos. Sin embargo, su uso para mejorar la atención al paciente estaría dentro de la función de prestación de servicios. Y las decisiones necesarias para asegurar la interoperabilidad e interconexión de las tecnologías digitales serían una gobernanza de acción correspondiente a la función de generación de recursos. La cultura general de los sistemas de salud (y el sector público) que influye sobre qué datos se recopilan y utilizan para la toma de decisiones estaría dentro de la subfunción de información e inteligencia de la gobernanza general. La cuestión es que las TIC se dividen entre diferentes funciones.

El mismo principio se aplica a la categoría v, transporte/logística, que, siguiendo el mismo principio, también se extiende hacia diferentes funciones del sistema de salud. La presencia de infraestructura de transporte y logística corresponde a la subfunción de infraestructura y equipos médicos, pero la tarea de suministrar productos farmacéuticos y bienes fungibles a los establecimientos de salud formaría parte de la función de prestación de servicios.

---

\* Definición de eSalud de la OMS (2019): “el uso de tecnologías de la información y la comunicación en apoyo de la salud y las áreas relacionadas con la salud”.

### 5.3.2.2 Equipos médicos: definición y concepto

Seguimos el espíritu de la definición de equipos médicos de la OMS, que diferencia entre dispositivos médicos que requieren mantenimiento y aquellos que no lo requieren. Los equipos médicos caen bajo la primera categoría, mientras que los bienes fungibles y los dispositivos de un solo uso corresponden a la segunda. Más específicamente, la OMS define el equipo médico como un dispositivo que requiere calibración, mantenimiento, reparación, capacitación del usuario y desmantelamiento, actividades generalmente a cargo de personal de ingeniería clínica (Gesellschaft für Hochfrequenz-Messtechnik, 2012).

Existen otras definiciones que, como es el caso de la infraestructura, dan a *equipo médico* y términos conexos un alcance más amplio. A veces, se utiliza el término integral *tecnología de atención de salud*. Este término abarca la aplicación de aptitudes y conocimientos organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas. Esta terminología coloca las acciones dentro de la subfunción de personal de salud, como el conocimiento y las aptitudes —y la función de prestación de servicios, que cubre la aplicación de procedimientos— dentro de la categoría de equipos médicos (OMS, 2007b).

Por esta razón, adoptamos una interpretación más reducida que ayuda a aclarar los límites entre las diferentes subfunciones de la generación de recursos. Los dispositivos médicos que no se deprecian ni requieren mantenimiento forman parte de la subfunción de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles, junto con los dispositivos de un solo uso o desechables.

Por lo tanto, la subfunción de infraestructura y equipos médicos proporciona la plataforma material que facilita la prestación de servicios, al tiempo que proporciona al personal de salud la tecnología necesaria para prestar una atención de salud eficaz y eficiente.

### **5.3.3 Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles**

La OMS considera que los productos farmacéuticos son un componente fundamental de la medicina y hace hincapié en que deben ser seguros, eficaces y de calidad garantizada, así como prescritos y utilizados racionalmente (OMS, 2021c).

Los bienes fungibles se describen en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 como un término global que incluye los productos farmacéuticos.

En consonancia con el enfoque de la OMS, tratamos los productos farmacéuticos y los bienes fungibles de la misma manera, ya que ambos se usan y consumen una vez —o, cuando se usan más de una vez, son desechables— y ninguno requiere inversión de capital o mantenimiento. Los dispositivos médicos de un solo uso se consideran bienes fungibles, porque también están destinados a un uso único o temporal (OMS, 2000). Por la misma razón, las vacunas también entrarían en esta categoría.

En la bibliografía sobre este tema, los documentos de políticas y las herramientas de ESS, términos como *sistema farmacéutico*, *sistema de gestión farmacéutica*, *sistema de suministro farmacéutico* y *sector farmacéutico* se usan indistintamente (Roberts y Reich, 2011; Hafner et al., 2017). Todas estas etiquetas sugieren que los productos farmacéuticos forman parte de un ecosistema que vela por su seguridad, eficacia y calidad. Este espectro incluye la investigación y desarrollo, gestión, fabricación, adquisición, suministro y uso de medicamentos. Muchas de estas acciones son, a los efectos de este marco de evaluación, parte de otras funciones o subfunciones del sistema de salud. Por ejemplo, la gestión sería la gobernanza de la generación de recursos (véase una explicación más detallada en la sección 5.3.4, Gobernanza de la generación de recursos); el uso de productos farmacéuticos formaría parte de la prestación de servicios, y la fabricación interna sería parte de la subfunción de productos farmacéuticos de la generación de recursos porque implica poner a disposición medicamentos para su uso.

En resumen, la subfunción denominada productos farmacéuticos y bienes fungibles se centra en los procesos de fabricación y adquisición necesarios para cuidar de que estos productos estén disponibles donde y cuando se necesiten. La adquisición puede diferenciarse de la compra, que es una subfunción del financiamiento y se centra en la compra de servicios. Un servicio de salud reúne varios insumos, incluidos los productos farmacéuticos, mientras que la adquisición se ocupa de procurar un bien que será un insumo para el servicio de salud.

#### **5.3.4 Gobernanza de la generación de recursos**

Como se ilustra en la figura 3.1 del capítulo 3, la función de gobernanza se superpone a las funciones de generación de recursos, así como a las de financiamiento y prestación de servicios. Esta intersección incluye asuntos de gobernanza, que son específicos de la generación de recursos, a diferencia de aquellos que tienen que ver con las funciones de gobernanza general del sistema. Los elementos de “gobernanza de” de la generación de recursos se centran en una amplia gama de tareas asociadas a la planificación de los recursos. Estas incluyen la planificación y previsión de personal de salud; la definición de normas de calidad, como la autorregulación de los proveedores de salud por parte de las asociaciones profesionales, y el seguimiento de esas normas, por ejemplo, mediante la gestión periódica del inventario de equipos médicos de gran tamaño. Esta subfunción es compleja y de gran alcance respecto del desempeño de la función de generación de recursos porque involucra a muchas partes, incluidos los pacientes, proveedores de salud,



fabricantes y vendedores; puede tener consecuencias graves y, en el peor de los casos, causar la muerte, si no se hace bien, y requiere más que controles informales para ser eficaz (Management Sciences for Health, 2012a).

## **5.4 Evaluación del desempeño de la función de generación de recursos**

Como se mencionó anteriormente, el desempeño de la función de generación de recursos se ve muy afectado por el equilibrio entre los diferentes insumos. De hecho, uno de los principales desafíos de esta función es encontrar el equilibrio óptimo entre los insumos en un entorno político, social y demográfico en constante cambio. Este equilibrio radica en la interacción constante de diferentes insumos. Por ejemplo, se necesita equipo y medicamentos adecuados para maximizar el desempeño del personal de salud; maximizar el desempeño del equipo médico depende de cómo este se mantenga y utilice; y los productos farmacéuticos deben considerarse en el contexto de todo el entorno de insumos. De allí que el desarrollo del máximo potencial de cada recurso o subfunción —para aprovechar al máximo su contribución al desempeño general—implicará interacciones con otros recursos. Como resultado, cuando esta función se desempeña bien, se convierte en una herramienta eficaz para habilitar la función de prestación de servicios (véase el capítulo 7).

### **5.4.1 Personal de salud**

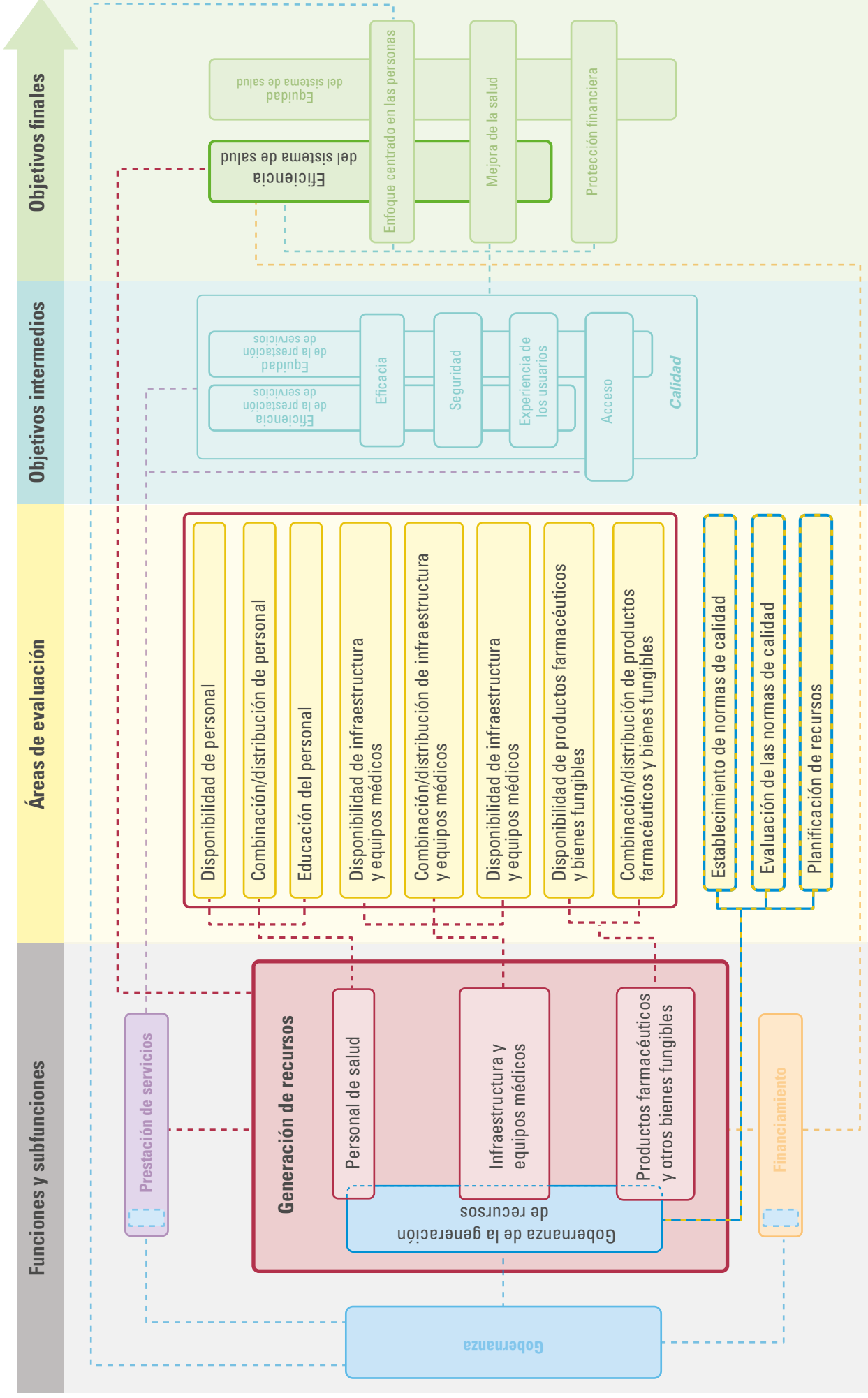
#### **5.4.1.1 Evaluación**

Proponemos medir el desempeño de la subfunción de personal de salud a partir de estas áreas de evaluación (véase la figura 5.3):

- disponibilidad de personal
- distribución/combinación de personal
- educación del personal.

La disponibilidad de personal de salud con las aptitudes necesarias para proporcionar servicios se asocia positivamente a una serie de objetivos intermedios y finales del sistema (Frankenberg, 1995; Aiken et al., 2002; Shi et al., 2003; Staton et al., 2007; Chang et al., 2011), como la calidad, el acceso, la eficiencia y la salud general.

**Figura 5.3** Evaluación de la generación de recursos



Estos vínculos con la función de prestación de servicios y su desempeño se ilustran en estudios que muestran que mejorar la disponibilidad de personal de salud aumenta la cobertura de los servicios (Kruk et al., 2009; OMS, 2019b). Este punto es significativo porque, en general, la documentación sobre este tema indica que, si bien la oferta de personal de salud puede influir en varios objetivos generales del sistema, se puede observar una asociación más sólida cuando las metas están vinculadas más estrechamente a la función de prestación de servicios. Por ejemplo, existe una base de evidencia sólida para mejorar la salud general en términos de mortalidad y morbilidad, así como evidencia bastante fuerte relativa a la cobertura y el acceso, pero la información relacionada con los efectos sobre la eficiencia, la equidad y el enfoque centrado en las personas está menos documentada.

La combinación y distribución del personal de salud en términos de ubicación, edad, sexo y equipos multidisciplinarios contribuyen a proporcionar una prestación óptima de servicios de salud y al desempeño óptimo del sistema. El objetivo de equidad del sistema de salud se destaca de forma particular en los estudios sobre la distribución geográfica del personal de salud, al enfatizar la necesidad de contar con políticas y acciones paralelas para aumentar tanto la disponibilidad como la distribución de miembros esenciales de la fuerza laboral (Mantzavinis et al., 2003; Zhou et al., 2015; Rabbanikhah et al., 2018; Witthayapipopsakul et al., 2019).

En un análisis reciente de la evidencia realizado por un grupo de expertos de la UE se observó que las intervenciones que influyen en la combinación de personal de salud —como la delegación de funciones en equipos multidisciplinarios— pueden conducir a una mejor calidad de la atención y a una reducción de los costos sin impacto negativo sobre los resultados de salud (Kringos et al., 2019). En diferentes estudios sobre las intervenciones de combinación de personal —que van desde aumentos del personal de atención primaria hasta la asignación de labores avanzadas para diferentes profesionales de la salud— se ha informado de un mayor acceso a la atención (Farris et al., 2010; Mapp, Hutchinson y Estcourt, 2015; Carter et al., 2016). En general, no hay actualmente suficiente evidencia empírica detrás del impacto de tales intervenciones. Sin embargo, existe un consenso en distintas publicaciones académicas y de políticas en torno a que los cambios en los patrones de las enfermedades, los avances tecnológicos y la escasez mundial de trabajadores de la salud requieren una combinación equilibrada de personal de salud y aptitudes para cuidar del desempeño de los sistemas de salud (Kringos et al., 2019).

La eficacia de la educación continua y en el trabajo para el personal de salud se ha examinado en revisiones sistemáticas y metanálisis recientes en relación con la mejora de los conocimientos clínicos, las actitudes, las aptitudes, el comportamiento de práctica y los resultados clínicos (Bloom, 2005; Mansouri y Lockyer, 2007; Marinopoulos et al., 2007), todas estas áreas que pueden vincularse a los objetivos intermedios o finales de los sistemas de salud de calidad y a la salud general, a través de la función de prestación de servicios. En todas las revisiones se ha observado cierto grado de eficacia en todos los criterios, con distintos resultados según el tipo de educación continua realizada (por ejemplo, interactiva versus no interactiva; medios impresos frente a medios en vivo; simulaciones).

#### 5.4.1.2 Mediciones indicativas

Los datos sobre el personal de salud de los últimos decenios han sido relativamente escasos y poco uniformes entre los países. En la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*, de la OMS, que fue adoptada por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016, se pide una acción más coherente para fortalecer la evidencia relativa al personal de salud y sus conocimientos a partir de hitos y metas claros (OMS, 2016a).

Las cuentas nacionales de personal de salud (CNPS) de la OMS se establecieron en el 2017 como respuesta a la estrategia mundial con el objetivo explícito de armonizar y mejorar la calidad de los datos sobre la fuerza laboral de los países (OMS, 2017a). Las CNPS se basan en el marco del mercado laboral del sector de la salud (Sousa et al., 2013) y sus principales áreas de medición coinciden en gran medida con las tres áreas de evaluación del desempeño del personal de salud que proponemos.

En general, en términos de disponibilidad de datos tanto en bases de datos de acceso público como en la información contenida en la mayoría de las ESS, la existencia de personal de salud es la más ubicua. Para el área de evaluación de combinación y distribución, la imagen es más borrosa. En casi todas las ESS revisadas para esta publicación se abordó esta área con una descripción cualitativa, y algunas proporcionaron información cuantitativa sobre la distribución de aptitudes especializadas y generalistas. Las ESS no siempre abordan la cuestión de cómo se distribuye el personal de salud en los diferentes niveles de atención, aunque generalmente incluyen un análisis cualitativo de los diferentes tipos de categorías de trabajadores de la salud y su lugar en el sistema de salud.

**Cuadro 5.2** *Mediciones indicativas para la disponibilidad, distribución/combinación y educación del personal de salud*

MEDICIÓN INDICATIVA	DEFINICIÓN
<b>Disponibilidad</b>	
Densidad de personal de salud a nivel nacional	Densidad de personal de salud por 10 000 habitantes a nivel nacional, por ocupación
Densidad de personal de salud a nivel subnacional	Densidad de personal de salud por 10 000 habitantes a nivel subnacional, por ocupación
<b>Distribución/combinación</b>	
Existencia de labores especializadas de enfermería	<p>Existencia de labores especializadas de enfermería (Sí/No/Parcialmente)</p> <p>Este indicador se mide con las siguientes preguntas de capacidad, o se apoya en ellas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Existe una definición comúnmente aceptada de enfermería de atención primaria?</li> <li>2. ¿Existe otra definición comúnmente aceptada de otros tipos de profesionales de enfermería que desempeñan labores especializadas?</li> <li>3. ¿Existen requisitos formales para convertirse en un profesional de enfermería de atención primaria o especializada en términos de capacitación específica, calificaciones, experiencia, certificación/registro, etc.?</li> <li>4. ¿Existen métodos específicos o locales para que los profesionales de enfermería que reciben capacitación en el trabajo adquieran aptitudes específicas que podrían conducir a su empleo en labores especializadas?</li> </ol>
Personal quirúrgico especializado	Densidad de personal quirúrgico especializado, por 100 000 habitantes
Profesionales de medicina familiar	Densidad de profesionales de medicina familiar por 100 000 habitantes
Distribución de personal de salud por grupo etario	Porcentaje de personal de salud activo en los grupos etarios dados, por ocupación (los grupos etarios considerados son los siguientes: <25, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, ≥65 años), por ocupación
Personal de salud femenino	Porcentaje de trabajadoras de salud en el personal de salud activo, por ocupación
<b>Educación</b>	
Desarrollo profesional continuo	<p>Existencia de sistemas nacionales para el desarrollo profesional continuo (Sí/No/Parcialmente). Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Existen sistemas nacionales o subnacionales para el desarrollo profesional continuo (DPC)?</li> <li>2. Si existen sistemas nacionales o subnacionales para el DPC, ¿estos son obligatorios?</li> <li>3. Si son obligatorios, ¿están vinculados a la renovación de licencia?</li> <li>4. En el caso las ocupaciones que tienen un sistema nacional o subnacional de DPC, ¿está este integrado en los planes nacionales de educación para el personal de salud para esa ocupación?</li> </ol>

Capacitación en el servicio	<p>Existencia de capacitación en el servicio como elemento de los planes nacionales de educación para el personal de salud, cónsono con el plan nacional de salud (Sí/No/Parcialmente)</p> <p>Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿La capacitación en el servicio está integrada en las políticas, estrategias y planes nacionales más amplios del sector de la educación?</li> <li>2. ¿La capacitación en el servicio considera y tiene en cuenta las políticas, estrategias y planes nacionales para transformar la educación y la formación profesional, técnica y vocacional?</li> <li>3. ¿La capacitación en el servicio considera y tiene en cuenta las políticas, estrategias y planes nacionales para la formación de adultos y la educación superior?</li> </ol>
-----------------------------	--

Fuente: OMS (2017a).

El apéndice 5.1 contiene información más detallada sobre cada una de las mediciones indicativas.

## 5.4.2 Infraestructura y equipos médicos

### 5.4.2.1 Evaluación

Siguiendo el mismo enfoque adoptado para la subfunción de personal de salud, y a fin de medir el desempeño de la subfunción de infraestructura y equipos médicos, proponemos utilizar las áreas de evaluación siguientes:

- disponibilidad
- distribución/combinación
- mantenimiento.

La falta de infraestructura de salud y equipos médicos disponibles a menudo se cita como un obstáculo para un alto desempeño en la atención de salud (Hsia et al., 2012), mientras que su disponibilidad se asocia positivamente al acceso a la salud, la calidad, la seguridad y la eficiencia. Sin embargo, dado que la infraestructura y los equipos médicos representan la plataforma material sobre la que descansa la prestación de servicios —y los servicios de salud son suministrados por personal de salud—, gran parte de esa asociación positiva se deriva de su interacción con el personal de salud (OMS, 2000; Adams et al., 2003; Lenel et al., 2005; Temple-Bird et al., 2005; Chaudry et al., 2020; Mahfoud, Barkany y Biyaali et al., 2017). De hecho, Scholz, Ngoli y Flessa (2005) expresan su preocupación de que, aunque se presta mucha atención al personal de salud en las investigaciones, es muy poca la que se da a la infraestructura de salud; ambas áreas deben abordarse en conjunto para mejorar los resultados de la prestación de servicios.

Sin lugar a dudas, existen algunos servicios de salud que no se pueden proporcionar en absoluto, y ciertamente no de manera segura, sin equipos médicos disponibles y funcionales. La OMS hace hincapié en la necesidad de contar con una gestión adecuada del inventario de equipos para dar seguimiento a la funcionalidad de los equipos y cuidar de la seguridad y la eficacia (O'Connor, 2011), y destaca la manera en que el desempeño se ve afectado por la interacción entre la gobernanza de la generación de recursos, los productos farmacéuticos y otros bienes fungibles, así como la infraestructura y los equipos médicos.

La dimensión de desempeño de la eficiencia acusa la influencia de la interacción entre la infraestructura y los equipos médicos con la gobernanza de la generación de recursos, así como el personal de salud. La adquisición y gestión eficaz y adecuada de los equipos médicos, sumados a su uso correcto y a su máxima capacidad, aumentan la eficiencia del sistema (Lenel et al., 2005). Estos beneficios pueden aprovecharse aún más a través de las tecnologías de la información y la comunicación, ya que estas incrementan las capacidades de almacenamiento y desempeño y aceleran los plazos de procesamiento (OMS, 2011a).

En un volumen considerable de publicaciones se examinan los impactos de la distribución de la infraestructura sobre el acceso a la atención de salud. En muchos estudios se subrayan las barreras geográficas al acceso que enfrentan las poblaciones rurales pobres cuando los centros de salud están muy lejos o es demasiado difícil llegar a ellos. En algunos documentos también se examinan la contribución de esas barreras a las inequidades (Khan et al., 2001; Valdivia, 2002; Ademiluyi y Aluko-Arowolo, 2009; Atser y Akpan, 2009; Abolhallaje et al., 2014). En un estudio intentó calcularse un radio óptimo para los establecimientos de salud en cada región de Bangladesh (Khan et al., 2001), lo que resalta el vínculo entre la distribución de la infraestructura y el acceso.

En la bibliografía sobre el tema también se señala una distribución desigual de los equipos médicos en muchos países, donde las zonas urbanas y regiones más ricas cuentan con máquinas de alta tecnología (Loureiro et al., 2007; He, Yu y Chen, 2013). En términos de desempeño del sistema, esto pone de relieve la necesidad de analizar la distribución de equipos médicos para comprender mejor la equidad del sistema en general.

El mantenimiento se centra en asegurarse de que la infraestructura funcional y los equipos médicos estén disponibles durante todo el ciclo de vida, por lo que se

vinculan nuevamente con las dimensiones de desempeño de la seguridad y la calidad (OMS, 2011b), la salud general (Mahfoud, Barkany y Biyaali, 2017) y la eficiencia (OMS, 2000, 2011c; Adams et al., 2003). Las averías o fallas de los equipos médicos aumentan con el tiempo (Tsarouhas, 2010). Es necesario hacer mantenimiento tanto preventivo como correctivo, así como inspecciones periódicas, para verificar la funcionalidad adecuada y el uso seguro de los equipos médicos, y mantener el equilibrio óptimo entre costos y normas. En este contexto, el aspecto del uso apunta hacia la interacción con la subfunción de personal de salud. Como se estimó en un estudio, más de la mitad de los accidentes relacionados con equipos se debe a errores humanos (Dhillon, 2011).

En resumen, las áreas de evaluación para infraestructura y equipos médicos pueden ofrecer información sobre el desempeño de esta subfunción. Pero el desempeño de esta subfunción depende en gran medida de su interacción con la subfunción de personal de salud y, en menor medida, la subfunción de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles, así como de su interacción con la función de prestación de servicios. De allí que el impacto de la subfunción de infraestructura y equipos médicos sobre el desempeño se produzca principalmente a través de la prestación de servicios.

#### **5.4.2.2 Mediciones indicativas**

Uno de los problemas a la hora de utilizar información de la evaluación del sistema de salud sobre la infraestructura y los equipos médicos para evaluar el desempeño del sistema es que las ESS producen muy poca información sobre este tema. Por ejemplo, el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018) proporciona 52 indicadores para productos médicos, vacunas y tecnologías sanitarias, pero ningún indicador para equipos médicos. Solo la plantilla de la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019) tiene una sección específica para infraestructura, tecnología de la información y equipos médicos, y proporciona cierta información básica sobre el tema.



**Cuadro 5.3** *Mediciones indicativas para la disponibilidad, distribución/combinación y mantenimiento de infraestructuras y equipos médicos*

MEDICIÓN INDICATIVA	DEFINICIÓN
<b>Disponibilidad</b>	
Densidad de establecimientos de salud	Número total de centros de salud por cada 10 000 habitantes Número total de hospitales por cada 10 000 habitantes
Porcentaje de establecimientos con servicios (agua, saneamiento e higiene: WASH, por su sigla en inglés)	Porcentaje de establecimientos con servicios básicos que cumplen con los criterios de WASH (disposición general)
Porcentaje de establecimientos con una fuente de corriente	Porcentaje de establecimientos con corriente y comunicaciones que cumplen con las normas (disposición general)
Densidad de equipos médicos (selección de equipos médicos prioritarios de alto costo y alta complejidad)	Densidad de equipos médicos prioritarios seleccionados por millón de habitantes Se recomiendan los siguientes equipos médicos prioritarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Escáner de resonancia magnética</li> <li>· Escáner de tomografía computarizada</li> <li>· Escáner de tomografía por emisión de positrones</li> <li>· Medicina nuclear</li> <li>· Mamógrafo</li> <li>· Equipos de radioterapia</li> </ul>
Porcentaje de establecimientos con sistemas electrónicos de información para la gestión de la salud	Porcentaje de establecimientos que cuentan con sistemas de notificación electrónica y porcentaje de elementos que son digitales
Porcentaje de establecimientos que utilizan registros de salud electrónicos	Porcentaje de establecimientos que utilizan registros de salud electrónicos (registros en tiempo real centrados en el paciente que proporcionan información inmediata y segura a los usuarios autorizados [OMS, 2016b])
<b>Distribución/combinación</b>	
Densidad de establecimientos de salud	Desglose por: <ul style="list-style-type: none"> <li>· tipos de atención de salud; se recomienda categorizar los tipos existentes en atención primaria de salud, primer punto de atención por derivación, segundo punto de atención por derivación, etc.</li> <li>· ubicación (distrito/provincia/nacional; rural/urbano)</li> <li>· sector público/privado</li> </ul>
Densidad y distribución de camas de hospital	Número total de camas de hospital por 10 000 habitantes Desglosado por: <ul style="list-style-type: none"> <li>· tipo/sala</li> <li>· sector público/privado</li> <li>· ubicación (distrito/provincia; rural/urbano)</li> </ul>
Distribución de equipos médicos (selección de equipos médicos prioritarios de alto costo y alta complejidad)	Desglose por: <ul style="list-style-type: none"> <li>· sector público/privado</li> <li>· ubicación (por ejemplo, urbana/rural, en regiones)</li> <li>· tipo de atención de salud</li> </ul>

<b>Mantenimiento</b>	
<p>Mantenimiento de edificios y terrenos: Porcentaje de establecimientos con evidencia de sistemas de mantenimiento y reparación de edificios y terrenos</p>	<p>Preguntas indicativas realizadas a través de una evaluación del establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Este establecimiento sigue un programa de mantenimiento regular de los vehículos?</li> <li>· ¿Se realiza alguna vez mantenimiento preventivo y correctivo de alguno de los sistemas, como el sistema eléctrico, saneamiento de agua, alcantarillado o ventilación?</li> <li>· ¿Este establecimiento hace el mantenimiento regular de alguno de los equipos relacionados con la infraestructura?</li> </ul>
<p>Sistemas de mantenimiento y reparación de equipos médicos Porcentaje de establecimientos con evidencia de contar con sistemas de mantenimiento y reparación de equipos médicos</p>	<p>Preguntas indicativas realizadas a través de una evaluación del establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Existe un cronograma de inspección, pruebas y mantenimiento preventivo para todo equipo médico conforme a lo estipulado en las recomendaciones del fabricante?</li> <li>· ¿Existe un contrato de mantenimiento o reparación para las máquinas de laboratorio?</li> </ul>

Fuente: Basado en información de la OMS (2016c, 2017b, 2021d).

La mayoría de los informes de evaluación de sistemas de salud mencionan el número absoluto de establecimientos de salud en todo el país. Sin embargo, a menudo faltan más detalles sobre las consultas ambulatorias generales y especializadas (por ejemplo, laboratorios, unidades de diagnóstico por imágenes, unidades de hemodiálisis, unidades de rehabilitación, unidades oftalmológicas). Además, se proporcionan muy pocos detalles, o ninguno, acerca de la infraestructura de tecnología de la información y la disponibilidad de equipos médicos funcionales. A menudo, la información y los datos están dispersos en varias secciones de un informe de ESS, lo que dificulta su búsqueda y pueden pasarse por alto fácilmente. La mayor parte de la atención, si no toda, se dirige hacia los medicamentos y las vacunas, descuidando la infraestructura y los equipos. En el pasado se han realizado esfuerzos para mejorar la disponibilidad de datos en estas áreas, pero es evidente que queda trabajo por hacer.

En general, no se dispone de una lista estandarizada de indicadores para infraestructura y equipos médicos. En la mayoría de los casos, la infraestructura de tecnología de la información y el número de equipos médicos siguen siendo desconocidos. Sin embargo, con el uso de herramientas recientes, como el *Global atlas of medical devices* (OMS, 2017) [atlas mundial sobre dispositivos médicos] y el *Atlas of eHealth country profiles 2015* (OMS, 2016) [atlas de perfiles de países en materia de eSalud], se ha comenzado a normalizar la información, a pesar de que los datos no se recopilan regularmente en todos los países.

### **Recuadro 5.3** *Esfuerzos mundiales por normalizar la información sobre infraestructura de salud y equipos médicos*

En el *Global atlas of medical devices* (OMS, 2017b) se ofrece un panorama integral de las políticas, estrategias y planes de acción sobre dispositivos médicos; selección de tecnologías médicas basadas en las necesidades de la población; regulación, evaluación y gestión de dispositivos médicos. El *Baseline Country Survey on Medical Devices* (OMS, 2011) [encuesta básica de los países sobre dispositivos médicos] sirve de herramienta de seguimiento de las tecnologías sanitarias, lo que implica una serie de indicadores de evaluación cualitativos y cuantitativos. Los datos recopilados a través de esta encuesta mundial se publican en el *Atlas of eHealth country profiles* (OMS, 2016c).

Del mismo modo, el *Atlas of eHealth country profiles 2015* (OMS, 2016c) proporciona una imagen resumida de la salud digital según determinados indicadores. La tercera encuesta mundial sobre eSalud, realizada en el 2015, presenta datos de 125 Estados Miembros de la OMS. Con un alcance amplio, la encuesta abarca ocho temas de eSalud, desde sistemas electrónicos de información hasta redes sociales, asuntos de política y marcos jurídicos. Las respuestas a la encuesta se basaron en autonotificaciones de un grupo selecto de expertos en eSalud por cada país participante.

En el 2020, la iniciativa Health Data Collaborative de la OMS publicó un nuevo enfoque modular armonizado para las encuestas de establecimientos. Los módulos de *Harmonized health facility assessment* (OMS, 2021d) ofrecen indicadores para una evaluación integral y estandarizada de la calidad del servicio de los establecimientos de salud, incluidos la infraestructura de salud y los equipos médicos, sobre la base de normas internacionales de servicio. Esta iniciativa tiene como objetivo armonizar las diversas herramientas internacionales de encuestas de establecimientos de salud, como la evaluación de la disponibilidad y el grado de preparación de los servicios (OMS, 2015); evaluación de la prestación de servicios (DHS, 2012), e indicadores de prestación de servicios (SDI, 2017) que han dado lugar a encuestas de establecimientos descoordinadas en algunos países, con resultados no comparables y fragmentados.

Dada la escasa información proporcionada por las ESS sobre la subfunción de infraestructura y equipos médicos, sería útil tener una descripción cualitativa general para determinar:

- qué infraestructura básica y equipos médicos están disponibles
- si es suficiente en cuanto a calidad y cantidad
- si recibe mantenimiento regular
- si está disponible en la atención primaria/ambulatoria y hospitalaria
- si está en el sector público o privado.

El apéndice 5.1 contiene información más detallada sobre cada una de estas mediciones indicativas.

### 5.4.3 *Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles*

#### 5.4.3.1 **Evaluación**

Las áreas de evaluación propuestas para la subfunción de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles son:

- disponibilidad
- distribución/combinación.

La evaluación de la subfunción de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles puede proporcionar información crítica sobre el problema multidimensional del acceso a medicamentos y bienes fungibles, y el impacto que esto tiene sobre el desempeño de los sistemas. Los pagos directos de medicamentos pueden ser catastróficos (Acosta et al., 2019), y a menudo representan la mayor parte de los gastos directos en salud tanto en países ricos como pobres. De allí que resulten un obstáculo importante para los esfuerzos por sacar a las poblaciones de la pobreza y lograr la cobertura universal de salud (OMS, 2008; Hafner et al., 2017). Por lo tanto, la disponibilidad de medicamentos está fuertemente vinculada a la asequibilidad y la protección financiera como elementos definitorios del acceso (Prinja et al., 2015). De hecho, en un artículo del 2006, se lamentaba el hecho de que “el costo de la atención médica empobrece a muchas personas o simplemente está fuera de su alcance en los países en desarrollo” (Richards, 2006). Inherente a esta declaración es la noción de que la disponibilidad de productos farmacéuticos incluye su asequibilidad. Otros expertos reconocen la importancia tanto de la disponibilidad como de la asequibilidad, pero evalúan los dos aspectos por separado (Wirtz et al., 2017; Acosta et al., 2019), al tiempo que señalan su interdependencia.\*

En los documentos sobre derechos humanos, la disponibilidad de productos farmacéuticos se considera un elemento fundamental de una atención de salud de calidad (OMS, 1978; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2020a, 2020b). El aumento de la disponibilidad de medicamentos también se considera fundamental para reducir la carga de morbilidad y las inequidades en salud en todo el mundo, e incidir de esta forma sobre los resultados de salud (Robertson et al., 2015).

---

\* Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente el ODS 3.b.3, destacan la conexión entre la disponibilidad de medicamentos, la asequibilidad de los medicamentos y la existencia de un conjunto básico de medicamentos esenciales adecuados.

Los vínculos entre la disponibilidad de medicamentos y su calidad y acceso suponen que estos han de estar disponibles donde se requieran. Pero con el área de evaluación de la distribución/combinación se busca aclarar si el sistema de salud es capaz de distribuir los medicamentos de manera confiable para lograr una combinación adecuada.

#### 5.4.3.2 Mediciones indicativas

**Cuadro 5.4** *Mediciones indicativas para productos farmacéuticos y otros bienes fungibles*

MEDICIÓN INDICATIVA	DEFINICIÓN
<b>Disponibilidad</b>	
Se dispone de medicamentos esenciales no caducados en puntos de venta de medicamentos	Según la OMS y Health Action International (HAI) “la disponibilidad de medicamentos individuales se informa como un porcentaje (%) de los puntos de venta de medicamentos en los que se encontró el medicamento (que no haya caducado) el día de la recogida de datos” (OMS, 2008).
Porcentaje de puntos de venta de medicamentos en los que se encontró el medicamento el día de la recopilación de datos	Estos datos se recopilan periódicamente a través de las encuestas de la OMS/HAI. Los medicamentos que se contabilizarán se identificarían mediante la lista nacional de medicamentos esenciales. Si no existe dicha lista, podría utilizarse la lista de medicamentos esenciales de la OMS (disponible públicamente).
<b>Distribución/combinación</b>	
Porcentaje de sitios de tratamiento que recibieron todos los pedidos completos y a tiempo durante un período definido	<p>Cálculo del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Numerador: Número de establecimientos de salud que recibieron todos los pedidos de medicamentos esenciales/artículos marcadores en su totalidad y a tiempo durante un período definido</li> <li>· Denominador: Número total de establecimientos de salud que recibieron pedidos de medicamentos esenciales/marcador durante el mismo período.</li> </ul>
Porcentaje de hogares a más de 5/10/20 km de un centro de salud/farmacia que se espera que dispense medicamentos esenciales	Este indicador se mide como el porcentaje de hogares respecto de establecimientos públicos así como de establecimientos privados.

*Fuente:* OMS (2008); Brown et al. (2018).

En todas las herramientas de ESS revisadas puede encontrarse una evaluación de productos farmacéuticos, aunque con diferentes tipos, calidades y cantidades de datos recopilados. Estas incoherencias obedecen al hecho de que, hasta hace poco, no se disponía de definiciones unificadas de un sistema farmacéutico ni de un enfoque

unificado para evaluar los puntos fuertes y débiles del sistema farmacéutico. Sin embargo, los recientes avances hacia la armonización de las evaluaciones farmacéuticas se reflejan en muchos informes nacionales de ESS en los que se analizan indicadores comunes que son ampliamente utilizados por la comunidad de expertos farmacéuticos (OMS, 2008). Además, los informes nacionales de ESS generalmente proporcionan una cantidad útil de información cualitativa sobre la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos para hacer una evaluación del desempeño de las subfunciones.

Un hito para los marcos de evaluación fue el informe conjunto de la OMS y Health Action International (HAI) del 2008 titulado *Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos*. Este informe fue ampliamente utilizado, y su aplicabilidad para normalizar las mediciones de precios y disponibilidad de los medicamentos significa que sigue siendo un punto de referencia de primer orden para evaluar los productos farmacéuticos.

Otro acontecimiento clave fue la publicación de la herramienta *Tool for Measuring Progress in Pharmaceutical Systems Strengthening* introducida en el 2018 por el programa Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) (Brown et al., 2018). Con el SIAPS se determinaron y definieron elementos clave para la evaluación a partir del examen de la documentación pertinente y la revisión de marcos de evaluación; también se proporcionaron con el programa herramientas y manuales de evaluación y un marco de medición que considera el sistema farmacéutico completo.

Con respecto a los bienes fungibles, como suministros médicos y dispositivos médicos desechables o de un solo uso, hay muy poca información disponible en los informes nacionales de ESS, lo que subraya la ausencia de una reflexión normativa sobre el tema en el espacio de la salud mundial. La OMS publicó recientemente las listas de pruebas diagnósticas *in vitro* esenciales (OMS, 2019c), una lista de dispositivos médicos prioritarios para el tratamiento del cáncer (OMS 2017c) y una lista para la COVID-19 (OMS, 2020), y planea ampliar listas similares para otras áreas de enfermedades como las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes. Las listas de la OMS incluyen tanto los dispositivos médicos de un solo uso como los equipos médicos requeridos para cada lista en diferentes entornos, por ejemplo, en cirugía, diagnóstico por imágenes y laboratorios clínicos.

Se necesita más investigación, especialmente dadas las dificultades para rastrear los dispositivos y suministros médicos, ya que pueden adquirirse tanto en el sector público

como en el privado. Un área de gran importancia debido al reciente brote de COVID-19 es el equipo de protección personal, que comprende dispositivos médicos utilizados para la protección del personal de salud, los pacientes y los miembros de la comunidad.

Nos basamos en los marcos mencionados anteriormente y en los informes nacionales de ESS para proponer las mediciones indicativas que figuran a continuación para evaluar la disponibilidad y distribución de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles.

El apéndice 5.1 contiene información más detallada sobre cada una de las mediciones indicativas.

#### **5.4.4 Gobernanza de la generación de recursos**

##### **5.4.4.1 Evaluación**

Dividimos la gobernanza de la generación de recursos en las tres áreas de evaluación que más importan para asegurar la funcionalidad:

- planificación de recursos
- establecimiento de normas de calidad
- evaluación de las normas de calidad.

**Planificación de recursos** La planificación y proyección de las necesidades de recursos de salud de un país es un aspecto fundamental de la gobernanza de la generación de recursos. El objetivo principal de la planificación de recursos es decidir qué capacitación se necesita para contar con una fuerza laboral calificada, qué cantidad de personal y qué construir, fabricar o adquirir a fin de aumentar la disponibilidad de recursos de salud para satisfacer las necesidades de salud. Uno de los principales objetivos es evitar o reducir la escasez y las interrupciones en el suministro de recursos (Agencia Europea de Medicamentos, 2021).

En el caso del personal de salud, esto se traduce, por ejemplo, en procesos de planificación y proyección de trabajadores de la salud; coordinación intersectorial, especialmente con el sector educativo, y, en general, todo aquello que realiza la unidad central de personal de salud del ministerio de salud u otros funcionarios del mismo ministerio (OMS, 2017a).

Con respecto a la infraestructura y equipos médicos, esta subfunción abarca: políticas y planes de acción que especifican el número y la ubicación de los establecimientos de salud; puntos de servicio de salud; infraestructura de tecnología de la información y grandes bienes de capital. Los procesos de planificación y presupuestación para el mantenimiento de los establecimientos y equipos de salud también entran dentro de esta subfunción.

El proceso de planificación de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles implica la planificación de la fabricación en países donde esto es aplicable (Management Sciences for Health, 2012b); de lo contrario, la política farmacéutica nacional de la mayoría de los países tratará de gestionar la oferta de productos farmacéuticos mediante su compra para satisfacer la demanda interna.

**Establecimiento de normas de calidad** El establecimiento de normas de calidad realistas y eficaces para capacitar al personal de salud y fabricar o adquirir productos farmacéuticos y dispositivos médicos es un componente esencial de un sistema de salud que se desempeña bien.

La educación, la capacitación, la concesión de licencias y la acreditación son las formas habituales de establecer y regular las normas de calidad para el personal de salud. En las CNPS se especifica la necesidad de fijar normas para toda la duración y el contenido de la educación y capacitación del personal de salud, mecanismos de acreditación para instituciones de educación y capacitación, e incluso normas de responsabilidad social (OMS, 2017a).

Una parte integral de la subfunción de infraestructura y equipos médicos es autorizar el uso de equipos médicos en el mercado local, utilizando criterios de calidad y seguridad. Estos criterios pueden estipularse dentro de mecanismos integrales de acreditación y autorización, incorporarse a la legislación sobre productos de salud o ambas cosas (OMS, 2017b). También se incluyen en esta área de evaluación las normas y directrices nacionales para los edificios utilizados como establecimientos de salud. Muchos de estos criterios también serían válidos para artículos categorizados como otros bienes fungibles en la subfunción de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles.

La garantía de calidad farmacéutica incluye normas para la fabricación y adquisición de productos farmacéuticos. Las normas de calidad suelen estar sujetas a la legislación farmacéutica nacional, que acusa una influencia muy marcada del comercio mundial



y los acuerdos internacionales, como el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Management Sciences for Health, 2012a).

De hecho, la subfunción de legislación y regulación de la gobernanza general se superpone a las áreas de evaluación del “establecimiento de normas de calidad”, y la delimitación de la gobernanza de la generación de recursos es la especificidad de las leyes o regulaciones relativas al personal de salud, infraestructura y equipos médicos o productos farmacéuticos y otros bienes fungibles.

**Evaluación de las normas de calidad (incluidos el seguimiento y el examen)** El establecimiento de normas de calidad y la planificación que se hace con estas en mente están estrechamente vinculadas a la evaluación de las normas de calidad, y la demarcación entre estos tres aspectos de gobernanza de la generación de recursos es fluida. Esta fluidez es particularmente evidente en la gestión de los recursos, ya que esta es una función tanto de planificación como de evaluación, cuya orientación viene dada por las normas que se establecen como punto de referencia.

La evaluación de las normas de calidad es a menudo parte de la aplicación de las regulaciones, categoría que también se superpone a veces a la subfunción de gobernanza de la legislación y regulación, como se describió anteriormente en la sección sobre el establecimiento de normas de calidad.

Los mecanismos de garantía de la calidad para el personal de salud incluyen el proceso de renovación de la acreditación de las instituciones educativas y los profesionales de la salud. En muchos países, esta función se cumple parcial o totalmente mediante un modelo de autorregulación en virtud del cual las asociaciones profesionales establecen las normas de calidad para sus propios miembros. Esto se hace dentro de un marco jurídico en el que se establecen las funciones y responsabilidades del gobierno y los grupos ocupacionales (véase el recuadro 5.4).

En el caso de la infraestructura y los equipos médicos, las evaluaciones de calidad contribuyen a la toma de decisiones sobre intervenciones de paquetes de prestaciones y listas positivas. Como ejemplos de este tipo de evaluación cabría mencionar las evaluaciones de tecnologías sanitarias, las evaluaciones de necesidades y las mediciones de eficacia clínica. Las evaluaciones de la salud digital también se utilizan cada vez más para la

toma de decisiones (OMS, 2016c). Las tareas de gestión de la infraestructura —como la conservación, el mantenimiento y la operación de edificios, instalaciones y sus equipos— se basan en evaluaciones de calidad constantes, ya sean formales o informales, por lo que estas tareas también entran dentro de la categoría de infraestructura y equipos médicos (Scholz, Ngoli y Flessa, 2015).

