

10

Proceso de medición

Es necesario destacar que el instrumento de medición fue diseñado por grupos de expertos de los diferentes países de la Región y por el personal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América y del Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), con la finalidad de que fuera aplicado por un conjunto de actores nacionales clave quienes, mediante la elaboración de respuestas de consenso a las medidas establecidas, fueran dando cuenta del perfil del desempeño de las FESP en su respectivo país.

Se debe tomar en cuenta que durante todo el proceso, se contó con el respaldo y el apoyo de cada una de las instituciones participantes mencionadas, junto con la contribución y conducción de las autoridades sanitarias nacionales quienes han sido un factor invaluable para el logro de los objetivos del proceso de medición. Fue así, mediante esta fórmula de colaboración entre múltiples

instituciones, como se pudo elaborar la medición en cada país, disponiendo de una guía de aplicación orientadora que permitiera homogeneizar y dar unidad normativa al proceso de medición de las FESP.

Hay que considerar que en este primer ejercicio el principal propósito de la medición de las FESP ha sido la autoevaluación del desempeño de la ASN, que constituye la institución responsable de la rectoría, lo que implica, como fue mencionado en la Parte I del libro, la responsabilidad de cumplir con otras grandes atribuciones como son la definición de políticas de salud, la modulación del financiamiento, el aseguramiento de los servicios y la reglamentación del sector salud y que, como ya se ha señalado, en la mayoría de los países de la Región corresponde a la denominación de Ministerio de Salud (MINSa), o secretaría de salud (SS).

En función de que el trabajo de la ASN en salud pública implica la colaboración

de una amplia gama de instituciones gubernamentales y no gubernamentales —considerando desde luego a las universidades, los centros de investigación en salud, así como los proveedores de servicios públicos y privados, sin dejar de incluir también a sectores del gobierno dedicados a otras áreas de colaboración como la educación y el medio ambiente—, la medición del desempeño de las FESP se ha realizado por un grupo de actores clave, capaces de representar, lo más fielmente posible, al amplio y diverso panorama de la salud pública en cada contexto nacional.

Debido a la complejidad que implica un proceso de autoevaluación y de construcción de consensos para la medición del desempeño de las FESP, fue necesario realizar previamente un esfuerzo de sensibilización e inducción a los ministerios o secretarías de salud sobre la importancia y trascendencia del tema y los contenidos de la metodología, para dar paso a la preparación de un grupo de facilitadores que tuvieran el

conocimiento y la capacidad de apoyar las mediciones nacionales, con el fin de asegurar una correcta ejecución y un mayor control del proceso, que permitiera dar confiabilidad a los resultados.

En términos generales, los pasos que se han seguido para realizar la aplicación del instrumento en cada país corresponden a los siguientes:

- a) Adopción de un acuerdo político entre la OPS y el gobierno para la realización del ejercicio.
- b. Formalización de un acuerdo entre la OPS y el ministerio de salud para efectuar el ejercicio.
- c. Identificación del personal del ministerio de salud que asumiría las responsabilidades para la preparación y ejecución del ejercicio.
- d. Desarrollo de un ciclo de reuniones entre ambas contrapartes en las que se debatió sobre:
 - La filosofía que subyace en la Iniciativa “La salud pública en las Américas”.
 - Las características y detalles de la elaboración del instrumento de medición.
 - La necesidad de adelantarse a los problemas con el fin de controlar los riesgos potenciales que pueden presentarse durante la preparación y ejecución del ejercicio, tales como:
 - El temor infundado de lo que podría implicar una supuesta “evaluación externa” de la gestión superior de salud y de la de

cada responsable de las áreas abordadas en forma específica por el instrumento.

- El temor a que la “evaluación” dé paso a una clasificación de los países de la Región según su grado de apoyo al ejercicio de la salud pública.
- e) Selección de participantes en el ejercicio como competencia exclusiva de la Autoridad Sanitaria Nacional. El perfil de los participantes sugerido fue orientado a que el ministerio los pudiera seleccionar buscando la mayor representatividad e interdisciplinariedad en la composición del grupo, asegurando la procedencia plural de sus integrantes, según su pertenencia al nivel central o subnacional de la estructura de la ASN, así como su adscripción a instituciones no gubernamentales o de carácter académico.
 - f) Preparación de los aspectos logísticos del ejercicio. Aquí se incluyeron actividades tales como selección del lugar y precisión de fechas, convocatoria de los participantes, financiación de la estancia para los que procedían de lugares alejados a la sede, apoyo secretarial, insumos, infraestructura informática, etcétera.
 - g) Realización del ejercicio de medición. Este fue el ejercicio propiamente dicho, en donde con la metodología de taller y la guía de aplicación se reunía a todos los participantes implicados, para realizar la tarea de contestar el instrumento de medición en forma exclusiva e intensiva. Fue así como, una vez conformados los equipos, durante un promedio de tres días de actividad los

participantes se centraron en el ejercicio de medición, a través de la estructuración de una respuesta consensuada de cada una de las preguntas —aplicando las mediciones y submediciones— contenidas en los indicadores de las 11 funciones esenciales.

1. Descripción del proceso de preparación y medición del desempeño de las FESP en los países de la Región

La responsabilidad de organizar el apoyo a la medición en la Región de las Américas le correspondió a la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de la OPS, cuyas principales funciones fueron:

- a) impulsar, en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias nacionales, la aplicación del instrumento en todos los países de la Región;
- b) apoyar el proceso de medición nacional a través de las delegaciones de la OPS en cada país;
- c) colaborar en la formación del conjunto de facilitadores que participarían en la aplicación;
- d) recoger las evaluaciones realizadas en cada país; y, por último,
- e) sistematizar y analizar la información recibida, así como elaborar los informes de los resultados del ejercicio de medición del desempeño de las FESP en la Región de las Américas.

Se debe resaltar que el proceso ha implicado un esfuerzo de interlocución en diferentes idiomas que incluyó un ejercicio de intercambio y coherencia lingüística y

conceptual en inglés, francés, portugués y holandés, tanto para la formulación y aplicación del instrumento de medición, como para la ejecución del programa informático, el análisis de resultados y la elaboración del informe final.

Así fue como tomando como base el establecimiento de los acuerdos del Consejo Directivo de la OPS, y habiendo constituido y validado el instrumento de medición, se puso en práctica el proceso de implantación del ejercicio de autoevaluación en cada uno de los países de la Región, concretándose las siguientes etapas:

- 1.1 Capacitación de facilitadores
- 1.2 Conformación del grupo de participantes
- 1.3 Organización y desarrollo de los ejercicios de medición

1.1 Capacitación de facilitadores

Como primer paso se procedió a la selección y formación de facilitadores que tuvieran el liderazgo y el conocimiento apropiado para apoyar el ejercicio de aplicación del instrumento; para ello se tomó en cuenta el hecho de que los trabajos se realizarían en el contexto de un proceso de medición novedoso, en donde las tareas de ponderación implicaban un alto grado de complejidad por la necesidad de integrar respuestas de consenso, que provenían de los grupos de informantes cuya conformación era heterogénea, ya que respondían a diferentes disciplinas de formación, así como a distintos niveles de conocimiento, experiencia, responsabilidad e interés, lo que permitiría que fueran lo suficientemente representativos de la realidad que existe en el ejercicio de la salud pública de cada país.

