LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS

nuevos conceptos,

análisis del desempeño

y bases para la acción

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA No.589
ISBN 9275 31 589 2

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana,
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación de la fuente

Organización Panamericana de la Salud
La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción
Washington, D.C.: OPS, © 2002.

Publicación Científica y Técnica No. 589

ISBN: 92 75 31589 2

I. Título II. Autor

1. SALUD PÚBLICA
2. RECTORIA DEL SECTOR SALUD
3. FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)
4. FUERZA DE TRABAJO EN SALUD PÚBLICA
5. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
6. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

NLM WA30.O68sp 2002

Ilustración de la portada: Gustav Klimt, Hygieia. Detalle de la obra "Medicina". Panel para el techo de la Sala Magna de la Universidad de Viena, 1900–1907. Óleo sobre tela 430 x 300 cm., destruido en 1945 en el Castillo Immendorf. Reproducida a partir del archivo fotográfico con el permiso de ARTOTHEK. Hermfeldstrasse 8 D-82362 Weilheim, Alemania.

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

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

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

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

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América, que proporcionará la información más reciente sobre cambios introducidos, en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

Prefacio

Este libro representa la realización de un sueño: componer una obra sobre la salud pública en las Américas que fuese digna del centenario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mi deseo no era que ese esfuerzo se plasmase en un documento que analizara los datos sobre las características de la salud de los pueblos de América Latina y el Caribe, pues hay otras publicaciones que muestran minuciosamente la situación sanitaria y las tendencias que están ocurriendo. Por consiguiente, me complace comprobar que este libro refleja el contexto en el cual se percibe y se practica la salud pública, y en él se expone el grado en que se están cumpliendo las funciones que son esenciales para promover y preservar la salud colectiva. Ningún texto sobre la salud de las personas es definitivo; en el mejor de los casos, puede ser uno de los arroyos que nutren y enriquecen la corriente principal de pensamiento acerca de uno de los problemas más importantes de nuestro tiempo: cómo mejorar la salud de nuestra gente, cómo lograr que las personas gocen de esa "posesión" que es universalmente valorada por sobre todas las demás.

Al ser esta una publicación conmemorativa de nuestro centenario, es propio y natural hacer un repaso, así sea breve, de nuestros orígenes y de la salud pública en aquellos tiempos. Habida cuenta de la naturaleza del conocimiento científico que prevalecía hace cien años, era inevitable que la inquietud principal fuesen las enfermedades infecciosas, de manera que el reconocimiento de que era posible controlarlas mediante la ingeniería social y sanitaria, en el sentido más amplio, representó un gran adelanto. No había ninguna duda acerca de la función del gobierno en el sentido de modificar el ambiente con miras a mejorar la salud colectiva. Los datos que la OPS recopilaba entonces estaban relacionados con las enfermedades infecciosas y con la posibilidad de fundamentar las decisiones acerca de las medidas de cuarentena.

Ahora vivimos tiempos diferentes. Todos nuestros países han experimentado transiciones sanitarias que han modificado su perfil epidemiológico. La naturaleza de la carga de morbilidad es distinta. Los datos revelan claramente que los descubrimientos tecnológicos y su aplicación han desempeñado un papel protagónico en el mejoramiento de los indicadores de salud de las poblaciones. Hemos comprobado el poder de la tecnología para prolongar la vida varios años, y el entusiasmo por la magia del imperativo tecnológico para el beneficio individual nos ha hecho perder de vista la diferencia entre individuos enfermos y poblaciones enfermas. El interés por la salud colectiva se fue apagando ante el fervor por la atención individual, a medida que los milagros de la investigación científica prometían cada vez mayores bienes para la vida y la salud individuales.

Hemos sido testigos de la preocupación creciente, en los países desarrolla-

dos, por el estado de sus iniciativas de salud pública, aun en medio de una verdadera plétora de adelantos científicos que tan buenos augurios anunciaban para la salud individual. El estudio de la situación en los Estados Unidos mostró un sistema de salud pública en franco desorden, y la situación solamente era un poco mejor en el Reino Unido. Atraído por la definición práctica de salud pública usada en el estudio británico —"es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad"—, sentí la necesidad de averiguar si en nuestra Región podríamos discernir en verdad cuáles eran esos esfuerzos organizados de la sociedad y cómo funcionaban. Rudolf Virchow es uno de mis personajes favoritos, y en sus escritos pueden encontrarse muchas de mis inquietudes actuales. En 1848, sumamente preocupado por el estado de la salud pública, escribió:

> "No basta con que el gobierno proteja simplemente los medios de subsistencia de sus ciudadanos, es decir, que ayude a aquellos cuya capacidad de trabajo no es suficiente para ganarse la vida. El Estado debe hacer más que eso. Debe ayudar a todos a llevar una vida sana. Esto se desprende sencillamente de la concepción del Estado como la unidad moral de todos los individuos que lo componen, y de la obligación de la solidaridad universal."

En época más reciente, hemos visto que el llamamiento en favor de la solidaridad se ha transformado en el llamamiento en favor de la equidad; este ha sido un valor crucial que ha estado en el meollo de una gran parte de la reforma sanitaria que en nuestros días ocupa la atención de casi todos los gobiernos americanos. Pero en los movimientos de reforma que buscaban la equidad en la prestación de los servicios necesarios para promover la salud y prevenir las enfermedades, la atención se centró predominantemente en el individuo y hubo una tendencia a descuidar la salud colectiva. En otras palabras, los esfuerzos organizados de la sociedad no estaban dirigiéndose hacia la salud de la población.

Por otra parte, para determinar cómo han de dirigirse estos esfuerzos, es evidente que debe haber alguna medida de las funciones que el Estado debe desempeñar para promover la salud y prevenir las enfermedades de toda la población. Hemos postulado reiteradamente que la responsabilidad del Estado y la del gobierno no abarcan el mismo ámbito, y en este libro se deja en claro que no es el gobierno el que tiene la responsabilidad exclusiva de cumplir todas esas funciones. Aunque también debe quedar claro que algunas de ellas caen dentro de la esfera de las responsabilidades indelegables del gobierno por ser éste el actor principal dentro del Estado.

El ejercicio de medición del grado en que existen y se están cumpliendo las funciones esenciales de salud pública ha sido un proceso abierto y participativo, como corresponde a toda actividad de esta naturaleza. La selección de las funciones es el resultado de numerosas y reiteradas consultas, como corresponde a la premisa básica de que en este campo no hay verdades absolutas. Es muy probable que habrá otros autores, en diferentes lugares, que establecerán diferentes funciones esenciales para mejorar la salud pública. Pero lo que permanecerá es el concepto en que se apoya la evaluación, los métodos aplicados y la finalidad básica y prosaica de proporcionar una medida que sea útil para que nuestros países puedan mejorar la salud de sus ciudadanos.

Resulta especialmente satisfactorio comprobar la atención que se ha prestado aquí a la adquisición de la información, a la función de la epidemiología consistente en establecer si las funciones se están cumpliendo y a la definición de los sistemas necesarios para medir cualquier cambio que ocurra. Precisamente, la epidemiología constituye el puente entre la inquietud por el individuo y la inquietud por la población. La OPS nació de la necesidad de recopilar y difundir información, y a lo largo de su historia se ha ocupado en la obtención y el perfeccionamiento constantes de métodos y sistemas para llevar a cabo ese mandato prístino. Ahora, al cumplirse el centenario de la OPS, esta publicación conmemorativa muestra que la prioridad para la población en las Funciones Esenciales de Salud Pública es la provisión de información. Esto ciertamente habla de una continuidad en los objetivos y propósitos.

Esta obra de la OPS está concebida principalmente para las Américas, pero sabemos que parte de esta información ha servido y servirá de base para la práctica de otros organismos y en otras partes del mundo. La difusión de cualquier punto de vista lo expone a uno a mayores críticas, pero esto es saludable.

Quizás debamos repetir lo que John Graunt escribiera cuando presentó sus famosas tablas de mortalidad:

> "¿Cuánto he logrado demostrar las premisas? Corresponde ahora al mundo juzgarlo. [. . .] Pues heme aquí, cual torpe colegial que viene a rendir su lección frente al mundo (ese maestro quisquilloso e irritable) y se ha traído consigo un haz de varas para ser azotado por cada equivocación que cometa."

Cualquier error que pueda presentarse, sin duda, no se encontrará en la conceptualización de las funciones que debe llevar a cabo la sociedad organizada para velar por la salud pública, ni en los métodos ideados para aplicar las herramientas que en buena medida han sido desarrollados por los propios servidores públicos.

Espero que el lector disfrute y obtenga provecho de esta publicación conmemorativa del centenario de la Organización Panamericana de la Salud.

George A.O. Alleyne
Director

Índice

Prefacio iii

Índice vii

Reconocimientos ix

Carta de navegación xv

Parte I. La Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" y su razón de ser 1

1. La Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" y la necesidad de fortalecer su práctica en la Región 3
2. La función de rectoría en salud y el desarrollo institucional de la autoridad sanitaria 7

Parte II. Renovación conceptual de la salud pública 15

3. Orígenes y escenarios actuales 17
4. Fundamentos de renovación conceptual 35
5. Prácticas sociales y salud pública 49
6. Funciones esenciales de salud pública (FESP) 59
7. Marco de actuación para el mejoramiento de la práctica de la salud pública 73

Parte III. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública **91**

8. Lógica de la medición del desempeño de las FESP 93

9. Desarrollo del instrumento de medición 99

10. Proceso de medición 111

11. Resultados de la medición en la Región de las Américas 127

    1. Análisis regional 127

    2. Análisis subregionales 167

    3. Conclusiones 233

12. Ejemplo de medición subnacional: Estados Unidos de América 239

Parte IV. De la medición a la acción **257**

13. Fortalecimiento institucional para el desempeño de las FESP 259

14. Estimación de gastos y financiamiento de las FESP. Bases para su costeo y presupuestación 271

15. Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública 297

16. Cooperación internacional para el mejoramiento de la práctica de la salud pública 321

Anexos **329**

A. Instrumento de la medición del desempeño de las FESP 331

B. Ejemplo de informe nacional de medición 383

Reconocimientos

La iniciativa “La Salud Pública en las Américas” ha sido una de las líneas estratégicas centrales de cooperación técnica, auspiciadas por el Director de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. George A.O. Alleyne, en su segundo mandato comprendido entre febrero de 1999 y enero del 2003. El diseño y la coordinación general de la Iniciativa ha sido responsabilidad de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, a cargo del Dr. Daniel López-Acuña. El Director Emérito de la Organización, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo ha asesorado en forma permamente el desarrollo de la iniciativa en sus diferentes fases.

Los Coordinadores de los Programas de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud y de Desarrollo de Recursos Humanos, José María Marín, José Luis Zeballos y Pedro Brito, gestionaron en distintos momentos las tareas de implementación de la Iniciativa.

Se ha contado con la activa cooperación de la División de Desarrollo e Investigación de Sistemas de Salud Pública de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC), del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, que ha sido designado Centro Colaborador de la OPS/OMS durante este proceso, y que puso a la disposición del proyecto una parte importante del tiempo de varios de sus funcionarios, en especial de Paul Halverson y “Wade” Joseph Hanna, así como los avances que tenía en el desarrollo metodológico de un instrumento para medir el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

El Centro Latinoamericano de Investigaciones en Servicios de Salud (CLAISS), con sede en Chile, especialmente a través de Fernando Muñoz y Soledad Ubilla, tuvo también una activa participación en la puesta en marcha de la Iniciativa.

Son muchas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la evaluación de las tareas de la Iniciativa que se resumen en este libro. Sería muy largo listar los nombres de más de dos mil trabajadores de la salud pública de las Américas que tuvieron algún tipo de involucramiento directo con los procesos de desarrollo conceptual y metodológico de aplicación de los instrumentos para medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, de evaluación de los resultados de los ejercicios nacionales y de confección del presente libro en sus distintos aspectos. A continuación se hace referencia a aquellas personas que más contribuyeron a esta tarea, con el riesgo de que en el afán de expresar este reconocimiento escapen a la memoria contribuciones que deberían haber sido resaltadas.

Este libro, que plasma los desarrollos de la Iniciativa hasta la fecha, es una obra colectiva. La elaboración de sus diferentes partes y capítulos ha sido el resultado de diversas aportaciones, múltiples sesiones de trabajo y reiteradas consultas y consensos. El interés compartido de los autores ha sido la conformación de una síntesis que refleje, con la mayor fidelidad posible, una labor de producción interdisciplinaria y participativa.

