



Desarrollo del instrumento de medición

El desarrollo de instrumentos para medir el desempeño de las FESP supuso un complejo y largo proceso de colaboración y discusiones para arribar a la definición de las funciones cuyo desenvolvimiento tendría que ser medido con elementos de deslinde y operacionalización, tal como fue concebido a través de la construcción de indicadores del desempeño, las variables y las medidas que servirían como sus verificadores. Para el desarrollo de este instrumento se contó con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), quienes aportaron de la experiencia desarrollada en los Estados Unidos de América, a través del Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHSP).

Cabe señalar que en el proceso de aplicación experimental se desarrollaron di-

ferentes ejercicios en Bolivia, Colombia y Jamaica, en donde pudieron ser validadas las variables y los procedimientos de medición, para finalmente aplicarlo en Chile de manera integral en donde se probó el instrumento en forma completa y se puso especial atención al manejo de los puntajes.

1. Definición de las FESP para la Región de las Américas

A través de una acción participativa, las FESP fueron definidas operativamente, de acuerdo con el marco conceptual expuesto en el capítulo 6, como el conjunto de acciones realizadas por la autoridad sanitaria, tanto sustantivas como de apoyo, que permitirán generar las condiciones necesarias para una práctica mejor de la salud pública.

Por su parte, los ministros de salud asistentes al Consejo Directivo de la OPS

reunido en el año 2000 aprobaron por unanimidad una resolución que, en lo esencial, recomendó¹ instar a los Estados Miembros a:

- 1) Que participaran en el ejercicio regional de medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, a fin de facilitar un análisis del estado de la salud pública en las Américas; y
- 2) Que utilizaran la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública para mejorar el ejercicio de la misma, desarrollar la infraestructura necesaria para tal efecto y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.

¹ Resolución CD42.R14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42º Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C.; 25 al 29 de septiembre de 2000.

Asimismo, la XVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y de la República Dominicana (RESSCAD) acordó apoyar la propuesta de efectuar la medición de las FESP y de fortalecer la rectoría de los ministerios de salud en los países de la subregión como parte del proceso de cooperación técnica de la OPS y la OMS para el fortalecimiento institucional y sectorial de la salud pública.²

Para dar cumplimiento a los citados acuerdos de las autoridades sanitarias nacionales se procedió como una de las primeras actividades, a la elaboración de un instrumento para hacer la medición del desempeño de las FESP. Para ello, se estableció una alianza de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS).

A partir de estos antecedentes normativos, una de las decisiones más importantes adoptadas en el curso del desarrollo de la Iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, relacionadas específicamente con el diseño del instrumento de medición, tuvo que ver con la necesidad de adoptar la definición de los indicadores y los estándares para la medición del desempeño de las FESP que permitieran orientar el fortalecimiento del ejercicio de la salud pública mediante el refuerzo de las capacidades institucionales de la autoridad sanitaria.

La lista de las FESP que se definen en el instrumento está basada en un proceso

² Acuerdo 14 de la XVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana. Tegucigalpa, Honduras; 12–13 de septiembre de 2000.

exhaustivo de análisis y reflexión colectiva, como se describió en el capítulo 6. Sin embargo, todas las definiciones están, obviamente, sujetas a mejoras y no pretenden representar todos los puntos de vista que existen acerca de este tema en el mundo de la salud pública.

Sin perjuicio de esto último, se han realizado esfuerzos encaminados a reducir al mínimo las desviaciones y a recoger los aspectos más importantes expuestos por expertos y actores vinculados a las decisiones políticas sanitarias en cada una de las ocasiones en que se ha contactado con su opinión. Debe tenerse presente que este instrumento constituye una primera labor de medición del desempeño de la salud pública en los países de la Región de las Américas, tarea que, sin duda, es mejorable en el futuro, especialmente si los países mantienen la apropiación y el perfeccionamiento del instrumento.

2. Definición de los estándares de desempeño de las FESP

La información obtenida con los instrumentos de medición de este tipo que aspiran a ayudar a la ASN a definir y evaluar con mayor eficacia la función de la salud pública en el sector de la salud debe mostrar una visión del objetivo que se prevé alcanzar.

Así pues, del mismo modo que en otros procesos de medición del desempeño, hubo que optar entre estándares aceptables y óptimos. La definición de niveles aceptables era difícil y necesariamente arbitraria, pues suponía o bien la elección de un nivel comparable al promedio hipotético de la realidad de la Re-

gión o bien una definición del mínimo requerido para ejercer una función según el juicio de un grupo de expertos. La decisión a favor de estándares óptimos se consideró más adecuada siempre que, obviamente, se relacionaran con la situación general de la Región, ya que esta definición del estándar identifica desviaciones de la situación actual con respecto a un punto óptimo, lo que estimula a la mejora continua, que es precisamente lo que se quiere fomentar.