#### **Recuadro 5.4** *Autorregulación profesional*

La autorregulación es un modelo regulatorio popular utilizado por los profesionales de la salud. Tiene la doble ventaja de mantener un cierto nivel de supervisión gubernamental sobre la calidad de la práctica profesional, sin tener que mantener el conocimiento especializado y profundo que de otro modo se requeriría para la regulación directa. En este modelo, un grupo ocupacional —profesionales médicos, de enfermería, partería, dentistas, farmacéuticos, etc.— llega a un acuerdo con el gobierno para regular formalmente las actividades de sus miembros. Por lo general, esto se hace a través de una ley aprobada por el poder legislativo, en la que el gobierno otorga el estado de autorregulación al grupo ocupacional. Sin embargo, las modalidades específicas, el grado de facultad y las tareas transferidas varían considerablemente entre los países, y responden al contexto, la historia y la estructura del sistema de salud (Alderson y Montesano, 2003).

Por medio de la autorregulación, cada asociación profesional se responsabiliza de regular la conducta profesional de sus miembros manteniendo un código de ética común y prescribiendo normas de calidad en aras de proteger los intereses del público (Zelisko et al., 1999). En la práctica, esto incluye la acreditación de instituciones educativas, la expedición de licencias profesionales, normas de educación continua y mecanismos de rendición de cuentas para aquellos que violen las normas. Las cuotas de membresía cubren el costo de las operaciones de regulación, con subsidios gubernamentales adicionales en algunos países. En algunos casos, como Tailandia, Canadá y Nueva Zelanda, los subsidios públicos permiten un cierto nivel de supervisión y control gubernamentales. Además, el marco jurídico que otorga la condición de autorregulación establece principios clave que las asociaciones profesionales deben respetar. Por ejemplo, la Ley de Profesiones de la Salud de Alberta, en Canadá, hace cumplir el principio de responsabilidad pública al estipular que el 25% de los miembros de la junta directiva del organismo regulador deben provenir del público lego (Provincia de Alberta, 1999).

En muchos países persisten los desafíos. Por ejemplo, los trabajadores de la salud pueden no estar organizados adecuadamente para asumir funciones reguladoras, los conflictos de intereses pueden prevalecer cuando se priorizan la defensa de jurisdicciones y los privilegios profesionales. Un informe de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental reveló poca transparencia en cuanto a la manera en que los autorreguladores determinan, supervisan y sancionan las normas o competencias profesionales. Esto plantea un desafío mayor en los países donde las capacidades institucionales y los sistemas regulatorios en general son deficientes (OMS, 2016d).

Por lo tanto, es importante que los gobiernos y las asociaciones profesionales continúen colaborando para crear modelos apropiados de reparto de tareas y regulación para asegurarse de que las profesiones que sirven al interés público lo hagan al más alto nivel posible.

Además de las evaluaciones de tecnologías sanitarias, la evaluación de las normas de calidad en el área de productos farmacéuticos y otros bienes fungibles incluye inspecciones de control de calidad, observancia de la regulación relativa a la comercialización, mecanismos de control de la oferta y muchas otras mediciones (Management Sciences for Health, 2012a; OMS, 2021c). En los países con capacidad de producción nacional, el seguimiento y la inspección del proceso de fabricación en sí es una tarea crítica en esta categoría.

#### 5.4.4.2 Mediciones indicativas

En el cuadro 5.5 figura un panorama general de mediciones indicativas para la gobernanza de la generación de recursos. Estas mediciones se basan en gran parte en iniciativas o bases de datos cuyo objetivo principal es reunir los indicadores existentes, a nivel mundial, en un proceso armonizado de expertos. Son, como siempre, solo indicativas, ya que existen varios parámetros a nivel nacional o regional que pueden ser más adecuados para sopesar las áreas de evaluación.

Para el personal de salud, se han utilizado las CNPS como referencia (OMS, 2017a). Para la infraestructura y los equipos médicos, los indicadores se tomaron del *Global atlas of medical devices* (OMS, 2017) y de los perfiles de eSalud de los países disponibles en el *Atlas of eHealth country profiles* (OMS, 2016) (véase el recuadro 5.3). Para los productos farmacéuticos, el manual de capacitación farmacéutica de Management Sciences for Health (2012) fue la principal fuente de datos, junto con un análisis de la información farmacéutica contenida en los informes de ESS (Management Sciences for Health, 2012a, 2012b).

### 5.5 Conclusiones

La generación de recursos es una función clave del sistema de salud y tiene la particularidad de que no puede entenderse ni evaluarse de forma aislada de las otras funciones. Su máximo impacto sobre el desempeño del sistema radica en la interacción entre sus subfunciones de personal de salud, infraestructura y equipos médicos, y productos farmacéuticos y bienes fungibles. La interacción de estas subfunciones abre el camino hacia la prestación de servicios.

**Cuadro 5.5** *Mediciones indicativas para la gobernanza de la generación de recursos*

MEDICIÓN INDICATIVA	DEFINICIÓN
<b>Establecimiento de normas de calidad</b>	
<p>Existencia de mecanismos nacionales o subnacionales para la acreditación de las instituciones de educación y capacitación del personal de salud y sus programas (Sí/No/Parcialmente)</p>	<p>Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se han establecido mecanismos nacionales o subnacionales para la acreditación de instituciones de educación y capacitación de personal de salud y sus programas?</li> <li>2. ¿Son de naturaleza obligatoria los mecanismos nacionales o subnacionales para la acreditación de instituciones de educación y capacitación de personal de salud y sus programas?</li> <li>3. ¿Existen mecanismos nacionales o subnacionales para la acreditación de instituciones de educación y capacitación del personal de salud y sus programas que no sean obligatorios?</li> <li>4. De haberlos, ¿los mecanismos nacionales o subnacionales para la acreditación de instituciones de educación y capacitación de personal de salud y sus programas tienen en cuenta los planes nacionales de educación para el personal de salud?</li> </ol>
<p>Norma sobre la duración y el contenido de la educación y capacitación del personal de salud</p>	<p>Existencia de normas nacionales o subnacionales sobre la duración y el contenido de la educación y capacitación del personal de salud, por programa de educación y capacitación del personal de salud. Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se establecen requisitos de ingreso para los programas de educación y capacitación del personal de salud relacionados con la edad, estudios previos, competencia adquirida previamente por estudios y experiencia profesional?</li> <li>2. ¿Se ha establecido el número total de horas que se dedicarán a la educación y capacitación del personal de salud?</li> <li>3. ¿Existe una lista de conocimientos, aptitudes y competencias que han de adquirirse durante la educación y capacitación del personal de salud?</li> </ol>
<p>Existencia de un sistema de nomenclatura de dispositivos médicos</p>	

MEDICIÓN INDICATIVA	DEFINICIÓN
<p>Existencia, alcance y flexibilidad de la política, legislación y regulación de productos farmacéuticos. Esto incluye el funcionamiento y el respaldo político de la autoridad reguladora de medicamentos y la transparencia de las decisiones para las partes interesadas.</p>	<p>Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de una política nacional de medicamentos en la que se establecen los objetivos y las estrategias para el sector farmacéutico con base en problemas de salud prioritarios</li> <li>2. Existencia de una autoridad nacional reguladora de medicamentos en funcionamiento responsable de promulgar y aplicar la normativa</li> <li>3. Existencia de un laboratorio nacional de control de calidad</li> <li>4. Existencia de un sistema operativo de registro y control de productos farmacéuticos</li> <li>5. Existencia de un protocolo definido oficialmente para asegurar la calidad de los medicamentos</li> </ol>
<p><b>Planificación de recursos</b></p>	
<p>Existencia de mecanismos y modelos para la planificación del personal de salud (Sí/No/Parcialmente)</p>	<p>Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se establecen objetivos claros y explícitos relativos a la planificación del personal de salud en la política nacional de salud?</li> <li>2. ¿Existe un flujo coordinado de comunicación e información entre las partes interesadas de distintos sectores a nivel nacional?</li> <li>3. ¿Se ha establecido un comité específico de recursos humanos para la planificación de la salud, una entidad designada o un grupo específico a nivel nacional responsable del personal de salud?</li> <li>4. ¿Existe una metodología establecida para la planificación del personal de salud?</li> <li>5. ¿Se dispone de datos completos con cobertura total de la población para llevar a cabo de forma sostenible la evaluación cuantitativa necesaria para la planificación del personal de salud?</li> <li>6. ¿Se emprenden medidas de política basadas en las recomendaciones del comité de planificación del personal de salud?</li> </ol>
<p>Existencia de una estrategia o política de eSalud</p>	
<p>Existencia de una política sobre tecnologías sanitarias (dispositivos médicos)</p>	
<p>Existencia de listas de dispositivos médicos aprobados para adquisición pública o reembolso</p>	
<p>Existencia de una lista nacional de medicamentos esenciales</p>	

MEDICIÓN INDICATIVA	DEFINICIÓN
<b>Evaluación de las normas de calidad</b>	
Existencia de una unidad de personal de salud en el ministerio de salud encargada de elaborar y supervisar las políticas y planes relativos al personal de salud (Sí/No/Parcialmente)	<p>Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Existen funciones para supervisar las políticas y planes relativos al personal de salud como parte del seguimiento del desarrollo de los servicios de salud?</li> <li>2. ¿Existen mecanismos institucionales en vigor para coordinar una agenda intersectorial de personal de salud, como negociaciones y relaciones intersectoriales con otros ministerios competentes, organismos gubernamentales y partes interesadas?</li> </ol>
Responsabilidad del ministerio de salud en la aplicación de políticas de tecnologías sanitarias	<p>Incluye uno o varios de los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Existencia de una unidad nacional de evaluación de tecnologías sanitarias</li> <li>· Existencia de unidades nacionales de gestión de tecnologías sanitarias</li> <li>· Existencia de una unidad de gestión de equipos médicos (si es posible, desglosada por nivel nacional, regional, de hospital)</li> </ul>
¿Se vigila la calidad de los productos farmacéuticos y otros bienes fungibles?	<p>Los siguientes indicadores deberían guiar una respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Existencia de procedimientos estandarizados para el control de calidad de los productos de salud cuando se reciben inicialmente a nivel central</li> <li>· Existencia de un sistema para la recopilación de datos relativos a la eficacia, calidad y seguridad de los productos comercializados (seguimiento posterior a la comercialización)</li> <li>· Lotes de productos farmacéuticos que han sido sometidos a un proceso de control de calidad a la recepción inicial de acuerdo con procedimientos estandarizados (porcentaje)</li> <li>· Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con un procedimiento en vigor para notificar problemas de calidad de los productos.</li> </ul>

Fuente: Basado en Management Sciences for Health (2012a, 2012b); OMS (2016c, 2017a, 2017b).

Junto con el financiamiento y la gobernanza, se puede considerar que la generación de recursos facilita la función de prestación de servicios, contribuyendo así en gran medida a sus áreas de desempeño de calidad y acceso.

En este capítulo se proponen áreas de evaluación para cada subfunción de generación de recursos siguiendo un patrón común: disponibilidad, distribución/combinación y una noción de mantenimiento de los recursos humanos para la salud, a través de la educación continua, y mantenimiento de la infraestructura y los equipos. Dado que se utilizan una sola vez o son desechables, los productos farmacéuticos y otros bienes fungibles se tratan de manera diferente y se evalúan únicamente en función de su disponibilidad y distribución/combinación.

En general, las ESS ofrecen buenos datos cuantitativos o información cualitativa sobre la disponibilidad de personal de salud, infraestructura y productos farmacéuticos. Pero las otras áreas de evaluación de distribución/combinación y mantenimiento tienden a ser en gran medida ignoradas o a recibir poca atención. Otro ámbito en el que se necesita más información en las ESS es el de los datos sobre equipos médicos, especialmente en lo relativo a su mantenimiento —al menos a un nivel básico de descripción cualitativa— para poder evaluar mejor la función de generación de recursos en general.

## **Apéndice 5.1 Detalles sobre las mediciones indicativas para las áreas de evaluación de las subfunciones de la generación de recursos**

### **Personal de salud**

#### *Disponibilidad*

Las CNPS contienen datos sobre la densidad del personal de salud de más de 170 países en los últimos 5 años (OMS, 2021a) en términos de:

#### **Densidad del personal de salud**

Densidad del personal de salud por 10 000 habitantes

Numerador: Número de trabajadores de la salud, definido en las nóminas

Denominador: Población total (metodología de la División de Estadística de las Naciones Unidas)

Desglose: Ocupación y nivel de actividad. Para el nivel de actividad se recomiendan las siguientes categorías: trabajadores de la salud en ejercicio, trabajadores de la salud profesionalmente activos y trabajadores de la salud con licencia para ejercer.

Si se dispone de datos desglosados geográficamente, habría que añadir el indicador siguiente:

#### **Densidad del personal de salud a nivel subnacional**

Densidad de trabajadores de la salud activos por cada 10 000 habitantes a nivel subnacional

Numerador: Número de trabajadores de la salud activos en unidades administrativas subnacionales, definido en las nóminas

Denominador: Población total a nivel subnacional

Desglose: Ocupación

Preferiblemente, debería tenerse en cuenta el lugar donde trabaja el personal de salud al definir los niveles subnacionales en función de las necesidades de los Estados Miembros. Se recomienda el uso de unidades administrativas al primer o segundo nivel subnacional (dependiendo de la estructura de las unidades administrativas y el tamaño de los territorios subnacionales), sin solapamientos entre las unidades administrativas. Ejemplos de unidades administrativas subnacionales: estados, regiones, provincias, condados y distritos.



La revisión de los informes de ESS de los países reveló una notificación generalizada de la densidad del personal de salud, con información cualitativa para describir, explicar y calificar los números. Por lo tanto, tiene sentido incluir este dato en una evaluación del desempeño del sistema de salud, y se puede extraer fácilmente de una ESS.

### ***Distribución/combinación***

Con respecto al desglose de datos sobre la distribución del personal de salud, el conjunto de datos más ampliamente disponible en los países y notificado a las CNPS es el desglose por edad y sexo. El desglose por tipo y propiedad de los establecimientos es escaso; los datos más recientes están disponibles sobre todo en el sector público, lo que no es particularmente útil a la hora de evaluar la distribución general del personal de salud.

Sin embargo, la distribución del personal de salud por edad ofrece información en cuanto a la sostenibilidad de la función de generación de recursos dentro de la subfunción de personal de salud, ya que un desequilibrio de trabajadores cerca de la edad de jubilación o un número insuficiente de trabajadores jóvenes de nueva incorporación puede indicar un problema de sostenibilidad a largo plazo (OMS, 2010). De hecho, en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de Bélgica realizada en el 2019 se analizan cuatro indicadores relacionados con la sostenibilidad de la fuerza laboral, incluida la proporción de la fuerza laboral que se jubilará en un futuro próximo (profesionales médicos de 55 años o más; profesionales de enfermería de 50 años o más) (Devos et al., 2019).

Es crucial seguir las tendencias de la distribución por sexo del personal de salud porque las mujeres representan la mayor parte del personal de salud, aunque en puestos peor remunerados, lo que pone de manifiesto los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para contribuir más al sector de la salud en puestos remunerados. Es fundamental abordar estos obstáculos para mejorar el número de miembros del personal de salud y atraer a mujeres jóvenes para que se unan a esta fuerza laboral.

En las CNPS se definen los indicadores desglosados por edad y sexo de la siguiente manera:

#### **Distribución del personal de salud por grupo etarios**

Porcentaje de trabajadores de la salud activos en los grupos etarios dados, por ocupación (los grupos etarios considerados son los siguientes: <25, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, ≥65 años)

Numerador: Número de trabajadores de la salud activos en un grupo etario específico

Denominador: Número total de trabajadores de la salud activos, definido en las nóminas

Desglose: Ocupación

#### **Personal de salud femenino**

Porcentaje de trabajadoras de salud en el personal de salud activo, por ocupación

Numerador: Número de trabajadoras de salud activas

Denominador: Número total de trabajadores de la salud activos, hombres y mujeres, definido en las nóminas

Desglose: Ocupación

#### **Distribución del personal de salud por propiedad de establecimiento**

Porcentaje de trabajadores de la salud activos empleados por tipo de propiedad de establecimiento

Numerador: Número de trabajadores de la salud activos, definidos en las nóminas, que trabajan en establecimientos propiedad del sector institucional dado

Denominador: Número total de trabajadores de la salud activos, definido en las nóminas

Desglose: Ocupación y propiedad del establecimiento

Visto el subconjunto de ESS nacionales que se revisaron, se observa que no siempre se notifican los datos desglosados disponibles sobre cómo se distribuye el personal de salud. Cuando sí se notifican, no siempre se hace cuantitativamente, sino más bien con una descripción de la tendencia general o la atención política prestada a lograr un aumento del personal de salud femenino o más joven. Dicho esto, estos datos están cada vez más disponibles en los países, y las CNPS están consolidando los datos en una base de datos de fácil acceso. Por estas razones, parece factible mantener estos indicadores sin dejar de confiar en las evaluaciones cualitativas cuando haya lagunas de datos cuantitativos. Reiteramos que nuestro objetivo principal es ayudar a los gobiernos nacionales a utilizar los datos de la evaluación del sistema de salud para evaluar el desempeño de su sistema de salud; nuestro propósito principal no es necesariamente encontrar indicadores para comparar países, aunque no negamos la utilidad de contar en última instancia con

tales números. Por lo tanto, puede resultar de gran utilidad valerse de una descripción cualitativa de la atención política prestada y las tendencias en el equilibrio de edad y sexo del personal de salud, entre otros indicadores, para evaluar la función general y el desempeño de los sistemas.

Hay un indicador para el cual hay cada vez más datos en la base de datos de las CNPS, a saber:

#### **Personal quirúrgico especializado**

Densidad del personal quirúrgico especializado, clasificado en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (2008) con el código 2212, por 100 000 habitantes.

Numerador: Número total de personal quirúrgico especializado, definido en las nóminas. El personal quirúrgico especializado reúne a cirujanos, obstetras y anesthesiólogos.

Denominador: Población total

Desglose: No se aplica

Este dato da una indicación de la capacidad comparada de especialistas y generalistas en un país y, junto con el número total de trabajadores de la salud, proporciona una idea de las tendencias en cuanto al equilibrio entre las diferentes categorías de personal de salud. Tomado aisladamente, y sin un punto de referencia sobre el número ideal de cirujanos especialistas, puede que no sea tan útil; sin embargo, cada vez es mayor la disponibilidad de datos que, combinados con otros datos e información cualitativa, pueden ayudar a comprender mejor el desempeño de la subfunción de personal de salud.

Dado el énfasis cada vez mayor de las políticas en la atención primaria de salud y de primer contacto, incluimos la densidad de profesionales de medicina familiar, con la advertencia de que las CNPS disponen de pocos datos. Sin embargo, las ESS de algunos países proporcionan esta información, aunque con diferentes definiciones.

**Profesionales de medicina familiar**

Densidad de profesionales de medicina familiar por 100 000 habitantes. Los profesionales de medicina familiar forman parte de los médicos generalistas clasificados en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (2008) con el código 2212. Se les conoce como médicos generales en algunos países y como una especialización en otros. Deberían proporcionar atención médica centrada en la persona, continua e integral a las personas y familias en sus comunidades.

Este grupo no incluye a los médicos residentes, pasantes de medicina u otros médicos generalistas que no participan en actividades de práctica general.

Numerador: Número total de profesionales de medicina familiar, definido en las nóminas

Denominador: Población total

Desglose: No se aplica

Se propone el indicador siguiente, a pesar de la escasez de datos disponibles: la proporción de trabajadores en los sectores de salud y social. La OMS recomienda que los Estados Miembros recopilen este indicador mediante su inclusión en las CNPS, aunque actualmente hay pocos datos al respecto en la base de datos de las CNPS. Este indicador aporta la perspectiva de la atención social como un factor que contribuye a la atención de salud, y reconoce la atención social como un recurso clave para el desempeño del sistema de salud. Se reconoce que pocas ESS informan actualmente sobre este aspecto; sin embargo, hay al menos un grupo de países que lo hace. Al incluirlo aquí, esperamos que al menos se pueda mencionar una descripción cualitativa de las tendencias y la situación de la atención social en futuras ESS.

**Proporción de trabajadores en los sectores de la salud y social**

Relación entre el número de personas que trabajan en el sector de la salud y el sector social y el número total de personas empleadas en la fuerza laboral civil.

Numerador: Número de personas que trabajan en el sector de la salud o el sector social, en las nóminas

Denominador: Número total de personas empleadas, definido en las nóminas

Desglose: Sectores de la salud y social definidos por los códigos 86, 87 y 88 de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme

Este indicador está alineado con el indicador denominado “Total de empleos en los sectores de la salud y social en las estadísticas de salud” de la OCDE.

Si no se dispone de datos de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme, se puede utilizar la relación entre el empleo en la salud y el total de empleo civil como aproximación.

Además de la composición de la fuerza laboral sectorial, que es el foco predominante de la documentación que analiza la combinación y distribución del personal de salud (Murray y Evans, 2003; Dubois y Singh, 2009), la distribución de aptitudes también es pertinente para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

Resulta problemático medir la combinación de aptitudes debido a la falta de consenso sobre qué intervenciones con aptitudes combinadas funcionan bien y cuáles no funcionan tan bien. Esto se complica debido a la naturaleza extrema de un microcontexto específico de si una intervención, de hecho, funciona o no (Farris et al., 2010; Kroezen et al., 2011; Hoare, Mills y Francis, 2012; Colvin et al., 2013; Mapp, Hutchinson y Estcourt, 2015; Carter et al., 2016; Flodgren et al., 2017; Joo y Huber, 2018; Karam et al., 2018). Por lo tanto, para comprender esta área poco notificada en las ESS, sería un gran avance el tener, como mínimo, una descripción breve y coherente de la combinación de aptitudes del personal de salud, saber si existen o no iniciativas para optimizar dicha combinación y, de ser así, cómo y con qué resultados.

Proponemos un indicador específico para la combinación de aptitudes de las CNPS que es una pregunta simple que se responde con un sí o un no, pero incluye otras preguntas que contribuyen a comprender el desempeño de la subfunción general de personal de salud:

#### **Existencia de labores especializadas de enfermería**

Existencia de labores especializadas de enfermería (Sí/No/Parcialmente)

Este indicador se mide con las siguientes preguntas (relativas a la capacidad) o se apoya en ellas:

1. ¿Existe una definición comúnmente aceptada de profesional de enfermería de atención primaria?
2. ¿Existe otra definición comúnmente aceptada de otros tipos de profesionales de enfermería que desempeñan labores especializadas?
3. ¿Existen requisitos formales para convertirse en profesional de enfermería de atención primaria o especializada en cuanto a capacitación específica, calificaciones, experiencia, certificación o registro, etc.?
4. ¿Existen métodos específicos o locales para que el personal de enfermería que recibe capacitación en el trabajo adquiera aptitudes específicas que podrían conducir a su empleo en labores especializadas?

## **Educación**

Actualmente hay muy poca información en las ESS sobre educación continua, por lo que sería conveniente incluir una breve descripción cualitativa sobre este tema. Sugerimos dos indicadores extraídos de las CNPS como punto de orientación para recopilar más información en esta área: desarrollo profesional continuo y capacitación en el servicio. Actualmente, las CNPS también tienen en su base de datos poca información notificada por los países.

### **Desarrollo profesional continuo**

Existencia de sistemas nacionales para el desarrollo profesional continuo (Sí/No/Parcialmente). Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:

1. ¿Existen sistemas nacionales o subnacionales para el desarrollo profesional continuo?
2. Si existen sistemas nacionales o subnacionales para el desarrollo profesional continuo, ¿estos son obligatorios?
3. Si son obligatorios, ¿están vinculados a la renovación de licencia?
4. En el caso de las ocupaciones que tienen un sistema nacional o subnacional de desarrollo profesional continuo, ¿está este integrado en los planes nacionales de educación para el personal de salud y para esa ocupación?

### **Capacitación en el servicio**

Existencia de capacitación en el servicio como elemento de los planes nacionales de educación para el personal de salud, cónsono con el plan nacional de salud (Sí/No/Parcialmente). Las siguientes preguntas deberían guiar las respuestas a este indicador:

1. ¿La capacitación en el servicio está integrada en las políticas, estrategias y planes nacionales más amplios del sector de la educación?
2. ¿La capacitación en el servicio considera y tiene en cuenta las políticas, estrategias y planes nacionales para transformar la educación y la formación profesional, técnica y vocacional?
3. ¿La capacitación en el servicio considera y tiene en cuenta las políticas, estrategias y planes nacionales de formación de adultos y educación superior?

## Infraestructura y equipos médicos

### *Disponibilidad*

Estos indicadores se derivan de *Standardized Health Facility Survey Modules - a working document* [módulo de encuestas normalizadas sobre establecimientos de salud de la OMS] (OMS, 2019d).

#### **Densidad de establecimientos de salud**

Número total de establecimientos de salud por 10 000 habitantes

Número total de hospitales por 100 000 habitantes

El examen de las ESS nacionales reveló información generalizada sobre la densidad de centros de salud, incluida información sobre los tipos de establecimientos de salud. Por lo tanto, sería sencillo incluir este dato en una EDSS, ya que se puede extraer fácilmente de una ESS.

Con respecto a datos más desglosados, la siguiente información es útil: tamaño, edad, condición del establecimiento de salud y división entre los sectores público y privado (Rechel, Maresso y van Ginneken, 2019). Estos puntos de información se incluyen en el *Baseline Country Survey on Medical Devices* (OMS, 2011), pero aún no se recopilan de forma regular en todos los países.

Además, a través de las encuestas de *Standardized health facility survey modules* (OMS, 2019d) se ha comenzado a recopilar datos sobre centros con condiciones estructurales y de seguridad apropiadas para la unidad y sin un defecto grave en las unidades evaluadas. En el futuro, es posible que se disponga de más datos de esta fuente para este indicador correspondientes a diferentes países y regiones.

Además, proponemos dos indicadores para evaluar mejor el componente de infraestructura de los establecimientos de salud, que idealmente se recopilan a través de una evaluación de los centros de salud. Ambos indicadores están incluidos en el marco de seguimiento y evaluación de la atención primaria de salud.

**Porcentaje de establecimientos con servicios (agua, saneamiento e higiene: WASH, por su sigla en inglés)**

Porcentaje de establecimientos con servicios básicos que cumplen con los criterios de WASH (disposición general)

**Porcentaje de establecimientos con una fuente de corriente**

Porcentaje de establecimientos con servicio eléctrico y comunicaciones que cumplen con las normas (disposición general)

En cuanto a la disponibilidad de equipos médicos, proponemos este indicador, derivado del *Baseline Country Survey on Medical Devices* (OMS, 2011).

**Densidad de equipos médicos (selección de equipos médicos prioritarios de alto costo y alta complejidad)**

Densidad de determinados equipos médicos prioritarios por millón de habitantes

Se recomienda el siguiente equipo médico prioritario:

- Resonancia magnética
- Escáner de tomografía computarizada
- Escáner de tomografía por emisión de positrones
- Medicina nuclear
- Mamógrafo
- Equipos de radioterapia.

La información sobre los equipos mencionados todavía no se recopila de forma regular en muchos países. Sin embargo, podría ser un indicador para el cual se disponga de más datos en el futuro a través de los esfuerzos de la OMS para centralizar la información sobre equipos médicos, por lo que será útil incluirlo.

Con respecto a los datos más desglosados, la siguiente información cualitativa resulta de utilidad: si se dispone de equipo básico con la calidad y en la cantidad suficientes, en la atención primaria/ambulatoria y hospitalaria, en el sector público y privado. Actualmente, las ESS incluyen muy poca, y a veces ninguna, información sobre equipos médicos.

Con respecto a la tecnología de la información y la eSalud, la Resolución 71.7 de la OMS, adoptada en el 2018, reconoce el potencial de las tecnologías digitales como un elemento importante en la mejora de la salud pública (OMS, 2016b, 2018). Como resultado, la OMS está liderando actualmente la preparación de una estrategia mundial en consulta con los Estados Miembros y las principales partes interesadas cuyo objetivo



es acelerar la adopción de la salud digital (OMS, 2019e). Hasta ahora, la encuesta de eSalud, que comprende preguntas de evaluación cuantitativas y cualitativas, se ha realizado tres veces, con los últimos datos publicados en el *Atlas of eHealth country profiles 2015* (OMS, 2016c). Proponemos dos indicadores tomados de este:

**Porcentaje de establecimientos con sistemas electrónicos de información para la gestión de salud**

Porcentaje de establecimientos que cuentan con sistemas de notificación electrónica y porcentaje de elementos que son digitales

**Porcentaje de establecimientos que utilizan la historia clínica electrónica**

Porcentaje de establecimientos que utilizan la historia clínica electrónica (registros en tiempo real centrados en el paciente que proporcionan información inmediata y segura a los usuarios autorizados)

Este tipo de información aún no se recopila de forma regular en todos los países, pero la disponibilidad de datos va en aumento. La información sobre la infraestructura de información de salud no siempre se proporciona en las ESS de los países y, cuando se hace, a menudo está dispersa en varias secciones, por lo que es fácil pasarla por alto.

Además, la OMS ha comenzado a recopilar datos a través las encuestas de *Standardized health facility survey module – a working document* (OMS, 2019d) con las siguientes preguntas:

- ¿Este establecimiento dispone de un medio para comunicarse con el exterior, como un teléfono o una radio que el mismo establecimiento apoya?
- ¿Este establecimiento tiene una computadora que funciona?
- ¿El establecimiento tiene acceso a correo electrónico o a Internet hoy?
- ¿El tiempo de conexión a Internet es pagado o reembolsado por la administración?

***Distribución/combinación***

Para evaluar la distribución de los establecimientos de salud en un país, proponemos dos indicadores:

**Distribución de los establecimientos de salud**

Desglose por:

- tipos de atención de salud; se recomienda basar las categorías en función de la atención primaria, primer punto de atención por derivación, segundo punto de atención por derivación, etc.
- ubicación (distrito/provincia/nacional; rural/urbano)
- sector público/privado

La distribución de los centros de salud se refleja en el indicador “densidad y distribución de los establecimientos de salud” según los 100 indicadores básicos de la OMS. Aparte del desglose mencionado anteriormente (a saber, servicios específicos, propiedad del establecimiento, ubicación y tipo), se sugiere una dimensión adicional: el acceso a cirugía de emergencia. Este indicador se define como el porcentaje de la población que puede tener acceso, en un plazo de dos horas, a un establecimiento en el que puede realizarse una cesárea, laparotomía o fijación de fractura abierta de emergencia.

Además, el *Baseline Country Survey on Medical Devices* (OMS, 2011) está recopilando datos sobre la distribución de los establecimientos de salud (densidad por 100 000 habitantes), con información desglosada sobre puestos de salud, centros de salud, hospitales a nivel de distrito, provincia y región en los sectores público y privado.

**Densidad y distribución de camas de hospital**

Número total de camas de hospital por 10 000 habitantes

Desglosado por:

- tipo/sala
- sector público/privado
- ubicación (distrito/provincia; rural/urbano)

El indicador anterior forma parte de los 100 indicadores básicos de la OMS.

A través de las encuestas de *Standardized health facility survey module – a working document* (OMS, 2019d), se ha comenzado a recopilar datos más específicos sobre los tipos de camas a partir de los siguientes indicadores, y es posible que se disponga pronto de datos para un subconjunto de países:

- Número total de camas de hospital por 10 000 habitantes (por región)
- Número de camas de maternidad por cada 1000 embarazadas
- ¿Cuántas camas tiene en total este establecimiento, tanto para población adulta como infantil (excluidas las camas y mesas utilizadas para partos, y excluidas las camas más pequeñas (bebés/pediátricas)? Esto incluye las camas utilizadas para la observación de pacientes en la sala de urgencias y las camas de cuidados intensivos.
- En total, ¿cuál es el número oficial de camas de hospital, incluidas las camas exclusivamente de maternidad?

Con respecto a los datos desglosados, la siguiente información cualitativa resulta de utilidad:

- ¿Cómo se comparan las tendencias de las camas de hospital para casos agudos con las de otros países?
- Diferencias entre regiones, incluidas las diferencias entre zonas urbanas y rurales
- Razones de cualquier diferencia importante
- ¿Las diferencias afectan el acceso a la atención?
- Proporción de instituciones psiquiátricas, de atención aguda y de atención a largo plazo.

Todas estas sugerencias figuran en la plantilla para autores de la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Rechel, Maresso y Van Ginneken, 2019).

Por lo general, la información sobre la distribución de los establecimientos de salud se incluye en las ESS, y proporciona principalmente una visión general de las regiones o zonas rurales en comparación con las zonas urbanas.

Con respecto a la distribución de equipos médicos, los siguientes indicadores se derivan de *Baseline Country Survey on Medical Devices* (OMS, 2011).

### **Distribución de equipos médicos (selección de equipos médicos prioritarios de alto costo y alta complejidad)**

Desglose por:

- sector público/privado
- ubicación (por ejemplo, urbana/rural, en regiones)
- tipo de atención de salud.

Se recomiendan los siguientes equipos médicos prioritarios:

- diagnóstico por imagen mediante resonancia magnética
- escáner de tomografía computarizada
- escáner de tomografía por emisión de positrones
- medicina nuclear
- mamógrafo
- equipos de radioterapia.

Esta información aún no se recopila de forma regular, pero este indicador se incluye porque será útil cuando se disponga de más datos en el futuro.

A través de las encuestas de *Standardized health facility survey module – a working document* (OMS, 2019d), se está recopilando actualmente información más detallada sobre los siguientes indicadores:

- dispositivos médicos/tecnologías esenciales: porcentaje de establecimientos con cada dispositivo médico y tecnología específicos
- servicios de transfusión de sangre: porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de transfusión de sangre
- servicios de administración de oxígeno: porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de administración de oxígeno para cualquier servicio
- servicios básicos de diagnóstico de laboratorio: porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios básicos de diagnóstico de laboratorio, incluidas pruebas rápidas.

Como se señaló anteriormente, las cuestiones relacionadas con los equipos médicos rara vez se mencionan en las ESS actuales de los países o no se mencionan en absoluto.

### **Mantenimiento**

Para el mantenimiento, se toman dos indicadores de *Standardized health facility survey module – a working document* (OMS, 2019d).

### **Mantenimiento de edificios y terrenos**

Porcentaje de establecimientos con evidencia de contar con sistemas de mantenimiento y reparación de edificios y terrenos. Preguntas indicativas realizadas a través de una evaluación de establecimientos de salud.

- ¿Este establecimiento sigue un programa de mantenimiento regular de los vehículos?
- ¿Se realiza alguna vez mantenimiento preventivo y correctivo de alguno de los sistemas, como el sistema de electricidad, saneamiento de agua, alcantarillado o ventilación?
- ¿Este establecimiento realiza mantenimiento regular de alguno de los equipos relacionados con la infraestructura?

### **Sistemas de mantenimiento y reparación de equipos médicos**

Porcentaje de establecimientos con evidencia de contar con sistemas de mantenimiento y reparación de equipos médicos.

Preguntas indicativas realizadas a través de una evaluación de establecimientos de salud:

- ¿Existe un cronograma de inspección, prueba y mantenimiento preventivo para todo equipo médico conforme a lo estipulado en las recomendaciones del fabricante?
- ¿Existe un contrato de mantenimiento o reparación para el equipo de laboratorio?

La recopilación de datos está en curso en varios países, y es posible que estos estén disponibles pronto. Dado que esta área apenas se menciona en los informes nacionales de ESS actualmente, sería útil contar con una breve descripción cualitativa que incluya una evaluación del mantenimiento de la infraestructura y los equipos médicos.

## **Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles**

### ***Disponibilidad***

Con respecto a datos cuantitativos, la evaluación de la disponibilidad fue similar en todas las herramientas de ESS y se centró en la disponibilidad de medicamentos clave en puntos de venta y establecimientos. Sin embargo, la información cualitativa proporcionada en los informes nacionales de ESS fue más diversa y generalmente abordó problemas con la disponibilidad de medicamentos en los centros de tratamiento o puntos de venta. Esos desafíos a menudo estaban vinculados a la gestión de las adquisiciones, la distribución y el almacenamiento, o a las regulaciones y la legislación.

El indicador más utilizado a este respecto, generalmente por referencia a la lista de indicadores de la OMS/HAI (2008) es:

**Se dispone de medicamentos esenciales no caducados en puntos de venta de medicamentos**

Según la OMS/HAI, “la disponibilidad de medicamentos individuales se informa como porcentaje (%) de los puntos de venta de medicamentos en los que se encontró el medicamento (que no haya caducado) el día de la recogida de datos” (OMS, 2008).

La OMS estima que al menos 156 países han adoptado listas nacionales de medicamentos esenciales que podrían proporcionar orientación nacional sobre qué medicamentos rastrear para evaluar su disponibilidad. Además, la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS (2019; actualizada regularmente), en la que se incluyen los “medicamentos más eficaces, seguros y rentables para afecciones prioritarias” (OMS, 2019e), sería la fuente más reciente para seleccionar medicamentos esenciales o medicamentos que se pueden utilizar como indicadores.

***Disponibilidad en términos de la asequibilidad***

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible introducen la noción de que la disponibilidad de medicamentos depende de la asequibilidad y está vinculada a ella. Esto refleja el énfasis que las herramientas de análisis exhaustivo ponen en la relación condicional entre asequibilidad y disponibilidad.

La asequibilidad y sus vínculos con la disponibilidad se describen cualitativamente en las ESS nacionales revisadas. Las herramientas de ESS sugieren de manera enfática combinar la disponibilidad y la asequibilidad (OMS, 2010; USAID, 2017; Wendt, 2012), ya que estas se consideran indicadores básicos para evaluar el acceso a los medicamentos esenciales.

Además de una evaluación cualitativa, se puede utilizar este indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible”.

Si no se dispone de esto, como es el caso de muchos países, se puede medir cierto grado de disponibilidad y asequibilidad con dos datos fácilmente disponibles:

Para la disponibilidad de medicamentos:

**Porcentaje de puntos de venta en los que se encontró el medicamento el día de la recopilación de datos.**

Estos datos se recopilan regularmente a través de las encuestas de la OMS/HAI. Los medicamentos que se contabilizarán se seleccionarán de la lista nacional de medicamentos esenciales. Si no existe dicha lista, podría utilizarse la lista de medicamentos esenciales de la OMS, que está disponible al público. Como tal, no sería necesario hacer ningún esfuerzo adicional para recopilar los datos.

Para la disponibilidad de medicamentos:

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.b.3 emplea los siguiente conceptos para evaluar la asequibilidad (Naciones Unidas, 2021):

- tratamiento con dosis diaria del medicamento
- línea nacional de pobreza
- paga diaria del trabajador del sector público sin formación de menor salario.

Las herramientas e informes nacionales de ESS sugieren otras formas de examinar la asequibilidad:

- Mediana de la relación de precios al consumidor de determinados medicamentos esenciales en centros de salud públicos y privados (sugerida en el manual *Health System Assessment Approach* [USAID, 2018], la herramienta de diagnóstico de FHI 360 y *Monitoring the building blocks of health systems* [OMS, 2010])
- Paga diaria del trabajador del sector público sin formación de menor salario calculando el número de pagas diarias necesarias para comprar los tratamientos necesarios para afecciones comunes agudas y crónicas (OMS/HAI 2008).

En resumen, hay información cualitativa disponible en muchas ESS; además, podrían recopilarse algunos indicadores cuantitativos, pero tal vez no sean estrictamente necesarios para evaluar la asequibilidad de productos farmacéuticos en el país.

### **Combinación**

Los informes nacionales de ESS no presentaron una visión armonizada sobre la mejor manera de evaluar si se dispone de la combinación farmacéutica adecuada en todo el país. La información cualitativa proporcionada varía en cuanto tipo y amplitud de las diferentes herramientas e informes.

La OMS y sus asociados\* elaboraron un conjunto de indicadores armonizados para el seguimiento y la evaluación de los sistemas de gestión de compras y suministros (OMS, 2011a). Aunque el conjunto de indicadores se centra principalmente en las existencias de medicamentos antirretrovirales, antituberculosos y antimaláricos, consideramos que uno de sus indicadores es útil para evaluar la combinación de productos farmacéuticos:

#### **Porcentaje de sitios de tratamiento que recibieron todos los pedidos completos y a tiempo durante un período definido**

Cálculo del indicador:

- Numerador: Número de establecimientos de salud que recibieron los pedidos de medicamentos esenciales o artículos marcadores en su totalidad y a tiempo durante un período definido
- Denominador: Número total de establecimientos de salud que recibieron pedidos de medicamentos esenciales o artículos marcadores durante el mismo período

Con esta medida se evalúa si el sistema de salud es capaz de distribuir medicamentos de manera confiable para garantizar una combinación “adecuada” (véase la sección anterior sobre medicamentos esenciales). El énfasis puesto en la distribución oportuna es pertinente con respecto a la disponibilidad de los medicamentos y su suministro a los establecimientos. Este indicador también es muy útil con respecto al marco general de esta publicación, ya que se puede aplicar a todas las subfunciones de la prestación de servicios —salud pública, atención general, atención especializada, atención muy especializada— y a todos los sectores: público, privado y organizaciones no gubernamentales.

Este indicador también podría ser de utilidad en sistemas de salud fragmentados con un sector privado fuerte, ya que no se supone que se podría tener acceso a todo a través

---

\* I-solutions, Supply Chain Management System, President’s Emergency Plan for AIDS Relief, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Alianza Alto a la Tuberculosis, USAID, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Hacer Retroceder el Paludismo.



del sector público. El indicador puede utilizarse en un contexto de sistemas de múltiples proveedores.

La distribución geográfica equitativa de los medicamentos puede evaluarse por medio del siguiente indicador, además de la información cualitativa recopilada a través de entrevistas a prestadores de servicios, líderes de poblados, usuarios finales y otras partes interesadas:

**Porcentaje de hogares a más de 5/10/20 km de un centro de salud/farmacia que se espera que dispense medicamentos esenciales**

Este indicador se mide como porcentaje de hogares respecto de establecimientos públicos así como de establecimientos privados.

Si se dispone de muy poca información en una ESS, se podría captar una idea de la combinación farmacéutica a través de la función de prestación de servicios —por ejemplo, número de centros de atención primaria por  $x$  habitantes—, por lo que no se necesitaría ningún esfuerzo adicional.

## Referencias

- Abolhallaje M et al. (2014). Assessing health inequalities in Iran: a focus on the distribution of health care facilities. *Global Journal of Health Science*, 6(4):285.
- Acosta A et al. (2019). Medicine shortages: gaps between countries and global perspectives. *Frontiers in Pharmacology*, 10:763.
- Adams O et al. (2003). *Human, physical and intellectual resource generation - proposals for monitoring*. Ginebra: OMS.
- Ademiluyi IA, Aluko-Arowolo SO (2009). Infrastructural distribution of health-care services in Nigeria: an overview. *Journal of Geography and Regional Planning*, 2009;2(5):104-110.
- Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2017). Explore USAID's health system assessment approach v3.0. Disponible en: <https://www.hfgproject.org/the-health-system-assessment-approach-a-how-to-manual/>.
- Agencia Europea de Medicamentos (2021). Availability of medicines: European Medicines Agency. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/availability-medicines> (consultado el 17 de agosto del 2021).

- Aiken LH et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16):1987-1993.
- Alderson D, Montesano D (2003). *Regulating, de-regulating and changing scopes of practice in the health professions: a jurisdictional review – a report prepared for the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC)*. Ottawa: Gobierno de Ontario.
- Atser J, Akpan P (2009). Spatial distribution and accessibility of health facilities in Akwa Ibom State, Nigeria. *Ethiopian Journal of Environmental Studies and Management*, 2(2).
- Baker Jr EL, Koplan JP (2002). Strengthening the nation's public health infrastructure: historic challenge, unprecedented opportunity. *Health Affairs*, 21(6):15-27.
- Bloom BS (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(3):380-385.
- Boulton ML et al. (2014). Public health workforce taxonomy. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(5):S314-S23.
- Braveman P (2001). World health report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy commentary: comprehensive approaches are needed for full understanding. *BMJ*, 323(7314):678-681.
- Brown SM (2018). *PSS insight: a tool for measuring progress in pharmaceutical systems strengthening*. Washington, D.C.: Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS).
- Carter R (2016). The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(1):324.
- Colvin CJ et al. (2013). A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 29(10):1211-1221.
- Coronado F, Koo D, Gebbie K (2014). The public health workforce: moving forward in the 21<sup>st</sup> century. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(5):S275-S257.
- Chang C-H (2011). Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 305(20):2096-2104.
- Chaudhry B et al. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine*, 144(10):742-752.
- Devos C et al. (2019). Performance of the Belgian health system—report 2019. Bruselas: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

- Dhillon B (2011). Medical equipment reliability: a review, analysis methods and improvement strategies. *International Journal of Reliability, Quality and Safety Engineering*, 18(04):391-403.
- DHS (The Demographic and Health Surveys) Program (2012). Service Provision Assessment (SPA) questionnaires 2012. Disponible en: <https://dhsprogram.com/methodology/Survey-Types/SPA.cfm> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Dubois C-A, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(1):87.
- Farris KB et al. (2010). Preventing unintended pregnancy: pharmacists' roles in practice and policy via partnerships. *Journal of the American Pharmacists Association*, 50(5):604-612.
- Flodgren GM, Meneses J (2017). Unskilled personnel, skill mix, quality of care and patient safety in the healthcare services: a mapping review. Report No.: 8280828885. Oslo: Norwegian Institute of Public Health.
- Frankenberg E (1995). The effects of access to health care on infant mortality in Indonesia. *Health Transition Review*, 1995:143-163.
- GHTF (2012). Study Group 1 of the Global Harmonization Task Force. *Definition of the terms 'medical device' and 'in vitro diagnostic (IVD) medical device'*. Grupo de Trabajo de Armonización Mundial.
- Hafner T et al. (2017). Defining pharmaceutical systems strengthening: concepts to enable measurement. *Health Policy and Planning*, 32(4):572-584.
- He D, Yu H, Chen Y (2013). Equity in the distribution of CT and MRI in China: a panel analysis. *International Journal for Equity in Health*, 12(1):39.
- Hoare KJ, Mills J, Francis K (2012). The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5):963-980.
- Hsia RY et al. (2012). Access to emergency and surgical care in sub-Saharan Africa: the infrastructure gap. *Health Policy and Planning*, 27(3):234-244.
- Joo JY, Huber DL (2018). Barriers in case managers' roles: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(10):1522-1542.
- Karam M et al. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79:70-83.
- Khan MM et al. (2001). A cost-minimization approach to planning the geographical distribution of health facilities. *Health Policy and Planning*, 16(3):264-272.
- Kringos DS et al. (2019). *Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Task shifting and health system design*. Bruselas: Comisión Europea.