Coordinador General de la obra:
Daniel López-Acuña

Comité Editorial:
Carlyle Guerra de Macedo
Paul K. Halverson
"Wade" Joseph Hanna
Daniel López Acuña
José María Marín
Fernando Muñoz
Soledad Ubilla

Autores:
Las siguientes personas contribuyeron a la discusión y redacción
de los capítulos de la obra en sus distintas etapas:

Gisele Almeida
Especialista en Sistemas
de Información para los Servicios
de Salud
División de Desarrollo de Sistemas
y Servicios de Salud
Organización Panamericana
de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos
de América

Felix Alvarado
Gerente
Consultores Asociados
Guatemala, Guatemala

Natalie Brevard Perry
Health Scientist
Division of Public Health Systems
Development and Research
Centers for Disease Control and
Prevention
Atlanta, Georgia, Estados Unidos
de América

Pedro Brito
Coordinador
Programa de Desarrollo de Recursos
Humanos
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos
de América

Susana De Lena
Investigadora
Universidad Nacional de la Plata
Buenos Aires, Argentina

Angel Ginestar
Docente
Instituto Universitario Fundación
ISALUD
Buenos Aires, Argentina

Carlyle Guerra de Macedo
Director Emérito
Organización Panamericana
de la Salud
Brasilia, Brasil

Paul K. Halverson
Director
Division of Public Health Systems
Development and Research
Centers of Disease Control and
Prevention
Atlanta, Georgia, United States of
America

"Wade" Joseph Hanna
Deputy Director WHO
Collaborating Center for Public
Health Practice
Division of Health Systems
Development and Research
Centers for Disease Control and
Prevention
Atlanta, Georgia, United States of
America

Monica Isabel Larrieu
Consultora
División de Desarrollo de Sistemas
y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la
Salud
Washington, D.C., Estados Unidos
de América

Daniel López Acuña
Director
División de Desarrollo de Sistemas
y Servicios de Salud
Organización Panamericana
de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos
de América

Sandra Madrid
Médica Epidemióloga
Departamento de Atención Primaria
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

José María Marín
Coordinador (A partir de enero de 2002)
Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Graciela Muñiz Saavedra
Consultora
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Fernando Muñoz
Jefe
División de Rectoría y Regulación Sanitaria
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Monica Padilla
Asesora Regional en Gerencia de Recursos Humanos
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Ana Cristina Pereiro
Jefa de Gabinete de Asesores
Ministerio de Salud
Buenos Aires, Argentina

Matilde Pinto
Asesora Regional en Anális Económico de Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Magdalena Rathe
Directora Ejecutiva
Fundación Plenitud
Santo Domingo, República Dominicana

Horacio Rodríguez
Docente
Instituto Universitario Fundación Isalud
Buenos Aires, Argentina

Arturo L.F. Schweiger
Director
Maestría Economía y Gestión de Salud
Instituto Universitario Fundación Isalud
Buenos Aires, Argentina

Soledad Ubilla
Asesora
División de Coordinación Interministerial
Presidencia
Santiago, Chile

Manuel Enrique Vázquez Valdés
Consultor
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Guillermo Williams
Director de Calidad en Servicios de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires, Argentina

José Luis Zeballos
Coordinador (1999–2001)
Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Curador de las ediciones en inglés y en español:

Manuel Enrique Vázquez Valdés
Consultor
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Revisión técnica de las traducciones:
Maria Teresa Gago
Carrie Farmer
Paola Morello
Priscila Rivas
Patricia Schroeder
Christiane West
Edwina Yen

Diagramación:
Barton Matheson Willse & Worthington – BMWW
Leroy Stirewalt & James Taylor
Diagramadores
Baltimore, Maryland,
Estados Unidos de América

Revisión Editorial Técnica en español:

Roger Biosca
Editor y traductor de Naciones Unidas
Barcelona, España

Diseño de Portada:

Chemi Montes Armenteros
Diseñador Gráfico
Falls Church, Virginia
Estados Unidos de América

Traductores al inglés y al español:
Servicio de Traducciones
Organización Panamericana de la Salud

Formateo y composición de texto:
María Esther Alva
Matilde Cresswell
Carol Lynn Fretwell
Tomás Gómez
Ana Gooch
Maritza Moreno

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Grupo de Referencia:
Durante el desarrollo conceptual y metodológico de los instrumentos y el proceso de medición del desempeño de las FESP, se contó con la participación de la red de expertos que se lista a continuación. Este grupo fue consultado esporádicamente, aportó observaciones y comentarios y formuló valiosas sugerencias: *Orville Adams, Mohammed Akther, Celia Almeida, Edward Baker, Louis Bernard, Stephen Blount, Charles Boelen, David Brandling-Bennett, Jo Ivey Boufford, Paolo Buss, Xinia Carvajal, Isabella Danell, Margaret Gilson, Charles Griffin, Rodrigo Guerrero, Knox Hangley, Allen K. Jones, Deborah Jones, Bernardo Kinsberg, Elsie LeFranc, Setephan Legros, Jorge Lemus, Alejandro Llanos, Christopher Lovelace, Michael Malison, Henry Migala, Daniel Miller, Ray Nicola, Tom Novotny, José Rodríguez Domínguez, Marhuram Santoshan, Steve Sapire, Pomeroy Sinnock, Olive Shisana, Alfredo Solari, Giorgio Solimano, Alan Steckler, Roberto Tapia, Mary Lou Valdez y Barrington Wint.*

"La Iniciativa de la Salud Pública en las Américas" llevó a cabo en Septiembre de 1999, en la sede de la OPS, en Washington, D.C., una reunión de consulta de expertos para la validación de las definiciones de las Funciones Esenciales de Salud Pública y los componentes que las conforman. En ella participaron, además de los autores del libro, las siguientes personas: *Anabela Abreu, Mohammed Akhter, Celia Almeida, Cristian Baeza, Louis E. Bernard, Pierre Buekens, Xinia Carvajal, Juan Antonio Casas, Carlos Castillo-Salgado, Pedro Crocco, Rochika Chaudhry, Enrique Fefer, Luiz Gâlvao, Margaret Gilson, Charles Godue, Rodrigo Guerrero, Knox Hangley, Alberto Infante, Allen K. Jones, Sandra Land, Stephane Legros, Jorge Lemus, Alejandro Llanos-Cuenteas, Jay McAuliffe, Michael Malison, Glen Mays, Ray Nicola, Horst Otterstetter, José Romero Teruel, Mirta Roses Periago, William Savedoff, Alfredo Solari, Giorgio Solimano, Gina Tambini, Barrigton Wint y Fernando Zacarías.*

Grupo de Apoyo a la medición del desempeño en los países
La medición del desempeño de las FESP estuvo precedida de tres talleres subregionales, llevados a cabo en Costa Rica, Argentina y Jamaica y de algunos talleres nacionales preparatorios. En ellos participaron puntos focales designados por las autoridades nacionales, funcionarios de la OPS del campo y de la sede, así como un grupo de facilitadores que ayudaron posteriormente a la aplicación del instrumento en los países y territorios que participaron del ejercicio. El grupo de facilitadores estuvo integrado por:

Isidro Avila Martínez, Charles Godue, Deyanira González de León, Angela Gonzalez-Puche, Jackie Gernay, Marise Guay, Renato Gusmao, Knox Hangley, Margaret Hazelwood, Sandra Land, Monica Larrieu, Fernando Lavadenz, Elsie Le Franc, Marlo Libel, José María Marín, Paola Morello, Graciela Muniz Saavedra, Fernando Munoz, Anne Roca, Ana Gabriela Ross, Luis Ruiz, Patricia Schroeder, Debora Tajer, Clovis Tigre, Soledad Ubilla, Hélène Valentín, Manuel Enrique Vázquez Valdés, Barrington Wint, Edwina Yen y José Luis Zeballos.

Además de las versiones en inglés y en español que aparecen en sendas ediciones de este libro, los instrumentos para la medición del desempeño están disponibles en portugués, francés y holandés. Especial mención debe hacerse al Instituto de Salud Pública de Québec, por su colaboración en el desarrollo de la versión francesa y su aplicación en los países francófonos, así como a las Representaciones de OPS en Brasil y Surinam por su trabajo en la elaboración de la versión portuguesa y holandesa, respectivamente.

El ejercicio de medición no hubiera podido realizarse sin la colaboración decidida de los representantes de OPS en los países y los equipos técnicos y administrativos de las oficinas de país. No hubiese avanzado tampoco si no hubiese existido, como lo hubo en los 41 países y territorios que participaron, una amplia colaboración de las autoridades nacionales y de los funcionarios designados como puntos focales del ejercicio.

Carta de navegación

Por medio de estas notas iniciales se busca dar al lector algunas sugerencias de como "navegar" por este libro. Ello obedece a que hay distintas puertas de entrada a una construcción de varias partes modulares, concebidas en forma complementaria, pero que no necesariamente tienen que ser recorridas de manera lineal. De hecho, cada parte y cada capítulo se presta a iniciar la lectura de unidades claramente diferenciadas que pueden permitir al interesado su análisis independiente cuya suma e interconexión contribuyen a la construcción espacial del planteamiento integral de la obra.

Quienes provienen del campo de la salud pública, tanto del ámbito académico como de la práctica —referida a la dirección, la gestión y la operación sanitaria—, seguramente reconocerán múltiples señales que les permitirán entrar de inmediato a algunos apartados. En cambio ello demandará recorridos más detenidos a los lectores que proceden de otros campos de actuación, o de otras disciplinas, cuyo vínculo con el quehacer de la salud publica es menos directo.

En todo caso el hilo conductor de esta obra, el "leit motiv" del libro, es la construcción de un eje que abarca: primero, una reflexión que nos permita concebir con la suficiente frescura y con el suficiente poder de resolución, tanto conceptualmente como desde la perspectiva analítica de las responsabilidades de lo público estatal y no estatal, la práctica actual en salud pública en la Región de las Américas (Partes I y II); segundo, una posibilidad de traducir ese marco conceptual en definiciones operativas, con alto sentido pragmático, que han hecho posible medir el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), propias de la autoridad sanitaria, en todos los países de América Latina y el Caribe (Parte III); y tercero, la formulación y discusión de distintos procesos e instrumentos que hagan posible transitar de la medición hacia la acción, del diagnóstico de fortalezas y debilidades, al mejoramiento de la práctica de la salud pública, concentrando los esfuerzos en el desarrollo institucional y el fortalecimiento de la infraestructura en salud pública (Parte IV).

La Parte I nos brinda dos puertas o vías de ingreso que son particularmente importantes para el sentido de la obra. Esas puertas de entrada están constituidas por dos capítulos, uno que se ocupa de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" y otro que aborda el fortalecimiento de la función de rectoría en salud por parte de la autoridad sanitaria. Ambos ofrecen dimensiones complementarias que tienen un punto de encuentro. Ese espacio de intersección es justamente el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública por parte de la autoridad sanitaria. Se hubiese

podido iniciar la primera parte por cualquiera de los dos capítulos por que tienen confluencias y desembocaduras mutuas y había elementos que sustentaban ambas opciones. Tras múltiples reflexiones y deliberaciones el grupo de autores optó por comenzar por la argumentación que permite identificar la razón de ser que plantea como asunto fundamental la necesidad de fortalecer la práctica de la salud pública en la Región y, subsecuentemente, abordar el desafío concomitante de reforzar la función de rectoría de la autoridad sanitaria en sus distintos niveles —nacional, subnacional y local—, entre cuyas responsabilidades sustanciales está el cumplimiento de las FESP.

La Parte II se ocupa de la renovación conceptual de la salud pública. A lo largo de sus capítulos aborda la trama compleja y diversa donde nace, de la cual se nutre y en la cual se desarrolla este campo de acción. Esta parte es fundamental para la comprensión del sentido histórico de la salud pública por parte de aquellos que provienen de otros campos y disciplinas, pero también para los sanitaristas y otros profesionales de la salud ya que les permitirá comprender, en mayor medida, la importancia de la renovación conceptual de este campo, la relación entre prácticas sociales y salud pública, y la procedencia y pertinencia del concepto y las categorías de las FESP.

Por esta razón, en cada capítulo de la parte II, el concepto de salud pública adquiere una importancia creciente que intenta transitar de la teoría a la práctica buscando insistentemente su conexión; por ello, hay una presentación de los elementos conceptuales esenciales para su entendimiento en el mundo actual y para su práctica más completa y eficaz, con la finalidad de intentar hacerla más consistente y comprensible, al mismo tiempo que se estimula la reflexión y el debate sobre la materia, lo que deja el tema abierto para futuros planteamientos. Así, en el capítulo tres se ofrece un resumen selectivo sobre la salud y la salud pública en la historia identificando los factores básicos que han determinado su evolución. Se identifican los principales retos y la necesidad de reconsiderar sus bases conceptuales para reorientar su práctica y se concluye con una recapitulación de las principales iniciativas que han precedido a la actual.