Dada la heterogeneidad del ejercicio de las FESP en el contexto de la Región, los estándares óptimos se definieron considerando las mejores condiciones que puedan ser alcanzadas en todos los países de la Región dentro de unos plazos razonables, lo que implicó la necesidad de confiar en la opinión de los expertos para determinar cuáles son esas condiciones. Aparte de este hecho, optar por estos óptimos razonables pareció más apropiado y congruente con el objetivo de perfeccionar la infraestructura de los servicios de salud pública en el plazo más breve posible.

A partir de la selección de las FESP, se procedió a determinar el estándar óptimo de su desempeño general capaz de facilitar, para el grupo evaluador, la elaboración de ese objetivo para el desempeño previsto de cada función.

A continuación la identificación y adjudicación de prioridades de los indicadores fue uno de los pasos más complejos y difíciles en el diseño del instrumento. Los indicadores, utilizados como medidas de resumen del desempeño de cada función, son el componente más importante del instrumento y determinan su calidad y su utilidad. En definitiva, constituyen el corazón de la medición.

De la determinación de los indicadores, surgió la identificación de variables que debían medirse y la descripción de las mediciones y submediciones, en forma de preguntas, que permitían caracterizar el desempeño de las funciones. Con el fin de ayudar a la objetividad de la medición, se incluyeron mediciones que, en la medida de lo posible, actúan como verificadores del cumplimiento de un desempeño adecuado.

El objetivo de esta tarea es que, mediante la respuesta del país a varias mediciones y submediciones, se pueda obtener un perfil lo más completo posible del estado del ejercicio de la salud pública desde la perspectiva nacional, en cuanto a estructura, capacidades institucionales, procesos y resultados específicos. Cuando se evalúan los indicadores y sus variables, mediante las mediciones, ha sido importante tener en cuenta la fuente de información en la que se basa la respuesta. Esta información debe venir del conocimiento del grupo de entrevistados clave, seleccionados para realizar esta evaluación, así como de la existencia de fuentes disponibles y fácilmente accesibles de información, tanto de datos cuantitativos como cualitativos.

En último término, los indicadores clave son capaces de relacionar los resultados con los procesos decisivos del sistema. Así pues, la validez de los indicadores permitirá asegurar la continuidad de la vigencia del instrumento y mejorar en el futuro la garantía de calidad en el ejercicio de la salud pública.

Un primer borrador del instrumento, que incluye la definición de las funciones que deben ser medidas y la definición de los estándares óptimos de los indicadores, fue compartido por el grupo

interinstitucional encargado de la elaboración del instrumento con diversos grupos de profesionales y expertos en salud pública, proceso que tuvo su culminación formal en una reunión de la red de instituciones y expertos convocada por la OPS con esta finalidad.³

Posteriormente, el instrumento, que contiene los indicadores, variables y mediciones para cada uno de los indicadores, fue validado en cuatro países de la Región: Bolivia, Colombia, Jamaica y Chile. La validación se realizó con grupos de informantes clave que incluían a directivos de los diferentes niveles de la autoridad sanitaria —central, intermedio y local—, investigadores y representantes de asociaciones de salud pública o de otras instituciones vinculadas con la salud pública. Esos ejercicios permitieron perfeccionar el instrumento de medición recogiendo la experiencia y la opinión de los participantes.

3. El instrumento de medición de las FESP para la Región de las Américas

El instrumento diseñado para la medición de las FESP en la Región (véase el Anexo I) tiene la estructura siguiente:

- Una breve introducción que contiene los fundamentos de la Iniciativa y las características del instrumento.
- Las 11 funciones esenciales de la salud pública, cada una con su correspondiente definición, presentadas en

³ Reunión de consulta de expertos. Funciones esenciales de la salud pública y medición del desempeño del ejercicio de la salud pública. 9–10 de septiembre, 1999. Washington, DC.

un recuadro que contiene las prácticas que identifican la labor propia de cada FESP y los indicadores, de tres a cinco por función, cada uno de los cuales consta de:

- Un estándar del indicador, que describe el óptimo de cumplimiento deseable.
- Un conjunto de variables que identifican las características operativas del indicador que son objeto de medición y que se manifiesta en un porcentaje de cumplimiento en función de la respuesta dada a las mediciones.
- Un conjunto de mediciones y submediciones que sirven de verificadores del desempeño de cada variable dentro de cada indicador, que admiten respuestas dicotómicas: afirmativas o negativas. Esta metodología está basada en la respuesta por consenso del grupo evaluador, o, en su caso, cuando las opiniones eran de importante controversia y no permitían llegar a un acuerdo, se sugería al país responder negativamente, con el fin de facilitar un análisis posterior más exhaustivo en cuanto a la identificación de desviaciones con respecto al nivel óptimo fijado.