- Kroezen M et al. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1):127.
- Kruk ME et al. (2009). Are doctors and nurses associated with coverage of essential health services in developing countries? A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 7(1):27.
- Lenel A et al. (2005). *How to organize a system of healthcare technology management*. Ginebra: OMS.
- Loureiro S et al. (2007). Diffusion of medical technology and equity in health in Brazil: an exploratory analysis. *The European Journal of Development Research*, 19(1):66-80.
- Maes H-J (2000). World health report—mixtur von harten und weichen daten. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 97(36):2289-2295 [en alemán].
- Mahfoud H, Barkany AE, Biyaali AE (2017). Medical maintenance performance monitoring: a roadmap to efficient improvement. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 22(1):117-140.
- Management Sciences for Health (2012a). Chapter 6: pharmaceutical legislation and regulation. En: *MDS 3: managing access to medicines and health technologies*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Management Sciences for Health (2012b). Chapter 38: planning for pharmaceutical management. En: *MDS 3: managing access to medicines and health technologies*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Mansouri M, Lockyer J (2007). A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1):6-15.
- Mantzavinis G (2003). Geographical inequalities in the distribution of general practitioners in Sweden. *Lakartidningen*, 100(51–52):4294-4297.
- Mapp F, Hutchinson J, Estcourt C (2015). A systematic review of contemporary models of shared HIV care and HIV in primary care in high-income settings. *International Journal of STD & AIDS*, 26(14):991-997.
- Marinopoulos SS et al. (2007). Effectiveness of continuing medical education. Evidence Report/Technology Assessment No 149. AHRQ Publication no. 7-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Merçay C, Dumont J-C, Lafortune G (2015). Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries. *International Migration Outlook*, 105-176.
- Mokwena K et al. (2007). Training of public health workforce at the National School of Public Health: meeting Africa's needs. *Bull World Health Organ*, 85:949-954.

- Murray CJL, Evans DB, editores (2003). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Ginebra: OMS.
- Naciones Unidas (2021). SDG indicators—metadata repository. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Nord E (2002). Measures of goal attainment and performance in the world health report 2000: a brief, critical consumer guide. *Health Policy*, 59(3):183-191.
- O'Connor T (2001). *Introduction to medical equipment inventory management*. Informe N.º: 9241501391. Ginebra: OMS.
- Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud (ODPHP) (2021). Public health infrastructure. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Disponible en: <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/public-health-infrastructure> (consultado el 27 de febrero del 2023).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2001a). *Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las del VIH/SIDA. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2001/33*. Ginebra: ACNUDH. Disponible en: [https://ap.ohchr.org/documents/S/CHR/resolutions/E-CN\\_4-RES-2001-33.doc](https://ap.ohchr.org/documents/S/CHR/resolutions/E-CN_4-RES-2001-33.doc).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2001b). *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26/2 aprobada por la Asamblea General, 27 de junio del 2001*. Ginebra: ACNUDH. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N01/434/87/PDF/N0143487.pdf?OpenElement>.
- Ono T, Lafortune G, Schoenstein M (2013). *Health workforce planning in OECD Countries: a review of 26 projection models from 18 countries*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, USSR*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: 2006: colaboremos por la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43434>.

- Organización Mundial de la Salud (2007a). *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2007b). *Documento WHA60.29. Tecnologías sanitarias*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/25987>.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70687>.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Toolkit on monitoring health systems strengthening*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011a). *Harmonized monitoring and evaluation indicators for procurement and supply management systems: early-warning indicators to prevent stock-outs and overstocking of antiretroviral, antituberculosis and antimalaria medicines*. Informe N.º: 9241500816. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011b). *Introducción al programa de mantenimiento de equipos médicos*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241501538>.
- Organización Mundial de la Salud (2011c). *Sistema computarizado de gestión del mantenimiento*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44828>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Health Statistics and Information Systems. Service Availability and Readiness Assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2016a). *Documento WHA69.19. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Ginebra: OMS. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R19-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2016b). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2016c). *Atlas of eHealth country profiles 2015: the use of eHealth in support of universal health coverage: based on the findings of the 2015 global survey on eHealth*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2016d). *Health workforce regulation in the Western Pacific Region*. Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.
- Organización Mundial de la Salud (2017a). *Cuentas nacionales del personal de salud: un manual*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330361>.
- Organización Mundial de la Salud (2017b). *Global atlas of medical devices*. Informe N.º: 9241512318. Ginebra: OMS.



- Organización Mundial de la Salud (2017c). *WHO list of priority medical devices for cancer management*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Documento WHA71.7. Salud digital*. Ginebra: OMS. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_R7-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-sp.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2019a). *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354399/9789240046993-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Organización Mundial de la Salud (2019b). *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240029040>.
- Organización Mundial de la Salud (2019c). *Selección y uso de pruebas diagnósticas in vitro esenciales: informe de la segunda reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Pruebas Diagnósticas In Vitro de la OMS, 2019 (incluye la segunda lista modelo de pruebas diagnósticas in vitro esenciales de la OMS)*. Informe N.º: 9241210311. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342008>.
- Organización Mundial de la Salud (2019d). *Standardized Health Facility Survey Modules – a working document*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019e). *Global strategy on digital health: 2020-2024*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019f). *World Health Organization model list of essential medicines: 21<sup>st</sup> list*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Lista de dispositivos médicos prioritarios para la respuesta a la COVID-19 y especificaciones técnicas conexas: orientaciones provisionales*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341278>.
- Organización Mundial de la Salud (2021a). National health workforce accounts data portal. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal/> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2021b). Infrastructure and technologies. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20181130003849/https://www.who.int/hospitals/infrastructure-and-technologies/en/> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2021c). Medicamentos. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/medicines#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/medicines#tab=tab_1) (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2021d). Harmonized health facility assessment (HHFA) modules. Disponible en: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/harmonized-health-facility-assessment/introduction>.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2008). *Health policy studies, the looming crisis in the health workforce—how can OECD countries respond?* París: OCDE.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2016). *Health workforce policies in OECD countries—right jobs, right skills, right places.* París: OCDE.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2019). *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students.* París: OCDE.
- Powles J, Comim F (2003). Public health infrastructure and knowledge. En: Smith R et al., editores. *Global public goods for health: health economic and public health perspectives.* Oxford: Oxford University Press:159-76.
- Prinja S et al. (2015). Availability of medicines in public sector health facilities of two North Indian States. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 16(1):43.
- Provincia de Alberta. Health Professions Act (1999).
- Rabbanikhah F et al. (2018). Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 7:89.
- Rechel B, Maresso A, van Ginneken E (2019). *Health Systems in Transition: template for authors 2019.* Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Reinhardt UE, Cheng T-M (2000). The world health report 2000—Health systems: improving performance. *Bull World Health Organ*, 78:1064.
- Richards T (2006). The great medicines scandal. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38868.651736.47.
- Richardson J, Wildman J, Robertson IK (2003). A critique of the World Health Organisation's evaluation of health system performance. *Health Economics*, 12(5):355-366.
- Roberts MJ, Reich MR (2011). *Pharmaceutical reform: a guide to improving performance and equity.* Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Robertson J (2015). Medicines availability for non-communicable diseases: the case for standardized monitoring. *Globalization and Health*, 11(1):18.
- Scholz S, Ngoli B, Flessa S (2015). Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities—a relevant instrument for health care systems management. *BMC Health Services Research*, 15(1):183.
- Service Delivery Indicators (SDI) (2017). Home [página web]. Disponible en: <https://www.sdindicators.org/> (consultado el 17 de agosto del 2021).
- Shi L et al. (2003). The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(5):412-422.



- Sousa A et al. (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ*, 91:892-894.
- Staton FS et al. (2007). How PAs improve access to care for the underserved. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 20(6):32-37.
- Tawfik L, Kinoti SN (2006). *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries*. Ginebra: OMS.
- Temple-Bird C et al. (2005). *How to operate your healthcare technology effectively and safely*. Ginebra: OMS.
- Tsarouhas PH (2010). Measuring the efficiency of medical equipment. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 4(44):340-345.
- Valdivia M (2002). Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. *Health Policy and Planning*, 17(suppl. 1):12-19.
- Verma A, Bhatia S (2016). A policy framework for health systems to promote triple aim innovation. *HealthcarePapers*, 15(3):9-23.
- Walt G, Mills A (2001). World health report 2000. *Lancet*, 357(9269):1702-1703.
- Wendt D (2012). *Health System Rapid Diagnostic Tool. Framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions*. Durham, NC: Family Health International.
- Wirtz VJ et al. (2017). Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*, 389(10067):403-476.
- Witthayapipopsakul W et al. (2019). Equity of health workforce distribution in Thailand: an implication of concentration index. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12:13.
- Zelisko D et al. (2014). Ensuring accountability through health professional regulatory bodies: the case of conflict of interest. *Healthcare Policy*, 10(SP):110.
- Zhou K et al. (2015). Inequality trends of health workforce in different stages of medical system reform (1985-2011) in China. *Human Resources for Health*, 13(1):94.
- Zigante V. (2018). *Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality*. Bruselas: Comisión Europea.

# Financiamiento

*Jonathan Cylus, Julia Sallaku, Matthew Jowett*

### 6.1 Introducción

El financiamiento de la salud es, en esencia, una función simple pero integral de un sistema de salud: recaudar y gastar dinero en la atención de salud. Sin embargo, esta función tiene el potencial para hacer mucho más. Puede hacer que los fondos estén disponibles en los lugares correctos y crear incentivos financieros para que los proveedores se aseguren de que todos tengan acceso a una salud pública y atención de salud individual eficaces (OMS, 2010). El financiamiento de la salud es clave para facilitar las interacciones entre los proveedores y la población en general, por medio de innumerables acciones, como quién paga por la atención, cuándo pagan, cuánto pagan, a quién pagan y de quién obtienen servicios, y qué tipos de servicios pueden recibir. Es una función básica de los sistemas de salud que puede apoyar el progreso hacia la cobertura universal de salud al mejorar la cobertura eficaz de los servicios y la protección financiera.

Para analizar sistemáticamente esta función, hemos dividido el financiamiento de la salud en tres subfunciones que, juntas, describen el flujo de recursos monetarios a través del sistema de salud:

- recaudación de ingresos
- mancomunación de recursos
- compra de bienes y servicios.

También consideramos una cuarta subfunción general en este capítulo: la gobernanza del financiamiento de la salud. Esto se relaciona con cuestiones normativas inherentemente vinculadas al financiamiento, como el diseño de las prestaciones —incluido quién está cubierto, qué está cubierto y qué proporción del costo está cubierta— y la gestión del financiamiento público del sector de la salud. En este capítulo se detalla cada una de las subfunciones del financiamiento de la salud y se sugieren indicadores existentes que pueden utilizarse para evaluar el desempeño de esas subfunciones.

## 6.2 Descripción de la función de financiamiento

### 6.2.1 *Dónde se inserta el financiamiento en el marco de desempeño del sistema de salud*

El financiamiento es una de las cuatro funciones del sistema de salud, y está vinculado a cada una de las otras funciones principales a través de una serie de vías. Por ejemplo, el financiamiento es crucial para los aspectos operativos de la gobernanza, como la determinación de direcciones estratégicas y el suministro de recursos monetarios suficientes para apoyar la implementación de las políticas. La función de financiamiento ofrece incentivos económicos a los proveedores para priorizar la prestación de ciertos tipos de servicios, y alienta a los proveedores a proporcionar esos servicios con la más alta calidad o de la manera más eficiente. La función de financiamiento también es responsable de garantizar una cobertura adecuada a la población, ya sea porque el derecho a los servicios se basa en si una persona ha contribuido financieramente al sistema de salud o porque se haya hecho una contribución implícita al sistema de salud en nombre de esa persona. Sin una función de financiamiento fuerte, los profesionales de la salud podrían emigrar a sistemas de salud que ofrecen una mejor remuneración y no habrá recursos para construir establecimientos o pagar los medicamentos. En pocas palabras, el financiamiento es clave para el éxito de todas las funciones del sistema de salud.

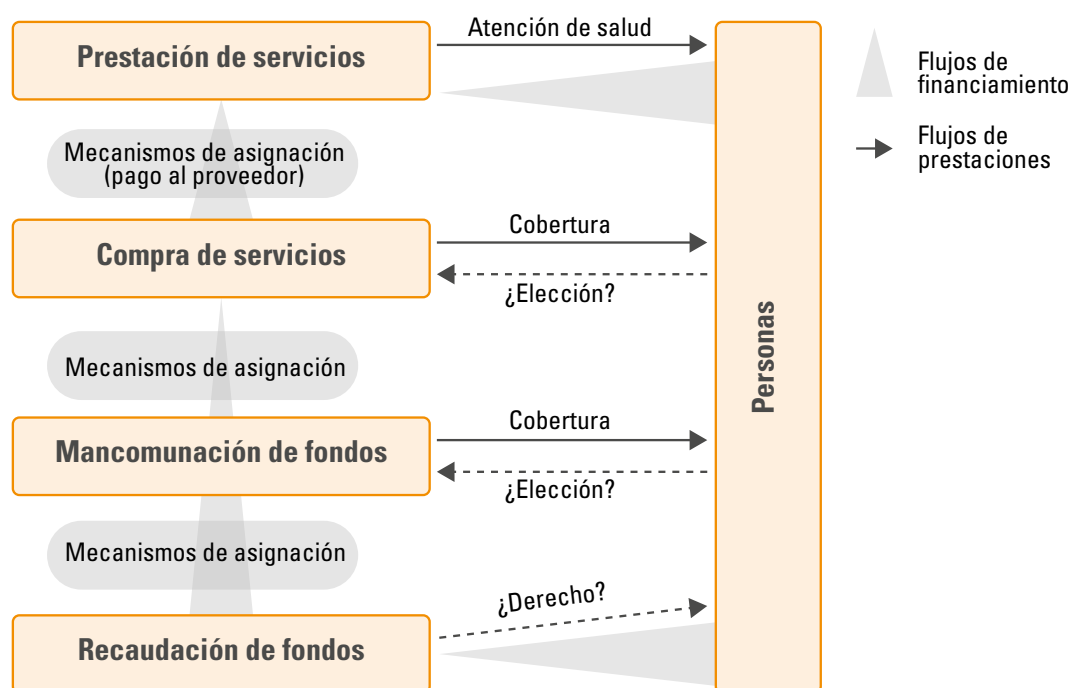
Aunque el financiamiento cumple un papel importante en el desempeño general de un sistema de salud, generalmente lo hace a través de sus interacciones con las otras tres funciones. Por ejemplo, el financiamiento afecta los resultados de salud, no directamente, sino a través de otras funciones como la prestación de servicios, porque la compensación monetaria motiva a los proveedores a brindar atención de salud de calidad (Cashin et al., 2014). También hay vínculos obvios entre el financiamiento y la protección financiera: el grado en que las familias enfrentan dificultades financieras como resultado del uso de los servicios de salud. La protección financiera puede variar debido a una serie de características de los sistemas de financiamiento de la salud. Estas son la importancia del diseño de copagos para determinar la exposición a los pagos directos y la necesidad de que el sistema de salud genere recursos monetarios suficientes para asegurar el acceso a servicios de calidad; sin esto, las personas procurarán atención privada y pueden verse expuestas a gastos considerables (Thomson, Cylus y Evetovits, 2019). Al mismo tiempo, la protección financiera depende de otras funciones, como la disponibilidad de servicios, porque la falta de disponibilidad puede dar lugar a necesidades insatisfechas en lugar de dificultades financieras debido al uso de

los servicios. Debería ser evidente que, si bien el financiamiento es fundamental para el desempeño del sistema de salud, sigue siendo apenas una pieza de una estructura muy complicada e interconectada.

### **6.2.2 Conceptualización del financiamiento**

La función de financiamiento ha recibido una atención considerable por parte de académicos e investigadores de las políticas de salud, incluida la OMS. La figura 6.1 contiene el marco original de Kutzin del 2001 (Kutzin, 2001) en el que se describe un sistema genérico de financiamiento de la salud. El marco muestra los vínculos entre la recaudación de ingresos, la mancomunación, la compra y la provisión, así como la forma en que los fondos fluyen de uno a otro. La repercusión de este marco ha sido en gran medida alejar el razonamiento convencional sobre el financiamiento de la salud, que se centra en diferenciar entre los sistemas de financiamiento de la salud a partir de sus características institucionales —por ejemplo, si un sistema de financiamiento se basa en los impuestos o en el seguro social de salud, lo que esencialmente no tiene sentido a pesar de ser clasificaciones ubicuas— hacia la consideración de las subfunciones de esos sistemas de financiamiento. Para ilustrar la poca información que se capta con la distinción entre los impuestos y el seguro social de salud, podríamos imaginar un sistema hipotético basado en los impuestos en el cual el financiamiento público depende en gran medida de los impuestos salariales, lo que lo hace similar al sistema arquetípico de seguro social de salud, que depende en gran medida del mercado laboral para su financiamiento. Alternativamente, un sistema basado en el seguro social de salud podría depender en buena medida, o casi en su totalidad, de las transferencias de ingresos fiscales generales para su financiamiento. De hecho, el financiamiento en muchos países se encuentra en un punto intermedio entre estas clasificaciones artificialmente polarizadas. Lo más importante es que ni el título de “impuestos” ni el de “seguro social de salud” da una indicación real de cómo se recaudan, mancomunan o gastan los fondos.

**Figura 6.1** Marco de financiamiento de la salud (Kutzin)



Fuente: Kutzin (2001).

También podemos ver en el marco de Kutzin (figura 6.1) cómo las principales subfunciones de financiamiento analizadas en este capítulo —que en la figura 6.1 se denominan recaudación de fondos, mancomunación de fondos y compra de servicios— están vinculadas por el flujo de fondos en el sistema de salud, que está representado por los triángulos grises. El marco también considera una multitud de decisiones de política relativas a quién está cubierto, qué está cubierto y cuánto del costo está cubierto; parte de esto se analiza más adelante en la subfunción de gobernanza del financiamiento de la salud.

### 6.3 Subfunciones

Las subfunciones básicas del financiamiento de la salud están bien establecidas, y en la figura 6.2 se muestra la relación entre ellas.

#### 6.3.1 Recaudación de ingresos

La recaudación de ingresos se refiere a las formas en que el dinero se introduce en el sistema de salud. En la mayoría de los países, aparte de los fondos que provienen de fuentes externas, la población es, en última instancia, la fuente de todos, o casi todos, los fondos para el sistema. Los ingresos se recaudan a través de pagos directos en el punto

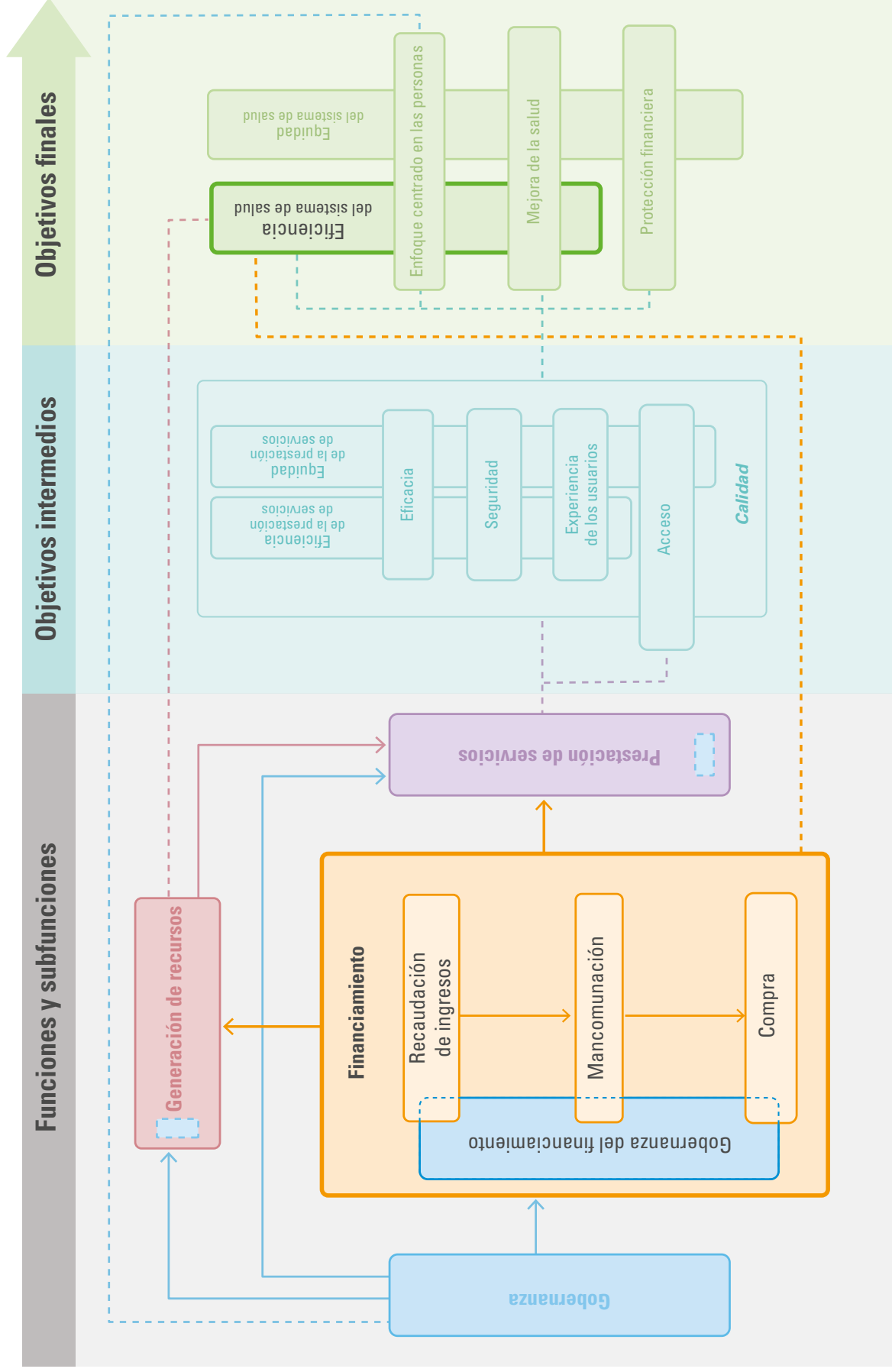
de uso del servicio o a través de fondos prepagados, como las contribuciones al seguro o los impuestos. En parte, la forma en que se genera el dinero para el sistema de salud depende de si los terceros pagadores en el sistema son públicos o cuasi públicos y, por lo tanto, obligatorios, o privados, mediante modelos ya sea con o sin fines de lucro.

En un esquema público, o cuasi público, el dinero para el sistema de salud proviene de los impuestos, que pueden o no estar específicamente destinados a la salud, o de las contribuciones al seguro social de salud, que también podrían considerarse un impuesto asignado. Los fondos también pueden provenir de fuentes externas, como los donantes, y luego canalizarse al sistema de salud a través del ministerio de finanzas. En muchos entornos, el derecho a la atención depende del pago de contribuciones o impuestos, mientras que otros sistemas no vinculan ese derecho a la contribución anticipada de fondos. Centrándonos en las formas de tributación, todavía existe una amplia gama de posibles fuentes de financiamiento. Estas son los impuestos al consumo, impuestos a la propiedad, impuestos sobre la renta, impuestos sobre la nómina e impuestos corporativos.

En un esquema privado, independientemente de si es con fines de lucro o no, el dinero proviene de las primas que pagan las familias o los empleadores y que pueden determinarse con base en la comunidad (se requiere el mismo nivel de prima de todas las personas de una zona geográfica dada) o en la experiencia (los niveles de las primas varían según la persona y de acuerdo con las expectativas relacionadas con su riesgo particular). Indirectamente, los ingresos de los seguros privados pueden verse afectados por las políticas tributarias si las primas se pagan antes de los impuestos, lo que en realidad representa un subsidio de los seguros privados. Los esquemas privados van desde grandes aseguradoras privadas hasta seguros de salud comunitarios.

Los pagos directos también podrían considerarse una forma de recaudación de ingresos. Sin embargo, como se utilizan para pagar en el punto de atención, en lugar de acumular recursos que en última instancia se pueden mancomunar y utilizar para comprar atención, se abordan más adecuadamente en este capítulo en la sección de compra.

**Figura 6.2** Subfunciones de financiamiento



→ Vínculos estructurales/funcionales

- - - Vínculos de desempeño dentro del sistema de salud

⊞ Gobernanza de la función

Fuente: Compilación de los autores.

### 6.3.2 *Mancomunación de recursos*

La mancomunación se refiere a la acumulación de fondos prepagados que se pueden utilizar para comprar bienes y servicios en nombre de una población. Es crucial delimitar la mancomunación y la recaudación de ingresos como dos funciones diferentes del financiamiento de la salud. La recaudación de ingresos, como se explicó anteriormente, se refiere a las fuentes de financiamiento. En otras palabras, ¿quién paga al sistema? Esto puede proporcionar información sobre si la carga se distribuye equitativamente, mientras que la mancomunación se centra en quién se beneficia del gasto en salud, porque la estructura de mancomunación define el grado en que los fondos prepagados pueden redistribuirse entre una población en particular.

La mancomunación es una función importante de todos los sistemas de financiamiento de la salud, no solo de los planes de seguro (OMS, 2019). Algunos sistemas tendrán un único fondo común en el que se puede consolidar el dinero procedente de diferentes fuentes de recaudación de ingresos; otros sistemas pueden tener varios fondos mancomunados. Y cuando hay múltiples fondos mancomunados, puede haber distintos mecanismos de recaudación de ingresos para cada fondo, o cada fondo puede recurrir a los mismos flujos de generación de ingresos, o puede haber una combinación de flujos, como en el caso de los fondos regionales que se financian tanto a nivel regional como nacional.

Se podría utilizar algún tipo de asignación de recursos o fórmula de equalización en un esfuerzo por asegurarse de que cada grupo tenga una asignación adecuada para la población que cubre. Las asignaciones pueden ser de un organismo recaudador al organismo de mancomunación, por ejemplo, del ministerio de finanzas al ministerio de salud; desde la fuente inicial de fondos al organismo de mancomunación, por ejemplo, las aseguradoras privadas que ejecutan la recaudación y la mancomunación, o de un fondo mancomunado a otro, como la asignación de un fondo central a organizaciones de mancomunación en competencia o según su ubicación geográfica y utilizando un proceso de ajuste de riesgos que tenga en cuenta las diferencias entre las poblaciones que han de correlacionarse con los costos de atención de salud, como la edad, el estado de salud o las características socioeconómicas.

Una distinción importante entre los diferentes fondos mancomunados reside a menudo en los grupos de población y las prestaciones cubiertas. En algunos sistemas de salud, las personas pueden elegir a qué fondo mancomunado afiliarse, mientras que en otros el fondo que las ampara es obligatorio o se determina automáticamente. La participación



obligatoria se refiere al requisito legal que existe de que personas específicas, grupos o toda la población participen en el fondo mancomunado. Las contribuciones obligatorias son hechas por la población cubierta o en su nombre (OMS, 2019). La participación automática suele basarse en obligaciones legales o constitucionales, y la base del derecho es no contributiva, derivada de la ciudadanía, la residencia u otros factores, como unos ingresos bajos. Este tipo de derecho automático suele financiarse únicamente con cargo a los ingresos del presupuesto general. Aunque muchas de las personas que tienen derechos no contributivos pagan impuestos de alguna forma, no existe un vínculo directo entre la contribución explícita y los derechos (Mathauer, Saksena y Kutzin, 2019), mientras que las personas que realizan un prepago voluntario y se inscriben en un esquema no están legalmente obligadas a hacerlo. La forma en que las personas se incluyen o se asignan a fondos mancomunados tiene implicaciones importantes para su eficiencia y capacidad redistributiva (Mathauer, Saksena y Kutzin, 2019; OMS, 2019). En el cuadro 6.1 se ofrecen ejemplos de los diversos tipos de organizaciones de mancomunación y de los métodos utilizados para asignarles recursos financieros (Kutzin, 2001).

**Cuadro 6.1** *Ejemplos de organizaciones de mancomunación y mecanismos de asignación de fondos para o entre dichas organizaciones*

Organizaciones de mancomunación	Mecanismos de asignación
Ministerio de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>· Central</li> <li>· Unidades descentralizadas (autoridades de salud a nivel de provincia y distrito)</li> </ul>	Ingresos del gobierno (central o local) <ul style="list-style-type: none"> <li>· Patrones históricos relacionados con la infraestructura</li> <li>· Fórmula de capitación ponderada basada en las necesidades</li> <li>· Subsidiar el pago de primas para la participación de aquellos que de otra manera no tendrían seguro</li> </ul>
Departamento de salud del gobierno local Juntas de salud de la zona Fondo(s) de seguro social de salud Compañías de seguros privadas Los empleadores como empresas “autoaseguradas” Aseguradoras “mutuales” propiedad de los miembros	Asignado: contribuciones obligatorias <ul style="list-style-type: none"> <li>· Porcentaje del salario o ingreso</li> <li>· Asignación ajustada al riesgo a las aseguradoras, generalmente con el fondo de seguro elegido por el consumidor</li> <li>· Exclusión voluntaria, con o sin ajuste de riesgo</li> </ul>
Proveedores titulares fondos y con base en proveedores	Contribuciones voluntarias <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prima determinada por el riesgo individual o con base en la comunidad</li> </ul>

*Fuente:* Kutzin (2001).

### 6.3.3 Compra de bienes y servicios

La compra, o contratación, se refiere al uso de los fondos por parte de los pagadores para sufragar la atención de salud en nombre de una población. Estos fondos se pueden mancomunar o incluir pagos directos en el punto de servicio (véase a continuación).

La compra difiere de la adquisición. La compra se refiere específicamente al pago de servicios o artículos como medicamentos y otros suministros utilizados en el contexto de la prestación de atención, mientras que la adquisición es el proceso de obtención de insumos e incluye tanto productos básicos, como medicamentos y suministros de laboratorio, y aspectos de inversión de capital, como dispositivos médicos (OMS, 2019).

El término *comprar* a menudo se considera un término más útil que *pagar* porque implica un enfoque potencialmente activo que podría suponer:

- elegir comprar solo de proveedores acreditados
- comprar solo servicios costoeficaces
- mecanismos de pago que incentivan una mayor, o menor, provisión.

Cuando se adopta un enfoque más pasivo hacia la compra, los fondos, como las asignaciones presupuestarias históricas o el pago a un proveedor, no se ven afectados por el desempeño del proveedor o los esfuerzos por influir en la cantidad o calidad de los servicios de salud. En un caso extremo, un tercero pagador puede simplemente reembolsar cualquier factura que reciba sin cuestionarla. Pasar a una compra más activa o estratégica implica que los fondos que se asignan a un proveedor están, al menos en parte, vinculados a aspectos de su desempeño o a las necesidades en materia de salud de la población que atienden (Mathauer, Dale y Messen, 2017).

A lo largo de este capítulo hemos dicho que los pagos directos en el punto de servicio también podrían considerarse parte de la compra. Los pagos directos se refieren a los pagos realizados por usuarios individuales del servicio en el punto de atención. Estos pueden ser pagos formales o informales y cubrir una parte o, cuando no se tiene seguro, la totalidad del costo de los servicios.

Cuando cubren los costos parcialmente, los pagos directos pueden cobrarse como porcentaje del precio declarado de la atención, en otras palabras: un copago basado en porcentajes; como tarifa fija al usuario, independientemente del precio total, o una combinación de ambos. A menudo, especialmente cuando se trata de comprar medicamentos, habrá un cargo fijo al usuario o una tarifa de dispensación más un copago basado en porcentajes que refleja la diferencia entre el precio anunciado del medicamento y un precio de referencia de algún tipo. Algunos sistemas usan deducibles, que es una cantidad fija que se paga directamente antes de que se active el seguro en algún momento. Estos pagos directos obligatorios —que cubren una parte del costo real de

la atención y reflejan las decisiones normativas sobre cuánto del costo de la atención debería cubrirse— podrían considerarse un componente del diseño del paquete de prestaciones (véase la sección 6.3.4.1 Pólizas de cobertura). Por ejemplo, los responsables de las políticas pueden optar por cubrir solo un pequeño porcentaje del costo de un servicio de bajo valor y exponer a los usuarios a la mayoría de los pagos directos (Elshaug, McWilliams y Landon, 2013), o cubrir un servicio solo para un pequeño subconjunto de la población con más probabilidades de beneficiarse de él. Incluir los pagos directos como parte del diseño de las prestaciones es el enfoque conceptual utilizado en *The health financing progress matrix: country assessment guide* (OMS, 2020) [matriz de progresos en el financiamiento de la salud].

En muchos casos, los pagos directos son obligatorios, en un intento (en gran medida ineficaz) de racionalizar la demanda de servicios de salud mediante el envío de señales de precios a los pacientes (Thomson, Foubister y Mossialos, 2010); en algunos contextos también se consideran instrumentos de recaudación de ingresos. Es importante señalar que nuestro análisis de los pagos directos como una forma de compra no contradice ninguna noción de que también son una forma de recaudar ingresos. Sin embargo, debido a que los pagos directos no se mancomunan, tiene más sentido considerarlos como un ejemplo de la subfunción de compra.

#### **6.3.4 Gobernanza del financiamiento de la salud**

Las tres subfunciones del financiamiento de la salud descritas antes encajan para describir de forma natural el flujo de fondos: desde cómo se genera, se mancomuna y luego se utiliza el dinero para pagar los servicios de atención de salud. Pero hay muchas opciones y factores relacionados que determinan si las subfunciones son adecuadas para el propósito y capaces de desempeñarse adecuadamente. Por ejemplo, ¿el dinero recaudado es suficiente para cubrir las prestaciones prometidas? ¿El dinero podrá transferirse sin problemas a través del sistema desde los organismos públicos hasta los compradores y proveedores, o existen factores estructurales que inhiben la forma en que se recauda y asigna el dinero?

Nos referimos a las opciones, reglas y decisiones normativas relacionadas con el financiamiento de la salud como la gobernanza de la subfunción de financiamiento de la salud. Más específicamente, dentro de la gobernanza del financiamiento de la salud, consideramos que las políticas relacionadas con el diseño y la cobertura de las prestaciones y la gestión del financiamiento público son dos aspectos importantes. Las

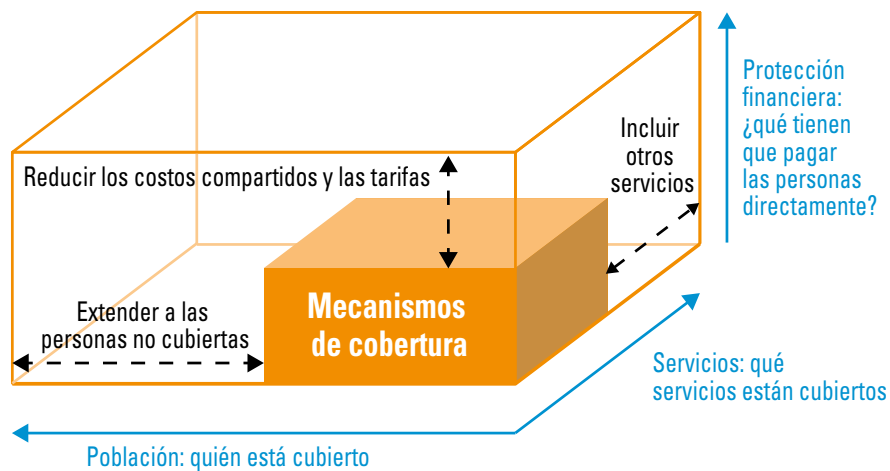
pólizas de cobertura son decisiones normativas que se relacionan íntimamente con el financiamiento de la salud, mientras que la gestión del financiamiento público indica las reglas que rigen la asignación, el uso y la contabilidad de los fondos públicos.

Aunque incluimos solo estos dos aspectos particulares de la gobernanza que se relacionan directamente con la gobernanza del financiamiento, hay muchos más que son sumamente pertinentes para el financiamiento, así como para otras funciones del sistema de salud, como la transparencia (sobre todo de la toma de decisiones por parte de diversas instituciones) y la participación. Estos y otros aspectos de la gobernanza se analizan de manera más general en el capítulo sobre la función de gobernanza (véase el capítulo 4).

**6.3.4.1 Pólizas de cobertura**

Las pólizas de cobertura determinan quién está cubierto, qué pagarán los ingresos públicos mancomunados y toda restricción o condición de acceso. Todos los países limitan los derechos a los servicios de salud de una forma u otra. Las decisiones relacionadas con las pólizas de cobertura determinan los detalles de cómo se racionan las prestaciones, por lo que influyen en el desempeño del sistema de salud y el progreso hacia los objetivos de la cobertura universal de salud. Algunos pueden considerar las pólizas de cobertura como parte de la compra porque reflejan decisiones sobre los derechos, pero podría decirse que estas decisiones no deberían ser tomadas por el comprador, sino que deben dejarse a un nivel superior, como el gobierno central, que puede ser responsabilizado más directamente por los ciudadanos y que puede estar menos preocupado por las implicaciones de costos.

**Figura 6.3** *Cubo de la cobertura universal de salud*



*Fuente:* Observatorio Europeo (2019).

Para ilustrar los vínculos inextricables entre el resto del financiamiento y la póliza de cobertura, el cubo de cobertura (figura 6.3), ampliamente conocido, divide la cobertura de la atención de salud en tres dimensiones: cobertura de población, cobertura de servicios y cobertura financiera o protección financiera, con el recuadro amarillo que representa los fondos mancomunados (OMS, 2010). En última instancia, el desempeño del sistema de salud refleja una miríada de opciones de pólizas de cobertura dentro de estas dimensiones, que están muy entrelazadas con otros aspectos de la función de financiamiento y dependen de ellos.

Por ejemplo, un sistema de salud puede cubrir nominalmente a toda la población para un paquete integral de prestaciones. Pero en la práctica, si no recauda ingresos suficientes para financiar esta cobertura, no podrá brindar acceso a servicios de calidad. Hay varias maneras en que esto puede suceder: los déficits de financiamiento pueden resultar en escasez de suministros o en un conjunto limitado de prestaciones, o podría ser que un financiamiento inadecuado se traduzca en pagos directos prohibitivamente altos —ya sea en forma de copagos altos o como pagos informales— para compensar el déficit. Unas tarifas altas a los usuarios sin exenciones de copago para las familias pobres crean barreras al acceso a la atención, incluso en un sistema con cobertura universal de la población. Al mismo tiempo, un país podría tener niveles muy altos de gasto, pero excluir a un gran segmento de la población de la cobertura por razones como la situación laboral, la edad y la ciudadanía.

Incluso si toda la población está técnicamente cubierta para la misma cartera de servicios, una distribución desigual de los recursos entre los fondos mancomunados podría dar lugar a desigualdades en el acceso a los servicios. Una función de compra deficiente puede conducir a precios innecesariamente altos y limitar la amplitud o profundidad del paquete de prestaciones que un sistema de salud puede permitirse.

Como ilustran estos ejemplos, las pólizas de cobertura afectan el resto de la función de financiamiento y viceversa.

#### **6.3.4.2 Gestión del financiamiento público de la salud**

La gestión del financiamiento público se refiere al conjunto de reglas y mecanismos que rigen la asignación, el uso y la rendición de cuentas sobre los fondos públicos. Es importante para la gestión de recursos de todas las fuentes a nivel nacional y subnacional

(OMS, 2017). Con respecto al sistema de salud en particular, el sistema de gestión del financiamiento público desempeña un papel clave en las formulaciones presupuestarias que determinan el nivel y la asignación de fondos públicos para la salud, la ejecución de dicho presupuesto en términos de eficacia y focalización del gasto y el seguimiento y la transparencia financieros (OMS, 2019). Resulta de particular utilidad para los responsables de las políticas del sector salud el comprender la gestión del financiamiento público y cómo funciona para asegurarse de que están equipadas para enmarcar y guiar sus deliberaciones con los ministerios de finanzas.

Si la gestión del financiamiento público y los sistemas de financiamiento de la salud están alineados, se deduce que también pueden reforzar los objetivos de cada cual y lograr un uso más eficaz y eficiente de los fondos públicos, una mejor rendición de cuentas financiera y una mayor transparencia. Por ejemplo, un fuerte vínculo entre la gestión del financiamiento público y el financiamiento de la salud puede lograr que las prioridades y los objetivos del sector de la salud se reflejen en las decisiones de financiamiento y que existan líneas claras de rendición de cuentas sobre cómo se gastan los recursos. Hay dos conceptos importantes y pertinentes que demuestran la importancia de la gestión del financiamiento público para el financiamiento de la salud: la formulación de presupuestos con base en políticas, en la que los procesos de elaboración de políticas y presupuestos están estrechamente vinculados y la clasificación presupuestaria basada en programas, en la que los países pasan de partidas presupuestarias por insumo (por ejemplo, la presupuestación basada en la cantidad de insumos, como el número de camas de hospital) a presupuestos basados en programas, que pueden vincularse a prioridades y objetivos estratégicos, así como al desempeño.

#### **6.4 Evaluación del desempeño de la función de financiamiento**

Cada una de las subfunciones de financiamiento puede evaluarse en una serie de dimensiones que reflejan el desempeño. Aquí consideramos algunas de las principales dimensiones de evaluación pertinentes a cada subfunción (figura 6.4) y, en su caso, las ilustramos con indicadores cuantitativos o cualitativos. Para fundamentar este análisis, examinamos posibles indicadores de una gama de herramientas diferentes:

- Cuentas nacionales de salud, que aparecen en muchas otras herramientas
- Manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018)
- *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016)
- Exámenes de los sistemas de salud de la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019)

- Matriz de progresos en el financiamiento de la salud de la OMS (Jowett et al., 2020), cuyo objetivo es recopilar información oportuna sobre las subfunciones de financiamiento de la salud a través de una serie de preguntas y clasificaciones o categorizaciones.

Nuestros objetivos principales son producir una evaluación objetiva, principalmente cualitativa, de cuán bien corresponde cada subfunción de financiamiento de la salud con las buenas prácticas; permitir cierto grado de evaluación del desempeño y apoyar el diálogo con los países sobre las prioridades del sistema de salud. Nos centramos en la matriz de progresos en el financiamiento de la salud a lo largo de esta sección del capítulo.

