



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



43.^{er} CONSEJO DIRECTIVO 53.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001

Punto 4.14 del orden del día provisional

CD43/18 (Esp.)
2 agosto 2001
ORIGINAL: ESPAÑOL

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El presente documento aborda el tema de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud y su relevancia para guiar las acciones de mejoramiento y desarrollo del sector. Resume los principales mandatos que fueron emitidos por los Cuerpos Directivos tanto de la Organización Panamericana de la Salud como de la Organización Mundial de la Salud en los últimos meses con relación a este tema. Informa sobre la Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud llevada a cabo en la Región de las Américas en mayo de 2001. Por último, hace referencia a la creación de un grupo de trabajo regional cuya tarea fundamental será profundizar las principales conclusiones generadas en la Consulta Regional a fin de aportar elementos para la revisión que lleve a cabo el panel mundial de expertos, así como de proporcionar recomendaciones que guíen el trabajo futuro de la OPS en esta dirección.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. Mandatos del 42.º Consejo Directivo de la OPS y de la 107.ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS	3
3. Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud.....	6
4. Intervención del Consejo Directivo.....	10
 Anexo: Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud – Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.	

1. Introducción

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se plantean, al igual que los Estados Miembros de otras Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la necesidad de avanzar en la transformación de sus sistemas de salud a fin de que puedan alcanzar los objetivos que les han sido fijados por la sociedad.

En la medida en que la reorientación de las actividades del sector se torna importante, se discute ampliamente la necesidad de mejorar la capacidad institucional de medir y evaluar el desempeño de los sistemas de salud. El propósito último de todo ello es contar con una base sólida de información que permita conformar las agendas de transformación de los sistemas de salud con el mayor grado posible de sustentación objetiva.

Es en este sentido que los Estados Miembros otorgan cada vez mas importancia a los esfuerzos de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (EDSS). Cobra importancia, por consecuencia, su conceptualización, la puesta en marcha de procesos de medición y generación de información para el efecto y, sobre todo, su utilización en la toma de decisiones referidas tanto a la formulación de políticas de salud como a la gestión estratégica de las distintas operaciones que forman parte del sistema.

La publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, referido al tema del mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud, dio lugar a un intenso debate tanto en la Región de las Américas como en las demás regiones del mundo, en torno al tema de EDSS. Se ha discutido ampliamente sobre la modalidad adoptada para su producción y diseminación, en particular sobre el ejercicio de clasificación de los Estados Miembros según su grado de desempeño medido a través de un índice combinado que fue introducido por primera vez en el *Informe*. El debate generado ha puesto de manifiesto la necesidad de precisar mejor el alcance y las implicaciones del ejercicio de EDSS llevado a cabo por la OMS al igual que su grado de articulación con los procesos nacionales y regionales, que pueden y deben realimentar el ejercicio que la OMS emprenda en el futuro en este campo.

2. Mandatos del 42.º Consejo Directivo de la OPS y de la 107.ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS

El 42.º Consejo Directivo de la OPS debatió el tema del *Informe sobre la salud en el mundo 2000* y emitió la resolución CD42.R5 en la que:

- Instó los Estados Miembros a que:
 - movilizaran los sectores de la inteligencia nacional, representados por sus respectivos ministerios de salud, universidades, institutos de investigación y organismos afines para que procedieran a hacer el seguimiento y evaluación de sus propios sistemas de salud, y
 - pusieran a disposición de la OMS la información técnica para la realización de estudios comparativos entre los países.
- Recomendó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) que transmitiera a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud la solicitud de que la OMS:
 - promueva, con la participación amplia de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, la revisión del marco y la metodología utilizados para el estudio comparativo del desempeño de los sistemas de salud presente en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, y
 - someta las bases técnicas y metodológicas del próximo Informe de la salud en el Mundo a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS antes de su publicación.

La recomendación fue acatada y el Director de la OSP transmitió la solicitud de los Estados Miembros a la Directora General de la OMS.

Asimismo los Estados Miembros han movilizado a sus instituciones pertinentes para generar el debate en torno al tema y son numerosas las publicaciones científicas que han sido generadas al respecto. Este debate ha permitido, entre otras cosas, el que hubiese un abundante material y experiencias que se han buscado recoger en la Consulta Regional de las Américas en relación a este tema.

En su 107.^a sesión, en enero de 2001, el Consejo Ejecutivo discutió el tema de EDSS, en lo relativo al marco conceptual y la metodología contenida en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* y la información disponible con la que se calculó el índice combinado de evaluación del desempeño. Este índice clasificó a los países en orden jerárquico relativo al grado de desempeño alcanzado por sus sistemas.