Cuadro 1 Talleres de formación de facilitadores en la aplicación del instrumento

Subregión	Fecha del taller	Participantes
Centroamérica/Costa Rica	6–8 de marzo de 2001	57 profesionales
Sudamérica/Argentina	29–31 de mayo de 2001	59 profesionales
Caribe anglófono/Jamaica	16–20 de octubre de 2001	24 profesionales
Caribe francófono/Haití	29–31 de mayo de 2002	14 profesionales
Total de facilitadores formados:		154 profesionales

Cuadro 2 Talleres de formación de facilitadores en la aplicación del instrumento

País	Fecha del taller	Participantes
Puerto Rico	1–4 de agosto de 2001	15 profesionales
Brasil	9–12 de enero de 2002	15 profesionales
Paraguay	3–7 de octubre de 2001	50 profesionales
Curaçao	14–16 de noviembre de 2001	7 profesionales

Bajo estas premisas fue como se desarrollaron talleres subregionales en Argentina, Costa Rica, Haití y Jamaica, obteniéndose como resultado la conformación de un equipo de por lo menos tres expertos de los ministerios de salud de cada país, que tenían la distinción de haber sido nombrados por el ministro o secretario de salud correspondiente. Cabe destacar que este trabajo y todo el proceso de medición hasta la conclusión de los informes estuvo respaldado por el personal de las delegaciones nacionales de la OPS en los mismos países, quienes formaron parte del núcleo principal encargado de formular el programa de trabajo y realizar los preparativos requeridos para llevar a cabo el proceso de medición de las FESP.

A este grupo central se incorporaron, posteriormente, otros funcionarios nacionales que fueron formados con el fin de ampliar el grupo de facilitadores,

para lo cual se realizaron nuevos talleres de capacitación en Brasil, Puerto Rico, Paraguay, como se detalla en el cuadro y Curaçao.

1.2 Conformación del grupo de participantes

En atención al mandato del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la importancia de que esta medición fuera un ejercicio de autoevaluación, es necesario reiterar el respeto absoluto que se siguió para salvaguardar la autonomía de la ASN en la definición de los participantes, en función de la recomendación presentada¹ y de las consideraciones técnicas y políticas que eran de su exclusiva responsabilidad. Con esto toma

¹ El equipo responsable de la Iniciativa confeccionó un perfil de participantes que le fue recomendado a cada ASN.

mayor dimensión la labor dirigida a lograr la efectiva apropiación por parte de cada ASN sobre el instrumento y el proceso de medición, y en consecuencia de los resultados obtenidos, de manera que se pudiera asegurar la subsecuente implantación de estrategias y acciones destinadas a atender las áreas críticas que presentó su perfil de desempeño.

Por lo consiguiente, los ministerios de salud participantes de cada país en la Región, seleccionaron a un conjunto de técnicos y profesionales procedentes de diversas instituciones representativas de los sectores relacionados con la salud pública, quienes se integraron en grupos de trabajo y asumieron la responsabilidad de contestar a las preguntas contenidas en el instrumento de medición, bajo una concepción de colaboración honesta y en un esquema de participación activa y ordenada.

En cada uno de los 41 países se puso especial atención en asegurar un balance en la participación de profesionales de la ASN de los niveles identificados como nacional y subnacional, en donde se enfatizaba la necesidad de contar con la presencia representativa de informantes de los niveles intermedios —es decir, departamentales, estatales o provinciales— e, incluso, en ocasiones del nivel local, promoviendo la incorporación de representantes del sector académico y de las áreas de investigación, así como de las instituciones y organismos públicos y privados que realizan la atención de salud y de la seguridad social, incluyendo a organismos no gubernamentales, y a otros actores de la salud pública nacional.

Contando con la ayuda y la coordinación de las delegaciones de la OPS, se logró que un conjunto representativo de

Cuadro 3 Talleres nacionales y participantes en la medición del desempeño de las FESP

País	Fechas	Total de participantes
Anguila	29–31 de enero de 2002	19 participantes
Antigua y Bermuda	20–22 de febrero de 2002	30 participantes
Argentina	13–15 de noviembre de 2001	35 participantes
Araba	20–21 de marzo de 2002	25 participantes
Bahamas	23 de mayo de 2002	71 participantes
Barbados	25–27 de marzo de 2002	36 participantes
Belice	25–27 de julio de 2001	31 participantes
Bolivia	15–16 de noviembre de 2001	54 participantes
Brasil	15–17 de abril de 2002	60 participantes
Colombia	19–21 de septiembre de 2001	66 participantes
Costa Rica	25–26 de abril de 2001	48 participantes
Cuba	19–22 de noviembre de 2001	56 participantes
Curaçao	12–14 de noviembre de 2001	16 participantes
Chile	13–15 de diciembre de 2000	40 participantes
Dominica	10–12 de diciembre de 2001	25 participantes
Ecuador	10–11 de octubre de 2001	56 participantes
El Salvador	21–23 de mayo de 2001	55 participantes
Granada	18–20 de febrero de 2002	35 participantes
Guatemala	17–21 de mayo de 2001	30 participantes
Guyana	6–7 de diciembre de 2001	24 participantes
Haití	24–26 de junio de 2002	29 participantes
Honduras	6–8 de junio de 2001	24 participantes
Islas Vírgenes	5–7 de marzo de 2002	27 participantes
Isla Caimán	11–13 de diciembre de 2001	27 participantes
Jamaica	10–11 de diciembre de 2001	31 participantes
México	19–20 de febrero de 2002	40 participantes
Montserrat	5–7 de febrero de 2002	25 participantes
Nicaragua	28–29 de mayo de 2001	46 participantes
Panamá	27–29 de junio de 2001	93 participantes
Paraguay	13–15 de febrero de 2002	108 participantes
Perú	28–29 de noviembre de 2001	155 participantes
Puerto Rico	17–19 de octubre de 2001	154 participantes
República Dominicana	7–10 de junio de 2001	102 participantes
Saint Kitts y Nevis	12–14 de febrero de 2002	41 participantes
Santa Lucía	13–15 de febrero de 2002	27 participantes
San Vicente y las Granadinas	28 de enero–1 de febrero de 2002	28 participantes
Suriname	24–26 de abril de 2002	36 participantes
Trinidad y Tabago	27 de febrero–1 de marzo de 2002	42 participantes
Islas Turcas y Caicos	31 de abril–1 de mayo de 2002	23 participantes
Uruguay	24–25 de mayo de 2002	45 participantes
Venezuela	6–8 de febrero de 2002	83 participantes
Total de participantes en la medición de la Región		1.997 personas

actores clave participaran en la aplicación del instrumento hasta cubrir el total de las 11 funciones. Este esfuerzo realizado por los países de la Región para asegurar los resultados comprometidos se pone de manifiesto en el listado siguiente, en el que, si bien el número y el perfil puede tener a primera vista una

aparición discordante, esto se debe a las particularidades propias de cada país y a la decisión exclusiva de los ministerios para efectuar la convocatoria.