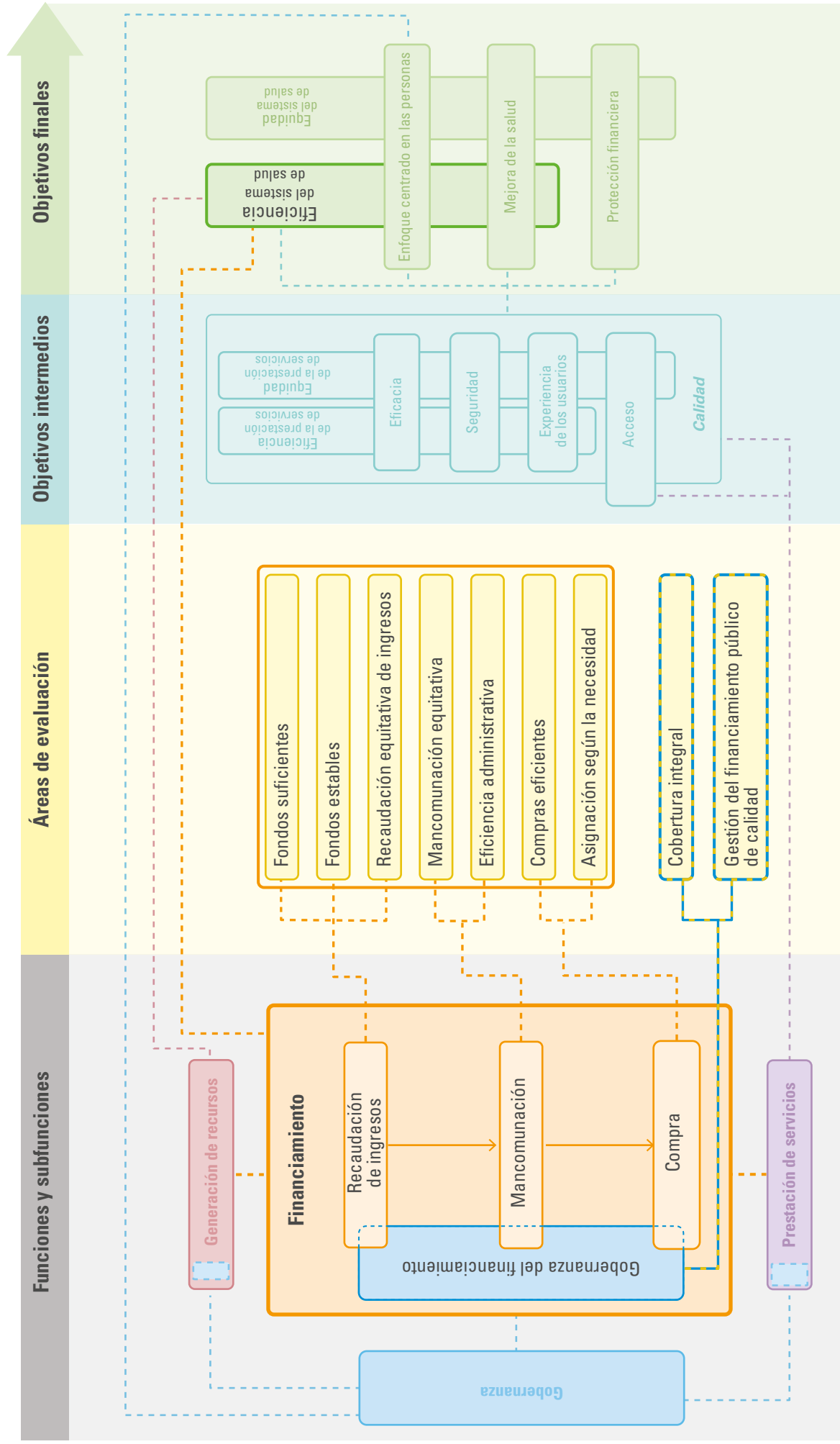
#### **6.4.1 Evaluación del desempeño de la recaudación de ingresos**

Una subfunción de recaudación de ingresos que se desempeñe bien debería garantizar que el sistema de salud cuente con recursos suficientes para satisfacer las necesidades de atención de salud; que esos recursos sean estables, previsibles y capaces de hacer frente a los choques, y que dichos recursos se recauden de manera equitativa a fin de lograr que la carga del financiamiento no recaiga sobre las personas pobres y los pacientes.

Existe una gama de indicadores ampliamente disponibles que pueden proporcionar algunas ideas sobre estos objetivos. Lo ideal sería obtener información sobre las diferentes fuentes de financiamiento y su tamaño relativo a lo largo del tiempo. Sin embargo, si bien se dispone de datos sobre los gastos de salud, por lo general hay poca o ninguna información específica sobre los ingresos. Esta distinción es importante porque los gastos pueden provenir de ingresos generados a través de una serie de mecanismos que pueden tener diferentes implicaciones, en particular para la estabilidad y la equidad. Por ejemplo, los recursos para el gasto público en salud pueden recaudarse a través de diferentes impuestos, así como mediante fuentes externas de financiamiento, pero en algunos países no todas estas fuentes de financiamiento serán estables, predecibles o equitativas.

Sin embargo, todas las ESS e informes de los países revisados contienen información sobre gastos de salud. La base de datos mundial de la OMS sobre gastos de salud proporciona datos de las cuentas nacionales de salud comparables a nivel internacional sobre el gasto en salud de cerca de 190 países entre el 2000 y el 2017. El cuadro 6.2

**Figura 6.4** Evaluación del financiamiento



--- Vínculos de desempeño dentro del sistema de salud

— Evaluación de la gobernanza del financiamiento

Gobernanza de la función

Fuente: Compilación de los autores.



contiene algunos indicadores pertinentes de las cuentas nacionales de salud. Estos se expresan como porcentaje del gasto corriente en salud o del PIB, aunque también pueden expresarse en otras unidades, como gasto total o gasto per cápita. Es importante tener en cuenta que, aunque estas cuentas pueden ser informativas cuando se consideran junto con otros datos del sistema de salud, de forma aislada nos dicen muy poco. Por ejemplo, el gasto corriente en salud como proporción del PIB puede ser relativamente bajo en un país muy rico, incluso si el gasto por persona es adecuado o es cónsono con los países comparados, como es el caso de Singapur. Al mismo tiempo, países como Estados Unidos, que gastan una proporción muy alta de sus recursos económicos en salud, pueden tener un desempeño deficiente en las mediciones de equidad de acceso y resultados de salud. Esto indica que, debido a problemas de distribución y otras ineficiencias, estos altos gastos son, de hecho, inadecuados. En pocas palabras, unos niveles más altos de gasto no implican necesariamente que la generación de ingresos sea suficiente. Para evaluar si los ingresos generados satisfacen las necesidades de gasto, se podría buscar evidencia de financiamiento insuficiente, como tiempos de espera excesivos, un paquete de prestaciones muy limitado u otras barreras para acceder a los servicios necesarios. Sin embargo, la disponibilidad de esta información es limitada, o en el mejor de los casos incoherente, en las ESS revisadas.

**Cuadro 6.2** *Mediciones procedentes de las cuentas nacionales de salud*

Gasto corriente en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB)
Gasto público interno general en salud como porcentaje del PIB
Gasto público interno general en salud como porcentaje del gasto público corriente
Gasto público interno general en salud como porcentaje del gasto público general
Pagos directos en salud como porcentaje del gasto público corriente
Gasto en salud procedente de fuentes externas como porcentaje del gasto corriente en salud
Gasto privado interno en salud como porcentaje del gasto corriente en salud
Prepagos voluntarios de seguro de salud como porcentaje del gasto corriente en salud

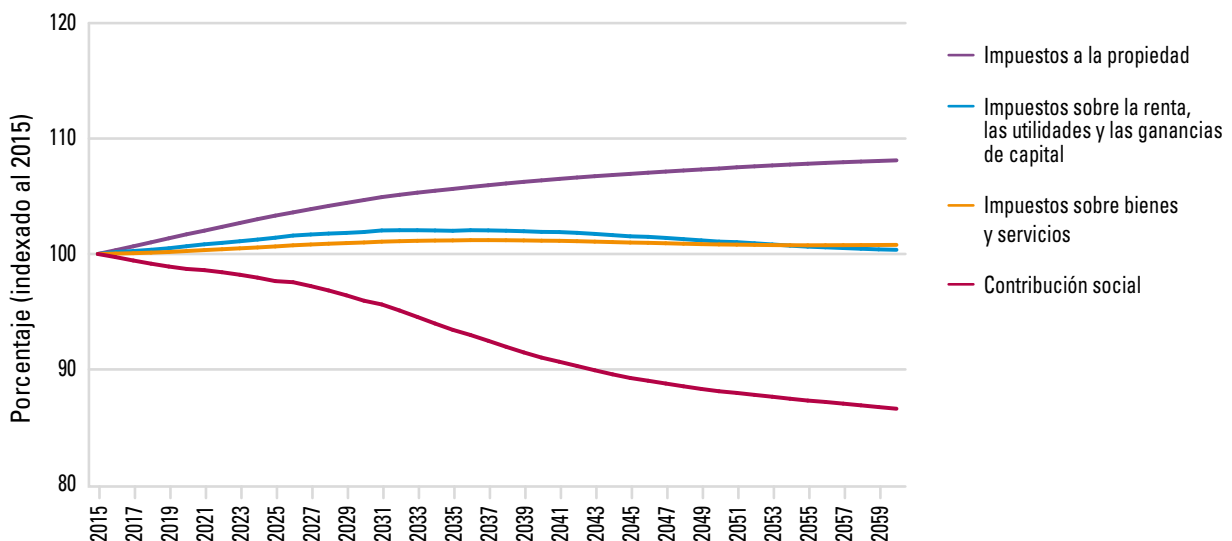
*Fuente:* Compilación de los autores.

El financiamiento estable es importante para planificar con eficacia y prevenir cualquier escasez que socave la prestación de servicios (OMS, 2019). En un nivel más consolidado, podría obtenerse información examinando los indicadores de las cuentas nacionales de salud en el cuadro 6.2 para varios años, para ver si hay grandes fluctuaciones. Por ejemplo, si el financiamiento público interno como proporción del gasto corriente en salud cambia de forma muy marcada de un año a otro, esto puede apuntar a un problema

relacionado con la estabilidad de los fondos públicos. Y dado que existe una sólida evidencia de que la mejora de los resultados de salud, y el progreso hacia la cobertura universal de salud en general, depende de fondos públicos, vale la pena considerar los datos de las cuentas nacionales de salud sobre la proporción del gasto que proviene de fuentes públicas (Bokhari, Gai y Gottret, 2007; Farahani, Subramanian y Canning, 2010; Serra-Moreno y Smith, 2012).

Otra forma de evaluar la estabilidad de los ingresos, que se basa más en los datos de ingresos que en los gastos, sería observar las fluctuaciones económicas históricas —como las variaciones de las tasas de desempleo— o los cambios demográficos, así como cualquier vínculo entre estas variables y los cambios de ingresos de fuentes particulares. Por ejemplo, investigaciones recientes muestran que el envejecimiento de la población reduce la capacidad para recaudar ingresos de las contribuciones al seguro social porque las personas envejecen y salen del mercado laboral formal (figura 6.5). Mientras tanto, investigaciones provenientes de Eslovenia muestran que las contribuciones sociales al Instituto de Seguro de Salud son susceptibles a los aumentos del desempleo (OMS, 2015). La observación clave en este caso es que, sin una diversidad de fuentes de ingresos, estos pueden acusar los efectos de choques externos a una base de ingresos en particular.

**Figura 6.5** ¿Cómo afecta el envejecimiento de la población a la generación de ingresos para la salud? Estudio de caso en Japón



Fuente: Cylus et al. (2019).

**Cuadro 6.3** *Mediciones indicativas para la recaudación de ingresos*

Gastos por pagos directos como total del gasto en salud
Gasto por pagos directos como total del consumo familiar
Índices de Kakwani: medida de progresividad que se puede calcular para cada fuente de financiamiento. La progresividad de todo el sistema de financiamiento puede establecerse posteriormente ponderando la progresividad (usando ponderaciones) de las fuentes de financiamiento.

*Fuente:* Compilación de los autores.

La equidad del financiamiento aborda varias preguntas importantes:

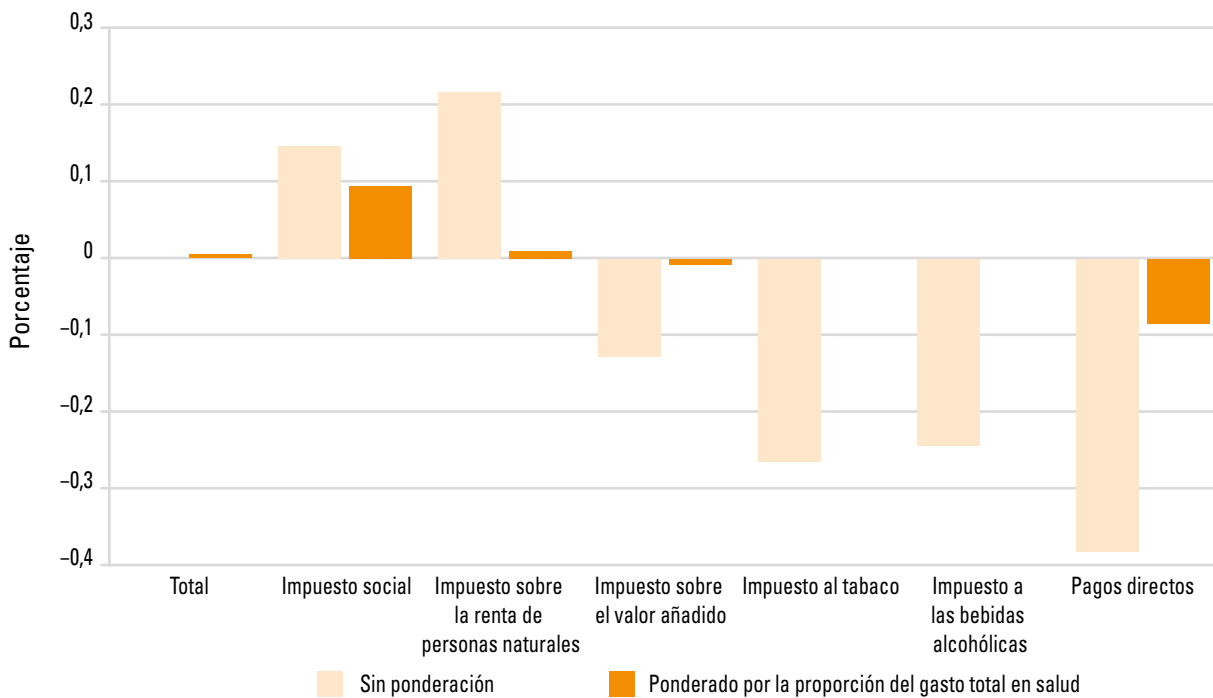
- ¿Quién paga la atención de salud?
- ¿En qué medida el financiamiento de la atención de salud está relacionado con la capacidad de pago?
- ¿La relación es proporcional?
- ¿La relación es progresiva, en otras palabras, los pagos de la atención de salud representan una proporción creciente de la capacidad de pago a medida que esta última aumenta?
- ¿Existe una relación regresiva?

Se pueden utilizar diversos parámetros para evaluar la equidad del financiamiento específicamente en el contexto de la recaudación de ingresos (cuadro 6.3). Aunque en nuestro marco consideramos que el gasto por pagos directos forma parte de las compras, los pagos directos como proporción del gasto total ofrece algunas ideas sobre la equidad de la generación de ingresos, porque unos niveles altos de pagos directos indican que las personas están pagando en el punto de atención de acuerdo con sus necesidades, y no con su capacidad de pago. En términos generales, es mucho más difícil asegurar una generación equitativa de ingresos cuando un sistema de salud depende del financiamiento a través de pagos directos. También existe una clara probabilidad de que, si el financiamiento de la atención de salud depende de los pagos directos, invariablemente habrá desigualdades en el acceso y, en última instancia, en los resultados, porque algunas personas enfrentarán obstáculos financieros para acceder a la atención.

Para analizar la distribución de la carga del financiamiento de forma adecuada, normalmente se necesitan datos a nivel del hogar, no datos de las cuentas nacionales de salud, que son de nivel macro. El financiamiento de la salud es progresivo si las personas más ricas gastan una mayor porción de sus recursos en salud que las personas más pobres. Por el contrario, es regresivo si las personas más pobres gastan una mayor porción de

sus recursos en salud. A un nivel básico, se podría abordar la distribución del gasto en salud por pagos directos de acuerdo con la situación socioeconómica familiar, datos que están disponibles regularmente en las encuestas de presupuesto familiar. Esto implicaría una comparación de la proporción de los pagos directos respecto del total del consumo familiar entre hogares ricos y hogares pobres. O se podría observar la progresividad o regresividad de fuentes específicas de financiamiento utilizando índices de Kakwani, que pueden ponderarse para tener en cuenta la contribución al total del financiamiento de la salud de cada fuente de financiamiento (figura 6.6) (Thomson, Vörk y Habischt, 2010). En la figura 6.6 se muestra cuánto contribuyen los diferentes tipos de fuentes de financiamiento a la progresividad o regresividad del financiamiento; por ejemplo, en Estonia, los impuestos sociales y los impuestos sobre la renta personal son bastante progresivos porque las personas más ricas pagan una cantidad más alta; sin embargo, el gasto por pagos directos es muy regresivo debido a la carga desproporcionada que supone para las familias más pobres.

**Figura 6.6** *Equidad del financiamiento utilizando índices de Kakwani, Estonia*



Fuente: Thomson, Vörk y Habicht (2010).

### 6.4.2 Evaluación del desempeño de la mancomunación

La tarea principal de la función de mancomunación es cuidar de que los recursos se distribuyan de manera equitativa y también facilitar la eficiencia mediante economías de escala.

La mancomunación de recursos monetarios se considera utilizando una combinación de datos cualitativos y cuantitativos en las herramientas de ESS que revisamos (cuadro 6.4). En las ESS, la mancomunación a veces se describe conjuntamente con el diseño de las prestaciones y los derechos como una subfunción, tal vez porque las diferencias entre los fondos mancomunados de las poblaciones cubiertas y la cesta de prestaciones se consideran el aspecto más pertinente de la mancomunación. Consideramos que el diseño de las prestaciones y derechos —pólizas de cobertura— puede separarse de la mancomunación porque la decisión de variar la cobertura o las prestaciones por fondo mancomunado es normativa. Sin embargo, esta distinción no es particularmente importante.

**Cuadro 6.4** Mediciones indicativas para la mancomunación

Medición indicativa
Gastos por persona, por fondo mancomunado
Cobertura de la población, por fondo mancomunado
Gasto en administración, total y por fondo mancomunado
Relación de la cobertura del seguro de salud voluntario como porcentaje de la población respecto del seguro de salud voluntario expresado como porcentaje del gasto corriente en salud
Descripción del acuerdo de mancomunación (véase el cuadro 6.5 para ver ejemplos de preguntas)

*Fuente:* Compilación de los autores.

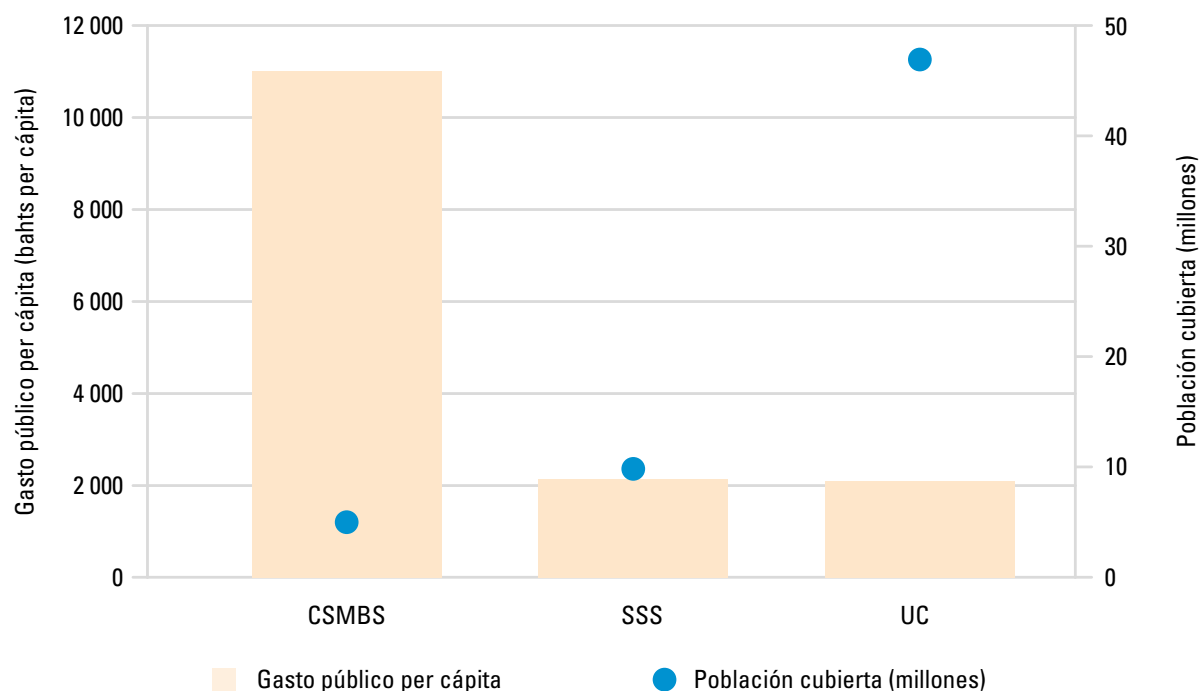
La evaluación de si la función de mancomunación está logrando sus objetivos se puede hacer de varias maneras. En primer lugar, siguiendo el enfoque de la matriz de progresos en el financiamiento de la salud, se pueden describir los acuerdos de mancomunación utilizando indicadores cuantitativos (OMS, 2020), o de una manera más cualitativa (cuadro 6.5). Esto puede dar una idea del grado de fragmentación y de si es probable que existan mecanismos eficaces para redistribuir los recursos entre la población según las necesidades.

**Cuadro 6.5** *Mediciones de la mancomunación en la matriz de progresos en el financiamiento de la salud*

Medición indicativa de la matriz de progresos en el financiamiento de la salud	Definición e información descriptiva
¿La estrategia de su país para mancomunar ingresos refleja la experiencia y la evidencia internacionales?	<p>Esta pregunta se centra en la política, estrategia o visión del país con respecto a los arreglos de mancomunación.</p> <p>Información que debe consultarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Declaraciones de política disponibles sobre la fragmentación y cómo intentan mitigarla</li> <li>· Declaraciones de política sobre el seguro de salud voluntario.</li> </ul>
¿Se han organizado múltiples fuentes de ingresos y flujos de financiamiento de manera complementaria, en apoyo de un conjunto común de prestaciones?	<p>Obsérvense las diferentes fuentes de ingresos y flujos de fondos dentro de un sistema de salud y cómo pueden o no complementarse entre sí.</p> <p>Las prestaciones/derechos prometidos y la forma en que los fondos fluyen hacia o desde estos son de gran importancia en el análisis de las cuestiones que plantea esta pregunta.</p>

Fuente: OMS (2020).

Si existen múltiples esquemas, podría ser útil considerar, de manera más explícita, las variaciones de recursos asignados entre los fondos mancomunados para ver cuán bien están armonizados. Esto da una idea de la probabilidad de variaciones en el acceso a la atención para las personas cubiertas por diferentes esquemas. Por ejemplo, podría simplemente compararse el gasto per cápita por esquema. En la figura 6.7 se presentan datos de Tailandia que muestran que la mayoría de la población, que está cubierta por el esquema de atención universal, tiene acceso a menos recursos por persona que otros esquemas. Esto indica que es posible obtener ganancias de equidad a través de mejores mecanismos de asignación.

**Figura 6.7** Gasto por persona por esquema, Tailandia

Fuente: Adaptado de Winai S (2010).

Nota: CSMB, Esquema de prestaciones médicas de la función pública; SSS, Esquema de seguridad social; UC, Esquema de cobertura universal de salud

En términos de eficiencia, además de la consideración simplista de que tener menos esquemas probablemente permita alcanzar mayores economías de escala, se podría considerar el gasto en costos administrativos para evaluar el grado de desperdicio administrativo debido a la fragmentación. Sin embargo, es importante señalar que un sistema no debería calificarse de mejor o peor únicamente sobre la base de los gastos administrativos; un gasto administrativo elevado podría ser un signo de despilfarro, mientras que un gasto administrativo excesivamente bajo podría implicar una incapacidad para gestionar eficazmente el sistema debido a la falta de financiamiento.

#### 6.4.3 Evaluación del desempeño de la compra

La compra, al igual que la mancomunación, se ocupa de llevar recursos a quienes más los necesitan y hacerlo de manera eficiente reduciendo al mínimo los costos. Como resultado, las compras pueden tener un gran impacto sobre objetivos intermedios como la calidad y, en última instancia, los resultados de salud.

Sin embargo, evaluar esta función puede ser un desafío, ya que pocos parámetros se centran específicamente en las compras (cuadro 6.6). Las ESS revisadas contienen

información sobre los mecanismos de pago a proveedores que, dependiendo del contexto más amplio, podría ser de utilidad para evaluar las compras. Por ejemplo, si hay alguna indicación de utilización excesiva de servicios especializados, podría ser útil saber si existen pagos de honorarios por servicios prestados, ya que esto podría dar lugar a cierta demanda inducida por el proveedor (Delattre y Dormont, 2003).

**Cuadro 6.6** *Mediciones indicativas para la compra*

Medición indicativa	Definición
Mecanismos de pago	Información descriptiva sobre cómo se pagan diferentes tipos de atención
Información sobre compras estratégicas	Medida en que los sistemas de salud pueden elegir a quién comprar, qué comprar y a qué precio.
Datos de precios	Datos sobre precios pagados por ciertos servicios, idealmente utilizados para comparación

*Fuente:* Compilación de los autores.

Para evaluar la compra utilizando datos cuantitativos, lo más lógico es que se puedan comparar los precios de ciertos tipos de atención —lo que podría hacerse utilizando casos clínicos de pacientes; véase, por ejemplo, EuroDRG, que fue un proyecto que utilizó datos de los sistemas de pago de hospitales para agrupar casos de pacientes con características similares—, pero este tipo de datos no está disponible regularmente (Comisión Europea, 2011). El desafío clave que se presenta para comparar precios es asegurarse de que los servicios y las poblaciones sean suficientemente similares para justificar la comparación. Sin embargo, como una subfunción de compras sólida debería contribuir a bajar los costos mientras mantiene buenos resultados, suponiendo que se dispone de datos de precios, debería ser un buen indicador del desempeño de la compra.

Se han realizado algunos esfuerzos para medir el grado en que los países realizan compras estratégicas (Klasa, Greer y van Ginneken, 2018). En estos casos se han considerado la contratación de proveedores, la participación pública en las compras y el papel de los parámetros de desempeño. Pero, una vez más, este tipo de información no está disponible sistemáticamente en todos los países. Una información pertinente podría ser la medida en que los países participan en la evaluación de las tecnologías sanitarias para tomar decisiones sobre la cobertura, ya que el ejercicio de evaluación de las tecnologías sanitarias puede ser útil para las negociaciones con los fabricantes a fin de obtener una buena relación calidad-precio. Sin embargo, el simple hecho de tener un organismo o proceso de evaluación de tecnologías sanitarias no garantiza una sólida subfunción de compra.



La matriz de progresos en el financiamiento de la salud recopila información cualitativa útil (véanse el recuadro 6.1 y el cuadro 6.7) sobre los métodos de pago a los proveedores y sobre si los métodos de asignación de recursos reflejan las necesidades de salud de la población.

**Recuadro 6.1** *Matriz de progresos en el financiamiento de la salud*

**P1.** ¿En qué medida las asignaciones de fondos a compradores de nivel inferior, por ejemplo, los gobiernos locales, o las tasas de pago a los proveedores reflejan las necesidades de salud de la población?

*Dimensiones de desempeño: equidad en la distribución de recursos, utilización en relación con las necesidades*

**P2.** ¿En qué medida los pagos a los proveedores diseñados para los sectores público y privado son cónsonos con los objetivos de la política de salud de un país (incentivos eficaces para los proveedores)?

*Dimensiones de desempeño: equidad en la distribución de recursos, eficiencia, calidad*

**P3.** ¿En qué medida los métodos de pago a los proveedores y las compras en general promueven la calidad de la atención y la coordinación de la atención?

*Dimensiones de desempeño: calidad*

**P5.** ¿En qué medida los métodos de pago a los proveedores promueven la eficiencia?

*Dimensiones de desempeño: eficiencia*

**P6.** ¿Hasta qué punto los proveedores reciben autonomía financiera y se les hace responsables?

#### 6.4.4 *Evaluación del desempeño de la gobernanza del financiamiento*

En esta sección consideramos cómo evaluar dos dimensiones clave de la gobernanza del financiamiento: las pólizas de cobertura y la gestión del financiamiento público.

##### 6.4.4.1 **Pólizas de cobertura**

La evaluación cuantitativa integral del diseño de las pólizas de cobertura es una labor inherentemente complicada porque las pólizas de cobertura se reflejarán en todos los aspectos del sistema de salud. Quizás es más útil hacer una descripción de la información normativa sobre la cobertura —como quién está cubierto, qué está cubierto, qué proporción está cubierta— y alguna consideración de cómo se toman las decisiones de política normativa.

Dicho esto, generalmente se dispone de datos sobre el porcentaje de la población cubierta por el sistema de salud público o estatutario. De hecho, como muchos países afirman cubrir a toda la población, existe una tendencia a que los países declaren que han logrado la cobertura universal de salud sobre la base de que brindan cobertura a toda su población. Desafortunadamente, los datos de cobertura de la población por sí solos no son un parámetro de particular utilidad porque no dicen nada sobre la amplitud o profundidad de la cobertura. Podría ser que toda la población esté cubierta para un paquete de prestaciones muy reducido o que los copagos para usar los servicios públicos sean astronómicamente altos. En la práctica, el acceso también podría verse restringido por limitaciones de la oferta. El mensaje clave en este caso debe ser que, si bien la cobertura de la población es un requisito previo para el buen desempeño de un sistema de salud, dice muy poco sobre el desempeño de las pólizas de cobertura. Por esta razón, no lo recomendamos como indicador de evaluación.

**Cuadro 6.7** *Mediciones para la compra y el pago a proveedores en la matriz de progresos en el financiamiento de la salud*

<b>Medición indicativa de la matriz de progresos en el financiamiento de la salud</b>	<b>Definición e información descriptiva</b>
¿En qué medida el pago a los proveedores responde a la información sobre las necesidades de salud de la población a la que sirven?	Esta pregunta se refiere a la forma en que los fondos fluyen de los compradores a los proveedores de servicios. Información que podría consultarse: · tipo de mecanismos de asignación utilizados.
¿Los pagos a los proveedores están armonizados dentro de los compradores y entre estos para lograr incentivos coherentes para los proveedores?	Cuando existen múltiples métodos de pago entre diferentes organismos de compra (por ejemplo, planes de cobertura o programas de salud), o dentro de un organismo de compras, estos deben coordinarse y armonizarse para cuidar de que exista un conjunto coherente de incentivos para los proveedores. Información que podría consultarse: · métodos de pago utilizados en diferentes esquemas y luego niveles o tasas de pago, y · mecanismos de participación en el financiamiento de los gastos (tarifas a los usuarios y copagos) y si están armonizados entre los diferentes esquemas y programas.
¿Los acuerdos de compra promueven la calidad de la atención?	Esta pregunta considera si los compradores están tomando o no medidas activas para influir en el comportamiento y desempeño del proveedor específicamente para mejorar la calidad de la atención. La información necesaria se centra en instrumentos de compra que promuevan específicamente la calidad de la atención, por ejemplo: · acuerdos de desempeño · políticas o instrumentos para la contratación selectiva · mejor coordinación de la atención mediante la combinación o agrupación de métodos de pago, por ejemplo, redes de proveedores capitados · incentivos financieros específicos · existencia y uso de indicadores de calidad normalizados entre pagadores y proveedores.

Al mismo tiempo, a menudo es difícil obtener información sobre el diseño de las prestaciones y los derechos, es decir, qué está cubierto. No todos los países mantienen la denominada “lista positiva” y, si lo hacen, es posible que esta solo se refiera a medicamentos. También hay variaciones inevitables entre los países debido a las diferencias en la profundidad de la cobertura para la misma cartera de servicios. Por ejemplo, dos países podrían incluir el mismo medicamento en su paquete de prestaciones, pero uno podría cubrir el costo total mientras que el otro cubre solo un pequeño porcentaje. Esto resalta la importancia de considerar las tres dimensiones de cobertura simultáneamente: el porcentaje de la población cubierta, los servicios que están cubiertos y el porcentaje de los costos de atención que se cubren.

Si bien las dos primeras dimensiones están plagadas de problemas de medición, la cuestión de cuánto del costo de la atención está cubierto a menudo se mide, de una manera u otra, en las ESS. Tomados crudos, los datos sobre gastos por concepto de pagos directos como porcentaje del gasto total podrían ser indicativos de la profundidad de la cobertura (cuadro 6.8). Sin embargo, muy pocos países informan sobre gastos de pagos directos que son exclusivamente para servicios públicos o estatutarios —por ejemplo, costos compartidos o copagos— en lugar de pagos directos por atención fuera de la cartera de prestaciones. Esto hace difícil evaluar en qué medida unos gastos elevados por pagos directos reflejan un diseño reducido de prestaciones y derechos; una mayor demanda de servicios privados, tal vez debido a la percepción de mala calidad del sector público, o tarifas a los usuarios elevadas por servicios públicos. Cuando hablamos de póliza de cobertura, es este último punto el que más interesa.

Otro conjunto importante de indicadores son los que miden la protección financiera. La protección financiera capta el grado en que el sistema de salud protege a las personas, o a las familias, de la carga financiera de pagar por la atención de salud en el punto de atención. Es uno de los principales parámetros utilizados para medir el progreso hacia la cobertura universal de salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (indicador 3.8.2). La protección financiera acusa una fuerte influencia de todas las subfunciones de la función de financiamiento. Cuando la recaudación de ingresos es inadecuada, también es probable que lo sean los recursos y, como resultado, muchos bienes y servicios no pueden cubrirse completamente sin una alta participación en los costos, si es que están cubiertos. Una mala mancomunación puede conducir a desequilibrios de recursos que dejarían a algunas personas con cobertura completa mientras que otras se verían obligadas a pagar mucho de su bolsillo. Si la compra no está bien diseñada (por ejemplo, pagos bajos a proveedores o señales erróneas), podría crear incentivos para pagos

informales o facturación adicional, lo que también supondría una carga financiera para las familias. Es importante destacar que la protección financiera podría verse afectada si no se diseñan pólizas de cobertura que garanticen que no queden personas o servicios fuera del sistema, o si los pagos directos en el punto de atención se fijan a niveles altos. También debería decirse que la protección financiera no es un parámetro puramente relacionado con el financiamiento de la salud, ya que capta el impacto del gasto por concepto de pagos directos sobre las familias que pueden tener acceso a la atención. Es decir, refleja el acceso logrado, que se produce a través de la prestación de servicios. Del mismo modo, si se requieren altos niveles de gasto por pagos directos para la atención, esto puede alterar la capacidad de las personas para acceder a los servicios y resultar en una necesidad insatisfecha.

A menudo, la protección financiera se mide utilizando indicadores comunes como la incidencia del gasto catastrófico en salud —que se define como el porcentaje de la población, o los hogares, que gastan más de una proporción específica de sus recursos disponibles (ya sea todo su presupuesto o cierta medida de su capacidad de pago) en atención de salud, o la incidencia del empobrecimiento como resultado del gasto en salud—, definido como el porcentaje de la población, o los hogares, que caen por debajo de la línea de pobreza como resultado del gasto por concepto de pagos directos de la atención de salud. Pero estos indicadores pueden variar de diversas maneras en cuanto a la forma en que se construyen (Cylus, Thomson y Evetovits, 2018). Esto puede dar lugar a importantes diferencias de medición e indicar implicaciones de política muy diferentes. Por esta razón, es importante saber con precisión qué está midiendo un determinado parámetro.

La medición de la protección financiera se distingue de los indicadores que miden el gasto por pagos directos a nivel nacional porque capta la distribución de ese gasto entre toda la población. La medición del gasto por pagos directos por sí solo podría ser engañosa. Por ejemplo, si un país tiene una dependencia muy alta del gasto por pagos directos, pero el gasto es realizado exclusivamente por personas ricas que no enfrentan dificultades al hacerlos, no se puede comparar con un país con la misma dependencia del gasto por pagos directos donde esa carga recae solo en personas muy pobres que carecen de cobertura adecuada. Por lo tanto, los parámetros de protección financiera agregan un nivel importante de detalle e impacto distributivo de los gastos por pagos directos.

También pueden ser útiles otras informaciones más cualitativas sobre cómo se toman las decisiones relativas a las pólizas de cobertura para comprender el desempeño de dichas pólizas. Por ejemplo, la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019) incluye información sobre la base jurídica y los criterios para la concesión de derechos, así como información detallada sobre los procesos utilizados para decidir qué bienes y servicios se incluyen en los paquetes de prestaciones. Este grado de información no está ampliamente disponible en otras herramientas de ESS.

En la matriz de progresos en el financiamiento de la salud se recogen varias mediciones indicativas para evaluar las pólizas de cobertura (cuadro 6.8). Las preguntas incluidas abarcan elementos como los criterios de concesión de derechos y los procesos para diseñar paquetes de prestaciones, y también captan elementos de rendición de cuentas, transparencia, equidad y utilización en relación con las necesidades.

Otros enfoques, o indicadores utilizados para evaluar las pólizas de cobertura, se superpondrán naturalmente con las otras subfunciones. Por ejemplo, un enfoque podría ser considerar si las prestaciones cubiertas varían entre los grupos mancomunados y la base utilizada para determinar qué se incluye en un paquete de prestaciones; por ejemplo, ¿existe un organismo que decide si los servicios o bienes se reembolsan y, de ser así, son vinculantes sus decisiones? También podría ser útil examinar de manera más descriptiva el uso de copagos por los servicios cubiertos en el paquete de prestaciones y cómo se diseñan esos copagos. Por ejemplo, ¿existen exenciones para grupos vulnerables? ¿O se han establecido pagos fijos o definido un porcentaje para los copagos?

**Cuadro 6.8** Mediciones indicativas para la cobertura

Medición indicativa	Definición
Gastos por pagos directos como proporción del gasto corriente en salud o como proporción del consumo familiar	
Incidencia del gasto catastrófico en salud	Porcentaje de la población, o los hogares, que gastan por encima de una determinada proporción de su capacidad o posibilidad para cubrir los gastos por pagos directos de atención de salud
Incidencia del gasto catastrófico en salud	Porcentaje de la población, o los hogares, cuyos recursos restantes después del gasto por pagos directos los ubica por debajo de la línea de pobreza
Diseño de copago	Información descriptiva sobre cómo se diseñan los copagos y las exenciones conexas en los sistemas de salud públicos/estatutarios
Medición indicativa de la matriz de progresos en el financiamiento de la salud	Definición e información descriptiva
¿Existe un conjunto de prestaciones explícitamente definidas para toda la población?	<p>Ser explícito y claro sobre los derechos, así como sobre cualquier condición de acceso relacionada, reduce la incertidumbre de la población. Como la incertidumbre generalmente constituye una barrera para acceder a los servicios, este es un paso positivo.</p> <p>Las declaraciones explícitas de prestaciones y derechos contienen información que podría consultarse, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· una lista definida de servicios garantizados (ya sean listas positivas o negativas), o niveles de atención, por ejemplo, atención primaria de salud</li> <li>· un conjunto específico de derechos universales, es decir, para todos los ciudadanos</li> <li>· servicios con copagos y exenciones para determinados grupos prioritarios</li> </ul>
¿En qué medida se definen explícitamente y en términos fáciles de entender los derechos de la población y las condiciones de acceso?	<p>Esta pregunta se centra en el conocimiento y la comprensión que tiene la población acerca de sus derechos. Por ejemplo, a lo que puede tener acceso gratuitamente, o con un copago limitado, en el punto de servicio.</p> <p>Información que podría consultarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· declaraciones explícitas que son concisas y simples, y se comunican ampliamente a la población</li> <li>· cualquier encuesta disponible que pueda captar aspectos de esta pregunta</li> </ul>

Fuente: OMS (2020).

### 6.4.4.2 Evaluación del desempeño de la gestión del financiamiento público

La evaluación de la gestión del financiamiento público en su totalidad va mucho más allá del alcance del desempeño del financiamiento de la salud. Sin embargo, para que un sistema de gestión del financiamiento público funcione bien, debería ser transparente,

eficiente y, en general, facilitar la buena operación del sistema de salud al asegurarse de que los recursos lleguen a los lugares correctos de manera oportuna y responsable.

En las herramientas revisadas, la gestión del financiamiento público no se ha evaluado en detalle; sin embargo, algunos elementos de los flujos presupuestarios en la mancomunación se abordan de manera genérica en la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019), el manual *Health System Assessment Approach* (USAID, 2018) y *The Situation Analysis of the Health Sector* (OMS, 2016). El recurso por excelencia es la herramienta de Gasto Público y Rendición de Cuentas Financieras (Public Expenditure and Financial Accountability, 2001). Esta herramienta permite analizar el desempeño de un sistema de gestión del financiamiento público mediante la calificación de 94 características, en 31 componentes clave de la gestión del financiamiento público, que se dividen en siete áreas amplias. La información sobre el desempeño de un sistema de gestión del financiamiento público puede, en parte, explicar el desempeño en las otras tres subfunciones. Por ejemplo, la capacidad de realizar una planificación y previsión plurianuales es un componente importante de la gestión del financiamiento público y, con el tiempo, influirá en la previsibilidad de los ingresos.

## 6.5 Conclusiones

El financiamiento es fundamental para el desempeño de un sistema de salud y para lograr la cobertura universal de salud. La buena ejecución de la generación de ingresos, la mancomunación y las compras son cruciales para lograr que se disponga de recursos para quienes necesitan atención de salud y el sistema de salud obtenga una buena relación calidad-precio. La gobernanza del financiamiento, las decisiones normativas relativas a la póliza de cobertura y factores estructurales relacionados con la gestión del financiamiento público tienen un impacto importante sobre el grado en que el financiamiento puede cumplir los objetivos del sistema de salud.

Dicho esto, ¿cómo pueden los actores del sistema de salud determinar si su función de financiamiento de la salud está operando de manera eficaz o no y cómo pueden detectar dificultades específicas? Los indicadores cuantitativos disponibles con mayor frecuencia para evaluar las subfunciones de financiamiento a menudo provienen de las cuentas nacionales de salud. Estas cuentas son útiles porque los datos sobre el gasto en salud están bien armonizados a nivel mundial, lo que hace que los datos sean ampliamente comparables. Sin embargo, la información sobre el gasto por sí sola proporciona información muy

limitada acerca del desempeño de las subfunciones del sistema de salud o su desempeño en general. En parte, esto se debe a que el gasto en salud no es monotónico: es decir, más o menos gasto no es necesariamente mejor o peor. Esto refuerza la noción de que ningún indicador puede interpretarse de forma aislada. Para saber, por ejemplo, si los niveles de gasto son demasiado bajos, sería necesario buscar evidencia sistemática sobre barreras al acceso, mala calidad o poca protección financiera. Del mismo modo, para entender si dichos niveles podrían ser demasiado altos, habría que buscar evidencia de ineficiencias y desperdicio.

Ahora bien, hay indicadores claros, o normas, para evaluar el financiamiento de la salud, siempre y cuando se disponga de datos. Muchos se mencionan a lo largo de este capítulo. Por ejemplo, unos ingresos estables y previsibles son un requisito previo para el buen funcionamiento del sistema de salud, ya que permiten la planificación y la continuidad de la prestación de servicios. Esto se puede evaluar observando los niveles de gasto a lo largo del tiempo o entendiendo los procesos de formulación de presupuestos. La equidad del financiamiento puede entenderse examinando la variedad de fuentes de ingresos, con el objetivo de limitar la dependencia de fuentes de financiamiento que imponen cargas financieras excesivas a las poblaciones desfavorecidas. Se puede obtener evidencia de compras eficientes a partir de los bajos precios de los bienes o servicios, siempre y cuando se logren acceso y buenos resultados. Las pólizas de cobertura pueden, hasta cierto punto, evaluarse a través de parámetros de protección financiera, siempre y cuando también seamos conscientes del papel de otras funciones en la determinación del acceso y la exposición a los gastos por pagos directos.

Aunque el financiamiento se considera una función más cuantitativa, la información descriptiva también se considera cada vez más de gran valor. Hay dos razones para ello: la puntualidad de la información descriptiva en comparación con los desfases de tiempo a menudo asociados a otros datos cuantitativos y el contexto que agrega para permitirnos contar una historia coherente. Con este fin, herramientas como la matriz de progresos en el financiamiento de la salud (OMS, 2020) y la serie de publicaciones *Health Systems in Transition* (Observatorio Europeo, 2019) son de gran importancia para evaluar el desempeño y facilitar intervenciones de política correctivas cuando sea necesario.

## Referencias

Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2017). *HSA Manual* [en línea]. Disponible en: <https://hsaamanual.org/> (consultado el 10 de mayo del 2020).



- Bokhari F, Gai Y, Gottret P (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health Economics*, 16(3):257-273.
- Cashin C et al. (2014). *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. 1st edn. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Comisión Europea (2011). EuroDRG – Diagnosis-Related Groups in Europe towards efficiency and quality. Disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/223300/report-ing> (consultado el 11 de agosto del 2021).
- Cylus J et al. (2019). *Sustainable Health Financing with an ageing population*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Cylus J, Thomson S, Evetovits T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*, 96(9):599-609.
- Delattre E, Dormont B. (2003). Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Economics*, 12(9):741-754.
- Elshaug AG, McWilliams M, Landon B. (2013). The value of low-value lists. *JAMA*, 2013;309(8):775-776.
- Farahani M, Subramanian S, Canning D. (2010). Effects of state-level public spending on health on the mortality probability in India. *Health Economics*, 19(20):1361-1376.
- Jowett M et al. (2020). *Assessing country health financing systems: the health financing progress matrix*. Ginebra: OMS.
- Klasa K, Greer SL, Ginneken E (2018). Strategic purchasing in practice: comparing ten European countries. *Health Policy*, 122(5):457-472.
- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3):171-204.
- Mathauer I, Dale E, Messen B (2017). *Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussions*. Ginebra: OMS.
- Mathauer I, Saksena P, Kutzin J (2019). Pooling arrangements in health financing systems: a proposed classification. *International Journal for Equity in Health*, 18:198.
- Observatorio Europeo (2002). Health Systems and Policies [en línea]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits> (consultado el 10 de mayo del 2020).