En su discurso de apertura, la Directora General informó que debido a la importancia del tema y al interés de los Estados Miembros, informaría sobre el desempeño del sector de la salud cada dos años (el próximo informe a publicarse en octubre de 2002). Expresó que antes de su publicación, adoptaría las siguientes medidas:

- Establecer un proceso de consulta técnica reuniendo al personal y las perspectivas de los Estados Miembros en cada una de las Regiones de la OMS;
- Asegurar que la OMS consulte con cada Estado Miembro sobre los mejores datos a utilizar en la evaluación del desempeño y brindar información por adelantado sobre los valores de los indicadores que la OMS obtenga empleando dichos datos;
- Completar la próxima ronda de la evaluación del desempeño en mayo de 2002, para publicarse en octubre del mismo año. Todos los Estados Miembros recibirán las compilaciones antes de que estén disponibles para el público general; y
- Establecer un pequeño grupo de consulta, incluyendo a los miembros del Consejo Ejecutivo y del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, para que ayuden en el monitoreo de la propuesta que la OMS hará a la 108.a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre cómo piensa conducir el próximo ejercicio de EDSS.

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

- Inicie una revisión de la metodología de EDSS por expertos científicos como parte del proceso de consulta técnica, incluyendo una metodología de actualización y una nueva fuente de datos pertinentes al desempeño de los sistemas de salud;
- Asegure que la OMS realice consultas con los Estados Miembros y comparta los resultados de la revisión elaborada por los expertos científicos, como también sus recomendaciones;
- Elabore un plan multianual para una investigación más a fondo y desarrollo del esquema y sus indicadores pertinentes para evaluar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud como parte del proceso de consulta técnica;
- Elabore un plan para mejorar la calidad de los datos que se utilizan para evaluar el desempeño de los sistemas de salud;
- Informe a los Estados Miembros sobre el impacto de los informes del desempeño de los sistemas de salud en lo que se refiere a las políticas y prácticas de los Estados Miembros;

- Proporcione los informes a las autoridades sanitarias de los estados miembros 15 días antes de la fecha de publicación.

En la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud, la Directora General dio a conocer el texto de una carta a los miembros del Consejo Ejecutivo en la que resumió las acciones que hasta ese momento habían sido tomadas para implementar la resolución EB.107.R8 sobre EDSS (Documento A54/DIV/7). En dicha carta se anunció la constitución de un grupo asesor encabezado por el Dr. Mahmoud Fathalla, presidente del Comité Asesor de Investigaciones en Salud y los planes para llevar a cabo las consultas regionales sobre el tema. Asimismo indicó que establecería un grupo de expertos que actuaría como panel de revisión de la metodología de EDSS que comenzara sus actividades en octubre del 2001.

Entre los meses de mayo y septiembre se han celebrado consultas regionales en cada Región de la OMS (la primera de ellas se llevo a cabo en la Región de las Américas, en Washington, D.C.) con la participación de representantes de los gobiernos de los Estados Miembros así como también de expertos científicos regionales. Como se menciona anteriormente, el objetivo de estas consultas regionales es aportar insumos técnicos para la EDSS.

También se han programado varias consultas técnicas específicas, las cuales cubren medidas de resumen de la salud de la población, desigualdades en la salud, financiamiento justo, grado de respuesta de los sistemas, métodos para mejorar los resultados de encuestas en la comparación de distintas poblaciones, medición de la eficiencia, rectoría y cobertura efectiva. Los resultados de todas las consultas convergerán ante un panel de revisión de expertos, en el tiempo suficiente para que éstos informen al Consejo Ejecutivo en enero de 2002. Aun está pendiente la designación de las personas que conformarán el panel de revisión de expertos.

3. Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud

La Consulta Regional de las Américas sobre EDSS convocó a 70 expertos y decisores políticos de 19 países. Participaron asimismo funcionarios de la OPS, del Núcleo Orgánico de Pruebas Científicas e Información para la formulación de Políticas (EIP Cluster) de la Sede de la OMS, de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), del Banco Mundial, del "Convenio Hipólito Unanue" y de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Las Oficinas Regionales de la OMS para Europa y para el Pacífico Occidental estuvieron presentes como observadoras.

Los objetivos de la Consulta fueron:

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

Como material de referencia los asistentes recibieron el documento "Temas Críticos en la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud" (Anexo). Tanto el programa de la reunión como el documento fueron preparados conjuntamente por el EIP Cluster de la Sede de OMS y por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS. La reunión permitió que diversos expertos examinaran, desde variadas perspectivas, asuntos metodológicos y conceptuales relacionados con el *Informe sobre la Salud Mundial 2000* y atinentes al tema más amplio de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Las presentaciones fueron seguidas por discusiones abiertas que produjeron interesantes intercambios de puntos de vista entre los expertos y los asistentes.

Si bien los conceptos y métodos usados en el *Informe sobre la salud mundial 2000* suscitaban atención, hubo un esfuerzo concertado para orientar el debate hacia el futuro y contribuir a desarrollar definiciones claras sobre la evaluación del desempeño en el seno de un marco de referencia apoyado en datos sólidos y que pueda ser útil para los países. El Director de la OPS invitó a sostener a un debate respetuoso, constructivo y abierto que ayudara a avanzar el proceso.