En el capítulo cuatro, al tiempo que se revisan sus elementos centrales, sus objetivos, sus actores y los elementos distintivos de su promoción y su práctica en los sistemas de salud; se trata de considerar a la salud pública como salud de la población, compuesta por bienes de naturaleza fundamentalmente pública, y como una responsabilidad de la sociedad y del Estado que está a su servicio. En el capítulo cinco se profundiza en el concepto de prácticas sociales y su relación con la salud pública, enfatizándose en el gran potencial que presenta su aprovechamiento para una práctica integral, incluyente y sostenible de la salud pública.

En el capítulo seis se subraya la importancia de su actualización teórica, vinculándola con el ejercicio práctico, a través de la introducción del concepto operativo de las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública, como una fórmula explícita y precisa de las atribuciones fundamentales que deben de mantenerse bajo la responsabilidad del Estado y, especialmente, de las autoridades sanitarias. Finalmente en el Capítulo siete se da paso al marco de actuación cuya finalidad es identificar los elementos necesarios para la operacionalización de los conceptos y completar así el puente entre la teoría y la práctica. Se busca así establecer un vínculo con las propuestas y acciones que se presentan en las Partes III y IV.

En la Parte III se presentan las bases para la medición del desempeño de las FESP, y el resultado de su aplicación en 41 países y territorios de América Latina y el Caribe, exponiéndose una herramienta de especial valor para un ejercicio de autoevaluación que permita a la Autoridad Sanitaria Nacional, identificar las fortalezas y debilidades existentes para el ejercicio de las FESP como parte de la función rectora que le es propia. Permite, asimismo, la utilización de criterios objetivos para la adopción de decisiones que conduzcan hacia el mejoramiento de la práctica de la salud pública y ubica el ejercicio, en el contexto más amplio de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, buscando acercar la medición a los elementos de estructura, de procesos y de resultados, de manera que se pueda incidir en la toma de decisiones gerenciales y en la asignación de recursos.

Finalmente, la Parte IV plantea algunas rutas que han de recorrerse a partir de los conocimientos que aporta esta herramienta. Deja una puerta abierta a la posibilidad de desarrollar nuevos procesos e instrumentos para los desafíos que emergen de este ejercicio de medición del desempeño: la necesidad de dar mayor atención al desarrollo institucional de la autoridad sanitaria y a la mejora de la infraestructura de salud pública, la impor-

tancia de avanzar en el conocimiento sobre el financiamiento, el gasto el costeo y la presupuestación de las FESP; el imperativo y el valor estratégico que contiene el hecho de impulsar de manera decisiva e irreversible el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública y las posibilidades que ofrece la cooperación internacional en todos estos ámbitos.

El carácter de esta obra de autoría colectiva ha sido desde su gestación incluyente y plural. Ha buscado armonizar la historia, la evolución institucional, la experiencia y las diferentes visiones de la salud pública que han estado presentes en el continente. Ha realizado una amplia consulta con expertos de la Región a lo largo de su desarrollo y ha hecho las adaptaciones necesarias para responder a las peculiaridades de los distintos países miembros. No solo se ha propuesto realizar un análisis sistemático del desempeño de las FESP y con ello concluir la tarea encomendada por los cuerpos directivos de la OPS, sino también dejar espacios abiertos que nos inviten a continuar explorando todo lo que aun queda por descifrar, conocer, medir y transformar.

El corolario fundamental que de todo ello se ha desprendido es el de seguir navegando por los nuevos y viejos escenarios que se abren en torno a este tema apasionante y crucial, con miras a construir más y mejores bases para el desarrollo sanitario de nuestras sociedades y para la consolidación de la seguridad humana de nuestros países.

PARTE I

La Iniciativa “La Salud Pública en las Américas” y su razón de ser

La Iniciativa “La salud pública en las Américas” y la necesidad de fortalecer el ejercicio de la salud pública en la Región

1. Introducción

Las reformas planteadas en el sector de la salud pública conllevan la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel consiste en hacer cumplir las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que competen al Estado, en sus niveles central, intermedio y local.[1] Para ello, se hace imprescindible el desarrollo de unos instrumentos que ayuden a llevar a cabo una valoración sobre la situación del ejercicio de esas funciones por parte de la autoridad sanitaria, con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades y sentar de este modo las bases para la organización de unas labores concertadas de desarrollo institucional que contribuyan a mejorar el ejercicio de la salud pública.

Los procesos de reforma del sector de la salud se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y de organización de los sistemas de salud, así como en los ajustes realizados con respecto a la prestación de los servicios de asistencia al público. Hasta ahora, las mejoras en el desempeño del sistema han estado centradas, no siempre con éxito, en la reducción de las desigualdades en las condiciones sanitarias y en el acceso a los servicios, en la financiación de la atención de salud, en la reducción de la falta de protección social en materia de salud, en el aumento de la eficacia de las intervenciones sanitarias y en la promoción de la calidad de la asistencia. Sin embargo, los cambios relacionados con el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias y con su mejora en el ejercicio de la salud pública han recibido mucha menor atención. En gran medida, los aspectos relacionados con la salud pública han sido descuidados como si no fueran una responsabilidad social e institucional, justamente en el momento en que más requieren el apoyo por parte del Estado con el fin de modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio.

La reinclusión de la salud pública en el programa de transformación del sector exige una definición clara de su alcance y función, así como la necesidad de hacer operativos los conceptos en los que se basa. Por este motivo, es necesario el desarrollo conceptual y metodológico relacionado con las FESP, y es aquí donde estriba el gran potencial que tiene este instrumento para desplegar las voluntades y los recursos que apoyen el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias.

[1] OPS/OMS. Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento, CD 42/15 XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. LII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Septiembre de 2000.

2. El concepto de las FESP y su relación con el ejercicio de la salud pública y el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Es una definición que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. Abarca, asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública. Así pues, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. Se trata, por otro lado, de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante.

La noción de salud pública se confunde con frecuencia con la de responsabilidad del Estado en materia de salud, cuando en realidad no son sinónimos. El funcionamiento de la salud pública va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en el campo de la salud. Si bien existe una serie de responsabilidades indelegables a cargo del Estado en la ejecución o en la garantía del cumplimiento de las FESP, éstas solo representan una fracción de sus responsabilidades en el ámbito de la salud. Es una fracción muy importante, sin duda, cuyo cumplimiento adecuado no sólo resulta fundamental para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que a su vez forma parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene sobre la salud, caracterizada asimismo por las tareas de conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y armonización de la prestación.

Hay, por otra parte, un gran número de dimensiones públicas no estatales que forman parte del universo de actuación de la salud pública. Así pues, existen ámbitos en los que la sociedad civil lleva a cabo acciones ligadas a la construcción de ciudadania que repercuten en la mejora de la salud de las personas y hay también elementos del capital social que constituyen un aporte a la cultura y al ejercicio de la salud como valor individual y social y como resultado de la intervención colectiva que se suma a las actuaciones del Estado en esta materia.

De igual manera, hay que hacer mención de la dificultad que entraña el establecimiento de una separación nítida entre el alcance de la salud pública en la prestación de los servicios dirigidos a la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud entre determinados grupos de población, es decir, en las intervenciones colectivas, y el que tiene que ver con la prestación de servicios destinados a la atención individual. La concepción tradicional de la salud pública se identifica fundamentalmente con la primera de las dimensiones, pero no hay duda de que, en lo que concierne a la segunda, hay algunas responsabilidades fundamentales de la salud pública que tienen que ver con la garantía del acceso equitativo a los servicios, la calidad de la atención y la incorporación de la perspectiva de la salud pública en la reorientación de la prestación de los servicios de salud.

Para la recuperación de la salud pública y para su inclusión en el núcleo de los procesos de transformación del sistema, resulta importante caracterizar y medir categorías operativas como las FESP, a fin de determinar el grado efectivo con el que son llevadas a cabo por parte del Estado, tanto en el nivel nacional como en el subnacional.

En consecuencia, las FESP han sido definidas como las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública. Pero para llegar a esta conclusión ha sido necesario, como se explica en la parte II del libro, definir los indicadores y estándares de las FESP de tal manera que ayuden a caracterizar los elementos críticos que permitan identificar los aspectos de la práctica de salud pública que necesitan ser fortalecidos. Este enfoque es complementario a la definición de campos temáticos de la actividad de la salud pública, definidos según el objeto de intervención de las acciones emprendidas. De hecho, ambos conceptos se interrelacionan en la práctica como una matriz que da como resultado un conjunto de capacidades institucionales que sirven para llevar a cabo distintas intervenciones fundamentales. La premisa básica es que, si las funciones están bien definidas e incluyen todas las capacidades institucionales requeridas para un buen ejercicio de la salud pública, se darán las condiciones de infraestructura necesarias para el buen funcionamiento de cada uno de los campos de actuación o de las

áreas fundamentales de trabajo de la salud pública.

La actividad de definición y medición de las FESP se concibe, en consecuencia, como una contribución al desarrollo institucional del ejercicio de la salud pública. Es un primer paso en el desarrollo de las capacidades y las competencias. Por otra parte, realizar una mejor definición de las funciones que resultan esenciales contribuye tanto a mejorar la calidad de los servicios como a definir con más precisión las responsabilidades institucionales necesarias para su ejercicio.

Por otro lado, la rendición de cuentas de los poderes públicos ante la población sobre de los resultados de su labor se inicia por la parte que le es más consustancial, lo que le resulta propio y exclusivo, y no por aquellas responsabilidades que comparte con otros ámbitos de las administraciones públicas que intervienen en las decisiones generales en materia de política de salud. La legitimidad y la capacidad de convocatoria de las autoridades sanitarias para el desarrollo de intervenciones intersectoriales a favor de la salud se fortalece, consecuentemente, con una definición y una capacidad de medición más precisas de la esencia de su propio funcionamiento.

La medición del desempeño de las FESP debería permitir, en definitiva, una mejor definición de los recursos que se necesitan para asegurar una infraestructura adecuada de la salud pública, un mejor análisis de la financiación, del gasto, de los costos y de los presupuestos necesarios. Esta información resulta, por otro lado, esencial para los gobiernos nacionales y subnacionales, y también para los organismos internacionales responsables de la cooperación técnica y financiera.

Por último, la caracterización y medición del desempeño de las FESP resultan fundamentales para contribuir a la formación del personal encargado del trabajo en la salud pública. El proceso ofrece la posibilidad de contar con una base mejor para la definición de las competencias que se requieren en el ejercicio de las FESP y de la identificación de los perfiles profesionales y laborales que los pueden caracterizar. Esto va ligado estrechamente al fortalecimiento de la formación y la educación permanente en materia de salud pública y sirve de guía para inspirar la reorientacion de los esfuerzos de las instituciones formadoras en materia de salud pública para alcanzar un mayor grado de pertinencia y calidad en su labor.

3. La naturaleza y el alcance de la Iniciativa "La salud pública en las Américas"

Según lo referido en las dos secciones anteriores de este capítulo, en 1999, la OPS decidó poner en marcha la Iniciativa "La salud pública en las Américas", con los siguientes objetivos principales:

- La elaboración de una definición regional consensuada de las FESP, obtenida gracias a un amplio debate entre expertos del ámbito académico, gubernamental y pertenecientes al ejercicio profesional de la salud pública.

- El desarrollo instrumental para la medición de su desempeño como base para mejorar el ejercicio de la salud pública.

- La elaboración de la metodología y los instrumentos que apoyen la formulación y puesta en marcha de unas líneas de actuación nacionales, subregionales y regionales que contribuyan a reforzar la infraestructura de la salud pública para fortalecer así el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.

La Iniciativa, impulsada por el Director de la OPS, el Dr. George Alleyne, al hacerse cargo de su segundo mandato, en febrero de 1999, ha sido coordinada por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y se ha implicado en ella a todas las unidades técnicas del citado organismo, así como a las representaciones de la OPS en cada país. Asimismo, ha contado con la participación del Director emérito de la OPS, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, como asesor y colaborador del proyecto y ha desarrollado los instrumentos de medición del desempeño de las FESP en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y con el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS).

El proyecto ha contemplado, además, diversos ejemplos de interacción con expertos procedentes del medio académico, sociedades científicas, servicios de salud y organismos internacionales, estructurados en una red que ha sido consultada en repetidas ocasiones, lo que ha permitido enriquecer los desarrollos conceptuales, metodológicos e instrumentales de la Iniciativa.

De este modo, el alcance de la Iniciativa "La salud pública en las Américas" puede resumirse en los siguientes puntos:

- La promoción de un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en las Américas.

- El desarrollo de un marco para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública aplicable a todos los países de la región.

- El apoyo a la autoevaluación del ejercicio de la salud pública en cada país, basada en la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública dentro del marco conceptual e instrumental desarrollado por la Iniciativa.