- Observatorio Europeo (2019). *Health Systems in Transition: template for authors 2019*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal health coverage*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Health system expenditure review*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Aligning public financial management and health financing: a process guide for identifying issues and fostering dialogue*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts. Health Financing Guidance Note No. 9. Conference Copy*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *The health financing progress matrix: country assessment guide*. Ginebra: OMS.
- Public Expenditure and Financial Accountability program (PEFA) (2001). *PEFA* [en línea]. Disponible en: <https://www.pefa.org/> (consultado el 15 de enero del 2021).
- Rajan D (2016). Situation analysis of the health sector. En: Schmetts G, Rajan D, editores. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Ginebra: OMS (p. 51).
- Serra-Moreno R, Smith P (2012). Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*, 380(9845):917-923.
- Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. 1st edn. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E (2010). Can user charges make health care more efficient? *BMJ*, 341(341:c3759):18.
- Thomson S, Vörk A, Habischt T. (2010). *Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Winai S (2010). *Universal Coverage experience of Thailand*. Conferencia en línea presentada en PMAC, 26 de enero del 2010.

# Prestación de servicios

*Ellen Nolte, Marina Karanikolos, Bernd Rechel*

### 7.1 Introducción

La prestación de servicios es una función básica de los sistemas de salud que influye en las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos, y que a su vez acusa la influencia de estas. La prestación de servicios tiene un impacto directo sobre los objetivos intermedios del sistema de salud y, a la larga, sobre el logro de sus objetivos generales. En este capítulo se recurre a la definición de prestación de servicios propuesta por Murray y Frenk (2000), es decir, “la combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un entorno organizativo particular y que conduce a la ejecución de una serie de intervenciones”. Dentro de este concepto, definimos tres subfunciones de la prestación de servicios: salud pública, atención primaria y atención especializada.

La evaluación de la prestación de servicios no es sencilla. Esto se debe en parte a que el desempeño de la prestación de servicios depende y recibe la influencia del desempeño de otras funciones del sistema de salud.

Las evaluaciones también pueden tomar diferentes perspectivas, que pueden incluir:

- áreas de servicio, como la atención primaria o secundaria, o un programa concreto, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o la tuberculosis
- objetivos, como calidad, seguridad, eficacia, eficiencia, accesibilidad o equidad
- la naturaleza de la organización que presta los servicios, por ejemplo, el nivel o modo de atención.

Este capítulo comienza por definir la función de prestación de servicios dentro del marco de evaluación y describir las subfunciones de la prestación de servicios. A continuación se establece un enfoque para evaluar el desempeño de estas funciones y subfunciones y

se proponen mediciones indicativas para cada una. El capítulo concluye con un resumen de las propuestas clave y la discusión de las oportunidades y desafíos más amplios de evaluar el desempeño de la prestación de servicios como una función clave de los sistemas de salud.

## **7.2 Descripción de la función de prestación de servicios**

### **7.2.1 *Dónde se inserta la prestación de servicios en el marco***

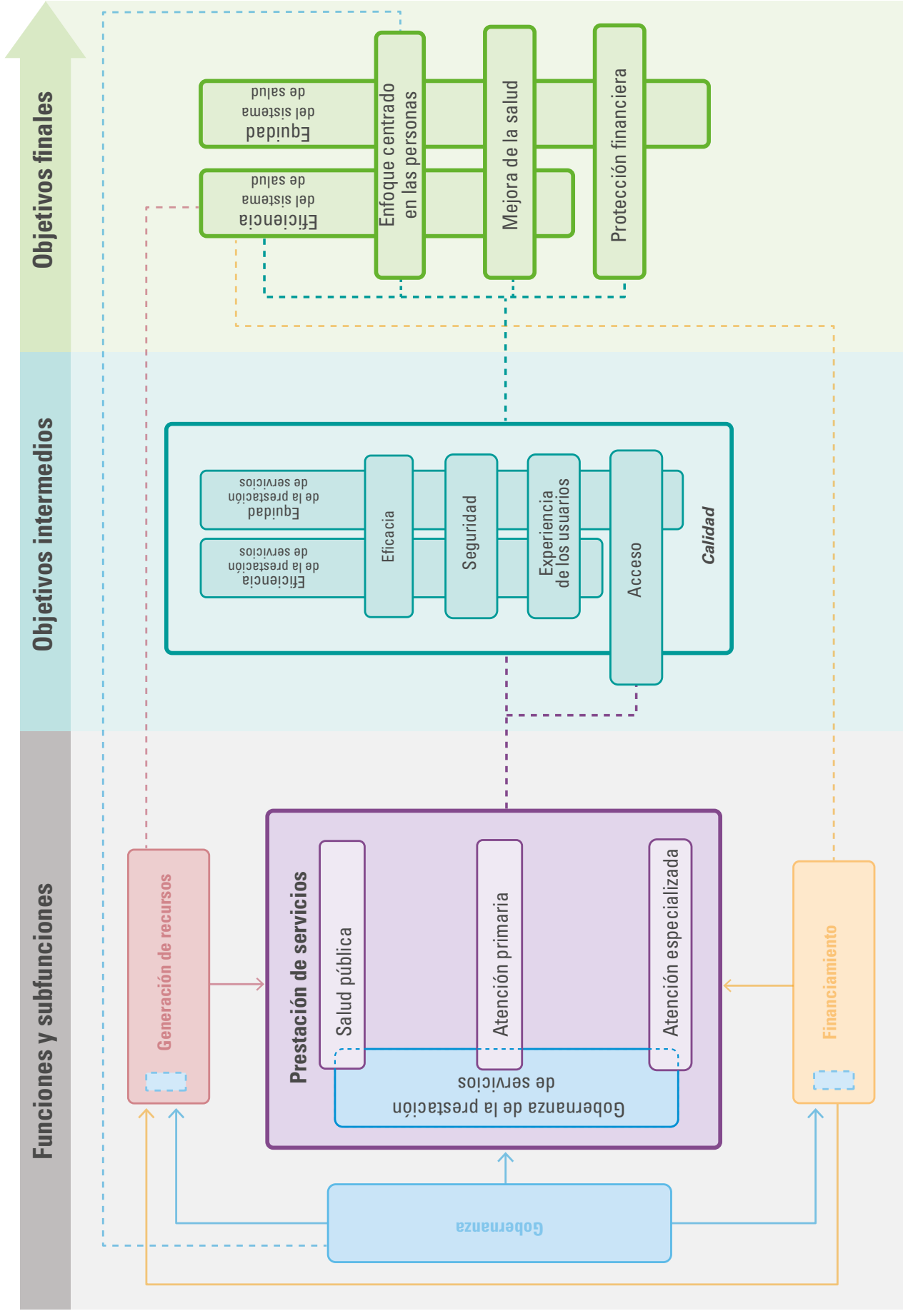
En la figura 7.1 se ilustra el marco de evaluación y la posición de la función de prestación de servicios dentro de este. Como se muestra en la figura, la prestación de servicios es un producto de las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos. Dentro de la prestación de servicios, distinguimos las tres subfunciones de salud pública, atención primaria y atención especializada, así como los mecanismos de gobernanza relacionados con la función que guían la planificación y operación de los servicios. En el marco se ilustra cómo la prestación de servicios repercute directamente en los objetivos intermedios de eficacia, seguridad y experiencia del usuario, junto con la eficiencia y la equidad de la prestación de servicios y el acceso. Juntos, estos elementos impulsan el logro de los objetivos finales del sistema de salud y hacen de la prestación de servicios un medio para evaluar las áreas básicas del desempeño del sistema de salud.

### **7.2.2 *Definición de la prestación de servicios***

Como se señaló en la introducción, Murray y Frenk (2000) establecieron la prestación de servicios de salud como una de las cuatro funciones centrales de los sistemas de salud, definiéndola como “la combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un entorno organizativo particular y que conduce a la ejecución de una serie de intervenciones”. Esta definición se basa en trabajos anteriores de Londoño y Frenk (1997), que hablaron más específicamente de “productos (servicios de salud) que generan un resultado (cambios en el estado de salud del consumidor)”, en lugar de intervenciones.

Por lo tanto, si bien la prestación de servicios constituye una función básica del sistema de salud, también es el resultado de las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos, con insumos que incluyen recursos humanos, capital físico y bienes fungibles (figura 7.2) (Adams et al., 2003; OMS, 2010). Esto significa que el desempeño de la función de prestación de servicios reflejará el desempeño de las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos.

**Figura 7.1** Subfunciones de prestación de servicios



→ Vínculos estructurales/funcionales

- - - Vínculos de desempeño dentro del sistema de salud

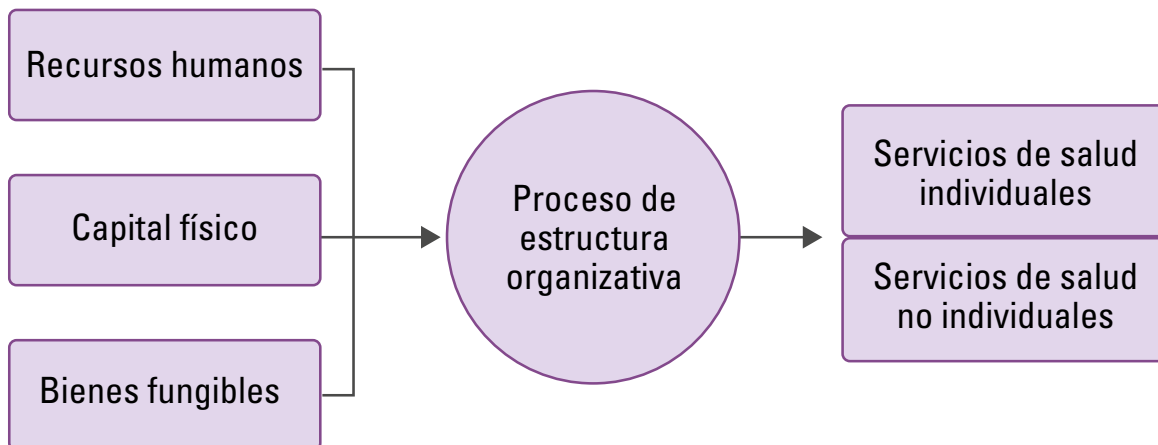
🏢 Gobernanza de la función

Fuente: Compilación de los autores.

En su marco para la acción del 2007 sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud, la OMS amplió la conceptualización de la prestación de servicios para incluir la consideración del proceso de producción de servicios y las formas en que la organización y gestión de insumos y servicios “garantizan el acceso, la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención en todas las condiciones de salud, en diferentes lugares y a lo largo del tiempo”. La Organización argumentaría más tarde que el aumento de los insumos daría como resultado una mejor prestación de servicios y un mejor acceso a estos, y que “garantizar la disponibilidad de servicios de salud que cumplan con un nivel mínimo de calidad y asegurar el acceso a ellos son funciones clave de un sistema de salud” (OMS, 2010).

La prestación de servicios es un concepto amplio y difícil de separar en subfunciones sin tener en cuenta el contexto específico de un país o una organización de servicios. La diferenciación se complica aún más en el sentido de que el término *servicio de salud* puede referirse tanto a la organización que brinda la atención como al producto específico que se suministra (Van Olmen et al., 2010). Murray y Frenk (2000) diferenciaron la prestación como servicios de salud individuales y no individuales. Los servicios de salud individuales eran aquellos “consumidos directamente por una persona, ya sean preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación, y generan externalidades o no”, mientras que los servicios de salud no individuales se definían como “acciones que se aplican a colectivos (por ejemplo, educación en materia de salud masiva) o a los componentes no humanos del medioambiente (por ejemplo, saneamiento básico)”.

El Informe sobre la salud en el mundo 2000 (OMS, 2000) se basó en la conceptualización de la prestación de servicios propuesta por Murray y Frenk, pero no diferenció la función de prestación de servicios más allá de la prestación de servicios de salud individuales y no individuales. En su lugar, en el informe se distinguen diferentes formas de organización, como la burocracia jerárquica, los arreglos contractuales a largo plazo y las interacciones a corto plazo basadas en el mercado; propiedad pública o privada, y configuraciones de prestación de servicios que podrían dispersarse. Estas se definieron como “la producción competitiva a cargo de pequeñas unidades de producción” (por ejemplo, atención primaria); concentradas (por ejemplo, atención hospitalaria, laboratorios centrales de salud pública) o híbridas (por ejemplo, programas para controlar enfermedades infecciosas) (OMS, 2000).

**Figura 7.2** *Prestación de servicios de salud*

*Fuente:* Adams et al. (2003).

Resulta claro que existen diferentes conceptualizaciones, y las diferenciaciones anteriores también combinan distintas perspectivas. A los efectos de un marco generalizado para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, distinguimos la salud pública, la atención primaria y la atención especializada como tres subfunciones de la prestación de servicios, que describiremos más adelante. Sin embargo, puede ser útil proceder, en primer lugar, a separar las nociones incorporadas en diversas conceptualizaciones, ya sea implícita o explícitamente, que distinguen la prestación de servicios de acuerdo con:

- la población destinataria (por ejemplo, servicios de salud individuales y colectivos)
- el propósito principal del consumo (por ejemplo, preventivo, curativo, rehabilitación, atención a largo plazo)
- el tipo de proveedor o plataforma de prestación (por ejemplo, unidad de atención primaria, hospital)
- el nivel de provisión (por ejemplo, atención primaria, secundaria, terciaria)
- el modo de provisión (por ejemplo, hospitalización, ambulatorio, atención diurna, atención domiciliaria).

Estas conceptualizaciones proporcionan una forma útil de pensar en los enfoques sobre la evaluación del desempeño de la prestación de servicios, pero también muestran que hay múltiples formas de diferenciar los componentes de los servicios. En el apéndice 7.1 se hace un resumen de estos enfoques de categorización de la prestación de servicios y se analizan los desafíos que cada uno de dichos enfoques plantea para la EDSS.

### 7.3 Subfunciones

Tras haber resaltado las diversas formas en que la prestación de servicios de salud puede clasificarse y diferenciarse, y reconociendo la necesidad de facilitar la evaluación del desempeño de las áreas dentro de la prestación de servicios, proponemos evaluar la prestación de servicios de una manera que permite cierto grado de superposición entre las diversas perspectivas descritas anteriormente (poblaciones destinatarias, propósito, niveles de plataformas y modos), de acuerdo con tres subfunciones amplias:

- salud pública
- atención primaria
- atención especializada.

Esta diferenciación plantea algunos desafíos, pero es de uso común y es suficientemente flexible para ajustarse a la organización y estructura de los servicios de salud de un país dado.

#### 7.3.1 Salud pública

La salud pública se ha conceptualizado utilizando diferentes perspectivas disciplinarias y profesionales, con un hilo común: entenderla como un enfoque colectivo o social dirigido a “mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de poblaciones enteras” (OMS, 1998). La salud pública abarca el espectro de salud y bienestar, desde la erradicación de enfermedades particulares (Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2020) hasta un reconocimiento cada vez mayor de los determinantes políticos, comerciales, económicos, sociales y ambientales de la salud y las desigualdades sociales (Lomazzi, Jemkins y Borisch, 2016).

La aplicación práctica de esta descripción general sigue siendo compleja, y a nivel mundial existe una variación considerable en cuanto a las funciones esenciales asignadas a la salud pública (Martin-Moreno et al., 2016). Los elementos comunes de los marcos existentes son el seguimiento, la gobernanza y el financiamiento, la promoción de la salud, la protección de la salud y la legislación de salud, los recursos humanos y la investigación (OMS, 2018). Sin embargo, hay una mayor variación en torno a actividades como la prevención de enfermedades, la atención de salud, la preparación para emergencias, la participación social y la comunicación dentro de la salud pública. Esto refleja en gran medida las diferencias de perspectiva sobre lo que constituye la salud



pública —particularmente en relación con la cobertura universal de salud— y en qué medida la atención de salud debería considerarse una operación de salud pública. Del mismo modo, los objetivos de definir las funciones esenciales de salud pública varían y van desde ejercicios de creación de capacidad hasta estrategias para mejorar el desempeño general de los sistemas de salud.

### **7.3.2 Atención primaria**

Las definiciones de lo que constituye la atención primaria también varían ampliamente, aunque una descripción común es que la atención primaria representa el primer punto de contacto para problemas de salud no especificados y comunes. Van Olmen et al. (2010) se refieren más ampliamente a los “servicios de salud de primera línea” —como centros de salud, consultorios de medicina general o dispensarios— como el nivel primario de atención porque están cerca de las personas a las que sirven, son accesibles para todos y permiten abordar una amplia gama de problemas de salud.

Sin embargo, como se indicó anteriormente, los límites entre lo que se conoce como atención primaria y salud pública en un extremo del espectro, y la atención primaria y la atención especializada en el otro extremo se están volviendo cada vez más borrosos. En consecuencia, muchos servicios que cumplen una función de salud pública más amplia se prestan en entornos de atención primaria (por ejemplo, vacunación, planificación familiar), mientras que en algunos países la atención primaria incluye a especialistas en consultorios y cumple una subfunción de atención especializada.

### **7.3.3 Atención especializada**

La atención especializada se divide con frecuencia en atención secundaria y atención terciaria. La atención secundaria generalmente se brinda en hospitales locales, mientras que la atención terciaria comprende atención altamente especializada proporcionada en hospitales regionales o nacionales a fin de concentrar los conocimientos especializados y recursos complejos y de alto costo (Black y Gruen, 2005).

Cabe reiterar que los límites entre la atención primaria y la atención especializada se están volviendo cada vez menos claros. Esto se debe en parte a que, en algunos países, los especialistas también trabajan en consultorios fuera del entorno hospitalario (Cacace y Nolte, 2011).

Quizás lo más importante es que la prestación de servicios de salud está cambiando. Por ejemplo, los nuevos avances en tecnología médica, particularmente la telesalud y las tecnologías móviles, permiten proporcionar muchos servicios de forma más cercana al paciente. Esto permite que las intervenciones diagnósticas o terapéuticas que antes requerían un entorno hospitalario se lleven a cabo en los hogares de las personas o en entornos ambulatorios. En muchos países también se reconoce cada vez más que la creciente carga de enfermedades crónicas requiere un modelo diferente de atención, dejar de depender de la prestación episódica en un hospital y cambiar a uno que ofrezca atención especializada en la comunidad. Esto se considera una forma de aumentar la accesibilidad de los servicios, mejorar la continuidad de la atención y la capacidad de respuesta de los servicios y, posiblemente, reducir los costos (OMS, 2016a).

#### **7.3.4 *Gobernanza de la prestación de servicios***

La gobernanza es un área central dentro de cada función del sistema de salud, que proporciona la base y la estructura para su operación. Dada la dependencia de la prestación de servicios de otras funciones del sistema de salud, su gobernanza es, en parte, una tarea de esas funciones. Por ejemplo, la regulación y organización generales de los servicios de salud es una tarea de la función de gobernanza general del sistema, mientras que la compra de servicios y aspectos de la cobertura de los servicios de salud se rige por la función de financiamiento y la planificación y distribución de los servicios se rige por la función de generación de recursos. Sin embargo, como señalaron Adams et al. (2003), existen distintas áreas de gobernanza específicas para la prestación de servicios—autoridad para tomar decisiones e integración de los servicios— a las que agregamos mecanismos de garantía de la calidad. Retomaremos estos aspectos más adelante.

### **7.4 Evaluación del desempeño de la función de prestación de servicios**

Como se ha señalado, una característica fundamental de la prestación de servicios es que es tanto una función del sistema de salud como un resultado de las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos. Como resultado, la prestación de servicios se vincula directamente a objetivos intermedios. Además, señalamos la autoridad para tomar decisiones, la integración de los servicios y los mecanismos de garantía de la calidad como elementos característicos de la gobernanza de la prestación de servicios (figura 7.3).

El acceso y otras áreas de evaluación identificadas —eficacia, seguridad, experiencia del usuario, eficiencia y equidad de la prestación de servicios— son objetivos intermedios del sistema de salud. Por lo tanto, en aras de la coherencia con el marco general, nos referimos a estas áreas de evaluación como objetivos intermedios. También son comunes a la evaluación de las tres subfunciones de prestación de servicios.

Independientemente de la conceptualización de la función de prestación de servicios en las herramientas de ESS descritas en el capítulo 2 (y, en consecuencia, en los informes de ESS específicos de cada país), esta es el área que inevitablemente desempeña un papel clave en las iniciativas de ESS (recuadro 7.1).

#### **Recuadro 7.1** *Prestación de servicios en las herramientas de ESS*

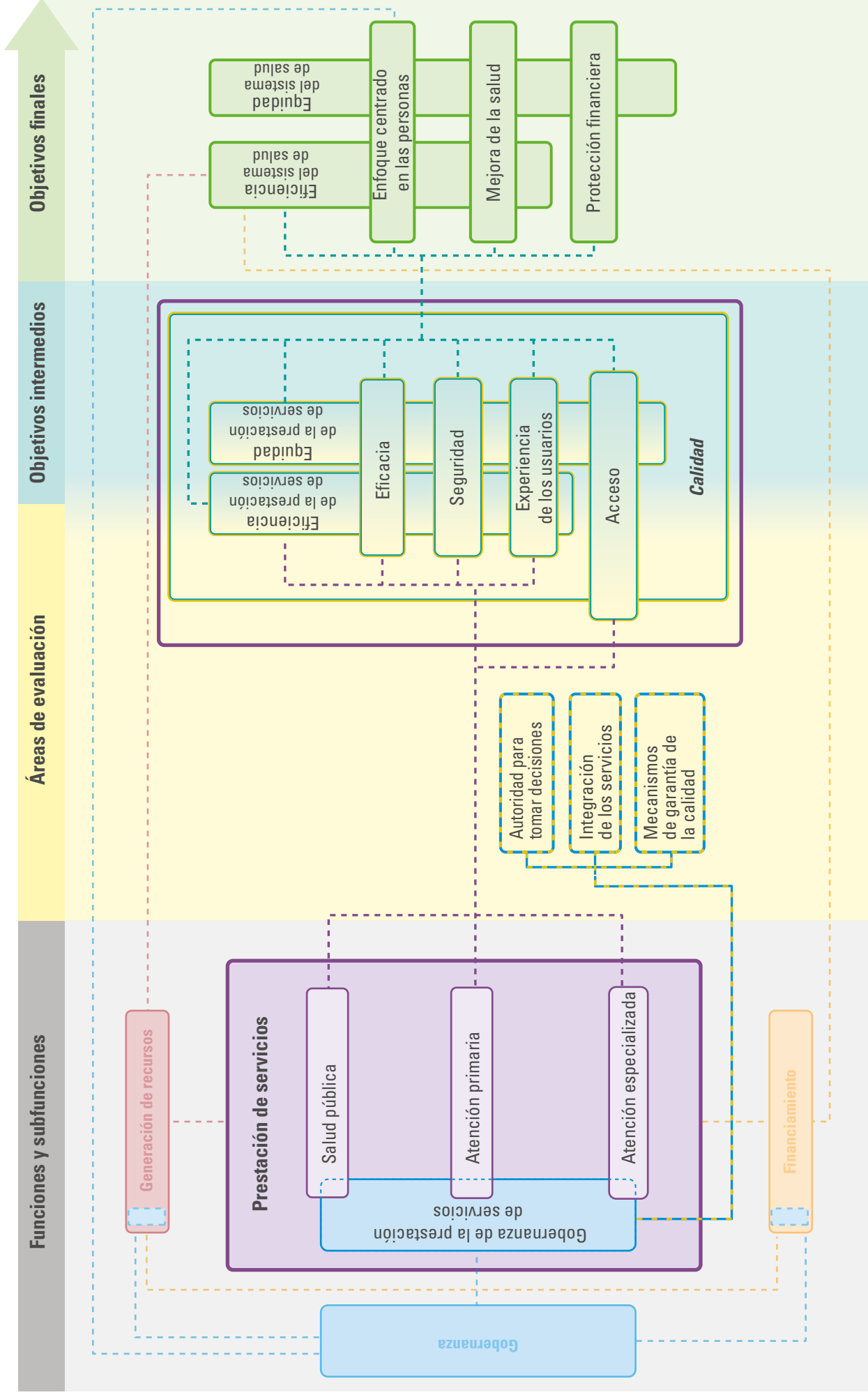
Existen variaciones entre las herramientas de ESS y los informes de los países en cuanto a las especificidades de la delimitación entre salud pública, atención primaria y atención especializada, independientemente de cuán amplia sea la clasificación de estas tres de acuerdo con el enfoque sugerido en este capítulo. Por ejemplo, la salud pública tiende a ser vista como un área aparte para la evaluación. En ese caso, el énfasis recae principalmente en el seguimiento, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Los informes de los países de ingresos bajos y medianos también incluyen la salud ambiental, generalmente centrada en los servicios de agua y saneamiento. En cuanto a la atención primaria, los informes de ESS de los países también tienden a señalarla con el primer punto de contacto con el sistema de salud, y los informes de ESS de los países de ingresos bajos y medianos tienden a centrarse principalmente en esta área, lo que podría deberse a la disponibilidad de datos. Con respecto a la atención especializada, los informes suelen documentarla desde el punto de vista programático, mencionando, por ejemplo, centros especializados para combatir brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos, centros especializados de rehabilitación, establecimientos de enfermedades tropicales desatendidas, etc. En lo que atañe el modo de prestación, en los informes a veces se distingue explícitamente entre la atención secundaria hospitalaria y la atención secundaria ambulatoria. Los informes nacionales de ESS de los países de ingresos bajos tienden a no evaluar sistemáticamente la atención especializada.

*Fuente:* Basado en una revisión de las herramientas de ESS y determinados informes nacionales de ESS (véase el capítulo 2).

#### **7.4.1** *Objetivos intermedios del sistema de salud como áreas de evaluación de la prestación de servicios*

La calidad es fundamental para el desempeño de la prestación de servicios de salud. Pero, como se destacó en el capítulo 2, hay muchas maneras diferentes de evaluar la calidad de los servicios y sistemas de salud.

**Figura 7.3** Evaluación de la prestación de servicios



--- Vínculos de desempeño dentro del sistema de salud

--- Evaluación de la gobernanza de la prestación de servicios

--- Gobernanza de la función

Fuente: Compilación de los autores.

La mayoría de los marcos se basan en el trabajo original de Donabedian, quien argumentó que los servicios de salud deberían evaluarse de acuerdo con la estructura, el proceso y el resultado, ya que “una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado” (Donabedian, 1980, 1988). Este enfoque se utilizó ampliamente en el estudio de la calidad de los servicios de salud, aunque se agregó una dimensión adicional de productos para captar los resultados inmediatos de los servicios de salud prestados por trabajadores o instituciones de salud (recuadro 7.2).

**Recuadro 7.2** *Dimensiones de los servicios y sistemas de salud*

<b>Estructura (insumo)</b>	Atributos de los entornos en los que se proporciona la atención: recursos necesarios para la atención de salud (recursos materiales, recursos intelectuales, recursos humanos)
<b>Proceso</b>	Uso de los recursos: qué se hace para dar y recibir atención (relacionada con el paciente, por ejemplo: tasas de intervención, tasas de derivación; relacionada con la organización, por ejemplo: suministro de medicamentos, gestión de listas de espera, pago de personal)
<b>Producto</b>	Productividad o rendimiento (por ejemplo, duración de la estancia hospitalaria, tasa de alta, pero también: acceso, eficacia, equidad)
<b>Resultado</b>	Efectos de la atención de salud sobre el estado de salud de los pacientes y las poblaciones (finales: mortalidad, morbilidad, discapacidad, calidad de vida; intermedios: presión arterial, capacidad funcional, mejora del conocimiento, etc., pero también: experiencia)

*Fuente:* Adaptado de Nolte, McKee y Wait (2005)

Para el Instituto de Medicina de Estados Unidos, la calidad es el grado en que los servicios de salud prestados a las personas y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y compatibles con el conocimiento médico actual (Instituto de Medicina, 2001). El Instituto señaló seis dimensiones para evaluar esto:

- seguridad
- eficacia
- enfoque centrado en las personas
- puntualidad
- eficiencia
- equidad.

Se han agregado otras dimensiones, como el acceso, la aceptabilidad y la continuidad, y existe un grado de superposición entre las dimensiones (para una visión general, véase Nolte et al., 2011).

En un examen de indicadores de desempeño de ocho países de altos ingresos de la OCDE se observó que los dominios de desempeño del sistema de salud más utilizados eran la eficacia, el acceso, la seguridad y la eficiencia, y que había una considerable superposición de estos dominios (Braithwaite et al., 2017). Nos centramos en las seis dimensiones utilizadas con mayor regularidad y ampliamente consideradas como básicas para medir la función de prestación de servicios de los sistemas de salud. A los efectos de la evaluación del desempeño, utilizamos las definiciones de Nolte et al. (2011) y las Academias Nacionales de Ciencias y Medicina de Estados Unidos (2018):

- Eficacia: Medida en que un servicio logra los resultados intermedios y finales deseados, a nivel de paciente, población u organización.
- Seguridad: Medida en que los procesos de atención de salud evitan, previenen y mejoran los resultados adversos o las lesiones que se derivan de los procesos de atención misma.
- Experiencia del usuario: Medida en que la perspectiva del usuario del servicio y su experiencia con la atención de salud se miden y valoran como resultado de la prestación del servicio.
- Acceso: Medida en que los servicios están disponibles y accesibles de una manera oportuna y que no socava la protección financiera.
- Equidad: Medida en que la distribución de la atención de salud y sus beneficios entre una población es justa; implica que, en algunas circunstancias, algunas personas recibirán más atención que otras para reflejar las diferencias en cuanto a su capacidad para beneficiarse o en sus necesidades particulares.
- Eficiencia: Relación entre un producto específico (*output*) del sistema de salud y los recursos (*inputs*) utilizados para crear el producto (Palmer y Torgerson, 1999), distinguiendo entre eficiencia técnica y eficiencia de asignación (véase más adelante).

Algunas dimensiones describen la función de prestación de servicios de forma específica, en particular los dominios de eficacia, seguridad y experiencia del usuario relativos a la calidad, mientras que el acceso, la equidad y la eficiencia reflejan una interacción más amplia de todas las funciones del sistema de salud que, en última instancia, operan a

través de la prestación de servicios. Este enfoque es el que más se acerca al marco de la OCDE para evaluar la calidad técnica de la atención de salud, señalando que la calidad de la atención de salud significa que la atención prestada es eficaz, ya que logra resultados deseados con base en la necesidad; segura, porque reduce el daño causado en la ejecución de los procesos de atención de salud, y centrada en la persona (Kelley y Hurst, 2006).

Antes de analizar la evaluación de las subfunciones de la prestación de servicios (salud pública, atención primaria y atención especializada), abordamos brevemente las dimensiones de acceso, equidad y eficiencia como áreas transversales relacionadas con la prestación de servicios que reflejan aspectos más amplios del desempeño del sistema de salud.

#### **7.4.1.1 Acceso**

El acceso a los servicios de salud se ha conceptualizado de muchas maneras, pero se define con mayor frecuencia en relación con el uso de los servicios. Sin embargo, Levesque, Harris y Russell (2013) formularon un marco más amplio que reúne las diferentes dimensiones y determinantes del acceso a los servicios de salud. En el marco se establece la diferencia entre accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, adaptabilidad, asequibilidad y adecuación, junto con lo que denominaron *capacidades* de la población. Estas se definen como la capacidad para percibir, procurar, alcanzar, pagar e interactuar con los servicios de salud. Obviamente, los factores que determinan las diferentes dimensiones del acceso a los servicios van más allá de la función de prestación de servicios. Por lo tanto, el acceso está determinado, en gran medida, por las decisiones de gobernanza sobre la organización de los servicios y la población cubierta. Esto responde a las decisiones de financiamiento sobre lo que está cubierto y el grado de protección financiera proporcionado, y también a las decisiones sobre la generación de recursos relacionadas con la inversión en capital humano y físico.

Los indicadores de acceso incluyen una serie de marcadores directos, como:

- necesidad insatisfecha, cuando las personas necesitan atención pero no pueden recibirla
- razones financieras, como el costo de la atención
- factores geográficos, como la distancia y la falta de transporte
- disponibilidad del servicio, que podría reflejarse en las listas de espera.

Los marcadores indirectos incluyen las consecuencias para la salud de no poder acceder a la atención de manera oportuna, como por ejemplo, las tasas de amputación entre personas con diabetes o la reducción de la supervivencia debido a diagnósticos tardíos. Otro marcador es el nivel de utilización del servicio, aunque los indicadores de uso excesivo o subutilización de los servicios deberían interpretarse con precaución (Elshaug et al., 2017). Indicadores como la utilización y los resultados, que pueden usarse para medir el acceso tanto del lado de la demanda como del lado de la oferta, deben examinarse juntos para evitar interpretaciones erróneas y asegurarse de que las decisiones estén debidamente fundamentadas.

Los límites no son claros, como se puede ver en los ingresos hospitalarios por afecciones crónicas como la diabetes o las insuficiencias cardíacas. Como estas afecciones son potencialmente evitables cuando se tratan adecuadamente en la atención primaria, las altas tasas de ingresos pueden verse como un indicador de acceso deficiente a la atención primaria o como una falta de coordinación entre la atención primaria y la atención especializada. Esto podría ser el resultado de fallas de calidad o eficiencia o, de hecho, de ambas (Gibson, Segal y McDermott, 2013) (véase también el recuadro 7.3).

**Recuadro 7.3** *Ampliación del acceso a los servicios de atención primaria en Brasil*

En 1994, Brasil puso en marcha el Programa de Salud de la Familia, que incorporó equipos multiprofesionales integrados por al menos un profesional médico, uno de enfermería y un auxiliar de enfermería y no menos de cuatro agentes de salud comunitarios. Se asignaron zonas geográficas a los equipos, así como la responsabilidad de registrar y dar seguimiento al estado de salud de la población dentro de esa área, brindar servicios de atención primaria y derivar a otros niveles de atención de ser necesario. En estudios empíricos sobre los cambios asociados a la implementación del programa se determinó que entre 1999 y el 2007, los ingresos hospitalarios por enfermedades crónicas que comúnmente se consideran evitables en el contexto de una atención primaria de alta calidad —como las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el asma— disminuyeron a una tasa estadísticamente considerable, que fue casi el doble de la tasa de reducción de los ingresos hospitalarios por todas las demás causas (Macinko et al., 2010). En el estudio también se observó que los altos niveles de inscripción en el Programa de Salud de la Familia condujeron a una reducción del 13% de los “ingresos evitables” en comparación con aquellos con baja participación. Estas conclusiones se confirmaron en una evaluación más reciente de los impactos del programa para el período 1998-2013 (Cavalcante et al., 2018). Ambos estudios indican que los ingresos hospitalarios evitables por enfermedades crónicas son una forma útil de medir el acceso en el contexto de la expansión de los servicios de atención primaria.



### 7.4.1.2 Equidad

La equidad es una dimensión transversal tanto del sistema de salud como de su función de prestación de servicios porque abarca la equidad y la disponibilidad y distribución equitativas de los servicios de salud, así como los resultados alcanzados (véase el capítulo 3). En cuanto a la prestación de servicios, la equidad se centra en los efectos distributivos de la calidad y eficacia de los servicios prestados, así como en la capacidad de los diferentes grupos de población para acceder a esos servicios. La equidad tiene múltiples vertientes, que son más o menos pertinentes en cada contexto específico. Estas vertientes podrían ser geográficas e incluir variaciones entre países o diferencias regionales dentro de los países; diferencias socioeconómicas, incluidos el ingreso y la situación laboral, o demográficas con variables según la edad, el sexo y el origen étnico. En el recuadro 7.4 se ilustra este aspecto utilizando el ejemplo de la atención prenatal.

#### **Recuadro 7.4** *Equidad en la calidad de la atención prenatal*

Arsenault et al. (2018) examinaron la equidad en la calidad de la atención prenatal a partir de 91 encuestas nacionales de hogares realizadas entre el 2007 y el 2016. En el examen se determinó que si bien muchos países de ingresos bajos y medianos habían alcanzado altos niveles de cobertura de la atención prenatal (con un promedio de poco menos del 90% de las mujeres que habían asistido al menos a una visita de atención prenatal con un proveedor capacitado), el acceso a servicios de atención prenatal de calidad era mucho menor. Esto fue particularmente cierto en los países de ingresos bajos, donde poco más de la mitad de las mujeres (54%) informaron haber recibido servicios prenatales de calidad, medidos como el control de la presión arterial y la toma de muestras de orina y sangre en cualquier momento durante el embarazo. En el estudio también se observaron desigualdades considerables dentro de los países, ya que las mujeres en el extremo superior de la distribución de la riqueza tienen, en promedio, cuatro veces más probabilidades de informar de una atención de buena calidad que las del extremo inferior. Es importante destacar que los niveles nacionales de calidad de la atención prenatal estaban más fuertemente correlacionados con el PIB per cápita que con la cobertura. Esto indica que lograr la paridad en los objetivos de salud materna, neonatal e infantil a nivel mundial requerirá “una mayor concentración en la calidad de los servicios de salud y su distribución equitativa”.

### 7.4.1.3 Eficiencia

La eficiencia es también una dimensión transversal tanto de la prestación de servicios como del desempeño del sistema de salud (capítulo 3), pero hay diferentes maneras de pensar sobre la eficiencia en el contexto de la prestación de servicios.

La eficiencia técnica cubre el desempeño operativo (Cylus, Papanicolas y Smith, 2017). Entre las medidas para aumentar la eficiencia técnica en la prestación de servicios

figuran las destinadas a reducir la duplicación de servicios; límites al uso de insumos costosos o innecesarios a través de medidas como la reducción de la prescripción de medicamentos de marca y el uso de profesionales de enfermería en lugar de personal médico para proporcionar servicios cuando sea apropiado, o reducir errores y eventos adversos a nivel del sistema, la organización y el paciente (Bentley et al., 2008).

La eficiencia en la asignación se refiere a la elección de insumos o productos, así como a las medidas para mejorar la eficiencia de la asignación, lo que incluye el reequilibrio de los servicios en todo el sistema de salud. Esto podría incluir trasladar la atención a la comunidad, coordinar la atención de manera más eficaz o fortalecer la atención preventiva con medidas como incentivos a nivel de proveedor y sistema. La eficiencia de la prestación de servicios recibe la influencia de las decisiones de gobernanza, como por ejemplo:

- adopción de tecnologías y tratamientos costoeficaces
- marcos de garantía de la calidad más amplios, incluidas normas y directrices nacionales
- decisiones de financiamiento en torno a la incentivación y el reembolso a los proveedores de servicios
- decisiones de generación de recursos relacionadas con la inversión y la combinación adecuada de las capacidades, competencias e infraestructura necesarias para brindar la atención adecuada a las personas correctas en el lugar apropiado.

Además, existe un componente explícito de evaluación de la prestación de servicios relacionado con la medida en que los servicios utilizan las condiciones establecidas por el marco más amplio de gobernanza y financiamiento (véase el recuadro 7.5).

#### **7.4.2 Evaluación del desempeño de las subfunciones de prestación de servicios**

Es importante recordar que los límites entre las subfunciones de prestación de servicios a menudo están mal definidos porque su alcance y amplitud están determinados, en gran medida, por los contextos regionales y nacionales específicos dentro de los cuales se organizan y financian estas funciones. Por esta razón, proponemos un conjunto de mediciones indicativas destinadas a hacer una evaluación global de la eficacia, la seguridad, la experiencia del usuario, el acceso, la equidad y la eficiencia, que se basan en las fuentes existentes cuando estén disponibles. Por *global* queremos decir que estos indicadores deberían ser aplicables y estar disponibles para los países en todas las etapas de

desarrollo económico. Los indicadores propuestos se presentan en los cuadros 7.1 a 7.3 y están organizados en indicadores de estructura, proceso y resultados.

**Recuadro 7.5** *Medición de la eficiencia en la prestación de servicios: uso de antibióticos*

El uso excesivo o indebido de antibióticos es un problema mundial reconocido con importantes implicaciones para la resistencia a los antimicrobianos (Brownlee et al., 2017). Como tal, el uso de antibióticos es un indicador de desempeño en una serie de áreas. Proporciona una medida de la eficiencia de la prestación de servicios porque la prescripción innecesaria de antibióticos desperdicia recursos directamente, y también indirectamente debido al aumento de las tasas de resistencia a los antimicrobianos. Sin embargo, los límites entre las diferentes áreas de evaluación no son claros y pueden superponerse con otras áreas de desempeño. Por ejemplo, las mediciones directas del uso excesivo incluyen la prescripción inadecuada, generalmente en la atención ambulatoria, lo cual puede verse como un indicador de eficacia clínica, ya que los pacientes no deberían recibir tratamientos que no estén clínicamente indicados. La prescripción de antibióticos también puede relacionarse con la seguridad, ya que la prescripción innecesaria expone a los pacientes a daños como efectos adversos y resistencia a los antimicrobianos.

#### **7.4.2.1 Evaluación de la salud pública**

Lo que constituye un buen desempeño de la salud pública como subfunción puede variar. Esto se refleja en las herramientas de evaluación para diferentes marcos, que varían en alcance y profundidad (OMS, 2018). Las herramientas disponibles utilizan autoevaluaciones, cuestionarios y estudios de casos nacionales para evaluar el desempeño de una función de salud pública determinada. Sin embargo, no existe un marco general para la evaluación de los servicios de salud pública que incluya indicadores del mundo real (Williams y Nolte, 2018). Un examen de las estrategias para garantizar la calidad de los servicios de salud pública en un conjunto de países europeos (Rechel et al., 2018) reveló que los enfoques existentes se centraban en determinados indicadores de protección de la salud, como las tasas de vacunación; las tasas de notificación e incidencia de una serie de infecciones, e indicadores de prevención de enfermedades y mejora de la salud, como el consumo de tabaco y alcohol (Williams y Nolte, 2018). Los enfoques existentes a menudo incluyen indicadores de diagnóstico temprano, como la detección del cáncer, pero puede haber una superposición considerable con la función de atención primaria, particularmente si el tamizaje no se basa en la población. A nivel mundial, varias de las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud captan los dominios básicos de salud pública: protección de la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades. En el cuadro 7.1

proponemos una selección de estos indicadores, o indicadores conexos, junto con el indicador general de mortalidad prevenible, que definimos como muerte prematura por causas que pueden evitarse o reducirse a través de políticas de salud pública o políticas en otros sectores que afectan la salud pública (Nolte y McKee, 2004).

**Cuadro 7.1** Mediciones indicativas para la salud pública

Área de evaluación	Mediciones indicativas	S P O	Nota	Puntos fuertes y puntos débiles
<b>Eficacia</b>	Mortalidad prevenible (incluye la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito; mortalidad por determinadas enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el cólera, el paludismo, el VIH/sida y la gripe)	✓		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Medida global de la eficacia de las políticas de salud pública</li> <li>· Centrado en la mortalidad</li> <li>· Indicador global actualmente disponible de forma regular solo para los países de la OCDE (OECD.Stat, 2020b); las tasas de mortalidad por causas específicas están disponibles habitualmente en la OMS (2016b) Kruk et al. (2018b) proporcionan el número de exceso de muertes prevenibles mediante intervenciones a nivel de la población (2016) para 137 países de ingresos bajos y medianos</li> </ul>
	Cuando no se disponga de datos sobre la mortalidad prevenible como medida global, podría utilizarse en su lugar la mortalidad por traumatismos causados por accidentes de tránsito, determinadas enfermedades infecciosas, etc.	✓	Indicador 3.6.1 de los ODS (tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tránsito)	
	Supervivencia infantil (menores de 5 años)	✓	Indicador 3.2.1 de los ODS (tasa de mortalidad de niños menores de 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponible regularmente en OECD.Stat (2020b)</li> <li>· Centrado en la mortalidad</li> </ul>
	Prevalencia de la malnutrición infantil	✓	Indicador 2.2.2 de los ODS	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Indicador de la eficacia combinada de la nutrición, el saneamiento, la inmunización y el seguimiento de las políticas de salud pública</li> <li>· Disponible habitualmente en la OMS (2016b)</li> </ul>
	Cobertura de la vacunación para diferentes enfermedades (sarampión, poliomielitis, DTT, etc.)	✓	Indicador 3.b.1 de los ODS (proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponible habitualmente en la OMS (2016b)</li> </ul>
	Tasas de incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación	✓		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Demuestra la eficacia de los programas de vacunación</li> <li>· Disponibilidad mundial limitada a datos sobre la prevalencia de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola; probablemente subnotifica la prevalencia “verdadera” (OMS, 2016b)</li> </ul>
	Prevalencia del consumo de tabaco	✓	Indicador 3.a.1 de los ODS	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponible habitualmente en la OMS (2016b)</li> </ul>

Área de evaluación	Mediciones indicativas	S P O	Nota	Puntos fuertes y puntos débiles
<b>Seguridad</b>	Tasa de mortalidad atribuida al agua contaminada, saneamiento inseguro y falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos)	✓	Indicador 3.9.2 de los ODS	· Disponible habitualmente en la OMS (2016b)
<b>Experiencia del usuario</b>	Ninguna indicada			
<b>Acceso</b>	Prevalencia de poblaciones que utilizan fuentes de agua insalubres o no mejoradas	✓	Indicador 6.1.1 de los ODS	· Disponible en el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2019) · Indicadores de desarrollo mundial (inversa: proporción de personas con acceso a servicios de agua potable gestionados de forma segura; proporción de personas con acceso a servicios de saneamiento gestionados de forma segura) (Banco Mundial, 2020)
<b>Equidad</b>	Indicadores de eficacia anteriores a nivel subnacional/por subgrupo de población (por ejemplo, urbano-rural, situación socioeconómica)	✓	n/a	· No disponible con regularidad
<b>Eficiencia</b>	Ninguna indicada			

*Fuente:* Compilación de los autores.