El informe final resume las principales conclusiones de la Consulta derivadas tanto de las discusiones en sesión plenaria como en los grupos de trabajo. El documento está organizado en dos secciones. En la primera se resumen las principales lecciones aprendidas del *Informe sobre la salud mundial 2000*. En la segunda se formulan recomendaciones para revisar el marco conceptual y los indicadores empleados por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

Entre las principales consideraciones emanadas de la Consulta Regional se cuentan las siguientes:

- La EDSS deberá incluir una amplia gama de actividades en lugar de equiparar el concepto de desempeño con el de eficiencia. Esto permitirá que la evaluación del desempeño pueda considerar si se está progresando hacia las metas específicas y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de estas metas.
- La evaluación del desempeño puede compararse al diseño de un “tablero de mandos”, el cual cuenta con varios medidores que permiten el escrutinio de diferentes dimensiones del desempeño de los sistemas de salud al considerar el logro de las metas intermedias y las diferentes maneras en que operan las funciones del sistema.
- La evaluación de las metas intermedias deberá usar algunas dimensiones claves entre las que se identificaron: el acceso, la pertinencia, la continuidad, la sostenibilidad, la eficiencia, la competencia y la aceptabilidad.
- La importancia de la definición de procedimientos para medir el desempeño de la función de rectoría de las autoridades de salud, tomando en cuenta el papel que en la mayoría de los países desempeñan los niveles central, intermedio y local del Estado.
- El avance en la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, tal como se viene haciendo en la Región de las Américas fue considerado útil, tanto en términos de contenidos como de metodología. Esta línea de desarrollo ilustra lo que puede hacerse para medir el desempeño de un componente de la función rectora de sistema de salud.
- La posibilidad de que se utilice un enfoque con múltiples medidas relacionadas con posibles acciones de los organismos nacionales, el cual podría fomentar el desarrollo de prácticas de rendición de cuentas sobre el desempeño de los sistemas de salud. Este enfoque debería ser pragmático, estar relacionado con la política y la toma de decisiones en la gestión del sector salud, y basarse en la identificación de las herramientas de medición del desempeño para las diferentes dimensiones del sistema: los recursos, las funciones, las metas intermedias y las metas finales.
- La OMS debe desarrollar su capacidad para proveer apoyo técnico en EDSS. Esto implica mantener comunicaciones continuas entre la Organización y los Estados Miembros.

- El mejoramiento del conocimiento común de la relación entre el estado de la salud y los sistemas de salud es un proceso a largo plazo que puede tomar diez años o más. Además de documentar los resultados de dicha relación, los informes futuros deben enfatizar el proceso que conduce al desarrollo del marco, las medidas y los indicadores. Igualmente, el desarrollo de indicadores globales implica investigación a largo plazo que deberá incluir a los responsables de políticas de salud, a investigadores y a otros actores interesados. La OMS debe usar su liderazgo para permitir que este proceso sea incluyente.
- La OMS deberá reexaminar la metodología para la EDSS en estrecha colaboración con los países y con sus propios expertos de los diferentes grupos funcionales y Regiones. La Organización debe desempeñar un papel crítico en el desarrollo de estándares, en reunir a los expertos para comparar y contrastar los diferentes enfoques que están siendo utilizados en los países, y en construir consensos sobre las mejores formas de asegurar la comparabilidad entre países con respecto al estado de salud, gasto en salud, organización y otras dimensiones pertinentes de los sistemas.
- La OMS debe hacer mejor uso de sus centros colaboradores y de otras instituciones nacionales, así como fortalecer el intercambio de la información entre sus diferentes unidades y las oficinas regionales.
- La OMS deberá apoyar los esfuerzos de los países con el objetivo de desarrollar capacidades para:
 - dialogar sobre políticas nacionales de salud;
 - evaluar los recursos, las funciones, los objetivos intermedios y los objetivos finales de los sistemas de salud así como el grado de logro en los cambios deseados;
 - examinar la pertinencia de los sistemas de información en salud actuales para generar los datos necesarios;
 - llevar a cabo la medición del desempeño en los niveles nacionales y subnacionales, y
 - desarrollar políticas apropiadas como respuesta.

Los resultados de la Consulta se tomarán en cuenta para el trabajo que se lleve a cabo en esta área en la Región de las Américas. El resultado del trabajo en esta Región se

transmitirá a la Sede de la OMS para ser incorporado en las recomendaciones originadas por otras Regiones para la formulación que sobre este tema se presentará al Consejo Ejecutivo en 2002.

La OPS organizará un grupo de trabajo, en agosto de 2001 que emprenderá un análisis exhaustivo del tema y ampliará las recomendaciones provenientes de la Consulta. El resultado de ambos ejercicios se presenta al 43.^{er} Consejo Directivo en septiembre de 2001, con el fin de informar a las delegaciones de todos los Estados Miembros y de contar con un foro de debate cuyo resultado sea comunicado a la Sede de la OMS antes de la 109.^a sesión del Consejo Ejecutivo en enero de 2002.