3.1 Secciones del instrumento

El instrumento se divide en 11 secciones, una para cada función esencial de la salud pública, y cada función va encabezada por una definición de un conjunto seleccionado de las capacidades necesarias para ejercer dicha función, a partir de las cuales se construyen los indicadores y sus respectivas variables y mediciones.

A partir de esta definición, se establecen los indicadores para cada función, los que se usan para medir la infraestructura, las capacidades institucionales, los procesos clave y los resultados implicados, y el ejercicio descentralizado en el desempeño de la misma. En general, todas las funciones comienzan con indicadores de resultados intermedios, tales como:

- FESP 1: indicador “Guías de seguimiento y evaluación de la situación de la salud”
- FESP 2: indicador “Sistema de vigilancia para identificar los riesgos para la salud pública”
- FESP 3: indicadores “Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud” y “Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción”
- FESP 4: indicadores “Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la adopción de decisiones en materia de salud pública” y “Fortalecimiento de la participación social en materia de salud”

A continuación se incorporan indicadores de algunos procesos considerados decisivos para el buen desempeño de cada función esencial, como son:

- FESP 1: indicador “Evaluación de la calidad de la información”
- FESP 2: indicador “Capacidad de los laboratorios de salud pública”
- FESP 3: indicador “Apoyo a las actividades de promoción, elaboración de normas e intervenciones dirigidas

a favorecer conductas y ambientes saludables”

- FESP 5: indicador “Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública”

Todas las funciones incluyen indicadores que miden la capacidad institucional para el desempeño de las FESP, así como indicadores destinados a medir el apoyo técnico a los niveles subnacionales, lo que permite evaluar las labores realizadas a favor de la descentralización y que suelen ser los últimos indicadores de cada función. Algunos ejemplos de indicadores orientados a evaluar la capacidad institucional son:

- FESP 5: indicadores “Desarrollo de la capacidad institucional de la gestión de la salud pública” y “Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública”
- FESP 6: indicador “Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador”
- FESP 7: indicador “Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar a la población los programas y los servicios de salud necesarios”

Como criterio general se establecieron, para cada función, indicadores que cubrirían las cinco áreas que determinaban el desempeño:

- 1) los resultados del ejercicio de la función;
- 2) los procesos principales para lograr tales resultados;

3) las capacidades institucionales para llevar a cabo los procesos;

4) la infraestructura básica necesaria, y

5) las competencias delegadas a los niveles subnacionales para el ejercicio descentralizado de la función.

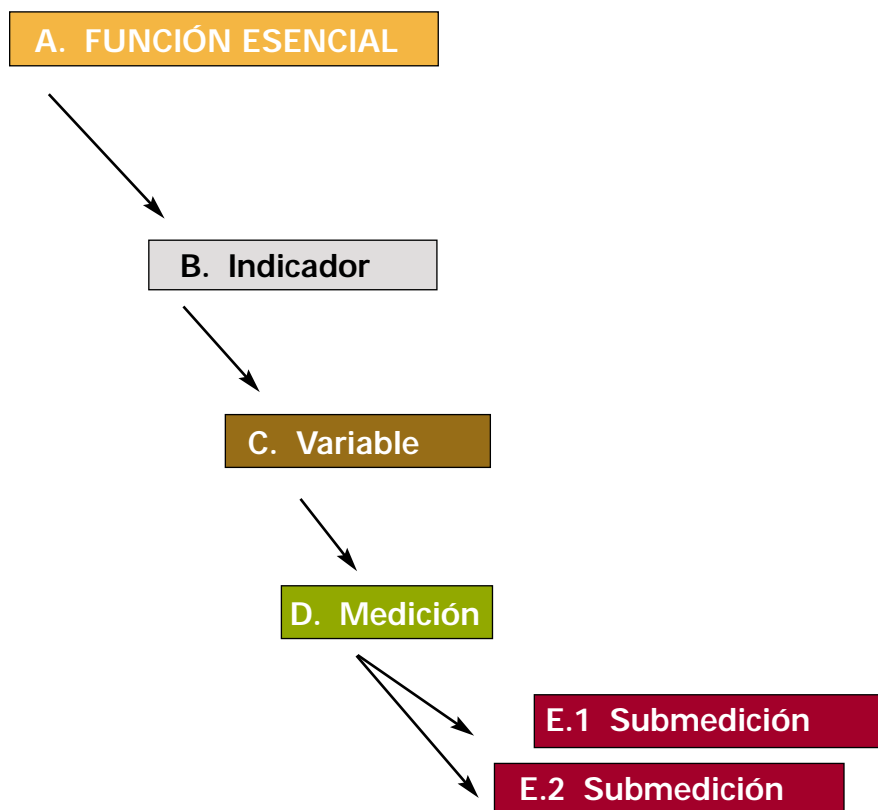
Es importante considerar que en ciertas funciones no se consideraron algunos indicadores por no ser pertinentes para el momento del estudio o correspondían a indicadores difíciles de identificar; y poco sensibles con respecto a las cinco áreas arriba indicadas; pero hay que tomar en cuenta que en todas las funciones se tuvo como criterio el hecho de que se cubriera la medición de los siguientes aspectos: resultados y procesos, capacidad institucional e infraestructura, y, también, las competencias descentralizadas.