Para complementar la descripción anterior por lo que se refiere a la representatividad, se presenta a continuación un

Cuadro 4 Perfil de los participantes que evaluaron el desempeño de las FESP en los países de la Región

Categoría	Tipo de participantes
ASN: representantes del Nivel nacional 54% de los participantes de la ASN	<ul style="list-style-type: none"> - Ministros o secretarios de salud - Asesores de ministros - Secretaría de políticas de salud - Secretaría de gestión en inversiones en salud - Consejo Nacional de Salud - Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud - Directores de departamentos de administración - Directores generales de programas de salud y del ambiente - Directores de promoción - Directores de desarrollo de los servicios de salud - Directores de programas nacionales de vigilancia de la salud - Directores de desarrollo de recursos humanos - Directores de áreas de planificación y desarrollo institucional - Directivos de centros nacionales de epidemiología - Unidad de comunicación social
ASN: representantes de los niveles subnacionales 46% de los participantes de la ASN	<ul style="list-style-type: none"> - Secretarías de salud provinciales o estatales - Directores de regiones sanitarias - Delegados subregionales - Coordinadores regionales o provinciales - Directores de APS - Directores de salud municipales - Directores de hospitales nacionales - Directores de hospitales provinciales - Jefes de unidades clínicas
Otras instituciones 15% de todos los participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Acción Social - Ministerio de Trabajo - Ministerio de Agricultura y Ganadería - Ministerio de Hacienda o sus equivalentes - Secretarías de Asistencia Social - Sindicatos - Representantes de colegios profesionales (médicos, otros profesionales de la salud, abogados, etc.) - Organizaciones no gubernamentales - Cruz Roja - UNICEF - Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) - Intendentes - Alcaldes - Representantes de pueblos indígenas - Escuelas de salud pública - Representantes de universidades del país - Representantes de institutos de estadísticas vitales - Institutos de ciencia y tecnologías - Iglesias - Escuelas nacionales de enfermería - Seguros sociales, institutos de seguros sociales - Oficinas del Defensor del Pueblo o de los Ciudadanos - Sanidad militar, centros médicos navales y de las fuerzas aéreas. - Institutos nacionales de diabéticos, de cardiología, de SIDA, de control de drogas y adicciones, etc.

cuadro que resume el tipo de participantes que asistieron a los ejercicios de medición del desempeño de las FESP. Si bien la naturaleza de los participantes variaba entre los distintos países, es im-

portante señalar que en todos los casos existía una amplia gama de profesionales capaces de responder apropiadamente sobre el desempeño que registran las diferentes funciones de la salud pública.

Por otra parte, es necesario considerar que se procuró contar con una amplia representatividad de las diversas disciplinas vinculadas a la labor de la salud pública: epidemiólogos, salubristas, eco-

nomistas de la salud, abogados, y especialistas en promoción de la salud, participación social, sistemas de información en materia de salud, laboratorios de salud pública, recursos humanos, comunicaciones y relaciones públicas, salud ambiental, emergencias y desastres, planificación, etcétera. A la vez que se hizo un esfuerzo por asegurar la representatividad intersectorial en la materia según la estructura y organización de cada país.

Organización y desarrollo de los ejercicios de medición

Entre abril de 2001 y junio de 2002 —es decir, durante quince meses de trabajo continuado— se llevaron a cabo un total de 41 talleres nacionales de medición del desempeño de las FESP. Todos ellos contaron con una amplia participación del grupo seleccionado para el ejercicio que, cabe aclarar en algunos casos por lo numeroso de los grupos fueron divididos en subgrupos asegurándose que en su conjunto fueran encargados de dar respuesta a las distintas secciones del instrumento de medición; identificadas por las 11 funciones esenciales. En términos generales, los grupos de respuesta tuvieron una configuración similar, contando en cada uno de ellos con la representación de los diversos sectores y disciplinas que conforman o son afines a la salud pública y que fueron oportunamente convocados.

Es necesario destacar que durante todo el proceso se contó con el firme respaldo de los ministros de salud, que dieron todo su apoyo a la Iniciativa. Cabe señalar que como apoyo adicional un equipo de dos o tres expertos de las instituciones participantes en el diseño del instrumento de medición intervinieron como facilitadores externos para otorgar un mayor respaldo a cada uno de los ejercicios.

Para abrir el proceso, los ministros de salud de los países convocaron a una reunión de trabajo destinada a obtener respuestas a las preguntas contenidas en el instrumento de medición. Por el carácter de automecisión del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, y para procurar una familiarización de los participantes con los instrumentos, se anexaban a la convocatoria los documentos básicos para el desarrollo del ejercicio y, en general, se procuró seleccionar un sitio con las características y el ambiente apropiado para que el grupo de autoevaluación se pudiera concentrar exclusivamente en la medición de las FESP durante el transcurso del taller, mismo que tenía una duración de dos a tres días.

Para el proceso de medición se estableció en cada país un núcleo coordinador, el cual fue responsable de elaborar la respuesta sobre los aspectos generales y particulares del instrumento. Además, como también ya se comentó, se contó con la participación de actores clave, expertos o especialistas conocedores del área y del proceso, que aportaron información complementaria de especial valor para el logro de la medición de cada función, tanto en lo general como en lo específico. Un aspecto destacable sobre la medición, fue el esfuerzo dirigido a la elaboración de respuestas de consenso a partir del punto de vista de diferentes actores, de modo que el instrumento no se convirtiese en una herramienta dirigida exclusivamente a los expertos de cada una de las FESP, sino que se obtuviese una visión lo más representativa posible acerca de las diferentes áreas del nivel nacional o subnacional, que revelara de manera integral el desempeño nacional.

Es importante insistir en que uno de los objetivos principales de esta medición

ha sido lograr que cada país se apropie del instrumento, con el fin de poderlo perfeccionar si lo considera necesario para posteriores ejercicios de seguimiento en su territorio, por lo que la designación y formación de facilitadores nacionales que posteriormente pudieran hacer un seguimiento del uso del instrumento resultaron fundamentales. Para ello, en diversos países se llevó a cabo un ciclo de reuniones para lograr que los facilitadores locales se hicieran cargo de la Iniciativa y fueran responsables de realizar la medición.

Cabe mencionar que, en la mayoría de las aplicaciones, los participantes llevaron al encuentro la información que consideraron pertinente como apoyo a las respuestas que iban efectuando a cada una de las preguntas contenidas en el instrumento. Esta información pudo ser puesta a disposición del equipo responsable de la medición de las FESP, especialmente en lo relacionado con las preguntas específicas definidas como medios de verificación.

Como criterio general, y dada la limitación del tiempo disponible para la aplicación total del instrumento, en los casos en que no se obtuviera mayoría se adoptó el criterio de tratar de lograr el consenso mediante un par de rondas de votación y exposiciones; si, una vez finalizada la discusión en grupo, se continuaba sin llegar al consenso mayoritario, la respuesta se consideraba como negativa; esto en función de que ante la duda sobre el desempeño era preferible asumirla como una deficiencia que había que superar.