- El apoyo a los países en la identificación de las actuaciones necesarias para fortalecer la infraestructura de salud pública y para elaborar programas destinados al desarrollo institucional que conduzcan a un mejoramiento del ejercicio de la salud pública, cuyos avances puedan ser evaluados periódicamente a través de la medición del desempeño de las FESP.

- La elaboración de las bases de un programa regional que apoye el fortalecimiento de la infraestructura y la mejora del ejercicio de la salud pública, basado en las conclusiones de la medición del desempeño de las FESP en la región.

- La publicación, en septiembre de 2002, del presente libro, *La salud pública en las Américas*, en el que se reúnen los diferentes elementos y resultados del proyecto y en el que se ofrece un panorama del grado en que se están cumpliendo las funciones esenciales de la salud pública en las Américas.

Tras la convocatoria inicial hecha por el Director de la OPS, los países miembros acogieron con entusiasmo la Iniciativa y colaboraron decididamente en las distintas etapas de su ejecución. Esto llevó, en el 42° Consejo Directivo de septiembre de 2000, a realizar un debate sobre el tema de las FESP y a aprobar la resolución CD 42/18. Esta resolución alienta a los países miembros a participar en el ejercicio regional de medición del desempeño de las FESP y a utilizar los resultados obtenidos para iniciar intervenciones encaminadas al desarrollo de la infraestructura y al mejoramiento del ejercicio de la salud pública. Asimismo, se solicitó al Director de la OPS que apoyara estos desarrollos en los distintos países, que condujera un análisis regional del estado de la salud pública en la región y que incorporase la línea de trabajo de la medición del desempeño de las FESP y de desarrollo institucional con el fin de mejorar el ejercicio de la salud pública en los programas de cooperación técnica de la OPS, tanto los regionales como los de cada país, así como articularla con las labores de fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria en el marco de la nueva generación de reformas del sector de la salud.

RESOLUCIÓN

CD42.R14: Funciones esenciales de salud pública

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD42/15 sobre las funciones esenciales de salud pública;

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en marcha la iniciativa *La salud pública en las Américas* dirigida a la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado;

Considerando la necesidad de que en las reformas del sector salud se preste mayor atención a la salud pública y se fortalezca la responsabilidad social e institucional que compete al Estado a este respecto, y

Tomando nota de la recomendación de la 126.ª sesión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

a) a que participen en un ejercicio regional, auspiciado por la OPS, de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, a fín de posibilitar un análisis de estado de la salud pública en las Américas;

b) a que utilicen la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública para mejorar la práctica de la misma, desarrollar la infraestructura necesaria para tal efecto, y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.

2. Solicitar al Director:

a) que disemine ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica relativa a la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública;

b) que lleve a cabo, en estrecha coordinación con las autoridades nacionales de cada país, un ejercicio de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública con la metodología referida en el documento CD42/15;

c) que efectúe un análisis regional sobre el estado de salud pública en las Américas, con base en un ejercicio de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública que se lleve a cabo en cada país;

d) que impulse una reorientación de la educación de salud pública en la Región en articulación con el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública;

e) que incorpore la línea de trabajo sobre las funciones esenciales de salud pública a las acciones de cooperación en materia de reforma sectorial y de fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria.

El presente documento expone los principales desarrollos conceptuales, metodológicos y empíricos a los que ha dado lugar la labor institucional de la OPS para la que se ha contado con una amplia y decidida participación de los países miembros. Ofrece, además, un panorama de la situación del ejercicio de las FESP en 41 países y territorios de la región de las Américas, realizado a partir de los ejercicios de medición de su desempeño, efectuados conjuntamente por los países participantes y por la Secretaría del organismo. El libro concluye con el debate sobre algunas áreas estratégicas para el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública en los países de la región y con algunas reflexiones que intentan aportar elementos de utilidad que sirvan para sentar las bases de un programa regional destinado al mejoramiento del ejercicio de la salud pública en las Américas.

La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales

1. El escenario Regional

La reforma del Estado y la descentralización de la vida política, económica y social de los países, han vuelto prioritaria, en la Región de las Américas, la redefinición de los roles institucionales al interior del sector de la salud, a fin de garantizar el pleno ejercicio de la autoridad sanitaria y de fortalecer el papel rector del Estado en el desempeño del sistema de salud y en los procesos de reforma sectorial.[1]

Las responsabilidades fundamentales del Estado en materia de salud experimentan transformaciones importantes a la luz de los cambios generales en los equilibrios entre Estado, Mercado y Sociedad Civil. Ello se expresa en la tendencia a la separación de funciones del sistema: rectoría, financiamiento, aseguramiento compra y provisión de servicios, así como en su adjudicación, según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas. Tales circunstancias demandan, en consecuencia, una profundización de la capacidad institucional de conducción, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública por parte de la autoridad sanitaria.

Los ministerios nacionales de salud de los países de las Américas se enfrentan hoy a nuevas realidades de la organización sectorial, agudizadas por los procesos de reforma del sector salud que se están produciendo. De ello surge la necesidad de definir, con agilidad y prontitud, las mejores formas de fortalecer sus capacidades para ejercer el nuevo papel rector sectorial que les corresponde.

El avance de la descentralización del Estado y del sector, así como el surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, están determinando que la provisión de servicios, sobre todo los que tienen que ver con la atención a las personas, tiendan a dejar de ser una responsabilidad directa de los ministerios nacionales de salud. De modo similar acontece con la provisión de servicios de salud pública y la ejecución de acciones de regulación sanitaria, en donde las instancias intermedias del Estado, y a veces las locales, han asumido la responsabilidad de dichas atribuciones, en grados variables, según la redistribución de competencias y de reordenación territorial que el país haya definido.

En la medida en que muchos procesos de reforma del sector en los países de la Región han ido avanzando en la separación de funciones sectoriales, se han ido desagregando institucionalmente las acciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de ser-

[1] OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Seción del 23 de julio de 1997, Tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.

vicios. Sin embargo, aún predominan las situaciones en que las cinco funciones están concentradas en una sola institución, o en un pequeño conjunto de instituciones que adolece de problemas de segmentación de la población, en razón de su inserción laboral y de su capacidad contributiva, con el consiguiente esquema diferencial de coberturas de aseguramiento y provisión de servicios.

A esta situación se suman otros importantes factores que se vienen arrastrando desde mucho tiempo atrás. Los servicios de salud no han logrado alcanzar un grado de desarrollo armónico, equitativo, de calidad y eficiente. Hay falta de coordinación, duplicaciones y vacíos, principalmente de cobertura de los servicios personales y no personales en las áreas rurales y en la población marginal de las grandes ciudades.

La exclusión en salud y el otro lado de la moneda, la falta de protección social en salud alcanzan vastas proporciones en el continente. El sector salud en muchos de los países de la Región no ha sido capaz de dar una cobertura total e integral a todos los ciudadanos. La existencia de grupos postergados, sin acceso a los servicios básicos de salud, se presenta en prácticamente todos los países. Al mismo tiempo existen, en los centros urbanos, servicios de alta calidad, de muy alto costo, con limitada accesibilidad para la mayoría de la población.

Otras características importantes agravan la situación: las instituciones del sector presentan un bajo grado de eficiencia; la capacidad de gerencia adolece de debilidades estructurales que plantean la imperiosa necesidad de un mayor grado de desarrollo institucional en materia de gestión sanitaria; los costos de la atención son altos, muchas veces asociados a intervenciones de baja o nula efectividad y con tendencia al crecimiento; la calidad de los servicios es limitada y la satisfacción de los usuarios es percibida como insuficiente. Hay problemas emergentes como el SIDA, y otros reemergentes como la tuberculosis, el cólera, la malaria y el dengue, y se incrementan las patologías crónicas y de la población de edad avanzada que demandan y requieren una atención más compleja y frecuente que consume un volumen considerable de recursos. Las poblaciones comienzan a tener mayores expectativas sobre los servicios de salud. Demandan mayor calidad y uso de tecnologías novedosas de alto costo. Todo ello genera la necesidad de que el Estado ejerza funciones de regulación, control y vigilancia sobre estos aspectos y no siempre esta dotado de la organización institucional, la masa critica de recursos humanos y los recursos financieros necesarios para poder hacerlo.

La región muestra hoy un incremento de la población que se combina con el estancamiento del crecimiento económico, el aumento del desempleo, el crecimiento de la economía informal, el recrudecimiento de la pobreza en términos absolutos y relativos y la profundización de las disparidades en la distribución del ingreso. Todo ello lleva a que el problema de la exclusión económica, social, étnica y cultural adquiera proporciones cada vez más serias. Por su parte, los mecanismos existentes de protección social en salud que tendrían que garantizar a la población una serie de prestaciones en virtud de medidas de carácter público, ya sea por la vía de los ministerios de salud o a través de la instituciones de seguridad social, resultan insuficientes para dar respuesta a los nuevos problemas que se presentan en este ámbito.

La situación que viven hoy muchos países de la Región, especialmente en América Latina y el Caribe, es de alta volatilidad económica y social, de resquebrajamiento de la gobernabilidad y de crecimiento pasmoso de la pobreza y de la iniquidad. Ello hace necesario el plantearse, mas que nunca, la necesidad de que los cambios que se introduzcan en los sectores sociales, entre ellos el de la salud, contribuyan a la construcción de sociedades incluyentes de todos sus ciudadanos y no a la profundización de la exclusión de la marginación y de la falta de protección social incluida la protección en salud.

En el umbral del nuevo milenio los países de la Región enfrentan un enorme desafío de proporciones crecientes: garantizar a todos sus ciudadanos un grado básico de protección social en materia de salud que contribuya a eliminar las desigualdades en el acceso a servicios básicos de calidad para todas las personas y que proporcione a los grupos sociales hasta ahora excluidos la oportunidad de recibir atención integral con miras a la satisfacción de sus necesidades y demandas de salud, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Ante estos desafíos resulta imperativo fortalecer el papel rector de los ministerios nacionales de salud al interior del sector, así como el liderazgo del sector en su conjunto para abogar por la salud y negociar con otros sectores. Se necesita un liderazgo que permita mantener rumbos firmes en pro de la salud de las personas en el medio de los procesos de reforma sectorial.

A este proceso de fortalecimiento de la capacidad rectora del sector salud, lo debe guiar, en última instancia, el propósito de reducir las iniquidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo humano integral y sostenible y de abatir las desigualdades injustas

tanto en lo concerniente al acceso a los servicios personales y no personales de salud como en la carga financiera que supone el poder acceder a ellos.

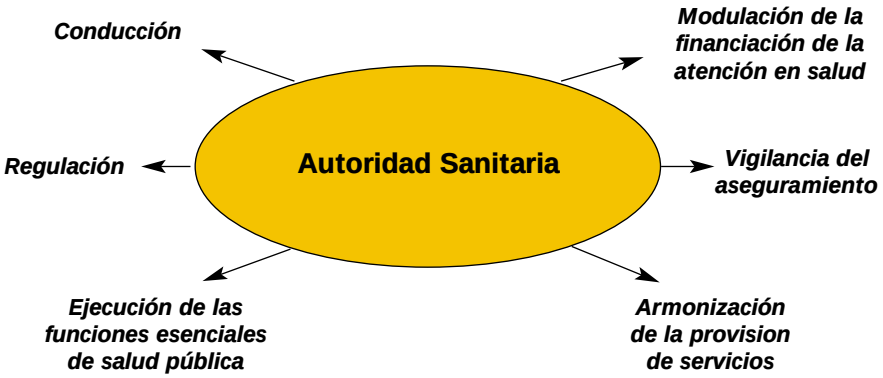
2. Las tareas que conforman el ejercicio de la rectoría sectorial por parte de las autoridades sanitarias

Los aspectos señalados en la sección anterior plantean claramente la necesidad de redimensionar y adecuar la responsabilidad y funcionamiento de la autoridad sanitaria, especialmente de los ministerios nacionales de salud, para fortalecer su capacidad rectora, definiendo las competencias sustantivas que le son propias e indelegables.

Ello supone desarrollar la capacidad institucional en materia de conducción de las acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud, de aplicación de las funciones esenciales de salud pública, de modulación del financiamiento, de vigilancia del aseguramiento, de supervisión de la compra y de armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad.

La evolución que ha experimentado la organización de los sistemas de salud y la naturaleza del quehacer del sector salud, así como la conciencia creciente de la importancia del papel que juegan otros sectores en el mejor estado de salud de las personas, ha ido caracterizando, cada vez más claramente, una serie de tareas fundamentales, bien diferenciadas, cuyo conjunto constituye la acción rectora sectorial. Hay una tendencia creciente a no concentrar todas esas tareas en una sola institución que las lleve a cabo, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado lleven a cabo las atribuciones diferenciadas.