Cada indicador tiene, a su vez, un patrón modelo que describe con detalle los parámetros del desempeño óptimo de la función.

Por último, se han identificado las variables que deben ser medidas para cada uno de los indicadores y se han diseñado las mediciones y submediciones en forma de preguntas que detallan aún más las capacidades específicas descritas en el estándar específico para cada medición. Esas mediciones son las que en definitiva dan cuenta del grado de desarrollo o el nivel acercamiento al óptimo de desempeño idealmente esperado.

Como se describió en los párrafos previos y se ejemplifica a continuación, el formato del instrumento es el siguiente:

Figura 1 Formato del instrumento de medición del desempeño



A continuación se presenta un ejemplo que permite ver con mayor claridad lo descrito anteriormente:

A. Función esencial 7:

Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

Definición:

Esta función incluye:

- La promoción de la igualdad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las ac-

tuaciones de la salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.

- El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos o privados, a través de un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
- La estrecha colaboración con organismos gubernamentales y no gubernamentales para facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

B. Indicador:

7.1 Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios

Estándar del indicador:

La ASN:

- Conduce el seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de atención individual y de salud pública de los habitantes de la jurisdicción, al menos cada dos años.
- Realiza la evaluación en colaboración con los niveles subnacionales de la salud pública, con los sistemas de prestación de atención clínica y con otros puntos de acceso al sistema de atención de salud.
- Determina las causas y efectos de los obstáculos de acceso, recogiendo antecedentes de los afectados por ellos, e identifica las mejores prácticas para reducirlos y aumentar la igualdad en el acceso a los servicios de atención de salud.

- Utiliza los resultados de la evaluación para la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios para toda la población del país.

- Colabora con otros organismos para asegurar el seguimiento del acceso a los servicios de salud de grupos de población que tienen una prestación de servicios inferior a la necesaria para atender sus problemas de salud.

C. Variable:

7.1.1 *La ASN conduce una evaluación nacional del acceso a los servicios de salud colectivos necesarios.*

D. Mediciones:

La evaluación:

7.1.1.1 ¿Tiene indicadores para evaluar el acceso?

7.1.1.2 ¿Se basa en la definición previa de un conjunto de servicios de salud colectivos que deben ser accesibles a toda la población?

7.1.1.3 ¿Tiene información disponible de los niveles subnacionales con el fin de realizar una evaluación?

7.1.1.4 ¿Se realiza en colaboración con los niveles subnacionales y otras entidades distintas de la ASN?

E. Submediciones:

Si es así, la evaluación:

7.1.1.4.1 ¿Se realiza en colaboración con los niveles intermedios?

7.1.1.4.2 ¿Se realiza en colaboración con el nivel local?

7.1.1.4.3 ¿Se realiza en colaboración con otras entidades gubernamentales?

7.1.1.4.4 ¿Se realiza en colaboración con otras entidades no gubernamentales?

3.2 Limitaciones del instrumento

La tarea dirigida al desarrollo de un instrumento común de medición del desempeño de las FESP determina un conjunto de límites autoimpuestos para el diseño y la selección de indicadores y variables que, al tratar de ser representativos de la labor de la ASN, no pretenden agotar toda la variedad de la función y de las acciones de la ASN en materia de salud pública.

Con el fin de hacer viable el proceso de medición, la opción elegida se concentró en un conjunto reducido pero representativo de indicadores, que permitieran caracterizar adecuadamente el desempeño de las 11 funciones esenciales, y orientaran la intervención de un programa de fortalecimiento de la infraestructura y de los procesos significativos para la salud pública, desde la perspectiva del papel que le corresponde a la ASN. En la selección de indicadores de cada FESP, se incluyeron elementos de análisis que estuvieran significativamente vinculados a:

- i) Resultados directos o procesos clave;
- ii) La capacidad institucional o la infraestructura necesaria, y;
- iii) Grado de apoyo de los niveles subnacionales para el fortalecimiento descentralizado del ejercicio de cada FESP

Asimismo se definió, para cada indicador, un subconjunto limitado de variables que debían medirse y que también son representativas de su funcionamiento, pero que en ningún caso dan cuenta con detalle de todo lo que es necesario llevar a cabo para un buen cumplimiento de los objetivos de salud pública.