La elaboración del consenso permitió a aquellos que tenían puntos de vista diferentes sobre el grado de desarrollo de la salud pública de su país, hacer su apor-

tación e informar a los que no estuvieran familiarizados con una función en particular. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que todos los participantes pudieron contribuir a una respuesta colectiva para aplicar el instrumento completo y tuvieron la oportunidad de aportar su conocimiento a los contenidos y aspectos implicados en el proceso.

Como resultado, se reconoció en todos los casos que se había realizado el mayor esfuerzo porque el ejercicio de medición permitiera obtener la representación más realista posible del desempeño de las funciones de la salud pública en cada país y facilitar la identificación de las áreas débiles que requieren un fortalecimiento.

Para registrar y procesar los resultados de las respuestas del grupo evaluador, se utilizó un programa informático que permite calcular de forma directa e instantánea la puntuación final de cada variable, en función de las respuestas efectuadas a las medidas y submedidas que las componen, y mostrar en un cuadro los resultados obtenidos. Para utilizar este instrumento sólo era necesario conocer el manejo del programa Microsoft Excel.

Después de haber realizado la medición exhaustiva de cada función en cada uno de los países, el taller incluía una parte destinada a la presentación resumida de los resultados obtenidos y al análisis de las áreas deficitarias en materia de salud pública, con el fin de acordar las conclusiones preliminares de la medición. Fue de esta manera como, a partir de la presentación y el análisis de los perfiles de desempeño de cada función, los participantes hicieron aportaciones para contrarrestar las insuficiencias detectadas y sugirieron posibles métodos futuros de actuación, que fueron recogidos

para la elaboración del informe final del país correspondiente. Este momento fue el más significativo del ejercicio ya que, a partir de la presentación de las debilidades y las fortalezas, se avanzó hacia la elaboración de una visión consensuada del estado de la salud pública en cada país y se aportaron elementos muy significativos para la elaboración de un plan que oriente las intervenciones requeridas para mejorar el desempeño institucional de las FESP.

Finalizado el ejercicio, cada país resumió los resultados de la medición en un documento de características y formato similares, mismo que fue elaborado sobre la base del borrador preparado por los coordinadores nacionales y los expertos externos que sirvieron de apoyo para el desarrollo de cada uno de los ejercicios. Este informe fue el resultado de la descripción del proceso de medición que contiene los resultados de la aplicación del instrumento, según las puntuaciones obtenidas en las FESP y los valores de los indicadores considerados, así como las posibles interpretaciones de los resultados con relación a los factores y circunstancias que pueden explicar las puntuaciones finales y la identificación de las áreas prioritarias de intervención. Algunos de esos informes han sido publicados por las autoridades nacionales y varios países ya se han comprometido para que en un plazo de entre dos y tres años se vuelva a medir el desempeño de las FESP y se identifiquen los avances concretos que en lo general y en lo particular han sido alcanzados. Véase para ello el ejemplo del Anexo B.

Durante el taller, se dispuso también de un momento para que todos los participantes pudieran entregar al equipo encargado del proyecto, su retroalimenta-

ción sobre el contenido, la metodología y otros aspectos del proceso de medición que consideraran mejorables. Esto se hizo mediante unos formularios de evaluación del ejercicio, que fueron analizados con posterioridad y cuyos resultados se presentan más adelante. Por último es importante resumir las principales líneas de continuidad y, en su caso, la resolución que definieron los países, tanto en forma particular como a nivel subregional.

A pesar de las dificultades que implicaba completar la medición en todos los países de la Región, es importante destacar el corto período en que se llevó a cabo todo este proceso, lo que demuestra el interés y el grado de compromiso de los países ante este desafío.

Cabe agregar que diversos países de la Región, han iniciado un proceso de planificación del desarrollo de las capacidades institucionales para superar las deficiencias identificadas y consolidar los avances y logros obtenidos. Otros se encuentran en proceso de adaptación del instrumento para avanzar en la medición de las FESP en los niveles subnacionales, lo que comprueba la motivación generada a raíz del ejercicio de medición.

Especial mención merece el hecho de que en la subregión integrada por los países participantes en la reunión del Sector Salud de Centroamérica y de la República Dominicana (RESSCAD), se adoptó una resolución² destinada a concertar y formular un proyecto subregional que apoye a los países con intervenciones conjuntas en las funciones que resultaron evaluadas con un desempeño

² Acuerdo XVII RESSCAD-NIC-6. Managua, Nicaragua; 29 y 30 de agosto de 2001.

menor (funciones 8, 9 y 10); para ello tuvo lugar una reunión específica de concertación subregional³ y se llevó a cabo un proceso de formulación del proyecto con un alto grado de participación.

2. Evaluación de los participantes en la aplicación del instrumento de medición del desempeño

Para enriquecer este apartado en donde se han descrito cada una de las etapas del proceso de medición, finalmente se hará alusión a un componente muy importante significado por la evaluación del propio instrumento y del proceso de medición, mismo que fue llevado a cabo por los propios participantes de los diferentes países. Para este propósito se elaboró un cuestionario de evaluación de la aplicación de la metodología y del instrumento de medición del desempeño, gracias a la colaboración de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicho cuestionario se usó para recopilar datos sobre el proceso de medición realizado a través de los talleres anteriormente descritos; por tanto el cuestionario de evaluación se distribuyó el último día del taller con el fin de cumplir con los siguientes objetivos:

- Obtener retroalimentación de los participantes acerca de sus impresiones sobre la experiencia.

³ Reunión subregional sobre funciones esenciales de la salud pública como continuación al acuerdo n° 6 de la XVII RESSCAD. Santo Domingo, República Dominicana; 15–17 de abril de 2002.

Cuadro 5 Países en que se pudo calcular la tasa de retorno

País	Tasa de retorno	No. de participantes inscritos
Granada	95%	22
Jamaica	89%	27
Honduras	88%	27
Antigua y Barbuda	81%	32
Belice	80%	20
Santa Lucía	77%	27
Nicaragua	72%	40
Ecuador	70%	39
Venezuela	69%	93
Barbados	67%	36
San Vicente y las Granadinas	65%	29
República Dominicana	64%	81
Saint Kitts y Nevis	64%	30
Guyana	63%	19
Dominica	61%	18
Islas Caimán	58%	31
Brasil	54%	55
Montserrat	52%	21
Anguila	50%	18
Islas Vírgenes Británicas	50%	27
Guatemala	48%	31
Colombia	42%	64
Trinidad y Tobago	41%	41

Nota: los países que respondieron en forma oportuna y completa el cuestionario, pero de los que no fue posible calcular la tasa de retorno, fueron: Argentina, Bolivia, Cuba, El Salvador, Paraguay, Perú y Puerto Rico.