Figura 1 Las tareas de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria



Pueden adoptarse diversas clasificaciones de dichas tareas, las cuales siempre estarán sujetas a agrupamientos distintos y a lecturas alternativas. Lo que continuación se plantea es una de las muchas maneras de establecer una taxonomía de tareas de la rectoría sectorial en la que se agrupa el quehacer en este campo en seis grandes apartados (figura Nº. 1).

Cabe aclarar que según el peso que tenga la responsabilidad pública en salud, según el grado de descentralización de las acciones sectoriales, y en razón de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, corresponderá al ministerio nacional de salud un mayor o menor espectro de competencias.

Algunas veces se trata de atribuciones previamente existentes en la práctica o definidas en códigos, leyes o reglamentos. Otras veces se trata de nuevas competencias, para las cuales las instituciones necesitan fortalecer y muchas veces adecuar su funcionamiento, su estructura organizacional y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.

2.1 Conducción sectorial

La conducción de la acción sectorial consiste en la capacidad de los entes rectores de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.

Para poder cumplir con esos cometidos, los ministerios nacionales de salud necesitan desarrollar y/o fortalecer su capacidad institucional para las siguientes acciones:

a) Análisis de la situación en salud y sus determinantes, con énfasis en la

identificación de las iniquidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios así como en el impacto sobre las demandas y necesidades actuales y futuras de la población;

b) Evaluación periódica del funcionamiento sectorial, de la operación de sus instituciones y del desempeño del sistema, muy especialmente en lo concerniente al seguimiento y evaluación de los efectos y la dinámica de los procesos de reforma sectorial;

c) Desarrollo de métodos y procedimientos para el establecimiento de prioridades en materia de problemas de salud, poblaciones vulnerables, programas e intervenciones, con base en criterios de efectividad, costo y externalidades positivas;

d) Formulación, análisis, adecuación y evaluación tanto de las políticas públicas que influyen sobre la salud como de las políticas sectoriales;

e) Construcción de consensos nacionales sobre el desarrollo estratégico del sector tendientes hacia la construcción de políticas de Estado en materia de salud;

f) Establecimiento de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales, tanto relacionados con procesos como con resultados en salud, que sirvan de base para articular la acción de los diferentes actores públicos y privados del sector y para trazar directrices a los esfuerzos de mejoramiento de la practica de la salud publica;

g) Dirección, concertación y/o movilización de recursos y actores sectoriales y de otros sectores que ejercen influencia en la formulación de políticas nacional de salud y en el desarrollo de acciones en favor de la salud;

h) Abogacía en favor de la salud;

i) Aliento de la participación social en salud;

j) Coordinación de los aportes técnicos, económicos y de políticas que puedan brindar los organismos multilaterales y bilaterales dedicados a la cooperación técnica y/o financiera en salud a la formulación e implementaron de políticas y estrategias nacionales de salud;

k) Participación política y técnica en los organismos e instancias de coordinación política e integración económica, regional y subregional, que sean de interés para el sector salud, con el propósito de promover un mejor tratamiento de los intereses de la salud de la población y del sector salud en estos foros y ámbitos políticos.

2.2 Regulación sectorial

En lo que respecta a las tareas de regulación sectorial que forman parte del ejercicio de la función rectora se cuentan las siguientes:

a) Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, así como su necesaria armonización con la legislación de salud de los países participantes en los procesos de integración regional;

b) Análisis, regulación sanitaria y fiscalización de mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros públicos y privados de salud, insumos para la producción de servicios (como son los medicamentos, los equipos y los dispositivos médicos), tecnologías sanitarias, comunicación social relacionada con bienes y servicios que guardan relación con la salud, bienes de consumo que tienen relación con la salud así como las condiciones sanitarias de establecimientos públicos y del ambiente;

c) Análisis, regulación técnica y fiscalización de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de salud, así como de los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud;

d) Establecimiento de normas básicas y formas pautadas de atención a la salud; desarrollo de programas de garantía de calidad; formulación y aplicación de marcos de acreditación, certificación y licenciamiento de instituciones prestadoras de servicios; y evaluación de tecnologías en salud.

Buena parte de dichas tareas se ejercen en alguna medida, pero requieren ser perfeccionadas y amplificadas para alcanzar plenamente los objetivos de velar de modo eficaz por el bien publico en salud. Por otra parte, las estructuras institucionales no cuentan siempre con el pleno desarrollo de las capacidades ni con la adecuada dotación de recursos que permita una plena ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización arriba señaladas.

2.3 Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria

Si hay un ámbito de actuación en la rectoría sectorial que no puede ser soslayado es el del ejercicio de las FESP propias de la autoridad sanitaria, sobre todo de aquellas que tienen altas externalidades positivas sobre la salud de las personas y/o que constituyen bienes públicos en materia sanitaria.

El ejercicio de la capacidad rectora en salud incluye tareas sustantivas e indelegables por parte de la autoridad sanitaria, sea esta nacional o subnacional. Esta obligación es primordial para el quehacer de los ministerios de salud como órgano responsable, dentro de la estructura del Estado, de velar por el bienestar público en materia de salud. Esta responsabilidad puede ser delegada o compartida por varios niveles e instituciones dentro del aparato del Estado, pero la misión fundamental de los ministerios nacionales de salud es asegurar que estas funciones sean cumplidas de la forma más efectiva posible.

No se entra en mayor detalle en este apartado ya que el grueso de este libro, en sus partes subsiguientes, esta dedicado a los fundamentos conceptuales y metodológicos que ha llevado a definir un consenso regional en torno a once funciones esenciales de salud publica propias del quehacer de la autoridad sanitaria nacional, a la medición del desempeño de las mismas en cuarenta y un países y territorios de la Región y a las lecciones que de ello se desprenden para emprender acciones de fortalecimiento de la practica de la salud publica y de reforzamiento de la infraestructura que la hace posible.

2.4 Tareas en materia de financiamiento sectorial

La separación estructural de funciones sectoriales que caracteriza a los procesos de reforma del sector en la Región muestra, en el aspecto del financiamiento, tres grandes tendencias.

La primera tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, que concentran: las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales; las tributaciones específicas para propósitos de salud, cuando estas existen; y, las aportaciones de trabajadores y/o empleadores, cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud a las asignaciones generales del Estado para este propósito. Esto puede estar ligado tanto a un esquema único de aseguramiento de carácter público como a esquemas múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas y privadas, sean estas competitivas o complementarias.

La segunda se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada una de estos niveles de la administración pública y/o de los recursos del situado fiscal nacional, que les son transferidos en bloque por las administraciones centrales y que se destinan a acciones en salud.

La tercera está relacionada con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global en algunos países de la Región, de los seguros privados de salud, y de algunas modalidades de servicios prepagados que se sufragan con recursos propios de los beneficiarios, y/o de sus empleadores, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado.

La combinación de estos tres elementos, en aquellos países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los esquemas de financiamiento diferenciados (servicios públicos no ligados a contribuciones específicas, seguros contributivos de salud de carácter obligatorio del tipo de los seguros sociales, las mutuales o las obras sociales, y esquemas privados de seguro de salud o de prestación de servicios prepagada), plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial.

Esta evolución del financiamiento sectorial hace que recaiga sobre el ministerio de salud la responsabilidad de: a) establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes; b) modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial, y c) desarrollar una capacidad de vigilancia del proceso de financiamiento sectorial.

2.5 Responsabilidades en materia de aseguramiento

Los países de la Región están inmersos en intensos procesos de cambio de la or-

ganización institucional del sector de la salud, de las modalidades de organización para la prestación de servicios y de los esquemas para su financiamiento, a los que se ha dado en denominar procesos de reforma sectorial en salud. Hay un espacio de oportunidad que se abre en la puesta en marcha de estas agendas de cambio que puede permitir avanzar en la construcción del acceso equitativo a la atención de la salud. Pero para ello es necesario consolidar la cobertura efectiva de los grupos excluidos, particularmente de los pertenecientes al sector informal de la economía y a los grupos marginados por razones culturales étnicas y/o geográficas.

Parte importante de estos procesos de cambio sectorial en salud está referida a las reformas del alcance y de las modalidades de la seguridad social en salud. Esta dimensión del cambio sectorial no siempre ha permitido alcanzar a los grupos de la población más desfavorecidos. Por ello, se presenta una oportunidad muy grande de dar un giro de timón en este campo si se avanza en el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de mecanismos innovadores de ampliación de la cobertura de la seguridad social en salud, dirigidos hacia los grupos que no están insertos en el sector formal de la economía ni tienen capacidad contributiva para afiliarse a los regímenes habituales de la seguridad social en salud.

Se torna necesario apelar a nuevas fórmulas que se apoyen en mayor grado en el capital social de los grupos excluidos, que se dirijan a racionalizar la regresividad del gasto de bolsillo en salud que hoy supone una mayor carga financiera para los hogares y para las personas más desfavorecidas, que aprovechen mecanismos comunitarios de organización cooperativa para encontrar respuestas complementarias a la protección social en salud que hoy se ofrece mediante los esfuerzos de intervenciones del Estado y de los distintos mecanismos de seguridad social en salud, los cuales desafortunadamente no llegan a todos los ciudadanos.

Dependiendo del grado de desarrollo de la seguridad social en salud en cada país (y no solo del número o la cobertura de los seguros sociales) existe o no una responsabilidad del Estado de tutelar la prestación de un conjunto de prestaciones o plan garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o para ciertos grupos especiales de la población (pobres, ancianos, etc.). Ello genera, cuando está presente, una atribución, habitualmente correspondiente a los ministerios de salud, o a alguno de sus organismos desconcentrados, de actuar como ente garante del aseguramiento que haya sido definido. Para tal fin es necesario contar con los mecanismos que hagan posible en la práctica la observancia de un mandato social, muchas veces contenido en las propias constituciones nacionales.

Un segundo elemento que influye en la configuración de esta dimensión de la rectoría sectorial es el que tiene que ver con el que los proveedores de los servicios contenidos en los planes obligatorios de cobertura sean prestadores públicos, prestadores privados o una mezcla de ambos.

En razón de lo anterior, los ministerios de salud de aquellos países en los que este grado de separación de funciones está en marcha o ha sido consolidado, tienen necesariamente que desarrollar el andamiaje institucional que requiere el desempeño de esta tarea. En este sentido requieren ampliar su espectro de capacidades de modo tal que resulte posible:

a) Definir los contenidos de los planes garantizados de cobertura básica, que tengan carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el o los esquemas de seguridad social en salud que sean de responsabilidad pública;

b) Vigilar el cumplimiento de dichos planes de cobertura, tanto por entidades públicas como por parte de las entidades privadas de aseguramiento y/o provisión de servicios (directamente o a través de superintendencias u organismos similares), garantizando que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de riesgos etáreos o de patologías preexistentes;

c) Desarrollar cuando se trate de modalidades de aseguramiento público la capacidad de compra de servicios públicos y/o privados de atención a las personas mediante fórmulas de pago agregadas, de manera que se pueda dar cumplimiento a los conjuntos de prestaciones o planes garantizados de cobertura contenidos en los esquemas de seguridad social en salud que estén vigentes.

Estos tres aspectos relacionados con el ejercicio de la rectoría en materia de aseguramiento suelen estar poco desarrollados en los ministerios de salud de los países de la Región, o en sus órganos territoriales desconcentrados, lo cual plantea una particular necesidad de intensificar las acciones que permita su avance y consolidación.

2.6 Tareas en cuanto a provisión de servicios

La provisión de servicios de salud es, posiblemente, la función del sistema de salud que ha experimentado los cambios más pronunciados, en las últimas dos décadas, en los países de la Región. Esto ha ocurrido como consecuencia de dos fenómenos que han acontecido de manera concomitante. Por un lado, como consecuencia de los procesos de descentralización y/o desconcentración de las acciones del sector, particularmente de aquellas que están referidas a la provisión de servicios de salud pública y de atención a las personas. Por otra parte, a causa de la participación creciente del sector privado en la prestación de servicios de atención a las personas, ya sea para instrumentar los planes garantizados de cobertura los seguros públicos o los seguros sociales en salud, o bien para responder a los esquemas de aseguramiento privado o de compra de servicios por pago directo del bolsillo.

Los ministerios de salud estaban habituados a administrar directamente, con mayor o menor grado de desconcentración, la prestación de acciones de salud pública y de atención a las personas a través de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios de su propia red de servicios. Actualmente, los ministerios están delegando o han delegado ya esa responsabilidad en virtud de que dichas competencias han sido parcial o totalmente transferidas a los niveles intermedios (estados, departamentos o provincias) y/o locales (municipios o cantones) del Estado, o a organismos descentralizados regionales de carácter autárquico que se ocupan exclusivamente de la provisión de servicios.