Por otro lado, es importante tener en cuenta las restricciones impuestas por la metodología utilizada para la medición, basada en la opinión consensuada de un grupo de expertos clave con suficiente representación de la realidad de la salud pública nacional, que fueron seleccionadas por la ASN para participar en el proceso de evaluación. Sin embargo, la selección del grupo evaluador nacional no

está exenta de los problemas que determinan los contextos políticos e institucionales existentes en el momento de llevar a cabo esta medición, ni de las características culturales relacionadas con la evaluación del desempeño en general de las tareas de gobierno. En este sentido, se pueden identificar desviaciones derivadas de la selección del grupo evaluador, y es también perfectamente posible que el nivel de éxito alcanzado por un país —no las tendencias que se muestran en el perfil global— difiera dependiendo del momento en el que se realizó esta evaluación, ya sea al comienzo del período de gobierno, cerca del final o en mitad de la gestión gubernamental; así como también puede variar dependiendo de la mayor o menor amplitud y complementariedad de las perspectivas de los participantes, que principalmente son representantes de los niveles centrales de la ASN y, en mayor o menor grado, de los niveles subnacionales y de algunos agentes externos a la ASN.

Como consecuencia, es importante estudiar los resultados obtenidos como una manifestación del conjunto de capacidades con que la salud pública cuenta en la actualidad en los países afectados, construido a partir del consenso del grupo de expertos seleccionado por la autoridad sanitaria en el gobierno en el momento de realizarse la medición. Aunque estos resultados pudieran diferir para un mismo país con respecto a los resultados que se hubieran obtenido para un grupo distinto de expertos nacionales, lo cierto es que responden bastante fielmente a la realidad nacional de la situación según lo reconocieron y manifestaron las autoridades nacionales, y constituyen el mejor reflejo de una autoevaluación con respecto al desempeño de las FESP, del modo en que lo presentaron los minis-

tros de salud en los organismos directivos de la OPS. Más allá de la puntuación específica obtenida para cada FESP y para cada indicador, lo importante ha sido que las tendencias identificadas dentro de las áreas críticas fueron significativas para cada país y, por tanto, servían como base aceptable de los procesos destinados a su mejora.

Por otro lado, el diseño del instrumento y la metodología de la evaluación no tienen la pretensión de ser definitivos, ya que admitir la posibilidad de ajuste o error en las respuestas específicas si se contrasta el resultado de la medición con el juicio de otro observador o de un arbitraje independiente. Las respuestas reflejan la opinión de los participantes respecto del ejercicio en que intervinieron, por lo que otro lector de los resultados, que crea conocer la realidad nacional, podría diferir en su juicio respecto a esa opinión.

Sin embargo, más allá de las limitaciones en cuanto a su validez, el instrumento presenta un panorama de las áreas críticas razonablemente creíble; si bien es posible que las respuestas específicas varíen si se forma otro grupo de participantes, es de esperar que las áreas críticas sigan siendo las mismas, lo cual confirma la validez del diagnóstico integral que se ofrece.

El interés del diseño del instrumento de medición de las FESP, cuya metodología es eminentemente cualitativa, apunta a construir una imagen sobre el estado de las FESP dentro de cada país. La gran ventaja de esta medición estriba precisamente en la capacidad que ella misma tiene para rescatar las peculiaridades de cada uno de los países, así como en la posibilidad de iniciar un análisis más profundo a partir del desempeño de la

ASN en relación con las FESP. El ejercicio de medición y las iniciativas posteriores de los países relacionadas con el desarrollo de acciones dirigidas a superar las principales áreas críticas encontradas, demuestran que estos objetivos se cumplieron plenamente.

Los problemas anteriores podrían haber sido resueltos mediante la evaluación externa realizada por un mismo organismo evaluador en todos los países de la Región de las Américas. Sin embargo, el valor de los procesos de autoevaluación, especialmente en cuanto al compromiso de las autoridades nacionales para el fortalecimiento de las áreas críticas diagnosticadas, refuerza el diseño metodológico elegido.

Por otra parte, se ha optado por no elaborar un indicador compuesto que abarque todas las FESP, dado que cada una de ellas tiene valor en sí misma y contempla capacidades significativas para el desarrollo de la salud pública en los países correspondientes, por lo que resultaría poco adecuado calcular una puntuación unificada de todas las FESP como manifestación de la realidad de la salud pública en su conjunto dentro de cada país o en el total de la Región.

El hecho de que las puntuaciones alcanzadas por cada país sean cualitativas y no comparables cuantitativamente entre sí, debido a que dependen de una gran variedad de factores propios de la realidad del país previamente señalados, y porque se quiere estimular la cooperación entre los distintos países para mejorar el desempeño de la salud pública, es el motivo por el que no se elabora una clasificación de los países según su preocupación mayor o menor por la salud pública. Por el contrario, la presentación de los resultados aporta una visión de las

áreas de mayor debilidad, para apoyar así con la evidencia las políticas y los planes de desarrollo de la salud pública en los contextos nacional y regional.