- Recibir sugerencias para mejorar el proceso de medición, así como sobre el contenido del instrumento.
- Pedir a los participantes una puntuación en una escala análoga a la del instrumento, de acuerdo a la perspectiva de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Para iniciar este proceso de evaluación, se pidió a todos los participantes que contestaran en forma anónima un cuestionario y lo entregaran antes de retirarse de la sesión. Esta encuesta se aplicó a prácticamente la totalidad de los participantes, sólo en dos países no fue posible hacerlo, pero el número total de cuestionarios devueltos debidamente contestados, ascendió a 891 y de

éstos pudieron ser procesados y analizados un total de 882 que corresponden al 45% del universo total de participantes; con respecto a este universo es que se presentan los resultados que a continuación son expuestos:

Resultados

Tasa de retorno

Los formularios de evaluación se obtuvieron a tiempo para completar el análisis de los datos para 30 países (véase cuadro 3), no se cuenta con datos de evaluación de los otros países debido a que no completaron el ejercicio. Más aún, sólo fue posible calcular las tasas de retorno para 23 países (cuadro 5). En los siete países que no fue posible calcu-

larlas, se debió a que no había suficiente información sobre el número de participantes inscritos. En muchos casos se contó con una lista de los participantes invitados divididos en grupos, pero no se pudo emplear como lista de inscripción para verificar que todos los invitados estuvieran presentes (número real de participantes); por otra parte, existió la posibilidad de que, en la dinámica de los talleres, las personas se hubieran cambiado de grupo para responder a funciones específicas, de modo que usar esta lista no daría un total exacto de participantes.

A partir de los datos disponibles de los países que ejecutaron un proceso estricto de inscripción, se logró obtener la siguiente información sobre el número de participantes inscritos y las tasas de retorno. La tasa de retorno promedio fue de 66%.

Afiliación a la Autoridad Sanitaria Nacional

De los 882 formularios entregados, sólo 768 (93%) contenían datos generales sobre el tipo de institución a la que pertenecían los participantes y el nivel donde se ubicaba su trabajo; ello se debió a que la página con este tipo de datos, no se había incluido en algunos formularios, mientras que en otros casos los participantes decidieron no suministrar esta información. Algunos participantes creyeron sin motivos fundados que revelar esa información permitiría rastrear su identidad, siendo que la información que se solicitaba era tan solo sobre si tenían afiliación con la Autoridad Sanitaria Nacional, cuál era su nivel de adscripción, y si la especialidad primaria era la salud u otra. De los formularios que consignaron esta información, 54% eran de nivel nacional y 46%

se autoclasificaron como de nivel subnacional. De los 768 formularios que consignaron información sobre la especialidad primaria, 84% de los participantes respondieron “salud” como la especialidad primaria. El resto se inclinó por “otras” especialidades primarias. La categoría “otras” incluía a personas de la Autoridad Sanitaria Nacional, el cuerpo de médicos del Ejército, organismos internacionales, universidades, iglesias, organizaciones de derechos humanos al igual que prestadores del sector privado.

Además de sus responsabilidades primarias en la autoridad sanitaria, un número reducido de participantes (1%) también tenía responsabilidades conjuntas en otras organizaciones de salud pública, incluidas escuelas de salud pública y protección ambiental.

Percepción de los entrevistados sobre su nivel de preparación para participar en el proceso

En términos generales el 37% refirieron no sentirse bien preparados; el 40% se sintieron bastante preparados y el 23% manifestaron estar bien preparados. Si bien los “suficientemente preparados” y los “bien preparados” representaron el 63% de las respuestas, las observaciones de los entrevistados que indicaron no sentirse preparados fueron significativas. La principal preocupación manifestada por los participantes fue la falta de instrucciones estandarizadas y la falta de habilidad de los facilitadores de explicar concisamente el objetivo y la metodología de la aplicación. Indicaron que las instrucciones cambiaban en diferentes ocasiones y que daba lugar a una percepción inconsistente del proceso. Estas observaciones se repitieron aun entre los entrevistados que dijeron que se sintieron suficientemente preparados. Cabe

señalar que al principio del proceso de aplicación hubo un buen número de este tipo de observaciones, pero al ir adquiriendo mayor experiencia y haber ampliado la lista de preguntas más frecuentes, las expresiones de escepticismo y las actitudes negativas fueron disminuyendo y, paralelamente, las presentaciones en los talleres fueron mejor dirigidas, se mejoraron las estrategias y los participantes comprendieron mejor el proceso.

El 90% de los entrevistados indicaron que recibieron orientación suficiente de los facilitadores sobre cómo responder a las preguntas.

Claridad de las instrucciones

El 94% de los entrevistados informaron que las instrucciones fueron adecuadas o suficientemente claras; 6% de ellos señalaron que las instrucciones no eran claras, debido a que:

- Los facilitadores no indicaban la metodología con claridad
- Cambio de instrucciones

Nuevamente, estos comentarios tuvieron más que ver con las primeras aplicaciones.

Distribución de los materiales para el curso

El 54% de los participantes dijeron que era necesario mejorar ese aspecto del proceso haciendo circular los materiales con mayor anticipación a la realización del taller para que pudieran leerse de antemano y comprenderse mejor. Es pertinente señalar los factores que contribuyeron a este retraso:

- Poco tiempo de preparación antes de la realización de los talleres

- Insuficiente aviso a los participantes de las fechas y contenidos de los talleres
- Distribución tardía de los materiales.

Claridad del formato del instrumento

Los resultados fueron muy alentadores: 89% consideraron que el formato era comprensible o fácil de comprender; sólo el 11% lo encontró difícil de comprender. La razón más común de la falta de claridad tuvo que ver con la formulación de las preguntas, al igual que el lenguaje empleado. Ello sucedió tanto con las versiones en español como en inglés. Las personas de ambos grupos consideraron que algunas preguntas eran ambiguas y preferirían que se usara un lenguaje más claro y conciso.

En los países hispanos, la diferencia de significado entre las palabras jugó un papel decisivo para evaluar si el instrumento sería apropiado para uso local. Un porcentaje pequeño también indicó que sería útil tener otras opciones, que no fueran *sí* o *no*: una escala de tipo parcial o análogo en la respuesta para que se pudieran incluir trabajos en proceso, proyectos o identificar cambios en los trabajos señalados. Ello eliminaría, desde luego, la capacidad del instrumento de medir condiciones que prevalecieran en ese momento. Ello no fue aceptado ya que la finalidad del ejercicio era tomar una foto instantánea de la situación actual, no acerca de cómo podría ser la situación con la opción parcial. Cabe señalar, que una vez que se explicó a los participantes que el instrumento estaba destinado a medir lo que ya existía concretamente, y no lo potencial o planificado, la falta de una opción de respuesta intermedia o parcial no se consideró tan significativa.

Número de preguntas

El 62% de los entrevistados indicaron que el número de preguntas (medidas) fue suficiente, 34% consideraron que había demasiadas preguntas. Es necesario aclarar que se identificaron ciertas áreas de redundancia y, por tanto, se está planificando un examen del instrumento con miras a simplificar y eliminar las posibles reiteraciones o duplicaciones.