4. Intervención del Consejo Directivo

Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del informe.

Anexo

CONSULTA REGIONAL SOBRE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Washington D.C., 8-10 de mayo del 2001

Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud

A. INTRODUCCIÓN

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

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

La publicación del Informe estimuló un enérgico debate sobre los procesos en torno a la diseminación de dicho Informe y sobre su contenido científico. Esto fue discutido en la 107ª reunión del Consejo Ejecutivo, en enero del 2001. En su discurso de apertura, la Directora General informó que debido a la importancia del tema y al interés de los estados miembros, informaría sobre el desempeño del sector de la salud cada dos años; el próximo a publicarse en octubre del 2002. Expresó que antes de su publicación, adoptaría las siguientes medidas:

- Establecer un proceso de consulta técnica reuniendo al personal y las perspectivas de los estados miembros en cada una de las Regiones de la OMS;
- Asegurar que la OMS consulte con cada estado miembro sobre los mejores datos a utilizar en la evaluación del desempeño y brindar información por adelantado sobre los valores de los indicadores que la OMS obtenga empleando dichos datos;
- Completar la próxima ronda de la evaluación del desempeño en mayo del 2002, para publicarse en octubre del mismo año. Todos los estados miembros recibirán las compilaciones antes de que estén disponibles para el público general;

- Establecer un pequeño grupo de consulta, incluyendo a los miembros del Consejo Ejecutivo y del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, para que le ayuden a monitorear el apoyo de la OMS en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

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

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

En consecuencia, las consultas regionales se celebrarán en cada Región de la OMS. Esta es la primera de ellas. Los participantes son representantes de los gobiernos de los estados miembros así como también expertos científicos regionales. Como se describe anteriormente, el objetivo es aportar insumos técnicos para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

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

Este documento de antecedentes resume algunos de los debates principales que han surgido desde la publicación del Informe de Salud Mundial 2000. No persigue incluirlo todo o adoptar una posición sobre los debates. Presenta los temas que han surgido con mayor frecuencia en las discusiones con científicos y expertos en gobierno. Los participantes en esta

consulta seguramente plantean otros temas adicionales. El documento está organizado alrededor de tres temas. Los temas conceptuales y metodológicos en relación al esquema actual y los indicadores se tratan en la sección B; las preguntas en relación con el futuro desarrollo del esquema en la sección C y; los temas prácticos de política y gestión relacionados con la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en la última sección.

B. TEMAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

1. Límites del sistema de salud

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

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

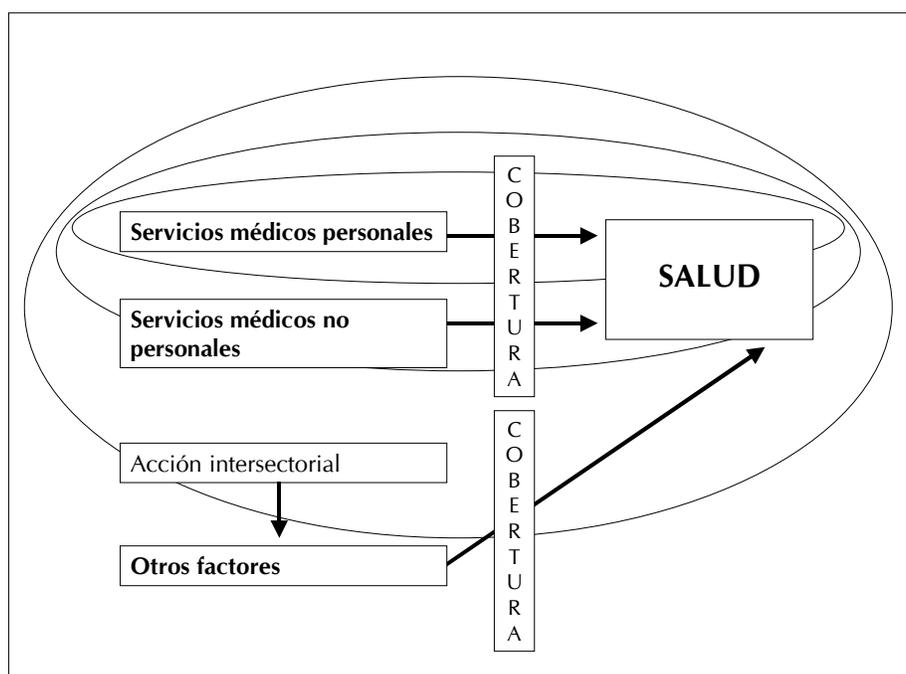
La tercera definición es aún más incluyente y considera cualquier acción donde la intención primaria es el mejoramiento de la salud como parte del sistema de salud. Esto es más amplio que los servicios de salud personales y no personales, incluyendo acciones intersectoriales, tales como el apoyo para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