*Nota:* DTT, difteria, tétanos, tosferina; O, resultado; OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; P, proceso; S, estructura; ODS, Objetivos de Desarrollo Sostenible.

#### 7.4.2.2 Evaluación de la atención primaria

La atención primaria es fundamental para el logro del desarrollo sostenible (Pettigrew et al., 2015) y, en particular, la cobertura universal de salud. La Declaración de Astaná del 2018 reafirmó los valores y principios de la Declaración de Alma Ata, que entiende la atención primaria de salud como la base de un sistema de salud sostenible (Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, 2018). En este contexto, la formulación de medidas para evaluar el desempeño de los sistemas de atención primaria de salud a nivel mundial se ha vuelto cada vez más importante. Las iniciativas clave incluyen la iniciativa sobre el desempeño de la atención primaria de salud (PHCPI, por su sigla en inglés), que debutó en el 2015 y que se centra en las mejoras de la atención primaria en los países de ingresos bajos y medianos (PHCPI, 2018), y la prioridad que acordara la Comisión Europea a la evaluación del desempeño de los sistemas de atención primaria

(Comisión Europea, 2018). En consonancia con la Declaración de Astaná, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) siguen evaluando y midiendo la atención primaria de salud (OMS y UNICEF, 2018).

No obstante su valor e importancia, estas iniciativas consideran los sistemas de atención primaria de forma aislada, no como parte del sistema de salud en general. Por ejemplo, el marco de la iniciativa PHCPI describe las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos, que se centran en la atención primaria, pero son difíciles de separar de aspectos relacionados con el nivel más global del sistema, como la cobertura financiera (PHCPI, 2018). Del mismo modo, el marco propuesto para evaluar la atención primaria en el contexto europeo considera 10 dominios (Kringos et al., 2019) e incluye funciones o subfunciones, como el financiamiento y la compra y la generación de recursos, en forma de infraestructura y recursos humanos. Este enfoque fortalece la atención primaria en general y es valioso para realizar evaluaciones que se centran en el desempeño de la función de atención primaria con el fin de guiar las reformas e inversiones de atención primaria en países de ingresos bajos y medianos (Veillard et al., 2017). Sin embargo, las evaluaciones del desempeño que se centran en los sistemas de salud en su conjunto necesitan un marco de evaluación general que incorpore una serie de medidas pertinentes. Con base en los marcos existentes de evaluación del desempeño de la atención primaria, en el cuadro 7.2 se propone una selección de indicadores que se centran específicamente en la subfunción de la atención primaria.

### 7.4.2.3 Evaluación de la atención especializada

Comparado con la salud pública y la atención primaria, el desempeño de los servicios especializados —o más específicamente, de atención secundaria y terciaria— se ha medido con mayor detalle (Cacace et al., 2011; Rechel et al., 2016). Gran parte de este esfuerzo ha tenido lugar en países de ingreso alto, bajo la forma de datos de desempeño de determinados servicios hospitalarios que se notifican públicamente en un intento de promover una atención especializada de alta calidad y eficiente. El programa de la OCDE sobre la calidad y los resultados de la atención de salud —conocido como el proyecto de indicadores de calidad de la atención de salud (HCQI)— ha estado formulando indicadores comparables internacionalmente para evaluar lo que denomina atención aguda. En el 2019, estos indicadores, junto con determinados indicadores de la atención primaria, atención de salud mental y atención del cáncer, abarcaron casi 40 países e incluyeron a países no miembros de la OCDE, como Singapur, Costa Rica y Malta

(OCDE, 2020). Muchos de estos indicadores se basan en sistemas de recopilación de datos hospitalarios bastante avanzados, que pueden no estar siempre disponibles en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.

En este contexto, datos existentes sobre la calidad de la atención a menudo se generan en programas verticales y se centran solo en áreas específicas del sistema de salud. Con frecuencia se trata de datos sobre la salud materno-infantil o la infección por el VIH y la tuberculosis, con énfasis en los insumos de los servicios de salud (Kruk et al., 2018a). En el cuadro 7.3 se propone un conjunto de indicadores de desempeño para la atención especializada.

**Cuadro 7.2** Mediciones indicativas para la atención primaria

Área de evaluación	Mediciones indicativas	S	P	O	Nota	Puntos fuertes y puntos débiles
<b>Eficacia</b>	Mortalidad prevenible (muertes que deberían haberse evitado con una atención oportuna y de buena calidad)			✓		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Medida global de la eficacia de la calidad de la atención médica</li> <li>· Disponible en el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria para el período 1990-2016 (2019);</li> <li>· Centrado en la mortalidad</li> <li>· Cubre la calidad de la atención de salud en su conjunto (no distingue entre atención primaria y atención especializada)</li> </ul>
	Adhesión a las directrices clínicas para cinco casos clínicos <ul style="list-style-type: none"> <li>· diarrea aguda</li> <li>· neumonía</li> <li>· diabetes <i>mellitus</i></li> <li>· tuberculosis pulmonar</li> <li>· paludismo con anemia</li> </ul>		✓		Indicador básico de la iniciativa PHCPI	Disponible en los indicadores de prestación de servicios del Banco Mundial solo para un determinado número de países (Service Delivery Indicators, 2017).
<b>Atención prenatal</b>	Atención prenatal de calidad (porcentaje de mujeres que informaron de que se verificó su presión arterial y entregaron muestras de orina y sangre en algún momento durante el embarazo entre aquellas que procuraron atención con proveedores calificados)		✓			<ul style="list-style-type: none"> <li>· Proporciona una medida integral de atención prenatal de calidad que va más allá de la cobertura.</li> <li>· Disponible en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de UNICEF 2007-2016</li> </ul>
<b>Enfermedades infecciosas</b>	Personas con infección por el VIH que reciben TAR		✓			Disponible habitualmente en la OMS (2016b)

Área de evaluación	Mediciones indicativas	S	P	O	Nota	Puntos fuertes y puntos débiles
<b>Enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes)</b>	Proporción de personas con diabetes que no están diagnosticadas (20-79 años)		✓			Estimaciones mundiales disponibles con la Federación Internacional de la Diabetes (2020)
	Proporción de la población adulta que toma medicamentos para la diabetes cuya glucemia está controlada		✓		Indicador básico de la iniciativa PHCPI	Disponible en los informes nacionales de STEPS de la OMS para los PIBM (OMS, 2020b).
	Tasa de ingresos hospitalarios de personas de 15 años o más con: <ul style="list-style-type: none"> <li>· hipertensión arterial</li> <li>· asma</li> <li>· EPOC</li> <li>· complicaciones de la diabetes</li> </ul> También eficiencia			✓		Disponible habitualmente solo para países de la OCDE (OCDE.Stat, 2020a)
	Tasa de amputación de extremidades inferiores por la diabetes				✓	
<b>Salud mental</b>	Tasa de mortalidad por suicidio				Indicador 3.4.2 de los ODS	Disponible habitualmente en la OMS (2016b)
<b>Seguridad</b>	Disponibilidad mínima de equipos (porcentaje del número de equipos esenciales necesarios para proporcionar servicios de salud esenciales eficaces y seguros que están disponibles y funcionando)	✓			Indicador básico de la iniciativa PHCPI	Disponible en los indicadores de prestación de servicios (2017) y en la evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios de la OMS (SARA) para determinados países (OMS, 2020a)
	Error médico, de medicación y de pruebas de laboratorio notificado por el paciente (porcentaje de notificación)		✓			Disponible solo para determinados países de la OCDE
<b>Experiencia de los usuarios</b>	El médico habitual del usuario explica la atención de una manera que es fácil de entender (PIA) Se calificó como una medida buena o mejor de cómo el proveedor escuchó en la última visita ambulatoria			✓		Disponible solo para determinados países (Fondo de la Commonwealth, 2020) para PIA; HQSS para 12 PIBM (Kruk et al., 2018a)



Área de evaluación	Mediciones indicativas	S	P	O	Nota	Puntos fuertes y puntos débiles
Acceso	Porcentaje de personas de 16 años o más que declaran necesidades no satisfechas de examen o tratamiento médico (UE+EEE)	✓			Indicador básico de la iniciativa PHCPI	Estimaciones disponibles en Eurostat (2019) (UE+EEE) y en la Encuesta Demográfica y de Salud (PIBM)
	Porcentaje de mujeres que informan de barreras en el acceso a la atención debido a la distancia o porcentaje de mujeres que informan de barreras en el acceso a la atención debido al costo del tratamiento		✓			
Equidad	Indicadores anteriores de eficacia a nivel subnacional o por subgrupo de población (por ejemplo, urbano-rural, situación socioeconómica)					No disponibles con regularidad
Eficiencia	Tasa de ingreso hospitalario de personas de 15 años o más con: <ul style="list-style-type: none"> <li>· hipertensión arterial</li> <li>· asma</li> <li>· EPOC</li> <li>· complicaciones de la diabetes</li> </ul>		✓			Disponible habitualmente solo para países de la OCDE (OCDE.Stat, 2020a)

Fuente: Compilación de los autores.

Nota: TAR, tratamiento antirretroviral; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; UE, Unión Europea; EEE, Espacio Económico Europeo; PIA, países de ingreso alto; HQSS, Comisión sobre sistemas de salud de alta calidad en tiempos de los ODS, de Lancet Global Health; PIBM, países de ingresos bajos y medianos; O, resultado; OCDE, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; P, proceso; PHCPI, iniciativa sobre el desempeño de la atención primaria de salud.

**Cuadro 7.3** Mediciones indicativas para la atención especializada

Área de evaluación	Mediciones indicativas	S	P	O	Nota	Puntos fuertes y puntos débiles
Eficacia	Tasa de mortalidad hospitalaria dentro de los 30 días posteriores al ingreso por infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular			✓		Disponible habitualmente solo para países de la OCDE (OCDE.Stat, 2020a)
	Tasa de mortalidad perioperatoria			✓		Disponible para 18 países de ingreso alto y mediano (The Lancet Commission on Global Surgery, 2015)
Seguridad	Proporción de la población sin acceso a cirugía y anestesia seguras y asequibles	✓				Disponible en Alkire et al. (2015)

<b>Experiencia de los usuarios</b>	Porcentaje estimado de pacientes gravemente heridos transportados en ambulancia	✓	Estimaciones disponibles en la OMS (2016b)
<b>Acceso</b>	Proporción de la población sin acceso a cirugía	✓	Disponible en Alkire et al. (2015)
	Acceso a servicios de radioterapia	✓	Disponible en Yap et al. (2016)
<b>Equidad</b>	Indicadores anteriores de eficacia a nivel subnacional o por subgrupo de población (por ejemplo, urbano-rural, situación socioeconómica)		No disponibles habitualmente
<b>Eficiencia</b>	Tasa de ingreso hospitalario de personas de 15 años o más con: <ul style="list-style-type: none"> <li>· hipertensión arterial</li> <li>· asma</li> <li>· EPOC</li> <li>· complicaciones de la diabetes</li> </ul>	✓	Disponible habitualmente solo para países de la OCDE (OCDE.Stat, 2020a)

*Fuente:* Compilación de los autores.

*Nota:* EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; O, resultado; OCDE, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; P, proceso; S, estructura.

### 7.4.3 Evaluación de la gobernanza de la prestación de servicios: autoridad para tomar decisiones, integración de servicios y mecanismos de garantía de la calidad

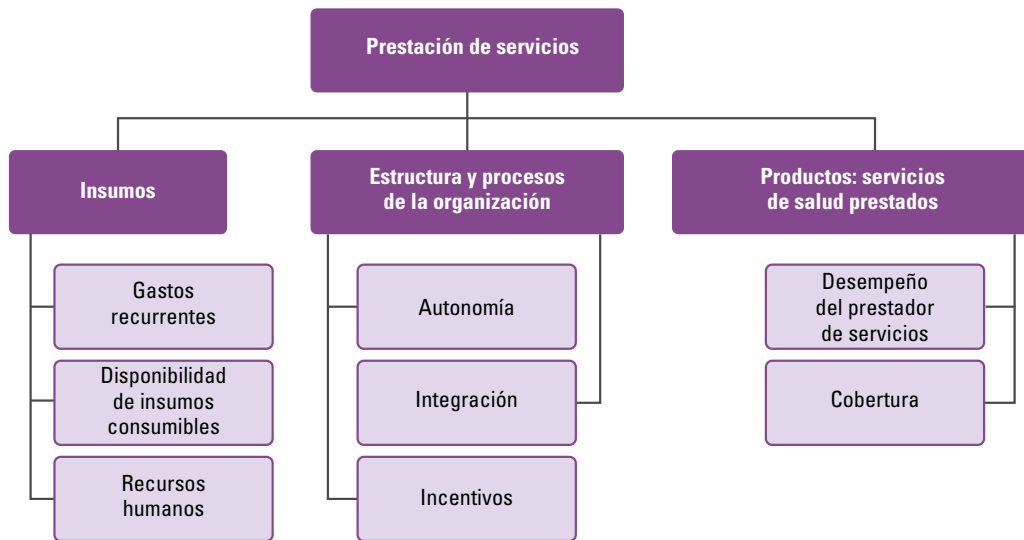
A partir de la conceptualización de Murray y Frenk (2000), Adams et al. (2003) sugirieron evaluar el desempeño de la función de prestación de servicios mediante el examen de tres temas clave (figura 7.4):

- insumos del sistema de salud, es decir, recursos financieros, físicos y humanos
- estructura y procesos organizativos, que los autores definieron como autonomía, integración e incentivos
- productos, es decir, la cantidad y calidad de los servicios de salud en relación con las necesidades de salud de la población.

Las áreas de insumos del sistema de salud, tal como fueron conceptualizadas por Adams et al., se tratan en los capítulos sobre las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos de este volumen. En este capítulo nos centramos en lo que

Adams et al. describieron como estructura y procesos organizativos, en particular autonomía e integración. Ampliamos el concepto de autonomía para considerar la autoridad para la toma de decisiones en términos más amplios e incluir la garantía de la calidad como una dimensión aparte de la gobernanza de los servicios de salud.

**Figura 7.4** Marco de evaluación de la prestación de servicios (Adams et al.)



Fuente: Adams et al. (2003).

### 7.4.3.1 Autoridad para tomar decisiones

Al conceptualizar la estructura organizativa de los servicios de salud, Adams et al. (2003) destacan “el grado en que la toma de decisiones se delega a entidades semiautónomas como hospitales o redes de proveedores”, centrándose así en los establecimientos que brindan servicios de salud especializados. La investigación existente se ha centrado en la autonomía del sector hospitalario y del proveedor; desde los años noventa, esto ha ocurrido en el contexto de los esfuerzos para mejorar el desempeño hospitalario y la creencia de que la autonomía financiera y administrativa de los hospitales públicos es clave para mejorar los resultados de salud (Saltman et al., 2011; Chabrol, Albert y Ridde, 2019). Las políticas diseñadas para lograr esta autonomía han variado desde el establecimiento de organizaciones cuasi independientes, que tienen cierta autonomía sobre la toma de decisiones pero siguen siendo la propiedad pública y deben rendir cuentas al gobierno, hasta organizaciones totalmente independientes donde las líneas directas de rendición de cuentas al gobierno han sido reemplazadas por otras formas de supervisión del sector público (Ravaghi et al., 2018; Rechel, Duran y Saltman, 2018).

Sin embargo, no hay evidencia clara de que el aumento de la autonomía de los hospitales haya mejorado su desempeño y, por implicación, el del sistema de salud. De hecho, lo opuesto puede ser cierto, como Ravaghi et al. (2018) han mostrado en un examen reciente de las reformas de autonomía hospitalaria en entornos de bajos recursos. Los investigadores llegaron a la conclusión de que estas políticas no han dado los resultados deseados en términos de mejorar la calidad, la eficiencia y la rendición de cuentas; y en algunos casos tales reformas han llevado a un aumento de los costos hospitalarios y los pagos directos. Hay varias razones para esto, incluida la implementación incompleta de políticas relacionadas, por ejemplo, con la falta de un compromiso pleno del nivel central para trasladar las responsabilidades al nivel institucional local (De Geyndt, 2017) o la falta de escrutinio por parte del sector público y los hospitales que utilizan el interés público para aumentar sus ingresos al concentrarse en servicios más rentables (Mills, 2014). Por lo tanto, cualquier evaluación de la autonomía institucional debe tener en cuenta disposiciones de gobernanza más amplias para los hospitales, como los mandatos hospitalarios sobre la calidad del servicio; la integración de la atención hospitalaria y ambulatoria, y mecanismos apropiados para fortalecer la gobernanza clínica (Bloom y Nolte, 2019). Además, es necesario considerar de manera más general la gobernanza de los sistemas más amplios, especialmente los mecanismos generales de rendición de cuentas en vigor.

Los debates sobre la autonomía se han centrado en los hospitales como organizaciones individuales y su desempeño, en lugar de la relación del desempeño de cada organización individual con el desempeño del sistema en general. Hay poco trabajo sistemático que considere la autonomía con respecto a las instituciones de salud pública y atención primaria, o las redes formales o informales de proveedores. En este caso, el nivel de evaluación más pertinente es el de las administraciones regionales, como el gobierno local o las autoridades de salud locales, que supervisan la organización y prestación de estos servicios, y el grado de autonomía o de autoridad para la toma de decisiones que se les otorga.

#### **7.4.3.2 Integración de los servicios**

La integración, tal como la conceptualizaron Adams et al. (2003), se refiere a “la medida en que se combinan diferentes insumos, la organización, la gestión y las funciones de servicio”.

En términos más generales, el interés en la integración del servicio refleja una creciente preocupación acerca del enfoque continuo de los sistemas de salud en las enfermedades agudas y episódicas y su dependencia de la prestación de servicios hospitalarios (Nolte, 2017). Además del alto costo de estos servicios, la cambiante carga de morbilidad y el creciente número de personas con múltiples problemas de salud crónicos plantean preguntas sobre la idoneidad y eficiencia de este enfoque (Nguyen et al., 2019). Los servicios de salud se han desarrollado de formas que han tendido a fragmentar la prestación. Por lo general, las personas reciben atención de muchos proveedores diferentes, a menudo en distintos entornos o instituciones y con poca coordinación entre ellos. La falta de una mejor coordinación de los servicios a lo largo del continuo de atención puede dar lugar a eventos adversos, como hospitalizaciones prevenibles y errores de medicación (Vogeli et al., 2007; Hajat y Stein, 2018).

Este es el contexto en el que los sistemas de salud de todo el mundo están estudiando nuevos enfoques para la prestación de servicios que vinculen mejor las diferentes profesiones, proveedores e instituciones a lo largo del continuo de atención con el fin de proporcionar un mejor apoyo a las personas con necesidades de salud y atención de larga data (Nolte y McKee, 2008a; Nolte, Knai y Saltman, 2014; OMS, 2015a). Los esfuerzos de integración a menudo ocurren junto con acciones más amplias para fortalecer la atención primaria como núcleo para coordinar la atención (OMS, 2008; Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud, 2018). Esto puede incluir la introducción y el fortalecimiento de vías de derivación entre diferentes proveedores y niveles de atención o la incorporación de servicios especializados en la comunidad para aumentar la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad de la prestación de servicios, y así mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud en general (Winpenney et al., 2016).

Cualquier esfuerzo por integrar los servicios tendrá que integrarse a la gobernanza más general de los sistemas de salud. Esto debería incluir el desarrollo de un marco regulatorio apropiado y sistemas de desempeño y seguimiento, y otorgar la misma importancia a las funciones de financiamiento y generación de recursos para garantizar los recursos financieros, físicos y humanos necesarios para crear sistemas de prestación de servicios más integrados (Nolte y McKee, 2008b). Además, dado que los sistemas de salud a nivel mundial se encuentran en diferentes etapas de integración de los servicios, los enfoques para su evaluación serán diferentes. También lo será la gama de posibles indicadores de que disponen las autoridades y los profesionales para dar seguimiento y comprender el desempeño de la atención integrada (Comisión Europea, 2017). Las revisiones publicadas apuntan a una amplia gama de indicadores potenciales —en particular el proceso y los

resultados— para evaluar la integración de servicios en diferentes dominios (OMS, 2015b; Comisión Europea, 2017; Suter et al., 2017; Kelly et al., 2020). Sin embargo, muchos de estos indicadores, en particular las mediciones de resultados, evalúan el desempeño de la prestación de servicios y los sistemas de manera más amplia, por lo que no se refieren específicamente a la atención integrada. Como ejemplos podrían mencionarse las mediciones de resultados como la mortalidad o la salud autonotificada, o mediciones de proceso como la duración de la estancia hospitalaria (Comisión Europea, 2017; Suter et al., 2017). Se necesitan indicadores que evalúen específicamente el desempeño de la prestación de servicios integrados, en particular indicadores de estructura. En términos más generales, se requiere un conjunto común de mediciones para facilitar la evaluación comparativa de la integración entre sistemas y a lo largo del tiempo.

#### **7.4.3.3 Mecanismos de garantía de la calidad**

La calidad de la prestación de servicios es determinada en gran medida por la gobernanza general y el marco regulatorio a nivel del sistema, que deberían definir normas fundamentales sobre la atención que recibirán los usuarios de los servicios y la población en general. Los mecanismos de garantía de la calidad incluyen regulaciones y procesos integrados en la gobernanza del sistema de salud que definen normas de calidad para la prestación de servicios de salud, por lo que incluimos mecanismos de garantía de la calidad como una dimensión distinta de la gobernanza de la prestación de servicios de salud.

Los mecanismos de garantía de la calidad a nivel del sistema incluyen mecanismos obligatorios, como licencias profesionales (incluida la revocación o suspensión de licencias), legislación sobre negligencia médica, mejora continua obligatoria con informes relativos a la calidad, notificación obligatoria de incidentes, auditoría externa e inspección. Además, existe una serie de mecanismos basados en el mercado, incluidos los pagos de incentivos, la gobernanza mediante la contratación y la evaluación comparativa de proveedores y las tablas de clasificación del desempeño (Schweppenstedde et al., 2014) (véase también el capítulo 5 sobre generación de recursos). Sin embargo, existe una considerable superposición con los mecanismos existentes a nivel organizativo, en particular con mecanismos voluntarios como la acreditación voluntaria de establecimientos y las iniciativas de mejora de la calidad, así como protocolos clínicos y el seguimiento de la calidad y la seguridad a nivel de la organización cuando no existe un sistema obligatorio a nivel nacional o regional.

Algunos indicadores a nivel de organización se incluyen en las mediciones indicativas para la evaluación del desempeño de las funciones de prestación de servicios de salud (que se muestran en los cuadros 7.1 a 7.3). Estos tienden a centrarse en los insumos, como la disponibilidad de personal y equipos adecuados en entornos de bajos ingresos, que se pueden encontrar en los recursos existentes, incluida la herramienta de evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios de la OMS (OMS, 2020a). Se necesitan indicadores que reflejen de manera más completa los mecanismos de garantía de la calidad a nivel operativo. Dichos indicadores deben mostrar el grado en que los establecimientos y los proveedores participan en la formulación y aplicación de normas de atención a nivel local y definir mecanismos para el seguimiento y la presentación de informes de forma continua. Esto mejoraría la eficacia, protegería la seguridad del paciente y garantizaría la rendición de cuentas.

#### 7.4.3.4 Medición indicativa para evaluar la gobernanza de la prestación de servicios

Como se señaló anteriormente, a menudo se observa poca claridad sobre indicadores específicos que reflejen el desempeño de la gobernanza de la prestación de servicios. En el cuadro 7.4 se enumeran algunas mediciones indicativas propuestas por la OMS (2021).

**Cuadro 7.4** *Mediciones indicativas para la gobernanza de la prestación de servicios*

Área de evaluación	Mediciones indicativas	Notas
<b>Autoridad para tomar decisiones</b>	¿Qué grado de autonomía tiene la entidad proveedora de servicios (establecimiento, distrito, red de proveedores, región) para tomar decisiones operativas, tácticas y estratégicas?	Las decisiones operativas se refieren a decisiones cotidianas, como la programación de horarios del personal de salud, la distribución de suministros, la programación de cirugías, etc. Estas son generalmente decisiones simples y rutinarias. Las decisiones tácticas se refieren a la capacidad de negociar contratos, establecer objetivos, etc. Son más complejas que las decisiones operativas y requieren una visión a mediano plazo de cómo lograr los objetivos establecidos en una política o estrategia. Las decisiones estratégicas se refieren a la planificación a largo plazo, conciliar acuerdos entre diferentes prioridades a largo plazo, formar alianzas, adaptarse a los cambios externos que afectan la planificación y la implementación (por ejemplo, competencia con otras redes de proveedores y hospitales, cambios en la legislación, tendencias demográficas, preocupaciones ambientales)
<b>Integración de los servicios</b>	Existencia de una estrategia/plan/política a nivel nacional para promover la prestación integrada de servicios	Preguntas de apoyo: ¿En la estrategia se establecen objetivos claramente definidos, se indican medidas concretas y se mencionan los organismos responsables de velar por su implementación? ¿Existen otros mecanismos para facilitar la prestación integrada de servicios, como la indicación de vías de derivación; incentivos para promover la coordinación/el trabajo conjunto de los proveedores mediante, por ejemplo, la creación de equipos multidisciplinarios o redes de proveedores; mecanismos que apoyen la implementación de registros de salud compartidos?

<b>Mecanismos de garantía de la calidad</b>	Existencia de enfoques nacionales para la garantía de la calidad de los servicios de salud	<p>Preguntas de apoyo:</p> <p>¿El país o la región tiene una estrategia para garantizar una atención de alta calidad a todos los niveles del sistema con objetivos claramente definidos, medidas señaladas y organismos responsables de velar por su ejecución?</p> <p>¿Existen otros instrumentos para mejorar la calidad de la atención, por ejemplo, directrices clínicas, procedimientos normalizados de trabajo, auditorías clínicas y revisiones de defunciones, sistemas para notificar eventos adversos y sistemas de retroinformación de los pacientes?</p>
---	--	--

*Fuente:* OMS (2021).

## 7.5 Conclusiones

En este capítulo se propone una conceptualización de la función y las subfunciones de prestación de servicios dentro de un sistema de salud, y se hacen sugerencias para evaluar el desempeño de la prestación de servicios, tanto como producto de las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos como un medio a través del cual se está logrando la mayoría de los objetivos del sistema de salud. Mostramos que hay muchas maneras posibles de conceptualizar y evaluar la función de prestación de servicios de salud, y se sigue necesitando un marco generalizable para evaluar esta función en el contexto de la evaluación del desempeño del sistema de salud en general. Proponemos un conjunto de áreas de evaluación —eficacia, seguridad, experiencia del usuario, acceso, equidad y eficiencia— para cada subfunción de la prestación de servicios, junto con la autoridad para tomar decisiones, la integración de los servicios y la garantía de la calidad para captar aspectos de gobernanza más amplios de las funciones de prestación de servicios.

En general, sigue habiendo cierto grado de ambigüedad y superposición entre las funciones básicas del sistema de salud, que es particularmente evidente en la prestación de servicios. Hemos tratado de reducir al mínimo esta superposición y duplicación atribuyendo áreas de evaluación específicas a cada función (véase también el capítulo 3). Dado que la gobernanza, el financiamiento y la generación de recursos repercuten en gran medida sobre la función de prestación de servicios, es difícil evaluar esta última de manera independiente de las demás funciones. Además, como se analiza en este capítulo y en el apéndice 7.1, la prestación de servicios puede conceptualizarse de muchas maneras. Hemos elegido las subfunciones de salud pública, atención primaria y atención especializada, ya que esto refleja la forma en que se organiza la prestación de servicios en la mayoría de los países. Este enfoque da cabida a los entornos individuales de los países en la evaluación del desempeño y permite a estos examinar áreas de servicios específicas —como la atención primaria o el nivel de integración entre la atención primaria y la atención especializada— con mayor detalle.



Al proponer mediciones indicativas para la evaluación de las subfunciones, nos valemos de indicadores para los que se dispone de datos a nivel mundial o para diferentes regiones, aunque esto está sujeto a la calidad, comparabilidad y exhaustividad de los datos. Las mediciones que hemos propuesto no son un inventario exhaustivo de las mediciones disponibles, sino más bien una selección de aquellas que consideramos más útiles. Si están disponibles, pueden constituir o complementar la base una evaluación contextual y cualitativa más profunda, que representa el núcleo de la mayoría de las ESS. Los países pueden optar por ampliar estas mediciones para reflejar mejor su propia organización y estructura de prestación de servicios. Es importante destacar que algunas áreas están menos bien representadas, en particular la gobernanza de la prestación de servicios. Es necesario desarrollar indicadores adecuados que reflejen mejor estas funciones.

## Referencias

- Adams O et al. (2003). Provision of personal and non-personal health services: Proposal for monitoring. En: Murray C, Evans D, editores. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Ginebra: OMS.
- Alkire B et al. (2015). Global access to surgical care: a modelling study. *Lancet Global Health*, 3:e316-e323.
- Arsenault C et al. (2018). Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Global Health*, 6:e1186-e1195.
- Banco Mundial (2020). World Development Indicators. Disponible en: <https://data-bank.worldbank.org/reports.aspx?source=world-development-indicators> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Bentley T et al. (2008). Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework. *Milbank Q*, 86:629-659.
- Black N, Gruen R (2005). *Understanding health services*. Maidenhead: Open University Press.
- Bloom G, Nolte E (2019). Adapting a health system to changing population needs: Insights from international experience. Background paper for the Tripartite Evaluation of China's Health System Reform (2009-2019).
- Braithwaite J et al. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. *SAGE Open Med*, 5:2050312116686516.
- Brownlee S et al. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*, 390:156-168.

- Cacace M et al. (2011). How health systems make available information on service providers. Experience in seven countries. *RAND Health Quarterly*, 1(1):11.
- Cacace M, Nolte E (2011). Healthcare services: strategy, direction and delivery. En: Walshe K, Smith J, editores. *Healthcare management*. Maidenhead: Open University Press.
- Cavalcante D et al. (2018). Did the Family Health Strategy have an impact on indicators of hospitalizations for stroke and heart failure? Longitudinal study in Brazil: 1998–2013. *PLoS One*, 13:e0198428.
- Comisión Europea (2017). Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Disponible en: [https://health.ec.europa.eu/publications/blocks-tools-and-methodologies-assess-integrated-care-europe\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/blocks-tools-and-methodologies-assess-integrated-care-europe_en) (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Comisión Europea (2018). A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies. Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment (20 de agosto del 2020).
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>.
- Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (2018). Declaración de Astaná. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Cylus J, Papanicolas I, Smith P (2017). How to make sense of health system efficiency comparisons? Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Chabrol F, Albert L, Ridde V (2019). 40 years after Alma-Ata, is building new hospitals in low-income and lower-middle-income countries beneficial? *BMJ Glob Health*, 3.
- De Geyndt W (2017). Does autonomy for public hospitals in developing countries increase performance? Evidence-based case studies. *Social Science & Medicine*, 179:74-80.
- Donabedian A (1980). *The definition of quality and approaches to its management*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian A (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260:1743-1748.
- Elshaug A et al. (2017). Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet Global Health*, 390:191-202.

- EUROSTAT (2019). Unmet health care needs statistics. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics) (20 de agosto del 2020).
- Federación Internacional de Diabetes (2020). *Atlas de la diabetes*. Novena edición, 2019. Disponible en: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF\\_diabetes\\_atlas\\_ninth\\_edition\\_es.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_es.pdf) (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Fondo de la Commonwealth (2020). International Health Policy Surveys. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/series/international-health-policy-surveys> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Gibson O, Segal L, McDermott R (2013). A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Service Research*, 13:336.
- Hajat C, Stein E (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports*, 12:284-293.
- Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2019). Health-related SDGs. Disponible en: <http://www.healthdata.org/data-visualization/health-related-sdgs> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2020). Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Healthcare Access and Quality Index Based on Amenable Mortality 1990–2016. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2016-healthcare-access-and-quality-index-1990-2016> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Kelley E, Hurst J (2006). *Health Care Quality Indicators project. Conceptual framework paper*. París: OCDE.
- Kelly L et al. (2020). Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Service Research*, 20.
- Kringos D et al. (2019). Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health. *European Journal of General Practice*, 25:55-61.
- Kruk M et al. (2018a). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*, 6:e1196-e1252.
- Kruk M et al. (2018b). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392:2203-2212.

- Levesque J, Harris M, Russell G (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal of Equity in Health*, 12:18.
- Lomazzi M, Jenkins C, Borisch B (2016). Global public health today: connecting the dots. *Global Health Action*, 9:28772.
- Londoño J, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41:1-36.
- Macinko J et al. (2010). Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalisation. *Health Affairs*, 29:2149-2160.
- Martin-Moreno J et al. (2016). Defining and assessing public health functions: A global analysis. *Annual Review of Public Health*, 37:335-355.
- Murray C Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*, 78:717-731.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2018). *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Nguyen H et al. (2019). Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Comorbidities*, 9:2235042X19870934.
- Nolte E (2017). Evidence supporting integrated care. En: Amelung V et al., editores. *Handbook of Integrated Care*. Cham: Springer.
- Nolte E et al. (2011). Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system. Santa Monica/Cambridge (Reino Unido): RAND Corporation.
- Nolte E, Knai C, Saltman R, editores (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Nolte E, McKee M (2004). *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. Londres: The Nuffield Trust.
- Nolte E, McKee M (2008a). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.

- Nolte E, McKee M (2008b). Making it happen. En: Nolte E, McKee M, editores. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press.
- Nolte E, McKee M, Wait S (2005). Describing and evaluating health systems. En: Bowling A, Ebrahim S, editores. *Handbook of health research methods. Investigation, measurement and analysis*. Maidenhead: Open University Press.
- OCDE (2020). Health Care Quality Framework. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-framework.htm> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- OCDE, EUROSTAT y OMS (2011). *A System of Health Accounts*. París: OECD Publishing.
- OECD.STAT (2020a). Health Care Quality Indicators. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51879> (20 de agosto del 2020).
- OECD.STAT (2020b). Health status: Avoidable mortality. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=96018> (20 de agosto del 2020).
- Oficina Regional de la OMS para Europa (2020). Public health services. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Health promotion glossary. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015a). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015b). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (2016a). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, Documento A69/39 del 15 de abril del 2016. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf) (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2016b). Global Health Observatory data repository. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main#ndx-M> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2018). Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514088> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2020a). Service Availability and Readiness Assessment (SARA). Disponible en: [https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-\(sara\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-(sara)) (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2020b). STEPS: Informes de las encuestas en los países. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20180111143045/http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/reports/es/> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2021). Correspondence with WHO Headquarters. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). Primary health care: transforming vision into action. Operational framework. Draft for consultation. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/gcphc---operational-framework---v-13---web-version-\(1\).pdf?sfvrsn=6fe6badd\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/gcphc---operational-framework---v-13---web-version-(1).pdf?sfvrsn=6fe6badd_4) (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Palmer S, Torgerson D (1999). Definitions of efficiency. *BMJ*, 318:1136.
- Pettigrew L et al. (2015). Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 386:2119-2121.
- PHCPI (2018). Strong Primary Health Care Saves Lives. Disponible en: <https://improvingphc.org/> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Porter R (1997). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*. Londres: Harper Collins Publishers.
- Ravaghi H et al. (2018). A holistic view on implementing hospital autonomy reforms in developing countries: a systematic review. *Health Policy Plan*, 33:1118-1127.



- Rechel B et al. (2016). Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy*, 120:377-383.
- Rechel B et al. (2018). *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Rechel B, Durán A, Saltman R (2018). What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? 10 case studies from Western Europe on institutional and accountability arrangements. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Saltman R, Durán A, Dubois H, editores (2011). *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Schweppenstedde D et al. (2014). Regulating quality and safety of health and social care: international experiences. Santa Monica: RAND Corporation.
- Service Delivery Indicators (2017). Indicators. Disponible en: <https://www.sdindicators.org/indicators> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Suter E et al. (2017). Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *International Journal of Integrated Care*, 17:4.
- The Lancet Commission on Global Surgery (2015). Global Indicator Initiative. Disponible en: <https://www.lancetglobalsurgery.org/indicators> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Van Olmen J et al. (2010). Analysing health systems to make them stronger. Amberes: Institute of Tropical Medicine.
- Veillard J et al. (2017). Better measurement for performance improvement in low- and middle-income countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) experience of conceptual framework development and indicator selection. *Milbank Q*, 95:836-883.
- Vogeli C et al. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *Journal of General Internal Medicine*, 22:391-395.
- Watkins D et al. (2017). Chapter 3. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. En: Jamison D et al., editores. *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. 3.<sup>a</sup> edición. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.

Williams G, Nolte E (2018). Assuring quality of public health services. En: Rechel B et al., editores. *Organization and Financing of Public Health Services in Europe*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.

Winpenny E et al. (2016). *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*. Southampton (Reino Unido): NIHR Journals Library; PMID: 27195361.

Yap M et al. (2016). Global Access to Radiotherapy Services: Have We Made Progress During the Past Decade? *Journal of Global Oncology*, 2,207-215.

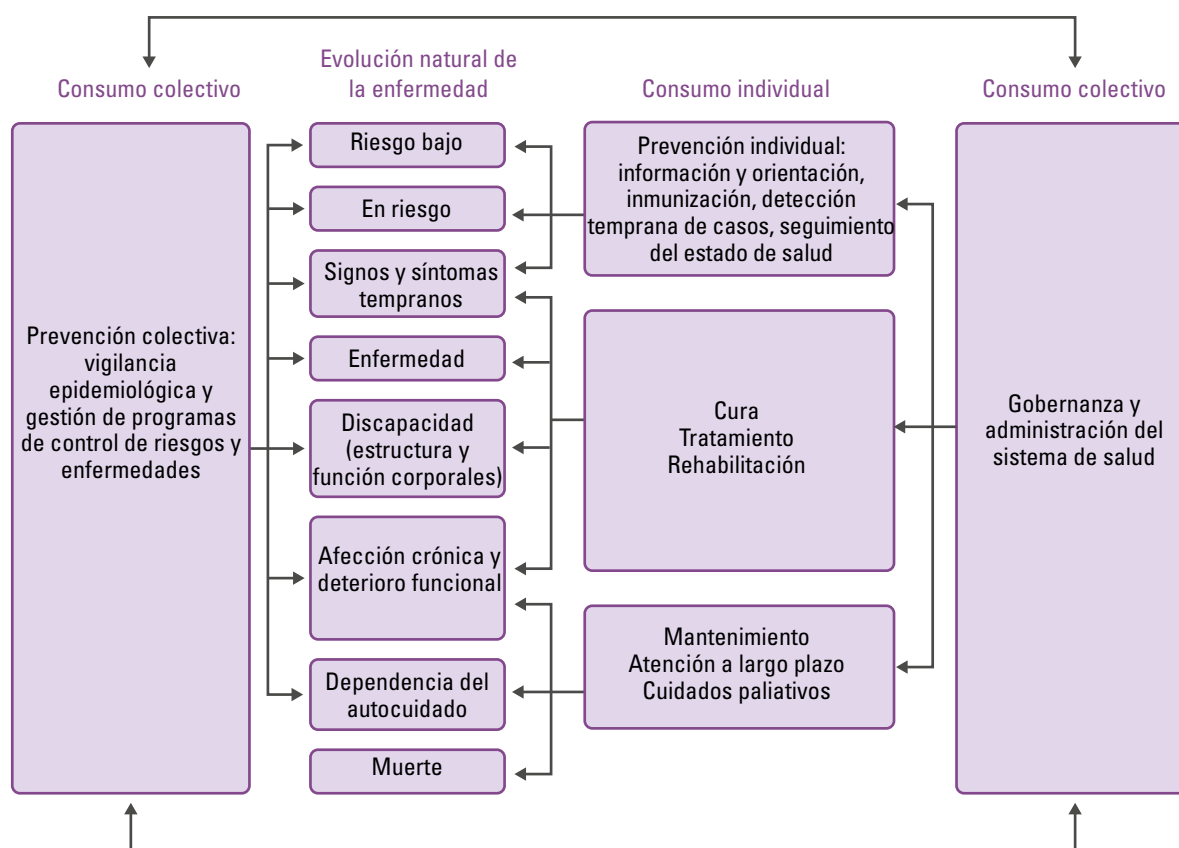


## Apéndice 7.1 Breve reseña de los enfoques de categorización de la prestación de servicios

### Población destinataria

La función de prestación de servicios puede categorizarse de forma amplia, como los servicios de salud individuales, que se basan en la persona, y los servicios de salud colectivos, que se basan en la población, como proponen Murray y Frenk (2000). Una conceptualización similar se presentó en el desarrollo del sistema de cuentas de salud, un marco para la descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con la atención de salud (OCDE, EUROSTAT y OMS, 2011). Esta caracterización distingue entre los servicios de atención individual y de atención colectiva de la salud; estos últimos comprenden los servicios de prevención y salud pública, así como la administración de salud y el seguro de salud (figura 7.A1).

**Figura 7.A1** Categorización de la prestación de servicios según el propósito de los bienes y servicios de atención de salud



Fuente: OCDE, EUROSTAT y OMS (2011).

Si bien proporciona una clasificación amplia y útil de los servicios de salud, esta conceptualización tiene la desventaja de abarcar toda la gama de servicios que pueden dirigirse tanto a las personas (por ejemplo, servicios de tamizaje o vacunación) como a las poblaciones (por ejemplo, campañas de saneamiento o salud). Además, los servicios dirigidos a grupos de personas, como familias o comunidades, serán difíciles de categorizar dentro de esta conceptualización de servicios individuales versus servicios colectivos.

### **Finalidad principal del consumo**

El marco del sistema de cuentas de salud mencionado anteriormente diferencia aún más la función de servicios de salud según el propósito principal del consumo, como la atención preventiva, curativa, de rehabilitación o a largo plazo. Esto considera la prevención y los servicios de salud pública como preventivos, y la rehabilitación o la atención a largo plazo como curativas, pero incluyen bienes y servicios individuales y colectivos (OCDE, EUROSTAT y OMS, 2011). En este documento, la prevención abarca tanto la prevención primaria como la secundaria, mientras que la prevención terciaria se considera en el contexto de la atención curativa y de rehabilitación, cuyo objetivo principal es reducir las complicaciones relacionadas con la enfermedad. La atención curativa se divide en servicios generales y especializados.

### **Tipos de proveedores o plataformas de prestación**

Van Olmen et al. (2010) enfatizaron que la prestación de servicios de salud implica una gama de servicios, modos de prestación y proveedores. En relación con los procesos y estructuras de atención de salud, utilizan el término *plataformas* o *canales de prestación* (cuadro 7.A1).

En el cuadro 7.A1 se muestra que no todos los proveedores o plataformas prestan todos los servicios de salud, sino que varias plataformas prestan varios servicios. En particular, los hogares también son reconocidos como una plataforma a través de la cual se pueden prestar servicios de salud. Esto es cónsono con el marco de acción de la OMS para el fortalecimiento del sistema de salud (2007), en el que se señalaron los lugares de prestación de servicios y se incluyeron los propios hogares de las personas, la comunidad, el lugar de trabajo y los centros de salud (OMS, 2007).

Del mismo modo, Watkins et al. (2017) sugirieron una clasificación de cinco plataformas de prestación en países de ingresos bajos y medianos:

- intervenciones de salud basadas en la población, incluidos todos los servicios de salud no individuales o basados en la población
- servicios comunitarios, incluidas las actividades y campañas de salud, escuelas y agentes de salud comunitarios
- centros de salud, incluidos los establecimientos de salud de mayor y menor capacidad
- hospitales de primer nivel
- hospitales de derivación y especializados (segundo y tercer nivel).

Este enfoque fue perfeccionado por Kruk et al. (2018a), quienes distinguieron entre el alcance comunitario, la atención primaria y hospitalaria y los vínculos entre ellos a través de sistemas de derivación y servicios médicos de emergencia.

La noción de diferentes tipos de proveedores o plataformas de prestación resulta atractiva para los responsables de las políticas porque las organizaciones de atención de salud pueden ser dirigidas y obligadas a rendir cuentas sobre los resultados de salud, a través de los instrumentos adecuados de gobernanza y financiamiento. Sin embargo, los proveedores de atención de salud con frecuencia brindan una amplia gama de servicios superpuestos, y los resultados de salud, incluidas las complicaciones o la muerte, a menudo ocurren al final de una compleja cadena de eventos que involucran a diferentes tipos de proveedores. Esto hace que sea difícil atribuir la responsabilidad de los resultados a organizaciones individuales (Nolte y McKee, 2004). Del mismo modo, con el aumento de las afecciones crónicas y múltiples, las necesidades de salud de la población son cada vez más complejas. Esto obliga a diferentes proveedores y organizaciones a trabajar juntos, de manera integrada, para mejorar los resultados (Nolte, 2017). Inevitablemente, esto estará cada vez más en conflicto con la noción de atribuir la responsabilidad a proveedores individuales, y requerirá un mayor enfoque en el o los organismos que supervisan la integración de los servicios.

**Cuadro 7.A1** *Ejemplo de plataformas de prestación para determinados servicios de salud*

Servicios de salud	Plataformas de prestación				
	Hogar	Agente de salud comunitario	Consultorio móvil	Centro de salud	Hospital
Distribución de mosquiteros	X	X	X		
Vacunación			X	X	
Tratamiento antirretroviral		X		X	X
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia			X	X	
Atención de salud mental	X	X		X	
Cirugía					X
Atención de la diabetes	X	X	X	X	(X)
Atención obstétrica			X	X	X

Fuente: Adaptado de Van Olmen et al. (2010).