Claridad de las normas para los indicadores

Los resultados en este sentido fueron también muy alentadores: 56% de los entrevistados opinaron que las normas eran apropiadas pero necesitaban más aclaración; 42% opinaron que estaban bien escritas, eran claras y comprensibles. Sólo 2% opinaron que eran inadecuadas para su uso. El último grupo pertenecía en general a las naciones insulares muy pequeñas, los participantes de esos países sugirieron que se examinaran las normas para que fueran más aplicables a los países pequeños. En vista de estas respuestas, se realizará un examen de las normas, su redacción y contenido. Ello debe hacerse en cooperación con los propios países que presentan menor tamaño para responder mejor a las necesidades del contexto local.

Dificultad en responder las funciones, medidas y submedidas

El 76% de los entrevistados indicaron que tuvieron dificultad en responder algunas de las medidas y submedidas. De este grupo, 63% señalaron como razón que el tema estaba fuera de su área de especialidad. El 37% que experimentaron la dificultad *sin* que el tema estuviera fuera de su área, ya que adujeron no haber comprendido la pregunta debido a la redacción ambigua o poco clara de las preguntas, a veces debido al tipo de lenguaje empleado. Si bien el formulario

de evaluación permitió a los participantes hacer observaciones sin restricciones sobre el contenido del instrumento, los participantes prefirieron hacer los comentarios en el taller mismo. Los comentarios se registraron para ser utilizados en el proceso de desarrollo iterativo del instrumento.

Vinculación de este instrumento para uso con otras actividades nacionales de mejoramiento o evaluación de calidad

Con relación a este punto los entrevistados ofrecieron tres opciones:

- a) validar otros esfuerzos nacionales o subnacionales ya existentes
- b) proporcionar datos que puedan usarse conjuntamente con los de otras actividades para mejorar la planificación de los niveles nacional y subnacional
- c) tanto *a* como *b*

De los 825 entrevistados, 767 (93%) respondieron esta pregunta; 71% seleccionaron la opción *a*, 87,5% la opción *b*, 59% la opción *c*. El 59% que seleccionó la opción *c* consideró que los datos derivados de este instrumento jugaron un papel más significativo y más amplio, ya que el uso de los datos podría validar los ya existentes, al igual que se puede obtener información adicional que podría usarse junto con los datos ya existentes de otras actividades para mejorar la planificación de los niveles nacional y subnacional. Algunos participantes señalaron la necesidad de contar con un mecanismo que validara objetivamente los datos registrados. Con respecto a la pregunta relativa a *otras áreas de posible vinculación* que deberían de usar estos datos, los entrevistados contestaron:

- Proporcionar datos a los legisladores para redefinir mejor y ayudar a formular políticas y leyes
- Promover la autoevaluación en otras áreas para analizar la calidad
- Trabajar con otras dependencias gubernamentales, especialmente con las áreas de formulación de convenios interinstitucionales
- Fortalecer la capacidad de organización y manejo a todo nivel
- Realizar el mejoramiento continuo de la calidad
- Buscar coincidencias más afines en materia de recursos humanos para el sistema
- Adiestramiento en liderazgo y gestión
- Uso para educar e informar al personal en todos los niveles del sistema
- Vincular los datos con las normas y acreditación de las organizaciones en el sistema de salud pública

Tipo de informes que serían de mayor utilidad para los entrevistados

Las opciones presentadas fueron:

- Gráficos que indiquen los niveles de éxito alcanzado por medio de funciones o indicadores
- Un análisis de los puntos fuertes y débiles, oportunidades, amenazas (FODA)
- Recomendaciones e intervenciones basadas en los resultados del proceso que mejoran el desempeño del sistema

- Todas las opciones anteriores

La opción *c* fue seleccionada en 73% de los casos, seguida de 70% para la opción *b*. Sólo 61% consideraron que la opción *a* por sí misma sería útil. El 61% de los entrevistados indicaron que un informe que incluyera las 3 opciones sería útil. Ello indica muy claramente que el tipo de informe que la mayoría de los países consideraría útil incluiría un análisis gráfico de los puntos fuertes y débiles del sistema, junto con recomendaciones apropiadas de intervenciones que mejorarían el desempeño del sistema.

Uso de los resultados: informes generados a partir de esta actividad

Las opciones presentadas en el cuestionario, fueron:

- Usar los resultados para mejorar el desarrollo de la fuerza laboral de salud pública
- Mejorar la responsabilización del sistema
- Determinar y fortalecer las áreas de debilidad en el sistema
- Planificación estratégica general para mejorar el sistema en todos los niveles
- Evaluación de políticas
- Desarrollo de capacidad
- Uso para fortalecer la capacidad de gestión de la organización
- Uso para promover el cambio dentro del sistema descartando los procesos que ya no funcionan
- Promover mayor adhesión a las normas de parte de la Autoridad Sanitaria Nacional

- Modificar los programas existentes y los programas de estudio en salud pública para adecuarlos más a las necesidades del sector sanitario

- Uso para definir mejor cuáles deben ser los productos de salud pública según las realidades del país

- Evaluar la capacidad de liderazgo eficaz de la Autoridad Sanitaria Nacional

- Todas las opciones anteriores.

Los entrevistados podrían seleccionar una o todas las opciones que consideraran apropiadas. Las opciones seleccionadas más comúnmente fueron *a*, *c*, *d* y *h*: más de 75% de las veces. Las opciones *a* y *c* fueron las más comunes, lo cual indica que los entrevistados consideraron el instrumento y la metodología como una herramienta de análisis de brechas para la evaluación del sistema. Fue importante el hecho de que la opción *c* fue seleccionada sólo 54% de las veces, lo cual indicó que los participantes no parecían vincular el proceso y el instrumento con una evaluación de la capacidad de liderazgo eficaz de la Autoridad Sanitaria Nacional. Sólo 33% de los entrevistados reconocieron la utilidad de los informes aplicables a todas las áreas. Ello indica la necesidad de garantizar que las presentaciones ofrecidas de antemano brinden información pertinente que permita a los participantes establecer una conexión entre el tipo de informe generado y la labor de la Autoridad Sanitaria Nacional. Hacer el enlace más evidente permitirá a los participantes comprender mejor la pertinencia y lo adecuado de la aplicación de los instrumentos a su trabajo.

Uso del instrumento para evaluar el desempeño de la Autoridad Sanitaria Nacional

El 77 por ciento de los entrevistados indicó que pensaban que el instrumento podría medir con exactitud el desempeño de la ASN. No hubo una diferencia significativa en este porcentaje entre los participantes que vinieron de los niveles nacional o subnacional (χ^2 al cuadrado = 0,025, $P=0,8$). El 23 por ciento de los participantes que no consideraron que el instrumento mediría el desempeño de la Autoridad Sanitaria Nacional, adujo que:

- Las opiniones expresadas por los participantes no coinciden con la realidad y expresan sólo una idea inexacta del sistema.
- No existe una forma de validar las respuestas. Las preguntas son demasiado subjetivas.
- Los indicadores no son aplicables a ciertos países.
- Falta de participantes con experiencia para responder las preguntas, composición inapropiada de los grupos, no representativa del sistema.
- Sólo mide ciertas áreas de actividad.
- La Autoridad Sanitaria Nacional en algunos países no usa el marco de FESP.