El ejercicio de la rectoría plantea por consiguiente el desafío de poder orquestar adecuadamente a los múltiples prestadores públicos y privados a fin de que su capacidad instalada sea aprovechada de manera racional y complementaria y de establecer condiciones básicas de calidad de los servicios que permitan a los usuarios tener un grado razonable de garantía de los servicios que reciben.

3. El desarrollo institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales para el ejercicio de la función rectora

De la revisión de tareas que se hace en la sección anterior se desprenden múltiples desafíos. Hay una considerable falta de adecuación entre las nuevas funciones que atañen a los ministerios nacionales y las estructuras, competencias y perfiles profesionales con los que cuentan estos organismos. Lo que esta disponible corresponde mucho más a las funciones que hoy desempañan las instancias intermedias, locales o regionales que se ocupan de gestionar la provisión de servicios personales y no personales y de llevar a cabo algunas funciones de autoridad sanitaria.

Ante estas tendencias descentralizadoras, desconcentradoras o privatizadoras, que hoy caracterizan a la organización del sector, los ministerios de salud necesitan desempeñar un conjunto de nuevas tareas que pueden resumirse como sigue:

a) Definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos de provisión de servicios personales y no personales que estén descentralizados o desconcentrados. Es importante que esto ocurra con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto. Para ello pueden ser utilizadas las transferencias directas del ministerio de salud o la asignación de recursos por parte de los ministerios de economía, finanzas o hacienda con base en definición de criterios bien definidos;

b) Armonizar los planes de acción y los modelos de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país;

c) Definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y definir con criterios de complementariedad la distribución de competencias y recursos entre los distintos ámbitos de la gestión pública (central, intermedio y local) que deben asumirlos;

d) Brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones;

e) Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las iniquidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores;

f) Establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de

servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados.

Lo anterior sitúa a los ministerios nacionales de salud como armonizadores de la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios y no como administradores directos de la provisión de servicios, lo cual demanda el desarrollo acelerado de nuevas capacidades institucionales para tal efecto.

Se requiere, además diseñar e implantar transformaciones ambiciosas y completas de las estructuras y funciones de los ministerios de salud, a fin de adaptar la capacidad técnica y la experiencia acumulada de sus funcionarios, en todos los niveles, a las nuevas demandas y realidades. Es sobre la base de un análisis de los productos y de los procesos que los ministerios de salud de los países podrán iniciar y llevar adelante la transformación de la función rectora en salud que demanda la reforma sectorial.

Pero para encabezar las acciones destinadas a gestionar la mejora de la salud, y convertirse en plenos adalides de la suma de las competencias de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales, los ministerios de salud necesitan consolidar su capacidad institucional para ejercer la función rectora de manera efectiva.

Esto no es solamente un tema de gobernabilidad sanitaria, aunque ello tenga que tomarse en cuenta para entender la economía política de ejercicio de la rectoría sectorial y hasta cierto punto para desarrollarla. Es un asunto complejo que requiere de una voluntad clara de actuación, respaldada por los mandatos y los poderes públicos.

La rectoría en materia de salud precisa de una construcción imaginativa por parte del Estado, en profundo dialogo con la Sociedad Civil, que se traduzca en medidas concretas que ayuden a darle direccionalidad a la marcha del sector y a corregir las imperfecciones de los sistemas de salud; que permitan alcanzar los objetivos fundamentales de proteger y mejorar la salud de las personas y que garanticen el acceso equitativo a los servicios de salud sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Todo esto necesita de una buena organización que muchas veces entraña una profunda reingeniería de los actuales Ministerios nacionales de Salud y un adecuado financiamiento del nivel de esfuerzo necesario para cumplir, a cabalidad, las tareas fundamentales que han sido descritas en el apartado anterior.

Muchas veces se da por sentado que todo este quehacer existe o tiene que existir sin reparar en que, detrás de ello, tiene que haber una capacidad de organización, una masa critica de recursos humanos formados para tal efecto y un conjunto de recursos financieros y de infraestructura de salud publica que lo hagan posible.

Finalmente, cabe plantearse un par de reflexiones con relación al ejercicio de la rectoría por parte de las autoridades sanitarias.

La primera se refiere al hecho de que la rectoría moderna en salud no es únicamente un desarrollo de liderazgo del Ministerio de Salud tanto en los asuntos sectoriales como en la abogacía ante otros sectores para involucrarlos en el quehacer de la mejora de la salud. Hoy por hoy tiene que pensarse como un liderazgo compartido entre los diferentes niveles de Estado que tienen responsabilidad sobre la salud, sobre todo en países federales o en anfictionías de comunidades autónomas. Mas y más se trata de pactos sanitarios de Estado cuyo correlato tiene que ser la ordenación territorial y coordinación de competencias de las autoridades sanitarias locales, intermedias y centrales tanto de jure como de facto.

La segunda reflexión tiene que ver con el hecho de que no es concebible una rectoría neutra. Detrás del acto de regir, de dirigir los esfuerzos del sector y de conducir las acciones de salud construyendo consensos entre el Estado y la Sociedad Civil, hay valores sociales que trazan el rumbo. Estos valores no son individuales sino públicos y colectivos; tienen que ver con lo que la sociedad demanda de los poderes públicos legitimados y constituidos. En este sentido y sobre todo en el marco de las profundas iniquidades sociales y económicas que caracterizan a nuestro continente, es muy difícil pensar en una rectoría sanitaria eficaz que no se proponga contribuir a mejorar la cohesión social, que no se fije como meta la reducción de las iniquidades en el acceso a la atención a la salud, en las cargas financieras que tienen que sobrellevar las personas para acceder a los servicios y en las condiciones de salud de los habitantes. Es muy difícil concebir un ejercicio de la rectoría que no tenga una función redistributiva, anclada en la solidaridad, dirigida a combatir la pobreza y encaminada a alcanzar las metas de desarrollo del milenio.

PARTE II

Renovación conceptual de la salud pública

3 Orígenes y escenarios actuales

1. La salud y la salud pública en la historia

El temor a la muerte o las amenazas a la vida se encuentran en el origen mismo de la sociedad; así pues, era la necesidad de defensa y de protección de los miembros de la tribu frente a las múltiples amenazas la fuerza que los mantenía unidos. En un mundo sin conocimientos científicos, las enfermedades se explicaban como castigos de los dioses y de los espíritus por pecados individuales o colectivos y la salud era considerada como una gracia o recompensa ante un comportamiento virtuoso.

La prevención se logra con la virtud, y la cura con la magia. Esa etapa mágica y mítica dio origen a muchas creencias y valores relativos a la salud que perduraron, con algunos cambios, durante generaciones, siglos y milenios, y que todavía en la actualidad son significativos y, a veces, fundamentales. Uno de estos conceptos heredados y que ha tenido mayor repercusión en la sociedad ha sido la aceptación de la dualidad y la unión entre el espíritu, alma o mente y el cuerpo; otro, también de suma importancia, es la noción de la relación entre la salud del individuo y la de la comunidad social a la que pertenece.

La introducción de la agricultura estableció nuevas bases materiales y de organización social que revolucionaron la salud colectiva: el suministro más seguro de alimentos y la mejor protección contra los factores ambientales tuvieron, sin duda, un impacto espectacular en el estado de salud con respecto a la era preagrícola.

Según iba aumentando el conocimiento sobre la naturaleza, se incrementaban también las posibilidades de explicación racionales y de las intervenciones sanitarias *científicas*. La fe se iba enriqueciendo con la razón y la filosofía empezaba a convertirse en cultivo del conocimiento.

La salud y la enfermedad iban adquiriendo explicaciones naturales y aumentaban las posibilidades de intervención específica, mientras que la medicina se constituyó en campo de conocimiento y en una profesión. La prevención va adquiriendo mayor relevancia por la asociación de la enfermedad con la impureza o *suciedad* y surge la higiene como primera manifestación organizada de protección de la salud. La importancia del medio ambiente en la salud y la enfermedad empezaba a ser reconocida, lo que dio origen a la teoría miasmática de la enfermedad, complementada por la interpretación humoral del funcionamiento corporal. La salud individual y colectiva se fortaleció a través de una cierta asimilación con la belleza, el arte y el cuidado al físico.

Se trata de un modelo de desarrollo ya presente en las sociedades prehistóricas y que aparece en los registros históricos de diferentes civilizaciones.

En las inscripciones etruscas, al principio de los registros históricos (5000/6000 a.C.), ya aparece la práctica de

curar como una actividad social significativa; el Código de Hamurabi (3000 a.C.) cita a los *médicos* y en el antiguo Egipto la *medicina* adquiere una posición definida y una proyección social propia, aunque vinculada y regulada por la religión. Inhotep (2980–2900 a.C.) es el primer médico comprobado históricamente (18 siglos antes de Esculapio) y los papiros Eberson E. Smith son los primeros tratados médicos conocidos (el primero, una lista de remedios y rezos, y el segundo, un tratado de cirugía). La salud ya no es exclusivamente magia. Los sistemas de alimentación (silos y distribución) y la preocupación por el medio ambiente y por el cuerpo en la sociedad egipcia de entonces pueden ser también vistos como medidas de *salud pública*.

En Oriente, FU Nsi (China, alrededor de 2950 a.C.) es contemporáneo de Inhotep. El *Nei Ching*, canon de medicina interna, del emperador amarillo, Huang Ti (siglo *XXVII* a.C.), es también de la misma época que los papiros egipcios. El yin y el yang, la teoría cósmica de los contrarios que se complementan y que aparecen de forma proporcional en el cuerpo humano generando equilibrios —salud— y desequilibrios —enfermedades— es un primer intento de explicación general y universal, no estrictamente religiosa.

Los vedas (India, hacia 2000 a.C.), especialmente en el sistema de medicina Ayurveda, reciben de Dhanvantari, dios de la medicina, la interpretación y las intervenciones mágicas sobre la salud, aunque también recogen el reconocimiento de síntomas y signos de las enfermedades y los remedios para curarlos (especialmente en los ervas). Tanto en China y como en la India el respeto por los difuntos incluía la prohibición religiosa de cortar o mutilar los cadáveres, lo que impidió el desarrollo de los conocimientos sobre anatomía y patología.

Sin embargo, es en Grecia donde ocurre una verdadera revolución del conocimiento, que abarca también a la salud. A partir de la herencia babilónica y egipcia, y quizás también de China y la India, la civilización helénica establece las bases para una transición de la magia a la ciencia. Con el casi mito de Esculapio (hacia 1200 a.C.), dios de la medicina y también médico, se iniciará ese cambio con respecto a la salud. Los templos son también *casas de salud* donde además de por la fe, se ayuda a obtener la curación por medio de dietas, baños y ejercicios que adquieren, a veces, el carácter de preventivos. Se aprovechan las oportunidades de observación y se empieza a hacer uso, aunque de forma embrionaria, de la acumulación de conocimientos. Es, sin embargo, en los siglos *V* y *IV* a.C. cuando las condiciones de mayor libertad de pensamiento e institucionales crean el clima para el salto cualitativo dado por la filosofía. Empédocles (siglo *V* a.C.) complementa la teoría de los cuatro elementos esenciales del universo (agua, fuego, aire y tierra) con la teoría de los humores en el organismo humano. La contribución mayestática de las escuelas filosóficas (Sócrates, Platón, etc.) culmina con la obra de Aristóteles, que también era biólogo, y cubre casi todas las áreas del conocimiento y establece las características esenciales del conocimiento científico y los instrumentos intelectuales y básicos de su producción y validación (*Organon*); y contribuyen también al entendimiento del mundo natural y del hombre (física y metafísica) y de su comportamiento (ética).

Es en el edificio maravilloso de esta explosión de creatividad del genio humano sobre el que Hipócrates (460–380 a.C.) y sus colaboradores construyen el milagro de la *Colección Hipocrática* (Corpus Hipocratium) sobre medicina y salud. La importancia dada a la observación y a la lógica en el diagnóstico y en la terapéutica es más que fundamento de semiología y de investigación de remedios, es también el origen de la epidemiología y del estudio de la salud pública. En efecto, el texto sobre *aire, aguas y lugares* trata sobre la ecología humana y la relación entre la salud y las condiciones de vida y conduce a la visión del *paciente integral en su medio*; también en este texto se usan los términos *epidemion* y *endemeion* para hacer referencia a la presencia de las enfermedades en la comunidad. La cultura helénica se expande con Alejandro Magno y es incorporada a la civilización grecorromana. La Escuela de Medicina de Alejandría (300 a.C.) es un producto y un participante en ese proceso, en el que ya se da importancia a las *ciencias básicas* de la medicina; Herófilo en anatomía y Erasístrato en fisiología son buenos ejemplos.