### Niveles y modos de prestación

Un enfoque comúnmente utilizado para clasificar los servicios de salud es por nivel o modo de prestación, con el que normalmente se definen los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria o los modos de atención hospitalaria, atención ambulatoria, atención diurna y atención domiciliaria. La atención primaria se ha definido como “el primer puerto de escala de los enfermos” (Porter, 1997) para las personas, la familia y la comunidad. “Constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978) y es general en lugar de especializado, ya que se centra en la respuesta inicial a problemas de salud comunes y no especificados. La atención secundaria se refiere al cuidado especializado que generalmente se brinda en hospitales locales o en entornos de atención ambulatoria, mientras que la atención terciaria comprende servicios altamente especializados que generalmente se brindan en hospitales regionales o nacionales (Black y Gruen, 2005), con el fin de concentrar conocimientos especializados y recursos complejos y de alto costo.

El marco del sistema de cuentas de salud antes mencionado no distingue específicamente entre niveles de atención, sino que categoriza la prestación en diferentes modos de atención. Esta caracterización se basa en si un paciente es admitido formalmente en un centro de atención (atención hospitalaria y diurna) o no (atención ambulatoria y domiciliaria), si esto implica una estadía nocturna (atención hospitalaria) o no (atención diurna), así como la ubicación de la prestación del servicio. Por ejemplo, la atención ambulatoria se presta desde las instalaciones de los proveedores de atención de salud, mientras que la atención domiciliaria se proporciona en el domicilio del paciente (OCDE, EUROSTAT y OMS, 2011).

Aunque esta clasificación es útil, ya que diferencia los niveles de complejidad y especialización junto con el modo de prestación de servicios, los límites no siempre son claros. Por ejemplo, los hospitales pueden proporcionar atención primaria, preventiva, de rehabilitación o a largo plazo, mientras que los centros de atención primaria en algunos países brindan con regularidad creciente servicios especializados a través de, por ejemplo, consultorios especializados en diabetes u otras afecciones crónicas (Winpenny et al., 2016). Es importante destacar que los niveles de atención pueden variar según los tipos de proveedores, y será cada vez más difícil diferenciar entre niveles y modos de prestación a medida que los países pasen a sistemas más integrados de prestación de servicios y continúen desdibujando estos límites.

# Un marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud

*Irene Papanicolas, Marina Karanikolos, Dheepa Rajan,  
Katja Rohrer, Jonathan Cylus, Josep Figueras*

### 8.1 Introducción

La recopilación de información para fines de ESS y EDSS está aumentando, y estos esfuerzos se reconocen cada vez más como un medio para dar seguimiento y fortalecer los sistemas de salud a nivel mundial (Witter et al., 2019). Sin embargo, a medida que crece el número de herramientas y marcos de medición, persiste una variación considerable, y a menudo confusión, en cuanto a lo que se está midiendo y cómo se unen estos diferentes esfuerzos (Bennet y Peters, 2015). Un marco conceptual común puede ayudar a aclarar la forma en que las partes interesadas entienden los sistemas de salud y, a su vez, cómo la información utilizada para evaluar un área del sistema puede vincularse a la información que mide el desempeño de otra.

El objetivo clave de este trabajo es presentar el marco de evaluación. La premisa fundamental detrás del marco es que el logro de los objetivos del sistema de salud, o el desempeño del sistema de salud, está vinculado al desempeño de cada una de las cuatro funciones del sistema. Por lo tanto, mediante la evaluación del desempeño de cada función y determinar las posibles áreas de mejora, los responsables de las políticas pueden definir formas de fortalecer el sistema de salud y mejorar el logro de los objetivos finales (OMS, 2000). Esta premisa no es novedosa, y es el fundamento de muchos marcos de sistemas de salud existentes y esfuerzos de ESS, pero en la práctica, relativamente pocas herramientas vinculan el desempeño del sistema de salud a características específicas de las funciones del sistema de salud (véase el capítulo 2). El marco conceptual propuesto en este volumen tiene como objetivo cerrar la brecha entre las actividades existentes de ESS y EDSS. Esto se hará mediante: 1) la recopilación de indicadores existentes de una gama de herramientas de ESS de manera coherente para que los responsables de las políticas examinen el desempeño de cada una de las cuatro funciones del sistema de salud, y 2) la descripción de los vínculos que existen entre el desempeño de las funciones del sistema de salud y el desempeño del sistema de salud.

En este capítulo se reúnen los diferentes elementos del marco para presentar el marco de evaluación. Sobre la base de los capítulos anteriores de esta obra —en la que se presentaron las funciones del sistema de salud, los objetivos intermedios y las metas finales del sistema de salud y se desarrollaron marcos para evaluar el desempeño de cada una de las funciones—, en este capítulo nos centramos primero en reunir estos elementos para delinear los vínculos propuestos entre las funciones y los resultados del sistema de salud. A continuación, para demostrar cómo los responsables de las políticas pueden utilizar el marco para determinar áreas de mejora en el sistema de salud, se presenta una serie de estudios de casos.

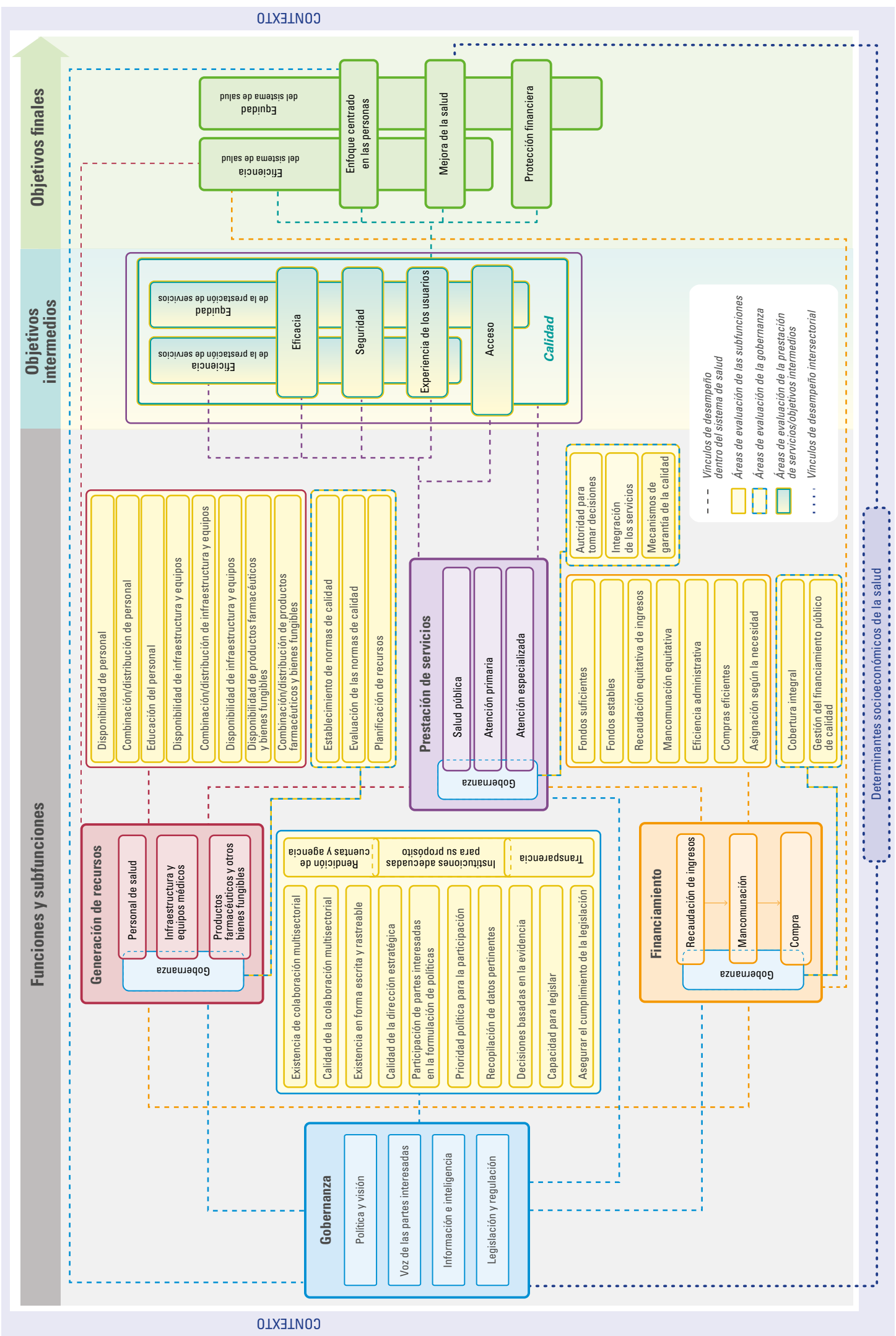
## **8.2 El marco de evaluación**

El marco de evaluación se ilustra en la figura 8.1. Esta representación muestra los diferentes componentes del sistema de salud: las funciones del sistema de salud, sus correspondientes subfunciones, las áreas de evaluación utilizadas para evaluar el desempeño de las funciones y subfunciones, y los objetivos intermedios y finales del sistema de salud. Todas las áreas de evaluación aparecen en recuadros amarillos (con las áreas de evaluación de la prestación de servicios en amarillo y turquesa, ya que se superponen con los objetivos intermedios del sistema de salud; véase el capítulo 7). Por último, en el marco se esbozan los principales vínculos de desempeño entre las funciones y subfunciones y los objetivos intermedios y finales.

### **8.2.1 Diseño del marco**

Las funciones se sitúan en el lado izquierdo del marco y representan los factores clave que contribuyen al desempeño del sistema de salud, a saber: gobernanza, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios. Las áreas de evaluación recomendadas para examinar el desempeño de cada función figuran a la derecha de cada cuadro de funciones. La función de gobernanza es también la única función que se presenta dentro de cada una de las otras funciones, con un cuadro azul. Esto indica que, si bien algunas de sus partes son independientes, la gobernanza también está presente en las otras funciones. Entre las funciones, la prestación de servicios aparece más a la derecha, lo que indica que todas las demás funciones la sustentan. Las funciones sustentan los objetivos intermedios, en el medio del marco. Los objetivos intermedios son también las áreas de evaluación de la función de prestación de servicios, por lo que aparecen en color amarillo y turquesa. Finalmente, los objetivos intermedios sustentan el logro de las metas finales, que se presentan en verde al extremo derecho del marco.

Figura 8.1 El marco de evaluación





**Recuadro 8.1** *Términos clave***Acceso**

Oportunidad de procurar y obtener servicios de atención de salud apropiados en situaciones de necesidad percibida de atención (Levesque, Harris y Russell, 2013).

**Áreas de evaluación**

Con las áreas de evaluación propuestas se busca evaluar la medida en que las funciones y subfunciones están logrando sus objetivos y se basan en la documentación pertinente, el examen de herramientas de ESS (capítulo 2) y debates y consultas con el GTT.

**Atención especializada**

La conceptualización de la atención especializada puede variar según la configuración de los servicios de salud, pero en general se trata de servicios que abarcan la atención secundaria y terciaria. La atención secundaria generalmente se brinda en hospitales (locales), mientras que la atención terciaria comprende servicios de atención altamente especializados proporcionada en hospitales regionales o nacionales a fin de concentrar conocimientos especializados y recursos complejos y de alto costo (Black y Gruen, 2005).

**Atención primaria**

La conceptualización precisa puede variar según el contexto del país y la estructura organizativa del sistema de salud, pero un elemento común es que la atención primaria representa el primer punto de contacto para problemas de salud comunes y no especificados.

**Autonomía**

Medida en que la toma de decisiones se delega a entidades semiautónomas, como hospitales o redes de proveedores, centrándose de manera específica en los establecimientos que brindan predominantemente servicios de salud especializados (Adams et al, 2003).

**Calidad**

Medida en que los servicios de salud prestados a las personas y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son compatibles con el conocimiento médico actual (Instituto de Medicina, 2001).

**Enfoque centrado en las personas**

Enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud fiables que se organizan en torno a las necesidades integrales de las personas en lugar de enfermedades individuales, y respeta las preferencias sociales.

**Compra (o contratación) de bienes o servicios**

La compra (o contratación) se refiere al uso de fondos en nombre de una población para pagar a los proveedores de atención médica.

### **Eficacia**

Prestar servicios con base en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficien (evitando la subutilización y el uso indebido, respectivamente).

### **Eficiencia de los servicios de salud**

La eficiencia de los servicios de salud se refiere a maximizar los objetivos de los servicios de salud (calidad y acceso) dados los recursos disponibles.

### **Eficiencia del sistema de salud**

La eficiencia del sistema de salud se refiere a maximizar los objetivos finales del sistema de salud (mejora de la salud, enfoque centrado en las personas y protección financiera) dados los recursos disponibles.

### **Equidad de los servicios de salud**

La equidad de los servicios de salud se refiere a la distribución de la calidad de la atención prestada y asegurarse de que no varíe debido a características personales como género, origen étnico, ubicación geográfica y situación socioeconómica.

### **Equidad del sistema de salud**

La equidad del sistema de salud se refiere a la distribución de la mejora de la salud y el enfoque centrado en las personas hacia toda la población, así como al nivel de protección financiera.

### **Experiencia de los usuarios**

Proporcionar atención que sea respetuosa y responda a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y velar por que los valores de este guíen todas las decisiones clínicas.

### **Funciones del sistema de salud**

Los factores que explican el desempeño del sistema de salud: financiamiento; prestación de servicios, gobernanza y generación de recursos.

### **Generación de recursos**

- Personal de salud
- Infraestructura y equipos médicos
- Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles

### **Gestión del financiamiento público de la salud**

La gestión del financiamiento público se refiere al conjunto de reglas y mecanismos que rigen la asignación, el uso y la rendición de cuentas sobre los fondos públicos.

**Gobernanza**

- Política y visión
- Voz de las partes interesadas
- Información e inteligencia
- Legislación y regulación

**Integración**

La integración se refiere a “la medida en que se combinan diferentes insumos, la organización, la gestión y las funciones de servicio” (Adams et al., 2003). En términos más generales, la integración de servicios refleja la preocupación creciente de que los sistemas de salud insisten en aplicar el enfoque de prestación de servicios sobre la base de los conceptos de atención aguda, enfermedad episódica y dependencia en los hospitales para la prestación de atención (Nolte, 2017).

**Mancomunación de recursos**

La mancomunación de recursos se refiere a la acumulación de fondos prepagados que se pueden utilizar para comprar bienes y servicios en nombre de una población.

**Mediciones indicativas**

Indicadores o mediciones que podrían utilizarse para captar cuán bien funcionan las áreas de evaluación.

**Mejora de la salud**

La mejora de la salud se refiere a la mejora de la salud de la población, donde la salud se refiere a la salud en diferentes partes del ciclo de vida, la morbilidad y la mortalidad prematura.

**Objetivos finales**

Los principales objetivos del sistema de salud de acuerdo con el marco de evaluación: mejora de la salud, enfoque centrado en las personas, protección financiera, eficiencia del sistema de salud, equidad del sistema de salud.

**Objetivos intermedios**

Objetivos a corto y mediano plazo del sistema de salud necesarios para la consecución de sus objetivos finales. En el marco de evaluación, estos objetivos se definen como calidad, acceso, eficiencia de los servicios de salud y equidad de los servicios de salud.

**Prestación de servicios**

Combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un determinado entorno organizativo y que conduce a la realización de una serie de intervenciones (Murray y Frenk, 2000).

**Protección financiera**

Proteger a las personas contra las dificultades financieras asociadas al pago de los servicios de salud.

**Recaudación de ingresos**

La recaudación de ingresos se refiere a las formas en que el dinero ingresa en el sistema de salud.

**Salud pública**

La conceptualización precisa puede variar según el contexto del país y la estructura organizativa del sistema de salud, pero un elemento común es verla como un enfoque colectivo o social que tiene como objetivo “mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de poblaciones enteras” (OMS, 1998).

**Seguridad**

Atención que protege a los pacientes de errores médicos y no causa daño.

**Sistema de salud**

Un sistema de salud está compuesto por los recursos, actores e instituciones relacionados con el financiamiento, la regulación y ejecución de cualquier conjunto de actividades cuyo objetivo principal es mejorar o mantener la salud (Murray y Frenk, 2000).

**Subfunciones**

Elementos de diseño estratégico, arreglos estructurales y gestión de la implementación que podrían contribuir a la capacidad de un sistema de salud para cumplir sus funciones.

**8.2.2 Vínculos de desempeño**

Los vínculos de desempeño, representados en el marco por líneas punteadas, muestran cómo cada una de las funciones está conectada a las otras, así como a los objetivos intermedios y finales del sistema de salud. Hay dos formas en que una función puede influir en el desempeño del sistema de salud (los objetivos finales): directa o indirectamente. Solo hay un pequeño número de vínculos de desempeño directos entre funciones específicas y los objetivos del sistema de salud. En la mayoría de los casos, la forma en que las funciones influyen en los objetivos finales será indirecta, y se dará a través de una serie de interacciones de una función a otra, incidiendo en los objetivos intermedios y finales a través de la función de prestación de servicios. Esto se ilustra con una serie de líneas punteadas que conectan una función con la otra y vinculan la prestación de servicios a los objetivos intermedios. Como se describe en el capítulo 4 sobre gobernanza, uno de los vínculos indirectos entre la función de gobernanza y el desempeño del sistema de salud saldrá del sistema de salud a través de los determinantes socioeconómicos de la salud. Esto demuestra que a través de la promoción de la salud en todas las políticas, la gobernanza puede influir en estos determinantes, lo cual puede conducir a mejoras en los resultados de salud.

En el marco se ilustran solo cuatro vínculos directos de desempeño de funciones específicas a los objetivos finales. En primer lugar, existe un vínculo entre la gobernanza y el

enfoque centrado en las personas. Este vínculo de desempeño muestra que un sistema en el que participan las personas en el proceso de toma de decisiones será un sistema más centrado en las personas, que responde a las necesidades de estas (OMS, 2016). En segundo lugar, existe un vínculo directo de desempeño entre el financiamiento y la eficiencia del sistema de salud. Como se describe en el capítulo 3, la eficiencia del sistema de salud se refiere a maximizar los objetivos del sistema de salud dados los recursos disponibles. El financiamiento influye directamente en la eficiencia del sistema de salud a través de la valoración de los recursos disponibles. Por ejemplo, la operación de la función de financiamiento determina el costo y los precios de los insumos y la administración, con lo que influye directamente sobre la eficiencia del sistema. En tercer lugar, existe un vínculo directo entre la generación de recursos y la eficiencia del sistema de salud. Más específicamente, la disponibilidad, combinación, distribución y calidad de los insumos, todas las cuales forman parte de la función de generación de recursos, influirán directamente en la eficiencia técnica y de asignación. Cuarto y último, hay una influencia directa de la prestación de servicios en los objetivos intermedios del sistema de salud, a saber, la calidad y el acceso, que a su vez influyen sobre todos los resultados finales.

### **8.3 Aplicaciones del marco de evaluación: estudios de casos**

El marco de evaluación busca facilitar la EDSS al proporcionar a los usuarios una herramienta que les ayude a determinar posibles fuentes de variación del desempeño. El marco se puede utilizar de izquierda a derecha: permite al usuario detectar las fuentes de bajo desempeño en las funciones y subfunciones a través de los indicadores vinculados a las áreas de evaluación, y posteriormente a través de los enlaces de desempeño para ubicar dónde estas áreas deficientes pueden incidir en el desempeño del sistema de salud en cuanto a los objetivos intermedios y finales. El marco también se puede utilizar de derecha a izquierda: para examinar la variabilidad de los objetivos del sistema de salud y los resultados intermedios, respecto de otros países o un conjunto de referencias normativas, y luego rastrear esto hasta las posibles fuentes de variación en las funciones o subfunciones. El marco se ha concebido como una ayuda conceptual para motivar nuevas investigaciones sobre las causas reales de la variación. También puede ayudar a los usuarios a identificar funciones y subfunciones de alto o bajo desempeño desde las cuales comenzar un estudio más detallado. Para ilustrar cómo se puede utilizar el marco para este propósito, presentamos cinco estudios de caso breves. Cada uno toma un punto de partida diferente —funciones, objetivos intermedios u objetivos finales— para ilustrar la versatilidad del marco:

Estudio de caso 1: Calidad de la colaboración intersectorial (gobernanza). Vivienda en salud

Estudio de caso 2: Disponibilidad de medicamentos (generación de recursos)

Estudio de caso 3: Eficacia (objetivo intermedio). Mortalidad prevenible

Estudio de caso 4: Protección financiera (objetivo final)

Estudio de caso 5: Resiliencia (impacto al sistema)

Los dos primeros estudios de caso ilustran cómo se pueden usar los marcos de izquierda a derecha, examinando las funciones como punto de partida. Parten de un área de evaluación particular de una subfunción y muestran cómo, a través de los vínculos en el marco, se puede rastrear el desempeño del componente que se está estudiando hasta el desempeño de otros aspectos del sistema de salud que, como resultado, pueden acusar la influencia de dicho componente. En el primer estudio de caso se analiza cómo la implementación de una determinada estrategia de política (vivienda) puede influir en el desempeño de los objetivos finales del sistema de salud, mientras que en el segundo la finalidad es utilizar el marco para ilustrar las muchas formas en que la escasez de medicamentos puede afectar los objetivos intermedios y los objetivos finales del sistema de salud.

El tercer estudio de caso también parte de un área de evaluación de la prestación de servicios, la eficacia, pero como esta es también un objetivo intermedio del sistema, se coloca en el medio del marco. En este estudio de caso se analiza un indicador particular de eficacia —la mortalidad prevenible— y se ilustra cómo este indicador puede desglosarse y rastrearse hasta las otras funciones para determinar mejor las posibles causas de mortalidad prevenible, así como considerar cómo puede esto afectar el logro de los objetivos finales.

Con el cuarto estudio de caso se ilustra cómo se puede utilizar el marco para trabajar en sentido inverso, desde un resultado final del sistema de salud como la protección financiera, para detectar posibles fuentes de variación. El quinto y último estudio de caso sobre resiliencia ilustra cómo se puede utilizar el marco para investigar los posibles impactos sobre todo el sistema de salud.

Cada estudio de caso sigue el mismo enfoque, para favorecer la simplicidad, y responde a las tres preguntas siguientes:

1. ¿Cuál es el problema de desempeño del sistema de salud?
2. ¿Dónde se ubica este problema dentro del marco?
3. ¿Cómo nos ayuda el marco a comprender las posibles causas del problema de desempeño del sistema de salud o su posible impacto?

La primera pregunta tiene como objetivo aclarar cuál es el problema de desempeño. La segunda pregunta considera cómo se puede determinar ese problema dentro del marco para que sirva como punto de partida para un análisis más exhaustivo del sistema de salud. La última pregunta considera los vínculos con las otras funciones y luego con los resultados.

### **8.3.1 Estudio de caso 1: Colaboración intersectorial**

#### **8.3.1.1 ¿Cuál es el problema de desempeño del sistema de salud?**

La vivienda es un determinante de la salud. Los riesgos para la salud aumentan con las malas condiciones de vivienda. Por ejemplo, el hacinamiento ha sido una de las razones clave del aumento de la transmisión del coronavirus entre comunidades de migrantes y de ingresos bajos (Von Seidlein, 2021; Zar et al., 2020; Benfer et al., 2021). La construcción o el mantenimiento defectuoso o de baja calidad puede conducir a un mayor riesgo de lesiones en el hogar (OMS, 2018). La buena salud respiratoria y cardiovascular depende de una vivienda que esté adecuadamente aislada contra el calor y el frío extremos (Howden-Chapman et al., 2007; Preva et al., 2017). La falta de seguridad de la tenencia, es decir, la amenaza de desalojo o las preocupaciones de asequibilidad, puede ser una fuente de estrés crónico que podría desencadenar o exacerbar problemas de salud mental (Bentley, Baker y Aitken, 2019; Martin et al., 2019).

#### **8.3.1.2 ¿Dónde se ubica este problema dentro del marco?**

De acuerdo con la definición de sistema de salud utilizada por este enfoque, la política de vivienda se encuentra fuera del sistema de salud, porque su objetivo principal no es mejorar la salud.

Sin embargo, como lo indica el marco, la vivienda es uno de los determinantes sociales que impactará los objetivos del sistema de salud. Una sólida función de gobernanza del sistema de salud depende, entre otras cosas, de la capacidad de los

rectores de la salud para interactuar, colaborar y argumentar que las inversiones en los determinantes sociales tienen grandes beneficios indirectos más allá de la salud. Esto se refleja en el marco de evaluación, en la subfunción de política y visión de la gobernanza, a través de dos áreas de evaluación: 1) la existencia de colaboración multisectorial, y 2) la calidad de la colaboración multisectorial.

### **8.3.1.3 ¿Cómo nos ayuda el marco a comprender las posibles causas del problema de desempeño del sistema de salud o su posible impacto?**

Como ilustración de la importancia de la vivienda para el desempeño del sistema de salud, analizamos el programa de viviendas saludables implantado en South Auckland, Nueva Zelanda. Este programa se estableció hace 20 años a raíz de un brote de meningococo que comenzó en una población de ingresos bajos que vivía en condiciones de hacinamiento (Baker et al. 2000). A raíz de la evidencia que hacía hincapié en el riesgo de nuevos brotes a menos que se abordaran las condiciones de vivienda, las autoridades de salud y varios otros sectores de Nueva Zelanda unieron fuerzas para poner en marcha el programa de viviendas saludables con miras a mejorar el aislamiento y la ventilación de los hogares y reducir el hacinamiento. En un estudio de seguimiento de 10 años se observó una reducción considerable de los casos de hospitalización aguda de personas menores de 34 años en comparación con el período anterior a la entrada en vigor del programa (Jackson et al., 2011).

En Nueva Zelanda, la voluntad política se vio motivada por el impacto de una epidemia local, que los rectores de la salud aprovecharon para colaborar ampliamente con todos los sectores y asegurarse de que la salud estuviera realmente en todas las políticas. El Ministerio de Salud cultivó sólidas relaciones de trabajo con la Corporación de la Vivienda de Nueva Zelanda, el Ministerio de Desarrollo Social, la Autoridad de Conservación de la Eficiencia Energética, el Ministerio de Empresas, Innovación y Empleo y otras instituciones gubernamentales clave (Ministerio de Salud/Manatū Hauora, 2020).

Los dirigentes del sistema de salud unieron fuerzas con planificadores urbanos, trabajadores sociales y expertos en energía para abogar de manera proactiva y conjunta por los beneficios multifactoriales de una intervención (mejores condiciones de vivienda), lo que básicamente se ubica fuera del sector de la salud. Esta colaboración multisectorial se reflejaría en las áreas de evaluación de la subfunción de política y visión de la gobernanza: existencia de acciones multisectoriales y calidad de la acción multisectorial.



#### 8.3.1.4 La vivienda en el marco

La gobernanza se coloca a la izquierda del marco de evaluación porque facilita las otras funciones. Una de las subfunciones indicadas es la de política y visión, cuyo desempeño puede medirse a través de las áreas de evaluación correspondientes vinculadas a la colaboración intersectorial.

Una forma en que el desempeño de esta subfunción puede influir en el desempeño del sistema de salud es de forma indirecta, a través de su papel en la facilitación de las otras funciones. Por ejemplo, los determinantes de la salud afectan en grado desproporcionado a los estratos socioeconómicos más bajos de la sociedad, como fue el caso de Nueva Zelanda, donde los residentes de las viviendas de interés social fueron los más afectados por el brote de meningococo. Abordar los determinantes sociales a través de una fuerte colaboración intersectorial puede influir en la función de prestación de servicios al reducir el número de personas de grupos socioeconómicos más bajos que requieren atención de salud. Esto también podría influir positivamente en la equidad de los sistemas de salud, objetivo final del sistema de salud, al reducir las disparidades de los resultados de salud entre la población.

Las condiciones de vivienda también pueden influir en las mejoras del objetivo final del sistema de salud, que es la salud de todos; esto se representa con la línea punteada de la función de gobernanza que sale del sistema de salud y regresa a este a la altura del objetivo final de mejorar la salud. El estudio de caso de South Auckland demuestra esto a través de la reducción de la hospitalización aguda de personas menores de 34 años tras el establecimiento del programa de vivienda saludable (Jackson et al., 2011).

También es posible que la mejora de las condiciones de vivienda pueda incidir en la eficiencia del sistema de salud, otro de los objetivos finales del sistema de salud. Un enfoque multifactorial conjunto entre sectores, con el que se abordan varios factores de riesgo pertinentes para más de un sector, ofrece la posibilidad de reducir los costos al tiempo que se mejora la salud. Esto puede implicar flujos de financiamiento compartido en los que el gasto se evalúa no solo en función del desempeño del sistema de salud, sino también de los objetivos de otros sectores (por ejemplo, eficiencia energética, desarrollo comunitario).

### **8.3.2 Estudio de caso 2: Disponibilidad de productos farmacéuticos**

#### **8.3.2.1 ¿Cuál es el problema de desempeño del sistema de salud?**

Casi dos mil millones de personas en todo el mundo no tienen acceso a medicamentos (Ozawa et al., 2019), a pesar de que se considera un derecho humano universal.\* La escasez de medicamentos afecta la capacidad del sistema de salud para brindar atención de calidad de manera eficaz porque implica que los pacientes podrían no recibir tratamiento alguno, tener que optar por un tratamiento alternativo —y menos eficaz—, necesitar retrasar su tratamiento o incluso enfrentar problemas al tratar de recibir tratamiento por otras fuentes (European Association of Hospital Pharmacists, 2018; Modisakeng et al., 2020). Si bien la mayor carga de la escasez de medicamentos recae en los países de ingresos bajos y medianos, el problema es mundial. Por ejemplo, en Europa, el 38% de los hospitales notifican tener escasez de medicamentos semanalmente (Hosseini et al., 2018).

#### **8.3.2.2 ¿Dónde se ubica este problema dentro del marco?**

Dado su papel fundamental para la calidad de la atención y otros objetivos del sistema de salud, la disponibilidad de medicamentos en el marco de evaluación es un área de evaluación bajo la subfunción de productos farmacéuticos y bienes fungibles de la función de generación de recursos. Esta área de evaluación ejemplifica los estrechos vínculos entre la función de generación de recursos y la función de prestación de servicios y destaca el deber del sistema de salud de velar por la disponibilidad de los productos farmacéuticos (generación de recursos) donde se necesiten (prestación de servicios) como contribución clave al desempeño del sistema de salud.

#### **8.3.2.3 ¿Cómo nos ayuda el marco a comprender las posibles causas del problema de desempeño del sistema de salud o su posible impacto?**

Las diferentes funciones del sistema de salud deben trabajar en estrecha colaboración para lograr la disponibilidad de los medicamentos necesarios. Los factores que contribuyen a la escasez de medicamentos pueden obedecer a un desempeño insuficiente de la función de generación de recursos, pero también pueden ser el resultado del desempeño de las otras funciones.

---

\* Véase: Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 y Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

Tomamos como ejemplo la escasez de quimioterapia pediátrica y medicamentos de apoyo (como los medicamentos inyectables estériles) en Estados Unidos para dilucidar algunos de los factores relacionados con la escasez de medicamentos, así como su influencia en el desempeño de los sistemas. Entre el 2001 y el 2017, casi un tercio de los medicamentos de oncología pediátrica se vieron afectados por la escasez de quimioterapia pediátrica y medicamentos de apoyo (Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA, por su sigla en inglés], 2019). Por ejemplo, entre el 2009 y el 2019, 9 de cada 11 medicamentos para la leucemia linfoblástica aguda no estaban disponibles para los pacientes (FDA, 2019).

En este caso (un país de ingreso alto con un sector privado autónomo de producción y distribución), la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos detectó tres causas fundamentales de la escasez de medicamentos: la falta de incentivos (financieros) para producir y distribuir medicamentos menos rentables, los altos esfuerzos y costos adicionales de adherirse a las buenas prácticas de fabricación, así como los desafíos regulatorios relacionados con la cadena de suministro de medicamentos (Tanday, 2016). Desde la perspectiva de la EDSS, estas causas fundamentales se sitúan en el contexto político y económico general del sistema de salud con vínculos directos a la función de gobernanza, la gobernanza de la función de financiamiento y la gobernanza de la generación de recursos.

El papel de la función de gobernanza también es crucial como determinante para manejar la escasez. Hasta la fecha, Estados Unidos no cuenta con una orientación formal sobre cómo lidiar con la escasez (subfunción de legislación y regulación), lo que afecta en gran medida la función de prestación de servicios porque, en última instancia, los proveedores de atención de salud tienen que tomar decisiones individuales de racionamiento para hacer frente a la falta de medicamentos (Phuong et al., 2019). Tampoco se realiza una recopilación sistemática de datos pertinentes (la subfunción de información e inteligencia de la gobernanza, así como la gobernanza de la generación de recursos) sobre la escasez de medicamentos oncológicos pediátricos y sus implicaciones para los resultados a nivel de los pacientes (FDA, 2019), lo que afecta negativamente el desempeño de la gobernanza de la subfunción de generación de recursos y la función de prestación de servicios. Los desafíos relacionados con la calidad de fabricación (generación de recursos) también se han citado como otra razón de los problemas de disponibilidad de medicamentos (Decamp et al., 2014).

En muchos países se observan otros ejemplos de la necesaria interacción entre las cuatro funciones del sistema de salud: problemas con los mecanismos de pago de los

medicamentos (función de financiamiento), prácticas inadecuadas de gestión de las compras y la cadena de suministro (gobernanza de la generación de recursos), capacidad de los establecimientos de salud para administrar los medicamentos (función de prestación de los servicios) y accesibilidad de los medicamentos en zonas remotas (función de prestación de servicios y función de generación de recursos) (OMS, 2015; Ozawa et al., 2019; Phuong et al., 2019) que afectan la disponibilidad de productos farmacéuticos. También se sabe de factores contextuales como la inestabilidad política y la escasez de recursos financieros que dificultan el suministro sostenible de medicamentos (Modisakeng et al., 2020).

La escasez de medicamentos oncológicos puede influir adversamente sobre el desempeño de la función de prestación de servicios, específicamente en cuanto a su capacidad para brindar atención de alta calidad, ya que puede conducir a cambios en los regímenes de tratamiento del cáncer y a retrasos e interrupciones en los tratamientos, lo que lleva a un aumento de la mortalidad (FDA, 2019; Tanday, 2016) así como a resultados de salud inferiores (Unguru et al., 2019) (objetivo final del sistema de salud de mejorar la salud). La falta de medicamentos también complica la investigación clínica necesaria para mejorar la atención del paciente con cáncer, con posibles efectos negativos sobre los resultados de salud (Unguru et al., 2019). La indisponibilidad de productos farmacéuticos también puede afectar el objetivo intermedio del acceso, ya que los servicios de salud no pueden proporcionarse adecuadamente sin un suministro adecuado de medicamentos (Ozawa et al., 2019; Phuong et al., 2019).

La disponibilidad de medicamentos asequibles también puede incidir en la protección financiera, sobre todo porque los gastos farmacéuticos son un importante contribuyente de los pagos directos en muchos países (Prinja et al., 2015; Thomson, Cylus y Evetovits, 2019). El creciente reconocimiento de los gastos farmacéuticos catastróficos que recaen especialmente sobre los grupos de ingresos bajos ha llevado a su exención del copago de medicamentos en algunos países (OMS, 2020), con lo que se reconocen los efectos de la disponibilidad de medicamentos sobre el objetivo de equidad del sistema de salud (Decamp et al., 2014).

En resumen, la subfunción de productos farmacéuticos de la generación de recursos, con su área de evaluación de la disponibilidad de medicamentos, trabaja principalmente a través de la función de prestación de servicios e impacta los objetivos intermedios del sistema como son la calidad, la seguridad, el acceso y la eficacia, y más adelante los objetivos finales de mejora de la salud, protección financiera y equidad.

Por lo tanto, su papel en el desempeño de los sistemas de salud es central, lo que deja en claro la necesidad de actuar en esta área si se quiere desarrollar y fortalecer los sistemas de salud.

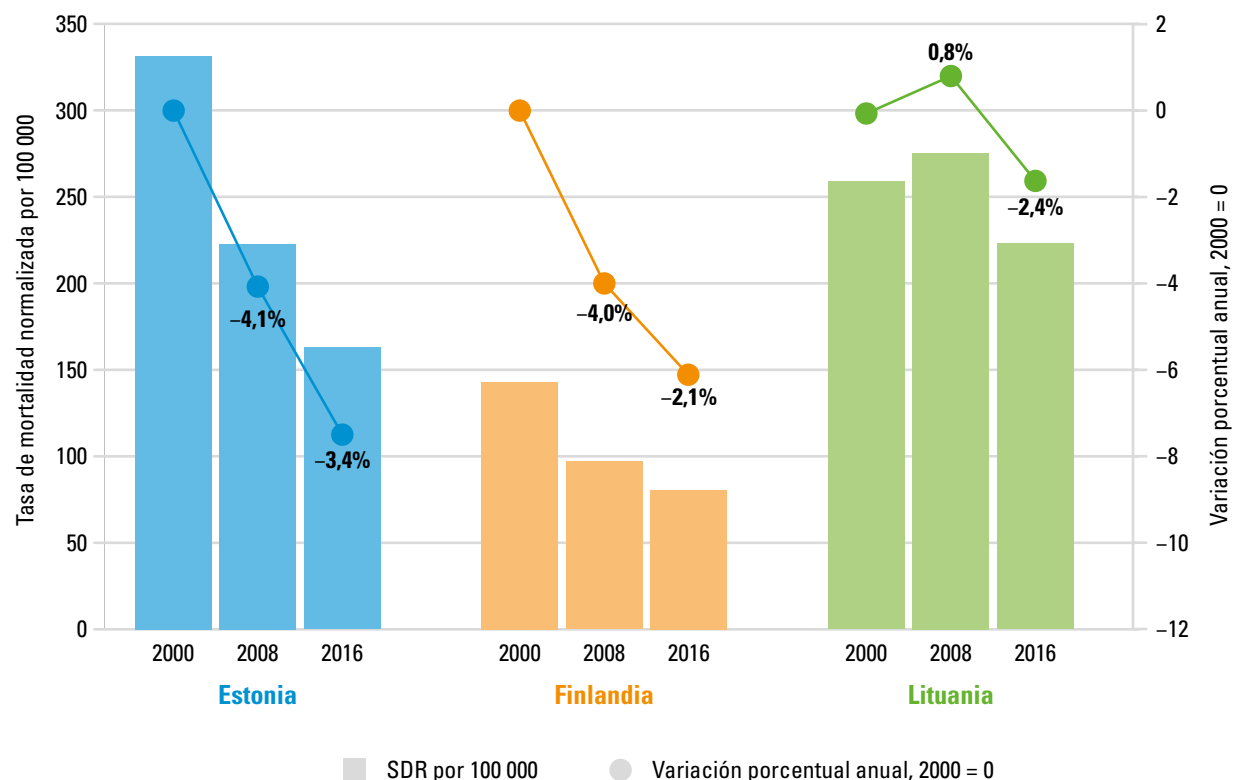
### 8.3.3 Estudio de caso 3: Eficacia

#### 8.3.3.1 ¿Cuál es el problema de desempeño del sistema de salud?

La mortalidad prevenible es un indicador clave de la eficacia de la atención de salud; capta las muertes que no deberían ocurrir en presencia de una atención oportuna y de calidad. La mortalidad prevenible varía mucho de un país a otro, al igual que su ritmo de mejora a lo largo del tiempo. Unos niveles altos de mortalidad prevenible y una mejora lenta o nula apuntan a barreras en el acceso o deficiencias en la calidad de la atención.

Este estudio de caso se centra en analizar la variación de la mortalidad prevenible en Estonia, Finlandia y Lituania entre el 2000 y el 2016 (figura 8.2). Ilustra cómo se puede utilizar el marco para determinar a qué funciones y subfunciones del sistema de salud se puede vincular la mortalidad prevenible, y qué objetivos del sistema de salud afecta.

**Figura 8.2** Mortalidad prevenible en Estonia, Finlandia y Lituania 2000-2016



Fuente: Cálculos de los autores a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS (OMS, 2020b).

### 8.3.3.2 ¿Dónde se ubica este problema dentro del marco?

La mortalidad prevenible figura como una medición indicativa de la función de prestación de servicios. Es un indicador amplio, que representa el funcionamiento tanto de la atención primaria y como de la atención especializada. La mortalidad prevenible comprende determinadas causas que a veces varían según la lista (la lista de Nolte y McKee [2004] se ha utilizado en este ejemplo) y generalmente se limita a las muertes de personas menores de 75 años. La figura 8.2 muestra que en el 2016 la mortalidad prevenible fue mucho menor en Finlandia (80 por 100 000 habitantes) que en Estonia (163 por 100 000) y Lituania (223 por 100 000). Estas diferencias, del doble y el triple respectivamente con respecto a Finlandia, generan dudas sobre el acceso a los servicios de salud y su eficacia en Estonia y Lituania, pero a partir de la tasa en sí no es inmediatamente obvio dónde pueden estar esas deficiencias. Como se mencionó anteriormente, la mortalidad prevenible captará los problemas tanto de acceso como de calidad. Si consideramos la necesidad insatisfecha de atención de salud como medición indicativa del acceso, Lituania obtiene mejores resultados, ya que los niveles de necesidad insatisfecha son más bajos y el uso de servicios es mayor que en Estonia o Finlandia (Comisión Europea, 2019a). Esto indica que la calidad (y no el acceso) puede ser el área que vale la pena examinar con más detenimiento en este caso.

Para obtener una idea más clara de cómo la calidad y la eficacia están contribuyendo a la mortalidad prevenible en general, el indicador puede desglosarse aún más en causas específicas. Por ejemplo, unos niveles altos de mortalidad por las principales enfermedades no transmisibles que comprenden una gran proporción de las muertes prevenibles (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, cánceres tratables, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes) pueden indicar una detección de enfermedades y unos mecanismos de prevención secundaria deficientes, así como la falta de intervenciones especializadas eficaces. Por lo tanto, aunque debería utilizarse el total de las altas tasas de mortalidad prevenible como desencadenante para examinar la prestación de servicios, las causas más específicas, sumadas a otros indicadores de eficacia de la atención primaria y secundaria, pueden ayudar a detectar áreas problemáticas concretas. En el caso de Lituania, las altas tasas del 2016 no solo parecen indicar que puede hacerse más por mejorar los servicios de atención de salud, sino que el lento ritmo de cambio, así como el empeoramiento de la atención entre el 2000 y el 2008, apuntan a que la calidad de la atención de ciertas afecciones debe abordarse de forma más específica. Al mismo tiempo, el ejemplo de Estonia, que comenzó en una posición peor en el 2000, hace pensar que es posible avanzar más rápido.

### **8.3.3.3 ¿Cómo nos ayuda el marco a comprender las posibles causas del problema de desempeño del sistema de salud o su posible impacto?**

Como se describe en el capítulo 7, la prestación de servicios es un producto de las otras tres funciones: generación de recursos, financiamiento y gobernanza.

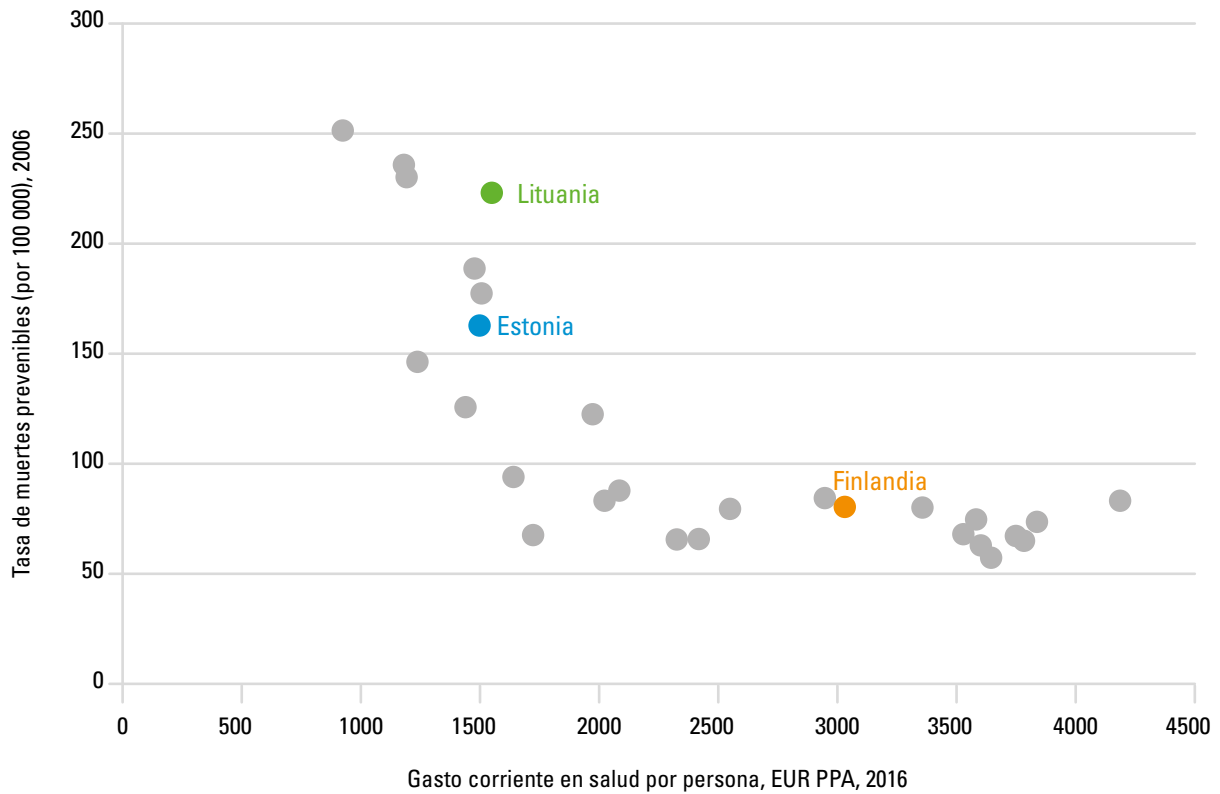
#### *Generación de recursos*

Disponer de niveles adecuados de recursos humanos y físicos permite prestar servicios. Aparte de la eficacia, esta área puede ser de particular pertinencia para Estonia, donde se sabe que el acceso a la atención debido a los tiempos de espera es un problema (Comisión Europea, 2019b).