Clasificación de la utilidad del instrumento en la práctica diaria

La escala análoga usada por los entrevistados para clasificar la utilidad del instrumento en la práctica diaria fue de: 0 = ninguna, 1= poco uso, 2 = algún uso, 3 = uso promedio, 4 = muy útil, 5 = de mucha importancia.

La baja dispersión de las respuestas ratifica que la mayoría de los participantes le asigna una alta valoración al uso de ese instrumento para evaluar el uso de la salud pública, donde el 70% opina que el instrumento es “muy útil” o “mucha importancia”. Menos del 10% de los participantes evaluó el instrumento con un grado bajo de utilidad. El gráfico 1 ilustra la distribución de las respuestas respecto a este punto.

Frecuencia de aplicación

El 73% de los participantes dijo que el instrumento y el proceso de medición debían administrarse cada 1 ó 2 años, optando el 48% de este grupo por realizarlo anualmente. Los resultados pueden observarse en el cuadro siguiente.

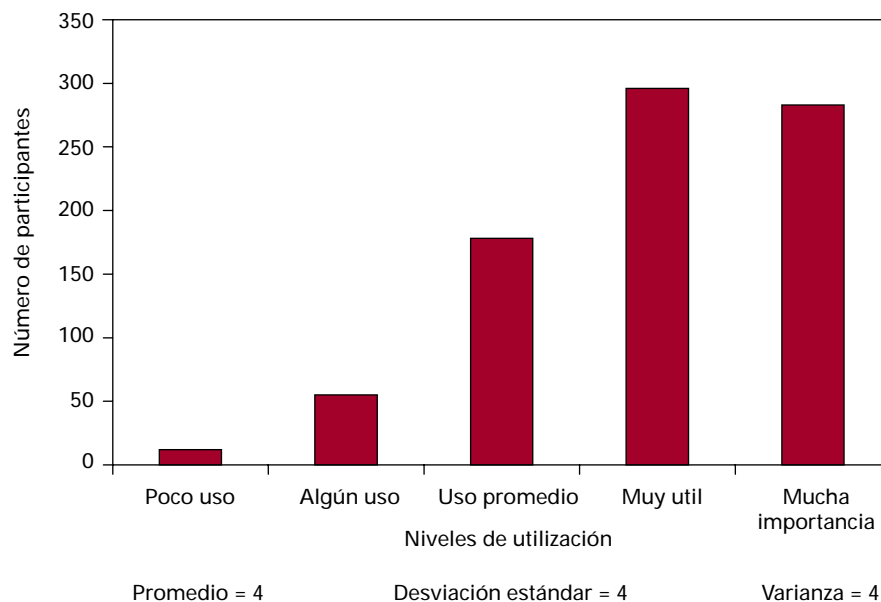
Sugerencias de los entrevistados para mejorar los talleres en el futuro

Esta pregunta abierta solicitó comentarios de los participantes, quienes se basaron en la experiencia de haber contes-

tado el instrumento y participado en el taller. Los comentarios son muy perspicaces y deben tenerse muy en cuenta para ayudar a organizar más eficaz y eficientemente los talleres en el futuro.

- Garantizar diversidad en la composición del grupo y representación apropiada de todos los niveles para cada función.
- Tener los documentos de apoyo a mano para validar las respuestas.
- Celebrar talleres previos en el país para explicar los objetivos y metodología, de modo que los participantes puedan estar bien preparados.
- Asegurarse de que la guía práctica sea concisa y el glosario lo suficientemente amplio para cubrir toda la terminología usada.
- Mejor orientación y normas.

Gráfico 1 Clasificación de la utilidad del instrumento



Cuadro 6 Frecuencia recomendada de aplicación

Frecuencia de aplicación	Número de respuestas	Porcentaje de respuestas
Anualmente = A	288	35
2 años = B	313	38
3-5 años = C	190	23
5-10 años = D	33	4

Discusión, conclusiones y enseñanzas extraídas de la evaluación

Desde la perspectiva de los participantes, el instrumento y la metodología han demostrado ser muy útiles. Ello se observa en la alta clasificación de utilidad asignada y el deseo de repetir el proceso todos los años o cada dos años. Las inquietudes principales se centraron en la necesidad de reformular las preguntas usando un lenguaje más conciso para evitar ambigüedades o falsas interpretaciones. Los instrumentos de este tipo evolucionan en forma constante a medida que van pasando por un proceso iterativo de refinación. A pesar de haber atravesado por una fase rigurosa de pruebas piloto, ciertos problemas no se evidenciaron hasta que el instrumento se usó en el campo. Por estas razones actualmente se trabaja en un examen intensivo de la redacción y el contenido de las normas, medidas y submedidas antes de producir la próxima versión del instrumento.

Como parte integrante del proceso de aplicación, es necesario emplear un enfoque más estricto para que los facilitadores ejecuten el proceso de evaluación (especialmente en la recolección de los formularios contestados) y garantizar que se pueda contar desde el principio con una lista exacta de todos los participantes que han sido inscritos. De esta manera, se puede calcular la tasa de retorno. Debe hacerse hincapié en este

componente del proceso de aplicación. A pesar de que no hay tasas de retorno para todos los países, se obtuvo información de 825 participantes. Este tipo de información cualitativa obtenida por retroalimentación de los participantes resultó muy útil para aportar datos sobre su percepción acerca del instrumento y el proceso de aplicación.

Quedó claro que sería útil contar con mejores estrategias “a nivel de país” al preparar a los participantes para que estos comprendan mejor los objetivos del ejercicio y la metodología. En la mayoría de los países, los facilitadores locales realizaron una serie de reuniones anteriores al taller para familiarizarse con la metodología del taller y garantizar que los talleres se desarrollaran sin tropiezos. Lamentablemente, esto no se hizo en todos los países. La selección y el adiestramiento de los facilitadores es de suma importancia y es necesario seleccionar personas del perfil, la experiencia y la responsabilidad apropiada para la función de facilitador. Como componente principal en el proceso de preparación y planificación de los países que desean usar este instrumento y esta metodología, debe hacerse hincapié en lo siguiente:

- a) Asegurarse de que existe voluntad política y aceptación de los encargados de adoptar decisiones clave “en

el país” por medio de reuniones preliminares y talleres.

- b) Asegurarse de que existen estrategias eficaces que garanticen el recibo oportuno de los documentos antes de los talleres y los ejercicios de recolección de datos.
- c) Educar a los facilitadores y promover una distribución más eficaz de los materiales por parte de los facilitadores y los puntos focales antes del taller.
- d) Apoyar la celebración de talleres de sensibilización o inducción en cada país para promover una mejor comprensión del concepto, las metas y los objetivos de la evaluación. Ello promoverá también una mejor aceptación de los participantes.

Nunca será excesivo insistir en la importancia de asignar a los participantes a grupos bien balanceados y representativos del área temática a analizar, buscando elementos que permitan favorecer la armonía y colaboración entre los asistentes. Aunque todos los participantes no eran peritos en todas las medidas, ello fue positivo ya que permitió mejorar la vinculación en los grupos, donde cada participante tenía un área específica de especialización y podía hacer aportes significativos en esa área. Si bien existe la necesidad de garantizar que la selección de los entrevistados sea apropiada con respecto a la función que se mide, es también importante evitar introducir sesgos al tener demasiados “expertos” en un grupo determinado.