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

La definición apropiada está inextricablemente vinculada al concepto de responsabilidad. La tercera definición del sistema de salud (el círculo más grande en la figura 1) es apropiada en la medida que los administradores del sistema de salud aseguren la prestación de los servicios

personales y no personales clave y aboguen por la actividad intersectorial en una gama de acciones dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud —por ejemplo, legislación sobre el uso del cinturón de seguridad y su cumplimiento. Esta definición alentaría a los formuladores de políticas sanitarias a pensar más allá de los servicios personales; como abogar y promover el mejoramiento de la salud de población a través de cambios en el régimen alimentario, del consumo de tabaco o de los reglamentos de seguridad vial. Se les responsabilizaría de esa parte de salud en la que sus acciones podrían influir, ya sea en la prestación de los servicios, la administración de proveedores privados, o mediante la abogacía para la acción intersectorial.

Figura 1. Definiendo los sistemas de salud



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

2. Atribución causal

Muchas acciones, incluidas aquéllas que no están diseñadas específicamente para el mejoramiento de la salud, afectan a la salud ya sea positiva o negativamente. En la figura 1, el cuadro calificado “otros” incluye actividades relacionadas con la educación, el medio ambiente, la agricultura, la industria etc., las cuales influyen en la salud de los individuos o las poblaciones. El debate, desde la publicación del Informe de Salud Mundial 2000, ha revelado

dos enfoques que compiten por separar la influencia del sistema de salud de los de estas otras actividades.

El primero es la definición de los indicadores parciales del logro general de metas que incorporan en la medida un conjunto de relaciones causales planteadas como hipótesis. Por tanto, sólo los resultados, en gran parte determinados por las actividades del Ministerio de Salud o los formuladores de políticas sanitarios, serían medidos y monitoreados como parte de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Por ejemplo, la mortalidad infantil, causada por enfermedades prevenibles por vacunación, se mediría por sobre la mortalidad infantil general porque el Ministerio de Salud puede controlar la cobertura de los programas de vacunación ordinaria pero no puede controlar el hecho de que algunos niños mueran de la desnutrición asociada con pobreza. Se medirían las muertes evitables en vez de la mortalidad total porque al sistema de salud no puede responsabilizársele de todas las defunciones. Este enfoque concentra la atención de los encargados de adoptar las decisiones del Ministerio de Salud en los asuntos directamente bajo su control diario y en un conjunto limitado de determinantes de salud bien definidos.

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

3. Factores de mediación

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

Dada la importancia de la cobertura de las intervenciones críticas en la mediación de los efectos de los servicios de salud personales y no personales, la OMS planea incorporar en el

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

4. Desempeño y tiempo

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

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

En el primer enfoque, el factor tiempo es crítico así como el logro actual en las diferentes metas es un resultado de las acciones tomadas en el pasado. Es más, algunos de los impactos de las acciones actuales, como los programas para dejar el hábito de fumar, no se percibirán hasta un buen tiempo más adelante. En el segundo enfoque, el factor tiempo es menos crítico porque la meta es indicar lo que en total podría haberse logrado de los aportes medidos y en dar incentivos a los administradores para que amplíen sus criterios y actuales y también los de largo plazo.

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

5. El campo del desempeño

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

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

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

6. Preferencias universales

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

Si es que en efecto difieren sustantivamente en todos los países, existe la opción de utilizar dos tipos de sistemas de ponderación general para el logro y la eficiencia. Uno tomaría el promedio observado en todos los países, y el otro utilizaría las diversas ponderaciones del país. Esto permitiría una evaluación del grado en que el logro y los cálculos de eficiencia generales fueron sensibles a la variación de las preferencias del país. Si las preferencias varían en forma substancial entre los países, podría ser determinado a través de una serie de encuestas domiciliarias que están realizándose este año en varios países, las cuales incluyen preguntas sobre la importancia de las diferentes metas.

7. Metas socialmente aconsejables

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

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

igualmente receptivos, y si no, cómo debe incorporarse la cobertura diferencial en la definición? Puede que existan otras dimensiones de "atención" que también debieran estar incluidas en la definición de receptividad. Se hará una consulta técnica sobre la receptividad, o grado de respuesta del sistema.

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

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

8. Implicaciones de política práctica

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

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

C. EXTENSIÓN DEL ESQUEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD: DISPARIDADES Y DESAFÍOS

1. Introducción

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

2. La necesidad de medir las funciones y el progreso

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

Hay diferentes maneras de pensar cómo podría organizarse este trabajo y cómo definir los indicadores apropiados. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Investigación de los Estados

Unidos¹, ha discutido recientemente que la medición del desempeño incluye la selección y el uso de medidas cuantitativas de las capacidades de los programas, los procesos y los resultados de salud para informar al público o un organismo público designado sobre los aspectos críticos de un programa determinado. En un informe anterior², había incluido capacidades, procesos, factores de riesgo y resultados de salud. Su lógica fue que al nivel de programa, algunos resultados de salud de interés primario, como las reducciones de la mortalidad y la morbilidad, quizá sean difíciles de medir en forma rutinaria. Es más, existe un lapso de tiempo entre una intervención y los cambios en esos resultados que es demasiado grande para los efectos de observación en los plazos relativamente cortos que se utilizan para monitorear el desempeño de los programas. Esta fue la razón que ellos sugirieron, incluyendo medidas de condición de riesgo como resultados intermedios. En la figura 2 se describe una manera posible de discutir este proceso.