La contribución más específica de la Grecia antigua a la salud pública es, sobre todo, en el campo de la higiene y en la cultura física del cuerpo humano; salud y belleza se confunden entre sí y se relacionan con la higiene, el bienestar y la potencia física.

Roma se hace sucesora de Grecia. La medicina se expande y se afirma con exponentes como Aulo Celso (30 d.C.), Asclepíades (120 d.C., opuesto a la teoría humoral) y Galeno (160 d.C.), el prototipo del médico tradicional. La contribución de Roma es todavía más importante en el campo de la salud pública, que hasta entonces no se diferenciaba de la medicina y no era más que una expresión eventual de ésta, sobre

todo en caso de calamidades, y practicada por los mismos actores. Roma da a la salud pública un contenido diferenciado de la medicina: abastecimiento colectivo de agua, saneamiento, higiene y limpieza urbanas, baños públicos, hospitales y asistencia pública a los enfermos son aspectos estratégicos establecidos con el propósito de proteger la salud de la población. En muchas ocasiones, además, llegaron a formar parte de la normativa jurídica, se crearon instituciones específicas para su desarrollo y casi siempre estuvieron integrados como prácticas sociales.

En cada experiencia histórica de la antigüedad, la salud estuvo siempre asociada a valores aceptados por las sociedades y sustentados por instituciones que se encargaban de representarlos, así como al conocimiento existente para explicar e intervenir en la vida. El progreso, que resultaba del predominio de los valores positivos y de las instituciones sociales correspondientes, de su capacidad de actuación —conocimiento y medios— y de los liderazgos eficaces, se aceleraba en situaciones de cambio global. Así, fue relativamente lento en el antiguo Egipto y en las civilizaciones orientales y acelerado, históricamente, en las civilizaciones griega y grecorromana.

En los trece siglos que siguen al siglo *II* d.C., el predominio de valores que sostenían la conformidad y limitaban la creatividad restringió el desarrollo de la salud. En el mundo occidental, el dogmatismo religioso volvió a tener el control de las fuerzas sociales, llenando los vacíos de la decadencia y restringiendo la libertad: la magia volvió a predominar sobre la ciencia, la providencia sobre la actuación, la salvación del alma individual sobre el cuidado del cuerpo y la preocupación por la población. La salud pública perdió su recién adquirida identidad y la medicina se quedó estancada y hasta retrocedió para ser practicada en el aislamiento de algunos monasterios, o realizada por practicantes vigilados y de clase social inferior.

El progreso se producirá bajo el liberalismo relativo del islamismo, que cuenta con nombres como Avicena en el campo de la química y con la creación de *modernos* hospitales públicos. Asimismo, se producen avances en Oriente: en la India, en el periodo brahamanístico (800 a.C.–1000 d.C.), se elaboran los tratados Carata, Samhita y Susruta, que reinterpretan la teoría humoral incorporando el espíritu y avanzan en una terapéutica dietética y medicinal; en China, se desarrollan materiales médicos, la moxibustión y la acupuntura y ya, para el final del periodo, en el siglo *XVI* se publica la gran farmacopea. Sin embargo, en Occidente hubo también progresos en relación con las calamidades u otras situaciones críticas. Son ejemplos el código de los leprosos del III Concilio Lateranense (1179) y la introducción de la cuarentena durante la epidemia de peste negra del siglo *XIV*, a pesar de la vigencia de la teoría miasmática.

El Renacimiento y el mercantilismo, que revolucionaron la creación en las artes y "globalizaron" el mundo, alteraron el orden social y crearon las bases de una nueva revolución cultural y, consecuentemente, científica y productiva para la humanidad. La reposición o el fortalecimiento de valores como la razón y la libertad, captados por el iluminismo, el positivismo y, posteriormente, el utilitarismo y el liberalismo, rompieron muchas de las ataduras que tenía la creación humana y condujeron a un nuevo orden social que favoreció la expansión del conocimiento y la urbanización de las sociedades agrarias, conseguida gracias a la industrialización. El impacto sobre la salud fue impresionante y múltiple.

Los efectos adversos de la miseria en los tugurios urbanos o en las minas, originados durante la etapa inicial de la industrialización, fueron recompensados ampliamente con los avances políticos relacionados y con los progresos en el conocimiento.

En efecto, en el plano social, los extremos del nuevo régimen productivo fueron alicientes importantes para el surgimiento del socialismo real, de la democracia social y de los estados de bienestar y, por ende, de las modificaciones en el capitalismo y en el perfeccionamiento de la democracia representativa y del estado de derecho. Condujeron también a la comprensión de las relaciones entre la salud y las condiciones de vida. Por otro lado, la expansión de las fuerzas productivas alentó una revolución científica que está todavía desarrollándose, generando una producción de conocimientos y tecnologías cada vez mayor.

El advenimiento de la microbiología reforzó los postulados de la higiene, sustituyó la teoría de los *miasmas*, estableció una relación causal directa entre enfermedad y agente —la etiología—y, a la vez que se producían los descubrimientos en las ciencias físicas, abrió el camino para el control específico de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de la medicina. Comenzaba así una nueva era para la medicina y la salud pública.

Sin embargo, ha sido en los tres últimos siglos *(XVIII, XIX* y *XX)* cuando se han producido los cambios más revolucionarios, como culminación de este pro-

greso iniciado siglos atrás. La hecatombe de la peste negra de 1348 obligó a la aceptación de las causas naturales para la enfermedad y llevó a la introducción de los *sistemas de vigilancia* y de la cuarentena, con lo que la salud pública empieza a readquirir su identidad, que todavía tardará en afirmarse. En el siglo *XVII*, G. Fracastoro, al demostrar el contagio, crea las condiciones para el debate sobre la idea de la prevención. El final del siglo *XVIII* viene con la primera vacuna —de la viruela, Jenner, 1779— y con el carácter precursor del genial Joham Peter Frank y su *método para una política médica completa* en el que propone que los gobiernos deben ser responsables de la salud de sus pueblos. La sistematización exhaustiva que realizó sirvió como base para la reforma llevada a cabo por Bismarck en 1884, que se constituyó en uno de los paradigmas de la organización de los servicios de salud. En la misma época, en Francia, el Dr. Guillotin (1792) proponía con éxito en la Convención Nacional la creación de un comité de salubridad. Unas décadas antes, en 1748, se aprobó, en Suecia, la primera ley sobre la obligatoriedad de la compilación de información sanitaria, seguida por iniciativas similares en otros países. La mejora de la información, la vinculación de la salud con el estado social de las personas (Virchow, Villermé, Chadwick y otros) y los avances científicos, en microbiología, por ejemplo, expanden el alcance y los métodos de la investigación epidemiológica permitiendo así alcanzar progresos aún más rápidos en materia de salud pública.

En una perspectiva general, la Revolución Francesa y la revolución americana transforman la concepción política del mundo y la democracia regresa como idea y forma deseable de gobierno. Esas manifestaciones supraestructurales responden a las transformaciones aceleradas en el modo de producción, mediante las que se afirman los principios de la propiedad privada de los medios de producción y las bases de la economía de mercado y de la industrialización, que se complementan con regímenes políticos liberal-democráticos. El contexto ideológico y la base productiva estimulan a la creatividad, al conflicto y al cambio.

En efecto, el siglo siguiente, el XIX, continúa y extiende el proceso de transformación del anterior y la salud experimenta una verdadera revolución. La *medicina científica* se reafirma con la experimentación (Claude Bernard) y la microbiología (Pasteur y Koch). En Inglaterra, la Comisión para la Ley de los Pobres —*Poor Law Commision*— presenta su informe en 1838, que modifica la vieja ley isabelina de 1601. Asimismo, se crea el Instituto de Salud Pública, iniciativa seguida por otros países europeos en la segunda mitad del siglo. Los sistemas de atención de salud son organizados sobre bases institucionales más sólidas y la salud pública adquiere un estatus definitivo; al mismo tiempo surgieron modelos de organización de servicios de salud y seguridad social que orientaron los sistemas de asistencia durante muchas décadas hasta la actualidad (modelo Bismarck).

El siglo termina con una explosión de avances en el conocimiento de las enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, etc.) que, junto con la necesidad de reducir los riesgos sanitarios para el comercio internacional y para la élite nacional, dan origen a intervenciones contra enfermedades específicas, así como a mejoras del saneamiento y la higiene, que, por otro lado, exponen la necesidad de la cooperación internacional en materia de salud. En efecto, los dos primeros congresos sanitarios internacionales se celebran en París (en 1851 y 1859) y son seguidos por otros, hasta llegar al establecimiento de la Oficina de Higiene y Salud Pública, en 1907. En la Región de las Américas las dos primeras convenciones sanitarias internacionales entre Argentina, Brasil y Uruguay se celebraron en Montevideo en 1873 y 1884, respectivamente, mientras que la tercera tuvo lugar en Rio de Janeiro, en 1887. Esas reuniones precedieron a la primera Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D. C. 1902), en la que se estableció la Oficina Sanitaria Panamericana.

El siglo *XX* es el clímax de este proceso de transformación en aceleración permanente. Las contradicciones del capitalismo dominante engendraron procesos de contraposición en el socialismo —ascensión, guerra fría y fracaso— y de crisis económicas y bélicas que convulsionaron el mundo. Se afirman progresivamente las ideas de pueblo y de sociedad civil como correspondiente social de los derechos humanos, la ciudadanía y el Estado democrático de derecho. La democracia representativa liberal se afirma como régimen político, dominante y legitimador del modo de producción basado en el mercado y en la iniciativa particular. La productividad y la producción se multiplican, movidas por la tecnología y nuevas formas de organización. La riqueza, sin embargo, se concentra y las desigualdades sociales, entre y dentro de las naciones, se acentúan.

El fin del colonialismo a la antigua usanza multiplica el número de países *independientes* y periféricos a la hora del ejercicio del control del poder mundial. Los mecanismos internacionales de debates y la resolución de conflictos me-

diante pactos y organizaciones alejaron las probabilidades de una guerra que llevara a la destrucción mundial, aunque se mantiene un gran número de conflictos de *baja intensidad*. La producción científica y tecnológica es motor y consecuencia de todo el proceso y abre posibilidades a veces impensadas de satisfacer y crear necesidades, al tiempo que plantea importantes interrogantes éticos y sociales. En correspondencia con la concentración de la riqueza y el poder, el conocimiento es también concentrado y selectivo, y la ruptura y la *homogeneización* de la cultura chocan con la multiplicidad étnico-cultural del mundo.

Para la salud y la salud pública, el siglo *XX* ha venido cargado de éxitos sensacionales pero también de dolorosos fracasos. Catapultada por los avances científicos, por el predominio de los valores positivos y por marcos institucionales y de recursos más eficaces, la atención a la salud se ha multiplicado, a la vez que se ha hecho más compleja y eficaz. El nivel de salud de las poblaciones ha aumentado rápidamente en todo el mundo y hemos podido celebrar victorias memorables en el combate contra enfermedades como la viruela y la poliomielitis. Sin embargo, se encuentran enormes desigualdades sociales en el nivel de salud, en la exposición a riesgos y en el acceso a la asistencia necesaria posible.

Los sistemas de atención a la salud se amplían y se hacen más complejos. Su organización adquiere puntos de referencia más diversificados como los modelos del socialismo estatal de Beveridge y, más recientemente, diversas innovaciones y combinaciones. La salud pública, en consecuencia, ha avanzado mucho, pero ha fallado también; ha alcanzado importancia y prestigio a veces, pero igualmente ha quedado relegada y presenta omisiones vergonzosas, como las observadas en el ciclo de reformas sectoriales inspiradas en los principios del *Acuerdo de Washington* realizadas en numerosos países en las dos últimas décadas. En el balance global, a pesar de los éxitos, la distancia entre lo posible —no el ideal— y lo realizado ha aumentado y esa brecha se materializa en forma de sufrimiento, discapacidad y muertes evitables que conforman la enorme y vergonzosa deuda social en salud que todavía suma, en la región de las Américas, alrededor de un millón de muertes anuales injustificables y evitables, y millones de años de vida perdidos.

En efecto, la historia de la salud pública en el siglo *XX* está llena de altibajos, especialmente en la región de las Américas, que es ahora el principal objetivo de nuestro análisis. Las tres primeras décadas fueron una continuación del movimiento del final del siglo *XIX* en el que la expansión del comercio y de la capacidad de intervención con el desarrollo de la etiología, impulsaron los esfuerzos de saneamiento, higienización y control de enfermedades, especialmente el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla, que afectaban seriamente a los flujos comerciales y migratorios. Con este fin se alcanzaron éxitos significativos, como la construcción del Canal de Panamá (1914), el saneamiento de los principales puertos y la erradicación de la fiebre amarilla en La Habana y en Rio de Janeiro. Institucionalmente, se produjo una importante evolución en los Estados Unidos, donde, en la segunda mitad del siglo *XX*, a partir del Informe Shattuck en Massachusetts, se crearon servicios de salud pública en los estados, con lo que se modificaba la casi exclusiva responsabilidad local que predominaba hasta entonces y se crea el Servicio Federal de Salud Pública, en 1912, a partir del Servicio del Hospital de la Marina.