Tal como se observa en la información recabada, existe sin duda la necesidad de algún tipo de validación objetiva de las respuestas, con el fin de asegurar que

los datos recogidos tengan validez científica. La forma en que las aplicaciones fueron ejecutadas por algunos países no permitió a los participantes tener acceso al instrumento en su conjunto, sino sólo a secciones o funciones de las que su grupo fue responsable. Los participantes, por ende, no tuvieron una vista “panorámica” del instrumento. Una mezcla equilibrada de participantes provenientes de diversos niveles del sistema actuó en ocasiones como control de las respuestas mismas y evitó la introducción de sesgo excesivo de parte de individuos dominantes en el grupo. Ante las situaciones en que hubo una falta de validación objetiva, el equilibrio o “autovalidación” introducido por la composición del grupo marcó una diferencia. También resulta útil pedir a los participantes que estudien el instrumento de antemano y traigan al taller cualquier documento que ayude a validar sus respuestas a las medidas.

Aunque los participantes reconocieron algunas deficiencias en la última versión del instrumento y la metodología, pudieron usar el instrumento y los datos para el proceso de análisis de brechas. Ello subraya el éxito del ejercicio, y, como se dijo anteriormente en este capítulo, algunos países ya han analizado esta información y han redactado sus propios informes de país y planes de acción con esta base. Es necesario reiterar que, ya se han celebrado reuniones regionales para explorar la elaboración de planes de acción regional y cooperación interregional a fin de formular intervenciones estratégicas; todas ellas orientadas a mejorar la capacidad institucional de la infraestructura que dará lugar al mejoramiento de la prestación de servicios de salud pública a nivel regional.

3. Enseñanzas de carácter general derivadas de la medición

Para el conjunto de los Estados Miembros, los resultados que se presentan en el capítulo 11, así como los informes propios de cada país, proveen una cantidad importante de información útil para la definición de sus propios planes de fortalecimiento de la salud pública.

La identificación de las áreas comunes de debilidad y fortaleza puede ser de gran utilidad al servir como argumento de apoyo al esfuerzo de los ministerios de salud de la Región para hacer presión ante los responsables de las decisiones de cada uno de sus gobiernos con el fin de obtener la ayuda necesaria para desarrollar sus capacidades sanitarias.

Sin embargo, sin dejar de resaltar la importancia del proceso de medición y el interés de los resultados obtenidos con el fin de constituir una buena representación de la realidad nacional, subregional y regional en su conjunto, no deben olvidarse las limitaciones y las restricciones de la metodología y del instrumento de medición señaladas en el capítulo anterior.

Así pues, la relatividad de los resultados de las mediciones específicas no debe inducir a conclusiones apresuradas, sino que debe orientar a profundizar en el diagnóstico actual, mediante el uso de instrumentos más objetivos y un análisis más detallado de las áreas críticas identificadas. Solamente de esta manera se podrá garantizar el desarrollo de programas para el mejoramiento de la salud pública que respondan eficazmente a las necesidades de cada país.

Del mismo modo, dadas las diferencias en la selección del grupo evaluador nacional y la asimetría de la información existente entre los participantes, es probable que la calificación obtenida para algunas funciones o indicadores no sea totalmente aceptable para los mismos o para otros expertos nacionales. En caso de ser así, se deberían activar unos mecanismos complementarios para mejorar el diagnóstico alcanzado con el fin de asegurar unas respuestas fiables que sirvan para conocer y aceptar los desafíos nacionales en materia de salud pública. En este sentido, esta medición diagnóstica puede servir también de marco de referencia para todas aquellas instituciones interesadas en cooperar en el fortalecimiento de la salud pública en las Américas.

Por este motivo, a partir de la primera medición en el nivel de la Región, es posible concluir que el instrumento y el proceso de aplicación deben ser perfeccionados. Las mediciones y submediciones pueden reducirse significativamente en función de su poder explicativo, lo que no era posible de determinar antes de concluir esta primera ronda de aplicación realizada en cada país y, de igual manera, también es posible equilibrar la jerarquía y la cantidad de medidas y submedidas de cada indicador. Sin embargo, a pesar de que el instrumento no tiene las pretensiones de validez exigidas a una prueba diagnóstica típica, es importante destacar la posibilidad de perfeccionar las medidas para asegurar una mayor fiabilidad y, por consiguiente, una mayor reproducibilidad de las respuestas nacionales, lo que concede un valor mayor y más objetivo a las medidas, independientemente del evaluador que las realice.

En otro sentido y respondiendo a las demandas de los países de la Región, es posible también avanzar en la depuración y el diseño de instrumentos dirigidos a la medición de las FESP en los niveles subnacionales o en campos específicos de actuación de la salud pública, que permitan un aprovechamiento mayor de las conclusiones obtenidas.

Por consiguiente, la elaboración de este instrumento de medición es el punto de partida de un proceso de evaluación que permitirá a los países orientar mejor su labor dirigida a la mejora del ejercicio de la salud pública. Se puede afirmar, por tanto, que su perfeccionamiento y evolución estarán determinados por las autoridades sanitarias nacionales y por las instituciones de cooperación internacional que, preocupadas por mejorar el desempeño de la salud pública de cada país, hagan de este instrumento una herramienta para el cambio y lo adapten a sus necesidades particulares. Tras esta

primera tarea de evaluación, ya han surgido iniciativas dirigidas a adaptar el instrumento para realizar mediciones subnacionales, así como planteamientos destinados a conseguir un mayor nivel de exigencia en la definición de los estándares, hechos que avalan el reconocimiento de que éste es efectivamente un instrumento útil y en proceso permanente de perfeccionamiento.

Desde la perspectiva de las instituciones a cargo del proceso de medición en la Región, el ejercicio ha aportado contribuciones de gran importancia. La principal satisfacción es la de comprobar que el instrumento y la metodología de la medición desarrollados resultan de utilidad y dan un sentido a los responsables del desempeño de la salud pública en cada uno de los países. El ejercicio ha puesto en evidencia también las áreas y los procesos en los que la medición puede ser perfeccionada, tanto en lo que respecta al instrumento como a la meto-

dología de aplicación del mismo, a lo que sin duda han contribuido los participantes en el ejercicio con un entusiasmo que hace obligado el esfuerzo por mejorarlos. Sin embargo, el resultado más importante de toda esta experiencia ha sido quizás el asistir a la adopción del instrumento de medición y de la metodología de aplicación del mismo por parte de los países participantes.

Por último, la medición del desempeño de las FESP contribuye a la elaboración de una línea de base a partir de la que se puede analizar al estado de la salud pública en la Región de las Américas y aporta un punto de partida para evaluar, en el futuro, los avances alcanzados por los países en el mejoramiento de su desempeño, a la vez que recupera el valor estratégico que, en sí misma, tiene la puesta en marcha de la práctica de autoevaluación del desempeño institucional de la ASN.