Figura 2. Esquema posible para la caracterización de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud



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

¹ National Research Council. Health Performance Measurement in the Public Health Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network. E. B. Perrin, J. S. Burch, and S. M. Skillman, eds. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

² National Research Council. Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse, and Mental Health. E. B. Perrin and J. J. Koshel, eds. Panel on Partnerships Grants, Committee on National Statistics. Washington D.C.: National Academy Press, 1997.

del sistema con un pequeño conjunto de metas intrínsecas y un índice compuesto que resume estos resultados.

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

- Medidas que apunten hacia un objetivo específico y se orienten a los resultados;
- Medidas significativas y comprensibles;
- Datos adecuados para apoyar las medidas;
- Medidas válidas, fiables y adaptables.

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

3. Disponibilidad de recursos o capacidad

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

4. Medición del desempeño de las funciones

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

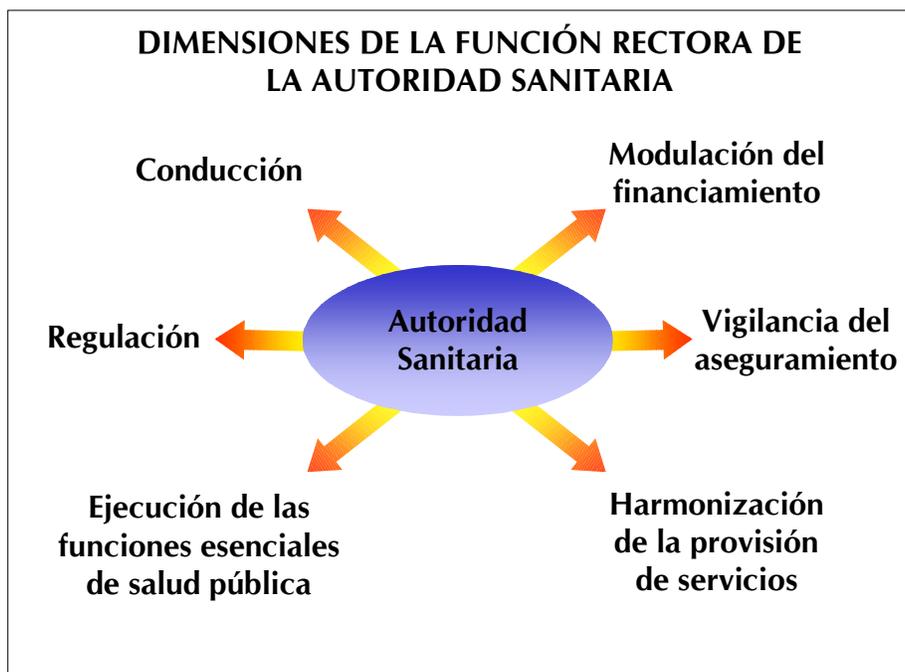
5. Administración

La reforma del Estado y los procesos de descentralización han llevado a una redefinición de las funciones institucionales en el sistema de salud como prioridad en los estados

miembros, especialmente en lo que concierne a la función de rectoría de los ministerios de salud. Las responsabilidades del Estado están experimentando cambios significativos ante la creciente tendencia de la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad para conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de la salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.

Esto intensifica la necesidad de reconfigurar y adaptar las responsabilidades y operaciones de las autoridades sanitarias para fortalecer sus funciones de rectoría sectorial, de manera que puedan definir mejor sus áreas de intervención³, tales como la conducción sectorial, la regulación, la implementación de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la prestación de servicios (figura 3).

Figura 3. Dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria



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

³ PAHO/WHO. Steering Role of the Ministries of Health in the Processes of Health Sector Reform: CD40/13. Washington D.C., September 1997.

desafío es definir los indicadores del desempeño para evaluar el grado de progreso logrado por el sistema.

Las reformas del sistema sanitario se enfrentan con el desafío de fortalecer la función de rectoría de la autoridad sanitaria, y una parte importante de ese papel está ejerciendo las funciones esenciales que corresponden al Estado en el nivel central, intermedio y local. Por tanto, es crítico mejorar la práctica en la salud pública y también los instrumentos para evaluar situaciones e identificar las áreas que requieren fortalecimiento. Considerando esto, se ha concentrado bastante atención en las Américas para medir el desempeño de lo que se ha denominado las funciones esenciales de salud pública (FESP), como la base para el mejoramiento de la práctica en la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.⁴

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

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

- 1) Monitoreo y análisis de situación de salud;
- 2) Vigilancia de salud la pública, investigación y el control de los riesgos y daños en la salud pública;
- 3) Promoción de la salud;
- 4) Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en la salud;
- 5) Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión para apoyar los esfuerzos en la salud pública y la función rectora de la autoridad sanitaria nacional;
- 6) Reglamentación de la salud pública y su cumplimiento;
- 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
- 8) Desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en la salud pública;
- 9) Asegurar la calidad de los servicios de salud personales basados en la población;

⁴ PAHO/WHO 42nd Directing Council. Essential Public Health Functions: CD42/15. Washington D.C., 25-29 September 2000.