Sin embargo, a pesar de lo afirmado anteriormente, la presentación del panorama del conjunto también permite a los responsables de adoptar decisiones comparar su realidad con la de los otros países, así como definir áreas de colaboración para los mismos propósitos de fortalecimiento de la salud pública en los ámbitos de su responsabilidad.

4. Análisis de los resultados de la medición

Para la representación y el análisis de los resultados de la medición, se estableció un sistema de puntuación que permitiera cuantificar las respuestas cualitativas de las mediciones y de las submediciones. De forma complementaria, se desarrolló el criterio para su clasificación como fortalezas o debilidades de las puntuaciones obtenidas en los indicadores y, finalmente, para identificar las áreas de atención e intervención prioritarias en los procesos siguientes de fortalecimiento de la capacidad institucional con el fin de mejorar el desempeño de las FESP.

4.1 Puntuación de la medición

A continuación se describe la metodología que se ha utilizado para elaborar el sistema de puntuación a partir de las respuestas, y que constituye la base cuantitativa para el análisis de los resultados en la medición.

La puntuación de cada uno de los indicadores que forman parte de la medición de cada función se basa en la puntuación obtenida en las distintas

variables. Esas variables tienen la posibilidad de oscilar entre unos valores de 0,00 y 1,00, dado que se elaboran sobre la base del valor medio de respuestas afirmativas que aparecen en las mediciones y submediciones que se detallan en su interior.

Las preguntas correspondientes a las medidas y submedidas sólo tienen las alternativas de respuesta afirmativa y negativa. Si la respuesta consensuada era “sí” se asignaba un valor de “1” a la medición o submedición en cuestión; si la respuesta era “no” se asignaba un valor de “0” en la pregunta correspondiente y, además, no se aceptaba en ellas la respuesta parcial. Por esta razón, la forma en que se construye la respuesta colectiva para cada medida y submedida era una cuestión significativa. Como orientación metodológica para este ejercicio de medición, se propuso a los países que en caso de no lograrse una respuesta de consenso de todo el grupo, al menos el 60% de los participantes deberían estar a favor de la opción “sí” para que la respuesta colectiva a la pregunta fuera afirmativa.

La puntuación de cada indicador y sus variables se ha calculado según el porcentaje de las respuestas afirmativas a las mediciones y submediciones. Se asigna esta puntuación a cada indicador y, finalmente, se usa para calcular el promedio del nivel de desempeño de cada función de la salud pública.

Para facilitar la medición, el instrumento se ha apoyado en un programa informático específico que permite el cálculo directo de la puntuación final de cada variable en función de las respuestas a las medidas y submedidas que la componen y, a partir de esto, facilita el cálculo automático de la puntuación de los indicadores y las funciones, y su re-

presentación gráfica. La utilización del mismo programa informático en todos los ejercicios de medición permitió que la recopilación de la información se hiciera de manera instantánea y utilizando los mismos criterios.

Para esta primera medición en los países de la Región de las Américas, se ha optado por una modalidad de puntuación en la que todas las funciones, indicadores, variables y medidas tienen el mismo peso relativo, aunque esto puede ser modificado en el futuro. Esta decisión se basó en la dificultad para determinar a priori pesos relativos diferentes para cada función o para los diferentes indicadores y variables, ya que resulta más lógico intentarlo desde la realidad de cada país, una vez realizada esta medición sin diferenciar el peso relativo de cada una de las preguntas.

En primer lugar, el análisis de los resultados de cada país en que se efectúa la medición lo ha realizado el equipo responsable constituido para cada país y para ello ha contado con el apoyo de los instrumentos de síntesis que se ponen a disposición del país y que se adjuntan en un anexo.

Para la interpretación global del desempeño alcanzado por cada país, se propuso la siguiente escala, que sirve de guía convencional:

- 76 – 100% (0,76 a 1,0)
Cuartil de desempeño óptimo
- 51 – 75% (0,51 a 0,75)
Cuartil de desempeño medio superior
- 26 – 50% (0,26 a 0,50)
Cuartil de desempeño medio inferior
- 0 – 25% (0,0 a 0,25)
Cuartil de desempeño mínimo

Aunque se reconoce que el mecanismo de puntuación no es todavía exacto en su totalidad, resulta suficiente para identificar las fortalezas y debilidades del sistema, así como para permitir el análisis de las FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) del sistema de salud pública de los países correspondientes, especialmente desde la perspectiva de un proceso sistemático y continuo de desarrollo. Por otra parte, la utilización del instrumento en sucesivas mediciones permitirá identificar la evolución de las debilidades en la infraestructura del sistema de salud pública y permitirá orientar mejor las sucesivas intervenciones recomendadas para el fortalecimiento de la capacidad institucional.