#### *Financiamiento*

El financiamiento, en particular el nivel inferior de gasto en salud, se asocia a una mayor mortalidad prevenible. En la figura 8.3 se muestra que los países con menor gasto, como Estonia y Lituania, tienen tasas más altas de mortalidad prevenible. Al mismo tiempo, los niveles de gasto corriente en salud por persona en Estonia y Lituania son similares, pero Estonia obtiene mejores resultados. Aunque se trata de un indicador de muy alto nivel, parece indicar que la prestación de servicios en Lituania podría ser más eficiente, en relación con uno de los otros objetivos de prestación de servicios, la eficiencia de los servicios de salud.

**Figura 8.3** Mortalidad prevenible versus gasto corriente en salud, EU-28



Fuente: Cálculos de los autores utilizando la base de datos de mortalidad de la OMS (OMS, 2020b) y Eurostat (2020).

Nota: PPA, paridad de poder adquisitivo.

### Gobernanza

Por último, la gobernanza desempeña un papel rector crucial en la configuración del sistema de salud para prestar servicios de salud de calidad. Por ejemplo, en el caso de Lituania, una reforma crucial para la reestructuración de los servicios de salud, que comenzó a principios de la década del 2000 y tenía como objetivo fortalecer la atención primaria y lograr un uso más eficiente de los recursos, ha permanecido estancada por más de diez años (Karanikolos, Murauskiene y Van Ginneken). En Estonia se lograron avances impresionantes, pero el plan nacional de salud 2009-2020 carecía de medidas eficaces de planificación estratégica, que son necesarias para llevar recursos suficientes al sistema. Una evaluación más detallada y específica de cada país que rastree estos vínculos ayudaría a comprender mejor si las deficiencias de gobernanza, que se extienden a la generación de recursos y el financiamiento, conducen o no a altas tasas de mortalidad prevenible en estos países.

En el marco, la mortalidad prevenible es un indicador de la eficacia de la prestación de servicios, que en sí misma es un objetivo intermedio del sistema de salud. Como se analizó anteriormente, también es un indicador de acceso a los servicios. También hemos



mencionado que se puede utilizar para evaluar la eficiencia, tanto en términos de los servicios de salud como en un sentido más amplio del sistema de salud. La distribución entre diferentes grupos de población o geografías sería un indicador de equidad.

Entre los objetivos finales clave, la mortalidad prevenible está estrechamente relacionada con la mejora de la salud, ya que la reducción de las muertes prevenibles contribuye de forma directa al aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, es solo una parte de la mejora de la salud y no toma plena cuenta de la morbilidad, el envejecimiento saludable o la presencia de múltiples factores de riesgo y determinantes socioeconómicos de la salud. También puede reflejar el enfoque centrado en las personas y la protección financiera, ya que el bajo desempeño de alguno de los dos puede ser el resultado de obstáculos al acceso a la atención.

### **8.3.4 Estudio de caso 4: Protección financiera**

#### **8.3.4.1 ¿Cuál es el problema de desempeño del sistema de salud?**

La protección financiera capta la medida en que las personas están protegidas de los riesgos financieros de la mala salud. Es fundamental que los países que buscan avanzar hacia la cobertura universal de salud comprendan las causas de una protección financiera deficiente y las políticas que mejor pueden abordarla. Este estudio de caso se centra en la experiencia de Letonia durante la crisis financiera del 2008-2009 para ilustrar cómo la política de salud puede afectar la protección financiera.

Para pensar en cómo medimos la protección financiera, podemos comenzar por considerar los tipos de pagos que los hogares hacen por la atención de salud. Los pagos directos son pagos que las familias hacen a los proveedores directamente para cubrir el costo total de la atención o pagos en el punto de atención que cubren una parte del costo de la atención (cargos al usuario o copagos). Todos los sistemas de salud utilizan en cierta medida los pagos directos para financiar la salud. Para aquellas personas que pueden permitírselo, pagar directamente una cierta cantidad por atención de salud puede no ser un problema importante, y es poco probable que ello cause dificultades financieras, a menos que los niveles de gasto sean demasiado altos. Sin embargo, para otras personas, hacer pagos directos por atención de salud —incluso pequeñas cantidades— puede causar dificultades financieras importantes o convertirse en una barrera insalvable para el uso de los servicios de salud.

Para dar seguimiento al grado en que los pagos directos causan penurias financieras, los analistas utilizan indicadores de protección financiera. Los dos indicadores más comunes son la incidencia catastrófica del gasto en salud y la incidencia del gasto en salud que conduce a la pobreza. La incidencia del gasto catastrófico en salud refleja el porcentaje de familias que gastan por encima de cierto porcentaje de sus recursos disponibles en atención de salud, con el supuesto de que un gasto excesivo en salud desplaza el gasto en otras necesidades básicas como alimentos o vivienda. La incidencia del gasto en salud que conduce a la pobreza refleja el porcentaje de familias que cayeron por debajo de la línea de pobreza después de pagar directamente por la atención de salud (Cylus, Thomson y Evetovits, 2018).

#### **8.3.4.2 ¿Dónde se ubica este problema dentro del marco?**

En el contexto del marco de evaluación, la protección financiera es un objetivo final del sistema de salud. De hecho, es una de las principales mediciones generales utilizadas para dar seguimiento al progreso hacia la cobertura universal de salud. Es particularmente útil porque abarca todos los aspectos del sistema de salud, incluidas las funciones del sistema de salud (gobernanza, financiamiento, recursos, prestación de servicios), así como los objetivos intermedios y finales. También refleja características ajenas al sistema de salud, como las tasas de pobreza, el desempleo, los ingresos y el gasto en consumo, ya que los hogares acomodados suelen estar en mejores condiciones de pagar los costos de atención de salud que los hogares pobres.

La protección financiera es un producto de muchas características del sistema de salud y otras ajenas a este, por lo que puede utilizarse como punto de partida en el marco de evaluación: se puede trabajar de forma regresiva, desde el objetivo de protección financiera, para comprender cómo el desempeño de la función del sistema de salud afecta la proporción de hogares que enfrentan dificultades financieras, o bien se puede trabajar de forma prospectiva, desde una función del sistema de salud donde, por ejemplo, pueden estar realizándose reformas o cambios estructurales, para comprender mejor los efectos sobre la protección financiera.

Podemos considerar el caso de Letonia para ver cómo los cambios en el sistema de salud afectan a la postre el resultado final de la protección financiera. La protección financiera en Letonia no fue muy buena antes de la crisis financiera del 2008-2009 (Taube, Vaskis y Nesterenko, 2018) en comparación con otros países de la Unión Europea. Utilizando la metodología de la Oficina Regional de la OMS para Europa para medir la protección

financiera, el 10% de las familias tuvo gastos catastróficos en salud en el 2008; el 2% de los hogares letones ya se consideraban pobres, pero seguían haciendo pagos directos y, por lo tanto, se empobrecían aún más por dichos gastos. Una de las razones de los niveles de gasto catastrófico tan altos en ese momento fue la ausencia de mecanismos suficientes para proteger a las familias pobres que procuraban atención de incurrir en pagos directos que no tenían capacidad de hacer. Sin embargo, a pesar de que el PIB en el 2009 cayó un 18% y el desempleo alcanzó el 20% en el 2010, la protección financiera en Letonia no empeoró como habría sido de esperar. ¿Por qué? Con el marco de evaluación podemos rastrear los vínculos de desempeño hasta la protección financiera para comprender mejor las funciones que pueden influir en ella.

#### **8.3.4.3 ¿Cómo nos ayuda el marco a comprender las posibles causas del problema de desempeño del sistema de salud o su posible impacto?**

Como se mencionó, la protección financiera acusa la influencia de todas las funciones, aunque el financiamiento de la salud es quizás el vínculo más obvio. Por ejemplo, la subfunción de recaudación de ingresos interactúa con las decisiones de gobernanza normativa relacionadas con el financiamiento acerca de cuánto del costo de la atención de salud está cubierto. En los países que no pueden generar ingresos suficientes para el sistema de salud, las opciones sobre a quién cubrir, qué cubrir y cuánto del costo cubrir pueden dar lugar a brechas de cobertura, lo que contribuye a una protección financiera deficiente, ya que las personas que necesitan atención se ven obligadas a pagar directamente por ella.

En Letonia, durante la crisis financiera del 2008-2009, y a pesar de la mala situación económica, la protección financiera no se deterioró entre el 2008 y el 2009. Una de las principales razones fue la introducción en el 2009 de exenciones y reducciones del copago para las familias muy pobres a través de la red de previsión social. Esto fue posible, no obstante la difícil situación económica y fiscal, gracias al financiamiento externo proporcionado al gobierno hasta el 2012 para ampliar la cobertura.

Los datos muestran que la situación de los hogares más pobres no empeoró a medida que la economía colapsaba. Aunque la incidencia del gasto catastrófico total aumentó ligeramente en el 2009 al 10,1% de los hogares, la proporción de familias que se empobrecieron aún más disminuyó ligeramente, incluso cuando la proporción de hogares por debajo del umbral de pobreza (aquellos que no pueden satisfacer sus necesidades básicas) aumentó del 6,2% de los hogares al 7,2%. En conjunto, esto

indica que las decisiones relativas a la póliza de cobertura (parte de la subfunción de gobernanza del financiamiento) tienen un efecto importante sobre la protección financiera.

Además, conviene señalar que la mayor parte del gasto por pagos directos de quienes incurrieron en gastos catastróficos en Letonia se destina a medicamentos. Para comprender cómo el gasto en medicamentos conduce a dificultades financieras (y qué se puede hacer al respecto) habría que examinar las funciones de financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios. El financiamiento es pertinente porque el enfoque sobre los copagos afecta la medida en que los hogares están expuestos a los costos de los medicamentos, mientras que la prestación de servicios también afecta la protección financiera a través de patrones de prescripción, y la generación de recursos incide en la disponibilidad de medicamentos de bajo costo. De cualquier manera, eximir a los hogares muy pobres del cobro al usuario por medicamentos proporcionó una protección considerable, especialmente en un momento en que los precios de los medicamentos estaban aumentando.

Las mediciones de protección financiera solo reflejan el gasto de las personas que utilizan los servicios de salud. Sin embargo, hay algunos hogares que no pueden acceder a los servicios de salud porque la posibilidad de tener que hacer pagos directos es una barrera para su uso. Es posible que estas familias no incurran en gastos catastróficos en salud, sino que sus necesidades de atención resulten insatisfechas. Alternativamente, algunos hogares pueden enfrentar tanto gastos catastróficos como barreras de acceso, por ejemplo, si pueden gastar en algunos servicios pero no pueden pagar toda la atención que necesitan.

Volviendo al estudio de caso de Letonia, entre el 2008 y el 2009, las necesidades insatisfechas de atención de salud autonotificadas permanecieron invariables según datos de las estadísticas de la Unión Europea sobre ingresos y condiciones de vida, aunque la disminución de la actividad económica a menudo coincide con aumentos de las necesidades insatisfechas. Esto indica que la intervención de política para proporcionar acceso gratuito a la atención a los hogares muy pobres mitigó algunos de los efectos de la crisis financiera sobre la protección financiera y las necesidades insatisfechas que de otro modo podrían haber ocurrido.

### 8.3.5 Estudio de caso 5: Resiliencia

#### 8.3.5.1 ¿Cuál es el problema de desempeño del sistema de salud?

La resiliencia del sistema de salud se define como la capacidad de prepararse, gestionar (absorber, adaptar y transformar) y aprender de los choques, donde *choque* se define como un cambio repentino y extremo que afecta a un sistema de salud (Thomas et al., 2020). Los choques pueden ser variados y de amplio alcance, desde eventos como las condiciones climáticas extremas y las crisis financieras hasta brotes de enfermedades infecciosas, como la pandemia de COVID-19.

Este estudio de caso se centra en el ejemplo de la pandemia de COVID-19 e ilustra cómo se puede utilizar el marco para determinar cuán resiliente ha sido un sistema de salud frente a este choque.

#### 8.3.5.2 ¿Dónde se ubica este problema dentro del marco?

En el marco de evaluación, un choque representa un cambio repentino y extremo en el contexto del sistema de salud (capítulo 3). Por lo tanto, la resiliencia del sistema de salud tiene que ver con cuán bien se desempeñan las funciones clave del sistema de salud frente a un choque, y la medida en que el sistema puede continuar cumpliendo sus objetivos intermedios y finales.

La pandemia de COVID-19 ha sido una de las mayores conmociones que han padecido los sistemas de salud en todo el mundo, y ha afectado a múltiples partes del sistema a la vez, incluidas todas las funciones (gobernanza, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) y los resultados finales. En lo que atañe la resiliencia del sistema de salud ante la COVID-19, este marco puede utilizarse para comprender el impacto de la crisis utilizando áreas de evaluación que son el núcleo del desempeño de una función; las funciones, a su vez, se vinculan a los resultados. Dada la complejidad del sistema de salud, hay múltiples áreas (todos estos vínculos) donde la pandemia de COVID-19 puede haber afectado el desempeño de las funciones o los resultados y, por lo tanto, haber impactado la resiliencia.

### **8.3.5.3 ¿Cómo nos ayuda el marco a comprender las posibles causas del problema de desempeño del sistema de salud o su posible impacto?**

Para cada función, el marco de evaluación define subfunciones y áreas de evaluación; estas últimas sirven para evaluar el desempeño de las subfunciones. A fin de examinar la resiliencia de cada una de las funciones ante un choque externo, podemos considerar cada una de las subfunciones a la vez, examinando específicamente dónde el choque puede ocasionar vulnerabilidades. Un sistema resiliente tendrá una manera de hacer frente a estas vulnerabilidades de manera que pueda absorber el impacto.

La pandemia de COVID-19 afectó las cuatro funciones del sistema de salud. En el cuadro 8.1 se describe cada una de las funciones y subfunciones junto con las áreas de evaluación seleccionadas para cada una. En la última columna figuran ejemplos de respuestas de política a la COVID-19 en áreas donde la pandemia ha afectado el desempeño de las áreas de evaluación específicas resaltadas.

Con la ayuda del marco, se puede medir la capacidad de los sistemas de salud para resistir un choque examinando el logro de los objetivos finales antes y después del choque. En el cuadro 8.2 se presenta una serie de ejemplos que ilustran cómo la pandemia de COVID-19 puede afectar los objetivos y algunas mediciones indicativas que podrían utilizarse para dar seguimiento.

**Cuadro 8.1** *El impacto de la COVID-19 aplicado a las funciones del sistema de salud*

<b>Función</b>	<b>Subfunción</b>	<b>Áreas de evaluación seleccionadas</b>	<b>Ejemplos de estrategias de respuesta a la COVID-19</b>
<b>Gobernanza</b>	Política y visión	Existencia de colaboración multisectorial	Capacidad de colaborar entre diferentes sectores gubernamentales para garantizar la implementación coherente de las políticas (por ejemplo, en relación con el distanciamiento social, aislamiento y apoyo, cadenas de suministro)
	Voz de las partes interesadas	Participación de partes interesadas en la formulación de políticas	Existencia de mecanismos para que los principales interesados contribuyan a la planificación de la respuesta [incluidos representantes de diferentes niveles administrativos (por ejemplo, regiones y municipios; profesiones (médicos generales, enfermeras, personal de atención a largo plazo, grupos de pacientes)]
	Información e inteligencia	Recopilación de datos pertinentes	Existencia de mecanismos de seguimiento para alertar a los sistemas de salud sobre los cambios epidemiológicos; seguimiento del impacto sobre la salud y los recursos y servicios de atención de la salud; vínculos con otros sistemas de información
	Legislación y regulación	Capacidad para legislar	Existen mecanismos para que los gobiernos puedan actuar rápidamente mediante la aplicación de legislación de emergencia con plazos determinados (por ejemplo, sobre confinamientos, compras, normas de regulación)
<b>Generación de recursos</b>	Personal de salud	Distribución/combinación de personal	Existen mecanismos para reasignar a los profesionales de la salud a nuevas funciones o lugares según las necesidades
	Infraestructura y equipos médicos	Disponibilidad de infraestructura y equipos médicos	Se dispone de suficientes camas en la UCI para acoger a los necesitados
	Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles	Disponibilidad de productos farmacéuticos y bienes fungibles	Hay suficiente EPP para proteger a los trabajadores de primera línea
	Gobernanza de la generación de recursos	Planificación de recursos	Existen planes para cuidar de la disponibilidad y el despliegue de vacunas

Función	Subfunción	Áreas de evaluación seleccionadas	Ejemplos de estrategias de respuesta a la COVID-19
<b>Financiamiento</b>	Recaudación de ingresos	Fondos estables	Los países se aseguran de que los recursos monetarios estén disponibles rápidamente y cuando sea necesario para asegurarse de que los fondos permanezcan estables y adecuados durante la crisis
	Mancomunación	Mancomunación equitativa	Los recursos para la atención de la COVID están disponibles para todos los necesitados, en todos los grupos
	Compra	Compras eficientes	El EPP se compra a precios competitivos
		Asignación según la necesidad	Las pruebas se asignan de acuerdo con los necesitados y no con los que tengan más capacidad de pago
Gobernanza del financiamiento	Cobertura integral	Las personas en el sistema tienen una cobertura integral que las protege, incluida la cobertura por licencia por enfermedad o el blindaje necesario.	
<b>Prestación de servicios</b>	Salud pública	Eficacia	Prueba-rastreo-aislamiento-apoyo (vinculación a la colaboración, por ejemplo, apoyo económico y social)
	Atención primaria	Acceso	Capacidad para mantener los servicios, como la prevención, la vacunación, la atención de enfermedades no transmisibles
	Atención especializada	Seguridad	Garantizar la seguridad de los pacientes hospitalizados mediante la introducción de protocolos o mecanismos adicionales de control de infecciones (por ejemplo, separar a los pacientes con COVID-19 de los que no tienen la enfermedad)
	Gobernanza de la prestación de servicios	Autoridad para tomar decisiones	Capacidad de las autoridades locales o regionales para responder a los desafíos locales de atención de salud de acuerdo con sus competencias (por ejemplo, tener un coordinador local, organizar servicios, como plan de vacunación contra la COVID-19)

Fuente: Compilación de autores y Sagan et al. (2021).

Nota: COVID-19, enfermedad por el coronavirus del 2019; UCI, unidad de cuidados intensivos; EPP, equipo de protección personal.



## 8.4 Conclusiones

En este capítulo se presenta el marco de evaluación y se ilustra su aplicación a través de una serie de estudios de casos. El objetivo del marco es servir de ayuda conceptual que los responsables de las políticas pueden utilizar al tratar de determinar áreas para mejorar el sistema de salud. Como se demostró a través de los estudios de caso, el marco está diseñado para que el punto de partida pueda ser cualquier indicador del sistema de salud o área de evaluación, derivado de una ESS (que generalmente analiza las funciones) o una EDSS (que generalmente analiza los resultados). El punto fuerte del marco es que conecta estas dos áreas separadas.

Si bien el marco tiene como objetivo proporcionar a las entidades normativas algunas ideas sobre las posibles fuentes de variación del desempeño (de las funciones o el sistema), solo puede utilizarse como punto de partida y no proporcionará respuestas definitivas. Es necesario seguir trabajando para que los responsables de las políticas determinen cuáles de estas fuentes están causando realmente la variación del desempeño. Aun así, el marco puede ayudar a reducir las áreas que deben examinarse para definir las áreas de mejora.

**Cuadro 8.2** Resiliencia de los objetivos del sistema de salud ante la COVID-19

Parte del sistema de salud	Objetivo o función específico	Ejemplos de afectados por la COVID-19	Mediciones indicativas
Final goals	Mejora de la salud	Peor estado de salud de los que contrajeron el virus	Casos y muertes acumulados por COVID-19
		Peor estado de salud de aquellos cuya atención se vio interrumpida debido al efecto del virus sobre la prestación de servicios	
	Enfoque centrado en las personas	Mejor estado de salud de aquellos que no contrajeron enfermedades debido a medidas preventivas (por ejemplo, menos gripe estacional, menos accidentes de tránsito)	Exceso de mortalidad
		Elección limitada de tratamientos dadas las restricciones y la falta de capacidad	Cuestionarios sobre experiencia del paciente
	Protección financiera	Más restricciones a la presencia de apoyo familiar en los entornos médicos donde se brinda atención	Necesidad insatisfecha de atención médica
		Nuevos costos de atención de salud que pueden ser de pago directo (pruebas de COVID-19, servicios privados para compensar los servicios suspendidos)	Gastos catastróficos
Eficiencia del sistema de salud	Desempleo, lo que lleva a la posible pérdida de la cobertura de salud	Nivel de pagos directos	
Equidad del sistema de salud	El sistema de salud está invirtiendo en más recursos para combatir la pandemia mientras trata de mantener los resultados al mismo nivel o mejorarlos	Cantidad de inversión necesaria para mantener los resultados	
		Casos y muertes acumulados por COVID-19 por nivel socioeconómico y grupos demográficos o regiones	
		Exceso de mortalidad por nivel socioeconómico y grupos demográficos; o regiones	

Fuente: Compilación de los autores.

Nota: COVID-19, enfermedad por el coronavirus del 2019.

## Referencias

Adams O et al. (2003). Provision of personal and non-personal health services: Proposal for monitoring. En: Murray C, Evans D, editores. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Ginebra: OMS.

- Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Drug Shortages: Root Causes and Potential Solution. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/132058/download> (consultado el 19 de abril del 2021).
- Baker M et al. (2000). Household crowding a major risk factor for epidemic meningococcal disease in Auckland children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 19(10):983-990.
- Benfer EA et al. (2014). Eviction, health inequity, and the spread of covid-19: housing policy as a primary pandemic mitigation strategy. *Journal of Urban Health*, 2021:1-12.
- Bennet S, Peters DH (2015). Assessing national health systems: why and how. *Health Systems Reform*, 1:9-17 doi 10.1808/23288604.2014.997197.
- Bentley R, Baker E, Aitken Z (2019). The 'double precarity' of employment insecurity and unaffordable housing and its impact on mental health. *Social Science & Medicine*, 225:9-16.
- Black N, Gruen R (2005). *Understanding health services*. Maidenhead: Open University Press.
- Comisión Europea (2019a). State of Health in the EU – Lithuania. Country health profile 2019. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/35913deb-en.pdf?expires=1668106730&id=id&accname=guest&checksum=609E32585A39294160A4E-0DEBFF102F9> (consultado el 21 de julio del 2021).
- Comisión Europea (2019b). State of Health in the EU – Estonia. Country health profile 2019. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/0b94102e-en.pdf?expires=1668106845&id=id&accname=guest&checksum=9382F8E7566DA383CD-745C627A82143F> (consultado el 21 de julio del 2021).
- Consejo Ejecutivo de la OMS (2015). 138.<sup>a</sup> reunión. La escasez mundial de medicamentos y la seguridad y accesibilidad de los medicamentos pediátricos. Ginebra: OMS. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_41-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_41-sp.pdf) (consultado el 15 de abril del 2021).
- Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*, 96(9):599-609.
- Decamp M et al. & Working Group on Chemotherapy Drug Shortages in Pediatric Oncology (2014). Chemotherapy drug shortages in pediatric oncology: a consensus statement. *Pediatrics*, 133(3):e716-e724.
- European Association of Hospital Pharmacists (2018). EAHP's 2018 Survey on Medicines Shortages to improve patient outcomes. November 2018. Bruselas: EAHP.
- Eurostat (2020). Statistical database. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (consultado el 1 de marzo del 2021).

- Hosseini R et al. (2018). Factors associated with the incidence of oncology drugs shortages in the United States (2001–2017). *Value Health*, 21:S372.
- Howden-Chapman P et al. (2007). Effect of insulating existing houses on health inequality: cluster randomised study in the community. *BMJ*, 334(7591):460.
- Instituto de Medicina de Estados Unidos (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Jackson G et al. (2011). Reduced acute hospitalisation with the healthy housing programme. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7):588-593.
- Karanikolos M, Murauskiene L, van Ginneken E (2013). Pursuing health care efficiency in Lithuania. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333083/Eurohealth-19-3-44-47-eng.pdf> (consultado el 21 de julio del 2021).
- Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal of Equity in Health*, 12:18.
- Martin P et al. (2019). Adults with housing insecurity have worse access to primary and preventive care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(4):521-530.
- Ministerio de Salud/Manatū Hauora (2020). Healthy Homes Initiative. 2020. Nueva Zelanda. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/healthy-homes-initiative> (consultado el 21 de julio del 2021).
- Modisakeng C et al. (2020). Medicine shortages and challenges with the procurement process among public sector hospitals in South Africa; findings and implications. *BMC Health Service Research*, 20:234.
- Murray CJL, Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*, 78(6):717-730.
- Nolte E (2017). Evidence supporting integrated care. En: Amelung V et al., editores *Handbook of Integrated Care*. Cham: Springer.
- Nolte E, McKee M (2004). Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/does-healthcare-save-lives-avoidable-mortality-revisited> (consultado el 21 de julio del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (1998). Health promotion glossary. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20200312193235/https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (consultado el 20 de agosto del 2020).
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.

- Organización Mundial de la Salud (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, Documento A69/39 del 15 de abril del 2016. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf) (consultado el 15 de abril del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2020a). Poland can strengthen financial protection by exempting poor people from copayments for medicines. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20200223100547/https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/news/news/2020/2/poland-can-strengthen-financial-protection-by-exempting-poor-people-from-copayments-for-medicines> (consultado el 15 de abril del 2021).
- Organización Mundial de la Salud (2020b). Mortality database. Disponible en: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database> (consultado el 1 de marzo del 2021).
- Organización Panamericana de la Salud (2022). Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56080> (consultado el 9 de septiembre del 2021).
- Ozawa S et al. (2019). Access to medicines through health systems in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 34(Suppl. \_3).
- Phuong JM et al. (2019). The impacts of medication shortages on patient outcomes: A scoping review. *PloS one*, 14(5):e0215837.
- Preval N et al. (2017). Impact of improved insulation and heating on mortality risk of older cohort members with prior cardiovascular or respiratory hospitalisations. *BMJ Open*, 7(11).
- Prinja S (2015). Availability of medicines in public sector health facilities of two North Indian States. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 16:43
- Sagan A, Webb E, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, McKee M, Figueras J, editores. Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better (2021). Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (Serie sobre políticas en salud, N.º 56).
- Tanday S (2016) Framework for tackling paediatric chemotherapy drug shortages. *The Lancet Oncology*, 17(3):e93.
- Taube M, Vaskis E, Nesterenko O (2018). Can people afford to pay for health care? Latvia. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf) (consultado el 15 de abril del 2021).

- Thomas S et al. (2020). *Strengthening health systems resilience*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Thomson S, Cylus J, Tamas E (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection*. 1st edn. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud.
- Unguru Y et al. (2019). Chemotherapy and supportive care agents as essential medicines for children with cancer. *JAMA Pediatrics*, 173(5):477-484. Erratum in: *JAMA Pediatrics*, 2019;173(5):502.
- Von Seidlein L et al. (2021). Crowding has consequences: prevention and management of COVID-19 in informal urban settlements. *Building and Environment*, 188:107472.
- Witter S et al. (2019). *Evidence review of what works for health systems strengthening, where and when?* Technical Report. DFID. Disponible en: <https://archive.lstmed.ac.uk/12455/> (consultado el 15 de abril del 2021).
- Zar HJ et al. (2020). Challenges of COVID-19 in children in low-and middle-income countries. *Paediatric Respiratory Reviews*, 35:70-74.

# Conclusión

*Dheepa Rajan, Irene Papanicolas, Marina Karanikolos, Josep Figueras*

### 9.1 Introducción

Un ejercicio para reunir todo el sistema de salud para su evaluación es una empresa que inevitablemente pone de relieve cuestiones fundamentales sobre los límites, componentes y objetivos del sistema. El marco de evaluación representa un intento integral de abordar esas preguntas, teniendo en cuenta que, en muchos casos, no hay una respuesta correcta o incorrecta. Nuestro objetivo es encontrar la solución óptima dada la perspectiva adoptada, la evidencia disponible y la evaluación de expertos.

Con esto en mente, este volumen comienza por reconocer la confusión en torno a la terminología utilizada en las áreas de ESS y EDSS, pero va más allá de las palabras para reflejar además los distintos objetivos de evaluación y tipos de información recopilada para el análisis (capítulo 1). El marco de evaluación se basa en la premisa de que cualquier ejercicio que abarque todo el sector debería recopilar información y examinar el desempeño tanto de las funciones del sistema de salud como del sistema mismo. Hasta la fecha, las evaluaciones tendían a concentrarse en uno u otro aspecto, utilizando más a menudo las ESS para recopilar información y evaluar las funciones de los sistemas de salud, y las EDSS para examinar el desempeño del sistema de salud, a través de la medición y evaluación de sus objetivos finales. Nuestro marco, presentado a lo largo de este volumen, tiene como objetivo unir los paradigmas de ESS y EDSS; a partir de los conocimientos, herramientas y evidencias existentes (capítulo 2), este volumen se propone vincular coherentemente el desempeño de las funciones del sistema de salud al logro de los objetivos intermedios y finales del sistema (capítulo 3).

Para lograrlo, se hace una diferenciación entre, de un lado, el desempeño de las funciones individuales del sistema de salud de gobernanza (capítulo 4), generación de recursos (capítulo 5), financiamiento (capítulo 6) y prestación de servicios (capítulo 7) y, del otro, el desempeño del sistema de salud como un todo. Aunque existen algunos vínculos

directos entre las actividades dentro de las funciones y el logro de los resultados del sistema de salud, que el marco destaca, la mayoría son vínculos indirectos. Sin embargo, existe un amplio consenso de que las funciones de alto desempeño conducirán a sistemas de salud de alto desempeño. Este es el punto de partida del marco de evaluación. En cada uno de los capítulos sobre las funciones del sistema de salud se describe el propósito de la función, las subfunciones que facilitan la ejecución de las actividades clave necesarias para cumplir su propósito y el conjunto de áreas de evaluación y mediciones indicativas propuestas para evaluar su desempeño.

Cualquier obstrucción del sistema de salud detectada en el marco, ya sea en una subfunción, un área de evaluación, un objetivo intermedio o un objetivo final, puede rastrearse retrospectivamente para ubicar sus posibles orígenes (áreas que deben mejorarse) o prospectivamente para comprender las posibles influencias sobre el desempeño del sistema de salud (capítulo 8).

El marco de evaluación se ha concebido como punto de partida para la EDSS. Si bien es posible que no se pueda, con el marco, ubicar los orígenes específicos del bajo desempeño o determinar el impacto exacto que una función de bajo desempeño tendrá sobre un resultado particular del sistema de salud, puede servir como punto de partida para un análisis exhaustivo. Es importante destacar que el marco se ha diseñado teniendo en cuenta las herramientas de ESS y EDSS, de modo que los indicadores de desempeño de otras fuentes que ya se han recopilado se puedan integrarse fácilmente a él. En este capítulo final proporcionamos al lector una visión general concisa de los principales elementos del marco de evaluación y esbozamos nuevas direcciones de trabajo.

## **9.2 Resumen de las cuatro funciones del sistema de salud**

### **9.2.1 Gobernanza**

La función de gobernanza figura estratégicamente a la extrema izquierda del marco como facilitadora de todas las demás funciones del sistema de salud, pero también aparece dentro de cada una de las funciones. El marco de evaluación describe cuatro subfunciones: política y visión, voz de las partes interesadas, información e inteligencia, y legislación y regulación para la evaluación de la función de gobernanza general.



### 9.2.1.1 Política y visión

Esta subfunción abarca la capacidad y los recursos necesarios para proporcionar una visión estratégica para el sector de la salud que esté claramente articulada en un solo documento, un conjunto de políticas, leyes o directrices a partir de las cuales se pueda hacer rendir cuentas a los gobiernos. En el centro de la configuración de la política de salud y la provisión de una visión para el sector de la salud está la colaboración intersectorial; de allí que las áreas de evaluación de esta subfunción sean, además de la “existencia de una política en forma escrita y rastreable” y “calidad de la dirección estratégica”, también la “existencia de...” y “calidad de la colaboración multisectorial”.

### 9.2.1.2 Voz de las partes interesadas

La subfunción de voz de las partes interesadas gira en torno a la posibilidad real de que las partes interesadas clave —sector académico, asociaciones de proveedores, organizaciones de la sociedad civil, comunidades vulnerables y marginadas, el público en general— contribuyan a las decisiones relacionadas con la política de salud (área de evaluación “participación de las partes interesadas en la formulación de las políticas”). Por lo tanto, esta subfunción requiere una sólida capacidad gubernamental para iniciar, dirigir y mantener procesos participativos a largo plazo con el fin de captar la voz de las partes interesadas como parte del *modus operandi* regular del sector de la salud (área de evaluación “participación de las partes interesadas como prioridad del gobierno”).

### 9.2.1.3 Información e inteligencia

La subfunción de información e inteligencia se refiere básicamente a la gobernanza de los datos. Trata de la cultura gerencial y la voluntad política necesarias para apoyar un entorno en el cual la generación y el uso de evidencia sean la norma, y donde los cambios dentro del sistema de salud y sus efectos sobre el desempeño del sistema sean objeto de seguimiento, aprendizaje y acción constantes (área de evaluación “recopilación de datos pertinentes”). Por lo tanto, un sistema de información que funcione bien y sea accesible para una amplia gama de partes interesadas del sistema de salud es crucial para la toma de decisiones basada en datos (área de evaluación “toma de decisiones basada en la evidencia”).

#### 9.2.1.4 Legislación y regulación

La legislación y la regulación son herramientas poderosas para lograr los objetivos del sistema de salud. Por ejemplo, las leyes de salud basadas en los derechos o los marcos regulatorios para la prestación de servicios del sector privado son ejemplos por excelencia de lo que implica esta subfunción; ambos pueden tener un profundo efecto facilitador sobre el desempeño de otras funciones del sistema de salud y, posteriormente, sobre los resultados del sistema de salud. Las áreas de evaluación en este caso son la “capacidad para legislar” y “velar por el cumplimiento de la legislación”.

El marco diferencia la gobernanza general del sistema de salud de las acciones de gobernanza que están específicamente vinculadas a la gobernanza de las otras funciones del sistema. La gobernanza del financiamiento incluye decisiones de gobernanza específicas relacionadas con las actividades de financiamiento, como la gestión del financiamiento público, y decisiones de política relativas a la cobertura del paquete de prestaciones. La gobernanza de la generación de recursos incluiría actividades como la planificación del personal de salud y la gestión de los sistemas de adquisiciones. La gobernanza de la prestación de servicios tiene que ver con el grado de descentralización de la toma de decisiones en favor del nivel subnacional, la integración de servicios y los mecanismos de garantía de la calidad. Al evaluar la función de gobernanza, es necesario examinar tanto la gobernanza del sistema en general como las cuestiones de gobernanza relacionadas con las otras tres funciones: financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios, para comprender si la función de gobernanza está desempeñándose bien y permitiendo que el sistema opere correctamente.

#### 9.2.2 Generación de recursos

La generación de recursos es la función que cuida de que un sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para operar. Estos insumos incluyen el personal de salud, dispositivos médicos, equipos médicos, infraestructura, productos farmacéuticos, vacunas, bienes fungibles y suministros médicos. Esta función describe cómo se producen, adquieren, ponen a disposición o mantienen los insumos a nivel nacional. Sin embargo, la distribución de esos recursos se reflejaría en la función de prestación de servicios.

La generación de recursos se coloca en el marco de evaluación entre la gobernanza y la prestación de servicios, lo que indica que la función de gobernanza habilita la función

de generación de recursos, y la generación de recursos sustenta y habilita la función de prestación de servicios. En última instancia, la influencia de la generación de recursos sobre los objetivos intermedios y finales del sistema de salud se produce a través de la prestación de servicios, es decir, su impacto sobre el desempeño del sistema de salud depende de proporcionar los recursos adecuados en el momento propicio para su uso dentro de la función de prestación de servicios.

Ese papel crucial se refleja en las subfunciones de generación de recursos y sus áreas de evaluación. Las tres subfunciones de personal de salud, infraestructura y equipo médicos y productos farmacéuticos y otros bienes fungibles tienen áreas de evaluación similares: disponibilidad, distribución/combinación y, para las dos primeras subfunciones, agregamos una medida de mantenimiento: educación para el personal de salud y mantenimiento para la infraestructura y equipos médicos. Como los productos farmacéuticos y los bienes fungibles son desechables, no se necesita un área de evaluación del mantenimiento. La disponibilidad y la distribución/combinación se refieren esencialmente a los recursos que están disponibles en el lugar correcto y el momento adecuado, lo que facilita la función de prestación de servicios. Un punto de intersección clave entre la gobernanza y la generación de recursos es la gobernanza de la generación de recursos, como se mencionó anteriormente.

### **9.2.3 *Financiamiento***

El financiamiento de la salud es una función simple pero integral de un sistema de salud: recaudar y gastar dinero en atención de salud. Se divide en tres subfunciones (recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de bienes y servicios) que, en conjunto, describen el flujo de recursos monetarios a través del sistema de salud.

Una subfunción de recaudación de ingresos que se desempeñe bien debería garantizar que el sistema de salud cuente con recursos suficientes para satisfacer las necesidades de atención de la salud; que esos recursos sean estables, previsibles y capaces de hacer frente a los choques, y que se recauden de manera equitativa a fin de lograr que la carga del financiamiento no recaiga sobre los pobres o los enfermos.

La función de mancomunación tiene por finalidad principal cuidar de que los recursos se distribuyan de manera equitativa y también permitir la eficiencia mediante economías de escala; de allí que la equidad de la mancomunación y la eficiencia administrativa sean las áreas de evaluación clave.

La compra se ocupa de hacer llegar los recursos a quienes más los necesitan. Puede tener un gran impacto sobre la calidad de la atención y, en última instancia, los resultados de salud. Las áreas de evaluación para la compra son las compras eficientes y la asignación de acuerdo con las necesidades.

El financiamiento es fundamental para el desempeño de un sistema de salud y para lograr la cobertura universal de salud. La buena ejecución de la generación de ingresos, la mancomunación y las compras son cruciales para lograr que se disponga de recursos para quienes necesitan atención de salud y el sistema de salud obtenga una buena relación calidad-precio. La gobernanza del financiamiento y las decisiones normativas relacionadas con la póliza de cobertura, así como factores estructurales relacionados con la gestión del financiamiento público, tienen un impacto importante sobre el grado en que el financiamiento puede cumplir los objetivos del sistema de salud.

#### **9.2.4 Prestación de servicios**

La prestación de servicios es una función básica de los sistemas de salud que influye en las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos, y a su vez acusa la influencia de estas. La prestación de servicios es un producto de las funciones de gobernanza, financiamiento y generación de recursos.

Los límites entre las subfunciones de la prestación de servicios a menudo están mal definidos porque su alcance y amplitud están determinados, en buena parte, por los contextos regionales y nacionales específicos dentro de los cuales se organizan y financian estas funciones. Distinguimos tres subfunciones: salud pública, atención primaria y atención especializada, así como los mecanismos de gobernanza relacionados con la función que guían la planificación y operación de los servicios.

Las áreas de evaluación de la prestación de servicios son objetivos intermedios del sistema de salud y se aplican a cada una de las subfunciones de prestación de servicios. Señalamos el acceso, la eficacia, la seguridad, la experiencia del usuario, la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios como áreas de evaluación. Son esos objetivos los que, en última instancia, sustentan los objetivos finales del sistema de salud y determinan cuán bien funciona todo el sistema.

### 9.3 Desempeño del sistema de salud: objetivos intermedios y objetivos finales

El desempeño del sistema de salud a menudo se conceptualiza como el logro de objetivos clave del sistema de salud (capítulo 2). En este volumen, y en el marco de evaluación, seguimos este enfoque e indicamos cinco objetivos del sistema de salud (cuadro 9.1). Los objetivos destacados representan objetivos comúnmente acordados para el sistema de salud en marcos anteriores del sistema.

**Cuadro 9.1** *Cinco objetivos del sistema de salud*

Objetivo del sistema de salud	Definición
<b>Mejora de la salud</b>	Por mejora de la salud se entiende la mejora de la salud de la población, donde la salud se refiere a la salud en diferentes partes del ciclo de vida, la morbilidad y la mortalidad prematura
<b>Enfoque centrado en las personas</b>	Enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud fiables que se organizan en torno a las necesidades integrales de las personas en lugar de enfermedades individuales y respeta las preferencias sociales
<b>Protección financiera</b>	Proteger a las personas contra las dificultades financieras asociadas al pago de los servicios de salud
<b>Eficiencia del sistema de salud</b>	Maximizar los objetivos finales del sistema de salud (mejora de la salud, enfoque centrado en las personas y protección financiera) dados los recursos disponibles
<b>Equidad del sistema de salud</b>	Distribución de la mejora de la salud y el enfoque centrado en las personas hacia toda la población, así como el nivel de protección financiera.

*Fuente:* Compilación de los autores.

Para el logro de estos objetivos es fundamental alcanzar los objetivos intermedios, que son también las áreas de evaluación de la función de prestación de servicios, a saber: calidad, acceso, experiencia del usuario, eficiencia de los servicios de salud y equidad en los servicios de salud.

### 9.4 Conclusiones y dirección futura

Si bien en el marco se describen los vínculos entre el desempeño de las funciones y el desempeño del sistema de salud, hay pocos vínculos directos claros. En la mayoría de los casos, y como se menciona a lo largo de este volumen, el logro de los objetivos finales del sistema de salud acusará la influencia del desempeño de muchas partes diferentes

del sistema de salud y las funciones de salud. Teniendo en cuenta esto, la mejor manera de utilizar este marco no es para determinar una única solución que se puede ajustar dentro de una subfunción para mejorar uno de los resultados del sistema de salud, sino usarlo para evaluar de manera más general el desempeño de los diferentes componentes del sistema. Cuando se detecten problemas, el marco puede ayudar a los usuarios a delinear cómo estos podrían incidir en otras partes del sistema y determinar posibles efectos en cadena.

Como siguiente paso en el desarrollo de las herramientas que permitan evaluar el desempeño de los sistemas de salud, será importante ensayar el marco en todos los sistemas de salud. Es importante ver cuán bien se puede utilizar el marco para definir áreas para una investigación más exhaustiva utilizando la información existente. Sin embargo, aun con la ayuda del marco para ilustrar cómo se unen las funciones, los objetivos intermedios y los objetivos finales del sistema de salud, nuestros esfuerzos de evaluación se ven restringidos por la cantidad y calidad de los datos disponibles sobre los sistemas de salud. Para crear una base más sólida para hacer comparaciones de desempeño en el futuro, se necesita trabajar más en la recopilación regular de la información necesaria para evaluar mejor las funciones y el desempeño del sistema de salud. Como parte de estos esfuerzos, el marco de evaluación puede ayudar a determinar dónde existen brechas de datos particulares hacia las cuales deberían dirigirse los nuevos esfuerzos de forma prioritaria.

El logro de un sistema de salud sólido y resiliente implica acciones de política que deben emprenderse sobre la base de la mejor evidencia disponible. Esto requiere el seguimiento regular de los sistemas de salud para aprovechar sus puntos fuertes y superar cualquier deficiencia manifiesta.

Con el fin de ayudar en ese proceso, en este volumen, producto de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud y el Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, se presenta un nuevo marco para apoyar el seguimiento del desempeño de los sistemas de salud, en el cual se resaltan y detallan los vínculos conceptuales existentes entre las funciones del sistema de salud y los objetivos del sistema en general. Por lo tanto, este marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud representa un intento integral de abordar cuestiones fundamentales relacionadas con la evaluación periódica de los sistemas de salud, incluidos sus límites, componentes y resultados.

En cada uno de los capítulos de esta obra sobre las funciones del sistema de salud se describe el propósito de la función, las subfunciones que facilitan la ejecución de las actividades clave necesarias para cumplir su propósito y el conjunto de áreas de evaluación y mediciones indicativas propuestas para evaluar su desempeño. Por lo tanto, el marco ayudará a los responsables de las políticas a comprender los posibles orígenes de un desempeño deficiente o su impacto sobre un resultado particular del sistema de salud, lo que ha de motivar un análisis más exhaustivo.

---

## Serie de políticas de salud n.º 57