- 10) Investigación, desarrollo y ejecución de soluciones innovadoras de salud pública;
- 11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

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

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

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

Si se llega al acuerdo de que al identificar las variables clave que permiten la medición de los métodos que se están utilizando y que éstas deberían pasar a formar parte del programa para un desarrollo más intenso de las FESP, se producirían desafíos similares a los mencionados en el párrafo anterior para otras funciones del sistema.

6. Metas instrumentales o intermedias

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

En el transcurso de los años, se han sugerido innumerables metas intermedias, y actualmente algunas de ellas se están implementando en países como Canadá, Australia, el Reino Unido y Gran Bretaña^{5,6}. Dichos países han incluido los siguientes elementos:

- El acceso (si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuado);
- La eficacia (qué tan bien funcionan los servicios y cómo afectan la salud);
- La pertinencia (si la prestación del servicio es relevante a las necesidades y si está basada en el estándar establecido);
- La continuidad (cómo se corresponden los servicios entre sí, incluyendo coordinación, integración y conducción);
- La sostenibilidad (capacidad de los sistemas para proporcionar infraestructuras, tales como fuerza laboral, establecimientos y equipos, además de ser innovadores y responder a las necesidades que puedan surgir);
- La eficiencia (ésta a menudo se concibe como eficiencia técnica o la capacidad de lograr mejores resultados al más bajo costo);
- La competencia (prestadores con conocimientos y aptitudes apropiados con la atención que proporcionan);
- La aceptabilidad (cuán eficientes son los sistema de salud frente a las expectativas de los ciudadanos).

Existen muchos otros elementos. La dificultad reside en elegir un conjunto suficientemente pequeño para realizar monitoreo en forma rutinaria y cuáles pueden ser usados por los formuladores de políticas para vigilar su desempeño sin desviarse del panorama global. Parte de este proceso requeriría revisar si los indicadores propuestos se traslapan y si éstos pueden operacionalizarse significativa y válidamente. La OMS considerará algunos de estos elementos al desarrollar la iniciativa sobre la evaluación de la cobertura funcional en un grupo seleccionado de intervenciones en salud. Esto capta muchas de las dimensiones anteriores y puede utilizarse para detectar en qué grado el sistema de salud realiza las actividades críticas que producen impacto sobre las personas.

7. Valores sociales y metas sociales finales

Los debates sobre la definición de las metas socialmente deseadas y si las medidas proporcionadas son consistentes con los entornos, se presentaron en la sección B, sin embargo,

⁵ Hurst, J. and Jee-Hugues, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.47. Paris: OECD, 2000.

⁶ Institute of Medicine. Envisioning the National Health Care Quality Report. M. P. Hurtado, E. K. Swift and J. P. Corrigan eds. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.

estos temas se exploran nuevamente en forma breve. Es claro que la elección de los indicadores del desempeño no opera en un ambiente libre de juicios de valor, y debe reconocerse que las sociedades crean formas de organizar los sistemas de salud según principios orientadores y valores fundamentales que comparten sus ciudadanos. La interrogante importante que debe tenerse en cuenta en futuros trabajos sobre las FESP, es dilucidar si existen otros valores que no se haya considerado adecuadamente en el esquema actual y cómo deberían incorporarse. Los solidaridad, la "atención" (*caring*), la universalidad y la preservación de un medio ambiente sano, con frecuencia se mencionan como aspectos dejados de lado. La cuestión sobre si estos conceptos son considerados como metas sociales finales, componentes de metas finales o metas instrumentales ha recibido enorme atención, por tanto, en esta consulta se tratará sobre dicha cuestión además de otras.

8. Implicaciones prácticas de futuros desarrollos

Profundizar en el desarrollo de las FESP y su esquema a lo largo de las líneas sugeridas en esta sección requerirá de considerable colaboración entre la OMS y sus estados miembros. Algunos de los mayores desafíos se relacionan con la elección de las variables, las medidas y los indicadores de capacidad, además de las funciones y el progreso para alcanzar las metas sociales máximas con que el sistema debe contribuir. Este es una agenda de mediano y largo plazo en el trabajo de la OMS y en los esfuerzos de los países miembros para mejorar el desarrollo de los sistemas de salud para contribuir al logro de la meta de salud para todos.