4.2 Identificación de las áreas de intervención

Para la elaboración de planes de desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria orientados a mejorar el ejercicio de las FESP que son de su competencia, que es el objetivo inmediato de este ejercicio de medición del desempeño, se parte de dos premisas básicas:

- a) Favorecer el desarrollo de la capacidad institucional en materia de salud pública, lo que implica un abordamiento integral, más que por medio de intervenciones aisladas, de los ámbitos específicos de cada función. Para tal finalidad se ha realizado una integración de los indicadores de todas las funciones en las áreas estratégicas de intervención.
- b) Las intervenciones para el desarrollo institucional deben estar destinadas a superar las deficiencias, haciendo uso, a su vez, de las fortalezas. Para clasificar el desempeño en los distintos indicadores como fortalezas o debilidades, se requiere un valor de re-

ferencia que deberá ser identificado por cada país en los diferentes momentos del proceso, en función del nivel de desempeño y de las metas de desarrollo. Los criterios fundamentales para establecer dicha línea de referencia son, por un lado, que no se acepten ni consoliden las deficiencias diagnosticadas y, por otro, que represente un desafío alcanzable y un estímulo razonable en relación con la labor continua de mejora.

A partir de las características de los indicadores utilizados para la medición de las FESP en los cinco aspectos que determinan el nivel de desempeño, es decir, resultados, procesos, capacidades, infraestructura y descentralización, fue posible identificar tres grandes grupos de indicadores que representan áreas estratégicas de intervención susceptibles de ser incluidas en los programas de fortalecimiento de la salud pública. Dichas áreas estratégicas son las siguientes:

1) Área de intervención para el cumplimiento de resultados y procesos clave, que es el componente fundamental mediante el que se manifiesta la labor de la autoridad sanitaria en materia de salud pública y, consecuentemente, debe ser el objeto central de las intervenciones para mejorar su desempeño. Está relacionado con la eficacia, es decir con los resultados, y también con la eficiencia —o los procesos— con que se realizan las funciones que competen a la autoridad sanitaria en materia de salud pública. Por tanto, una ejecución adecuada de los procesos clave permitirá el éxito en cuanto a resultados previstos de la labor desempeñada por la ASN en materia de salud pública. Para ello, este ámbito se concentra principalmente en áreas críticas que requieren las intervenciones y el seguimiento de tipo gerencial para mejorar el desempeño de las

FESP en los países correspondientes, tales como:

- Articular la salud pública con las políticas públicas a través de la definición de los objetivos sanitarios, la comprensión, el análisis, el fomento, la contribución y la negociación de las políticas, así como de su traducción jurídico-normativa.
- Facilitar el papel de la población no sólo como objeto —la salud de la población— sino igualmente como sujeto actor de la salud pública —es decir, la salud para la población—, que incluye el desarrollo y el fortalecimiento de la promoción de la salud, de la construcción de entornos saludables y libres de riesgos o daños para la salud colectiva, y el desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación y de control social.
- Asegurar la garantía del acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud necesarios para toda la población y mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Promover y aprovechar el reconocimiento del carácter intersectorial y la elaboración de alianzas para mejorar los éxitos de la salud pública.

2) Área de intervención para el desarrollo de capacidades institucionales y de infraestructura, entendidas como la suficiencia cualitativa y cuantitativa de las capacidades humanas, tecnológicas, de conocimientos y de recursos necesarias para el desempeño óptimo de las funciones que son competencias de la autoridad sanitaria en materia de salud pública. La dotación adecuada y el desarrollo de tales capacidades y recursos condicionan el cumplimiento de las funciones y la consecución de los resultados previstos dentro de la labor de-

semeñada por la ASN en la salud pública. Por otro lado, este tipo de intervenciones es fundamentalmente de inversión, en su sentido más amplio, y contemplan aspectos tales como:

- El fortalecimiento de la organización institucional.
- La potenciación de la capacidad de gerencia.
- El desarrollo de los recursos humanos.
- La asignación y la organización del presupuesto en función del desempeño de las FESP.
- El fortalecimiento de la capacidad de la infraestructura institucional.
- El desarrollo y la ampliación tecnológica de los sistemas de información, gestión y operación.

3) Área de intervención para el desarrollo de competencias descentralizadas, relacionadas con actuaciones dirigidas a transferir facultades, competencias, capacidades y recursos a los niveles subnacionales, y a apoyarlos para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria en materia de salud pública, de acuerdo con los requisitos de modernización del Estado y del sector de la salud. Esto requiere, principalmente, intervenciones que apunten a la reorganización de la autoridad en combinación con la política nacional de descentralización.

A continuación se presentan con detalle los indicadores seleccionados para cada área de intervención estratégica.