D. VINCULANDO LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD CON LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y LA TOMA DE DECISIONES ADMINISTRATIVAS

1. Introducción

La evaluación rutinaria del desempeño de los sistemas de salud requeriría que los gobiernos nacionales monitoreen y evalúen los logros de sus sistemas de salud, diagnostiquen los factores determinantes del desempeño observado basándose en los grupos funcionales e identifiquen las políticas y estrategias para mejorar el desempeño. Requerirá también que la OMS aumente su capacidad de proporcionar apoyo técnico en estas áreas. Desde la publicación del Informe de Salud Mundial 2000, se han venido planteando bastantes preguntas sobre las implicaciones de las FESP con respecto al trabajo de los ministerios de salud y la OMS. A continuación tratamos algunos de estos asuntos.

2. Indicadores del desempeño de las funciones del sistema

El esquema y los instrumentos actuales de las FESP ayudan a los administradores en la medición del desempeño de los sistemas y les permite compararlo con otros países. El mejoramiento del desempeño requiere tomar medidas en las cuatro funciones medulares: administración, financiamiento, provisión y generación de recursos, pero en la actualidad no existen instrumentos para medir el desempeño de cada función frente al conjunto de las metas instrumentales acordadas. Esto se trató en detalle en la sección anterior y es de utilidad para elaborar un pequeño conjunto de indicadores, los cuales mediarían entre la prestación de los

servicios y el logro de las metas. Éstos indicadores deben ser adaptables a los cambios de políticas y decisiones administrativas en el corto plazo. En este contexto, se trató sobre la cobertura eficaz en las dos secciones anteriores.

Si se desea implementar esto, será necesario decidir si debe incluirse un conjunto limitado de indicadores instrumentales adicionales, cómo deberían definirse y medirse continuamente. Esto no es trivial. Como se indicó anteriormente, los conceptos de eficacia, calidad, acceso, utilización y conveniencia son todos importantes cuando se está considerando cómo medir la cobertura o el acceso. El paso final para los administradores es la interpretación de estos indicadores instrumentales y la imposición de medidas correctivas apropiadas. Por ejemplo, una cobertura pobre puede que esté relacionada a un desempeño deficiente por parte de los proveedores de asistencia sanitaria, la cual es afectada por una variedad de factores; tasas de salarios, calidad de educación y supervisión. Las acciones de administración variarán según el nivel de la responsabilidad en la toma de decisiones (puede que las tasas de salarios se determinen en el nivel central, mientras que la supervisión se determina en el nivel institucional).

3. Implicaciones para los sistemas de información sanitaria

En la actualidad, tanto en el ámbito nacional como subnacional, los sistemas de información en salud no tienen la infraestructura adecuada para asumir la totalidad de las FESP, y la OMS aún no cuenta con la capacidad suficiente para proporcionar apoyo técnico. La modificación de los sistemas de información sanitaria requerirá de una considerable discusión con los expertos de los estados miembros para determinar el conjunto mínimo de indicadores (intrínseco e instrumental) que deben monitorearse en forma rutinaria, y es probable que esto se realice en conjunto con la realización de encuestas periódicas.

La elección de indicadores es un asunto crítico. El tener miles de indicadores del desempeño para la medición de la calidad de la atención, como es del caso actualmente, impone enormes presiones en los sistemas de información sanitaria de todos los estados miembros, pero en particular en los más pobres. También presenta dificultades a los administradores que tendrían que discernir entre una enorme cantidad de datos. Es necesario encontrar un equilibrio entre la cobertura de todos los factores posibles que podrían influir en los resultados, en la capacidad del sistema para producir información oportuna y en la capacidad de los administradores para digerir la información.

4. Compromiso de la sociedad civil

Si los formuladores de las políticas sanitarias aceptan la amplia función de ser los administradores de la salud de población, se requerirá de mayor interacción con financiadores y proveedores de la atención fuera del sector público. El objetivo de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud es la evaluación de las contribuciones de todas las partes del sistema de salud, y el desarrollo del mejoramiento de las funciones del sector privado, por ejemplo, donde se demuestra que está funcionando por debajo de las expectativas. Por tanto, se ha sugerido que los gobiernos mantengan un diálogo continuo sobre las políticas con el

público; con los interesados privados con fines de lucro y con los sin fines de lucro, así como también con sus colaboradores intersectoriales.

5. El apoyo técnico de la OMS para los países

La OMS también debe formar su propia capacidad para proporcionar apoyo técnico a las FESP. Esto se traduce en que la Organización debe enfocarse en la realización de discusiones continuas con los estados miembros, sin embargo, las más recientes sugerencias incluyen lo siguiente:

- a) Consultar y examinar la metodología de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud con los países y sus propios expertos.
- b) Ayudar a los países instándolos a desarrollar capacidades para las siguientes acciones:
 - Comprometerse a dialogar sobre políticas nacionales de salud;
 - Evaluar las funciones centrales;
 - Empezar la medición y el análisis subnacional; esto requeriría de un examen de la conveniencia de los sistemas de información sanitaria para las FESP;
 - Desarrollar respuestas de políticas apropiadas.