Con el propósito de facilitar la consolidación de los resultados de las distintas evaluaciones en los países de la Región

Cuadro 1 Indicadores para cada FESP según el área de intervención estratégica

| FESP | Cumplimiento de resultados y procesos clave | Desarrollo de capacidades e infraestructura | Desarrollo de competencias descentralizadas |
|--|--|--|---|
| 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud | <p>1.1 Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud.</p> <p>1.2 Evaluación de la calidad de la información</p> | <p>1.3 Apoyo experto y recursos para el seguimiento y la evaluación del estado de salud</p> <p>1.4 Soporte tecnológico para el seguimiento y la evaluación del estado de salud</p> | 1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación |
| 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública | <p>2.1 Sistemas de vigilancia para identificar amenazas a la salud pública</p> <p>2.4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública</p> | <p>2.2 Capacidad y conocimientos en epidemiología</p> <p>2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública</p> | 2.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en cuestiones de vigilancia, investigación y control de riesgos y daños |
| 3. Promoción de la salud | <p>3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervención a favor de comportamientos y ambientes saludables</p> <p>3.2 Desarrollo de alianzas sectoriales y extrasectoriales</p> <p>3.3 Planificación y coordinación nacional de estrategias de información, educación y comunicación social para fomentar la salud</p> <p>3.4 Reorientación de los servicios hacia la promoción</p> | | 3.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las intervenciones sobre la promoción de la salud |
| 4. Participación de los ciudadanos en la salud | <p>4.1 Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en las decisiones en materia de salud pública</p> <p>4.2 Fortalecimiento de la participación social en la salud</p> | | 4.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en la salud |

Cuadro 1 (continuación)

| FESP | Cumplimiento de resultados y procesos clave | Desarrollo de capacidades e infraestructura | Desarrollo de competencias descentralizadas |
|---|--|--|--|
| 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública | 5.1 Definición nacional y subnacional de los objetivos en materia de salud pública | 5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de sistemas de salud pública | 5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas y de la planificación y gestión de la salud pública |
| | 5.2 Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública | 5.4 Gestión de la cooperación internacional en la salud pública | |
| 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública | 6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulador | 6.3 Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador | 6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para la generación y fiscalización de leyes y reglamentos |
| | 6.2 Hacer cumplir la normativa en materia de salud | | |
| 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios | 7.1 Evaluación del acceso a los servicios necesarios | 7.2 Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios de salud a la población | 7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud |
| | 7.3 Fomento y actuación para mejorar el acceso a los servicios necesarios | | |
| 8. Desarrollo de los recursos humanos y de la formación en salud pública | 8.2 Mejora de la calidad del personal | 8.1 Características del personal que trabaja en la salud pública | 8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de los recursos humanos |
| | 8.4 Perfeccionamiento de los recursos humanos destinados a la cesión de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios | 8.3 Educación continua y de postgrado en salud pública | |
| 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos | 9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios individuales y colectivos | 9.3 Sistemas de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en materia de salud para apoyar la adopción de decisiones en salud pública | 9.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud con el fin de asegurar la calidad de los servicios |
| | 9.2 Mejora de la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios | | |

(continuación)

Cuadro 1 (continuación)

| FESP | Cumplimiento de resultados y procesos clave | Desarrollo de capacidades e infraestructura | Desarrollo de competencias descentralizadas |
|--|--|--|---|
| 10. Investigación en materia de salud pública | 10.1 Desarrollo del programa de investigación en materia de salud pública | 10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación | 10.3 Asesoría y apoyo técnico a la investigación en los niveles subnacionales de salud pública |
| 11. Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud | 11.1 Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y los desastres | | 11.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales con el fin de conseguir la reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud |
| | 11.2 Desarrollo de normas y alineamientos que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud | | |
| | 11.3 Coordinación y alianzas con otros organismos e instituciones | | |

de las Américas y con el fin de facilitar la formulación de un plan de actuación regional, se ha efectuado la clasificación de fortalezas y debilidades a partir de las mediciones obtenidas en estas primeras aplicaciones, estableciendo como valor de referencia convencional el promedio de los resultados globales en las 11 funciones; de forma que la mitad de los in-

dicadores queden clasificados como debilidades que deben ser superadas. Hay que tomar en cuenta que a pesar del uso uniforme de este criterio para la evaluación regional, puede ser posible que las autoridades nacionales determinen un nivel de referencia diferente, y puedan ser más o menos exigentes en algunas valoraciones específicas de acuerdo a su

interés. Debemos recordar que este ejercicio tiene como principal propósito a la autoevaluación, por lo tanto, cada país puede dirigir los esfuerzos nacionales con distinto énfasis, de acuerdo a su particular propósito hacia la mejora del desempeño de las FESP.