La Primera Guerra Mundial no llega a interrumpir este proceso, sino que más bien ofrece oportunidades para el desarrollo de medidas y de conocimientos. En estas primeras décadas se refuerza la vinculación entre la disminución de la pobreza y la mejora sanitaria y tiene lugar la creación de las primeras Escuelas de Salud Pública (Johns Hopkins, Harvard, etc.), iniciativa que se reproduce en América Latina (Sao Paulo, Venezuela, Chile, México, etc.). La salud pública cierra con ello su ciclo de desarrollo institucional creando mecanismos de reproducción autónoma de conocimiento, técnicas y recursos humanos. Algunas organizaciones no gubernamentales empiezan a actuar en el campo de la salud pública, incluso en el ámbito internacional; entre ellas destaca por su carácter pionero la Fundación Rockefeller. La Asociación Americana de Salud Pública (APHA), fundada en 1872, es seguida por otras organizaciones profesionales o científicas con preocupaciones específicas (tuberculosis, cáncer, etc.). En América Latina comienzan a ser creados los ministerios de sanidad (o de salud) y las instituciones públicas de seguridad social, proceso que continúa hasta la década de los años 50.

La Revolución Rusa (1918) y la llegada del socialismo real de estado modifican la realidad política e ideológica mundial e introduce un factor que será muy importante en la evolución política en lo que queda del siglo *XX*.

Los mayores fracasos de la salud pública en esa fase fueron la limitación de su práctica a las condiciones sanitarias, y de higiene y al control de enfermedades transmisibles, a pesar del concepto ya

avanzado de las dimensiones sociales de la salud, y su restringida cobertura, especialmente en América Latina.

La década de los años treinta trae el surgimiento del nazismo y del fascismo, con sus agresiones a los derechos humanos, su intolerancia y su agresividad colonialista, lo que le llevó a su confrontación con las potencias centrales en la Segunda Guerra Mundial. El decenio empieza también con la recesión mundial de los años treinta (Estados Unidos, 1929) que renueva el pensamiento económico para hacer frente a la crisis, incluyendo una ampliación del papel de los estados, y expone la necesidad de una nueva situación institucional que mejore la estabilidad financiera, lo que dará origen a la creación de las instituciones de Bretton Woods al finalizar la guerra. La década de los años cuarenta está marcada por la guerra y, con su final, por la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como por un renacimiento del humanismo. Durante ese periodo, las ciencias experimentan un crecimiento acentuado y la producción económica acelera su diversificación —de organización y de productos— que continuará durante todo el siglo y proporcionará profundas modificaciones en las pautas de consumo, en la manera de vivir y en las expectativas de la población. La salud pública continúa su desarrollo pero, al mismo tiempo, se acentúa su condición de subordinación en relación a la atención médica.

El periodo de los años 50 y 60 empezó bajo los auspicios de los sentimientos de paz y solidaridad tras la hecatombe y la barbarie de la guerra, que luego fueron sustituidos o modificados por *ideologismos* de la guerra fría. Fue, sin embargo, un periodo de reanimación del panamericanismo y de la cooperación regional, especialmente después de la fase crítica de la reconstrucción de Europa.

América Latina experimenta un crecimiento prolongado, expande su proceso de industrialización y el papel del Estado en la economía; la planificación del desarrollo se pone de moda. Al mismo tiempo, los regímenes de facto sustituyen a las democracias incipientes, estimulados por la lucha en contra del comunismo, una tendencia agudizada por la Revolución Cubana. En Los Estados Unidos, la fecundidad de la población está en aumento (es el momento conocido como *baby boom*) y hay una gran expansión de los programas públicos de atención a la salud; se consolida la organización de los servicios públicos de salud (nuevos NIH, CDC, EPA, FDA, etc.) y la transición epidemiológica se completa. En América Latina se consolida una fuerte expansión de la oferta de servicios personales de atención de salud con una reorganización significativa de los sistemas sanitarios. La salud pública consolida la ampliación de sus objetivos, aunque se mantiene en segundo plano entre las prioridades de los gobiernos; sus logros más reconocidos tienen lugar todavía en el control de las enfermedades transmisibles y en el saneamiento básico, como son la iniciativa fracasada de erradicación del paludismo, la erradicación de la viruela y la expansión de la cobertura del abastecimiento de agua y de la eliminación de excretas y desechos. La población latinoamericana alcanza el ápice de su crecimiento natural, gracias a la reducción de la mortalidad con el mantenimiento de altas tasas de fecundidad, y se acelera el proceso de urbanización. La región empieza a convivir con el aumento de las enfermedades crónicas mientras todavía presenta incidencias altas de enfermedades transmisibles y carenciales. Las escuelas e institutos de salud pública aumentan en número y se articulan para el intercambio y la cooperación.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) experimenta un continuado proceso de crecimiento y atención de su ámbito de actuación. Al final del período, la propuesta de salud para todos y la de la atención primaria de salud como estrategia principal aumentan las expectativas de salud pública; sin embargo, la visión estratégica de transformación de la propuesta es minimizada por el énfasis exagerado en el primer nivel de atención y el potencial transformador de la propuesta no es llevado a cabo plenamente.

La década de los años setenta termina con los síntomas de agotamiento de los factores dinámicos de crecimiento del periodo anterior, lo que conduce a la crisis de la deuda externa en América Latina y luego a la década perdida para el crecimiento económico, lo años ochenta. Los Estados Unidos y el Canadá viven también un periodo de turbulencia económica (años setenta y ochenta) con altas tasas de inflación, reducción de las tasas de inversión y de crecimiento de la producción y de la oferta de empleo, y con síntomas evidentes de insatisfacción entre algunos sectores de la población estadounidense, como los problemas de integración racial y la guerra de Viet Nam. El fracaso del comunismo en la Unión Soviética y en otros países conduce progresivamente a la reducción de las tensiones de la guerra fría, cuyo fin simbólico fue la caída del muro de Berlín. En América Latina, la salud sufre los efectos de la crisis económica con reducciones de recursos y los efectos negativos

de las injusticias sociales (concentración de riqueza y desigualdades injustas y evitables que el crecimiento anterior no había mitigado de forma significativa). La violencia política es crítica en algunas zonas y la violencia común está en aumento. La salud pública adquiere una nueva dimensión: *la paz*. Las dimensiones sociales de la salud son enfatizadas y sus relaciones positivas con el desarrollo son puestas en evidencia. Muchos otros actores se preocupan por la salud y por la cooperación internacional en materia de salud, entre los que destacan los bancos internacionales de desarrollo —Banco Mundial y Banco Interamericano— y las denominadas organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones civiles.

El fracaso del *socialismo real* y la crisis de los años ochenta estimulan una vuelta al liberalismo, —conocido como *neoliberalismo*—, cuyos principios básicos generales están reflejados en el llamado consenso de Washington. Ello da origen a la promoción de una serie de reformas sectoriales en salud, simultáneas y/o complementarias de otras, en la economía y en el Estado, que no se preocupan mucho por la salud pública; al contrario, en algunos casos, la ya endeble infraestructura institucional de salud pública es marginada aún más. Sin embargo, se dan algunos éxitos, como la ampliación de las coberturas de algunos servicios, la erradicación de la poliomielitis, la participación de la salud en la lucha por la paz y la consideración de la participación social en el contexto de la redemocratización de los países bajo regímenes totalitarios del período anterior, el énfasis en la promoción de la salud y el creciente reconocimiento real de la importancia de la salud para el desarrollo humano sostenible. La última década del siglo transcurre en el contexto del nuevo proceso de mundialización y del progresivo consenso sobre la necesidad de reconsiderar y revisar o superar el Consenso de Washington y muchas de sus consecuencias, lo que será tratado en el apartado siguiente de este capítulo.

En los últimos tres siglos (*XVIII*, *XIX* y *XX*), además de recuperar su identidad, la salud pública experimentó profundas modificaciones de sus bases conceptuales y de su puesta en práctica. En el siglo *XVIII*, el siglo de las luces, la profusión de ideas provenientes del iluminismo, el utilitarismo y el liberalismo que tuvieron tanta influencia en la política (Revolución Francesa, naturaleza y organización del Estado, código napoleónico, democracia representativa y capitalismo, entre otras transformaciones de la sociedad) llegaron a la salud pública con un retraso considerable. Los mecanismos que llevan las ideas generales a la práctica de la salud pública fueron desarrollados lentamente, tanto en lo referente al conocimiento, como a las técnicas y a las instituciones. La salud pública quedó restringida a la teoría miasmática y, en su práctica, a actuaciones limitadas de higiene y de control de las epidemias. La Revolución Industrial y el proceso de urbanización que le siguió contribuyeron a apresurar el cambio. El siglo *XIX* llega, en efecto, con una visión ampliada de la salud en sus relaciones con las condiciones sociales, que debilita la hegemonía de la teoría de los miasmas, finalmente desechada con las comprobaciones de los agentes etiológicos microbianos. Los paradigmas principales de la salud pública son hasta la mitad del siglo la dimensión social, especialmente las condiciones de vida y de trabajo, y las consiguientes reformas sociales y de organización institucional —el Estado y los seguros— que al final del siglo son superados, en la práctica, por la etiología específica y su control. En términos prácticos, las nuevas intervenciones en materia de salud pública, estuvieron, como en el pasado, centradas en la definición de reglas y en la vigilancia de su imposición y fiscalización. El siglo *XX* empieza bajo la influencia de los mismos paradigmas con predominio de la preocupación sanitaria y del control específico de algunas enfermedades. La preocupación por la sociedad y por la organización y gestión de los sistemas de servicios adquiere fortaleza en los conceptos para progresar todavía más después de la Segunda Guerra Mundial. Más adelante en este capítulo se debatirán los retos actuales y futuros de la salud pública y, en el capítulo 4, las bases conceptuales renovadas con el fin de lograr una práctica real más eficaz.

En resumen, en los últimos siglos, la conjunción de valores, aunque sólo parcialmente recuperados del humanismo y de la solidaridad, con la expansión del conocimiento y la organización institucional de lo público, ha empujado a la salud y a la salud pública a un proceso de cambio aún más acelerado que ha llevado a éxitos espectaculares. Al final del siglo pasado y a comienzos del presente, el control de enfermedades endémicas fue perseguido bajo el estímulo adicional de los intereses comerciales y del afán de las élites por la protección, lo que implicaba un gran esfuerzo de saneamiento ambiental y de control de vectores, según el modelo sanitario.

La medicina adquirió bases científicas más sólidas y eficaces y la atención médica se expandió rápidamente, en gran medida por la valoración del trabajo, el poder de reivindicación de los trabajadores y el crecimiento de los regímenes de

la seguridad social. Esa expansión acercó la atención médica a la salud pública, entendida ésta también como proceso de organización de la atención a la salud, cuyos costos y complejidad crecientes implican una necesaria dimensión colectiva. Sin embargo, las contradicciones e injusticias persistieron y hasta fueron ampliadas en el proceso. El Estado creó y fortaleció sus organizaciones de salud que recibieron, no obstante, asistencia muy diferenciada entre los países y a lo largo del tiempo. El progreso científico proveyó más y mejores instrumentos de intervención que se concentraron, sin embargo, en la atención individual. Las organizaciones internacionales se dedicaron a la salud de forma creciente, incluyendo más recientemente las instituciones financieras mundiales y regionales. La comprensión de la salud fue cada vez más integral y amplia, y desbordó las fronteras de la atención médica y aun las del llamado sector salud. Aunque las prácticas institucionalizadas no reflejen adecuadamente ese conocimiento, especialmente en el mundo en vías de desarrollo, se cuenta con las condiciones necesarias para evaluar dichas prácticas y los conceptos que ellas implican en relación con las nuevas realidades.

De esta visión resumida de la salud y la salud pública en la historia se pueden destacar algunas conclusiones fundamentales:

1. El carácter social e históricamente construido de la salud y de la salud pública.

2. Su naturaleza acumulativa y de cambio en el devenir de la historia.

3. El progreso en salud se hace por la conjunción de valores socialmente incorporados en las prácticas sociales, con la expansión de los conocimientos y sus aplicaciones y con la construcción de una infraestructura institucional pública que favorezca el sinergismo entre ellos.

4. La coincidencia de intereses políticamente significativos (económicos, de grupos, etc.) en etapas de expansión y/o de cambio del proceso social de producción y liderazgo adecuado aumentan el poder de la conjunción anteriormente señalada.

En las secciones siguientes se describen, con más detalle, algunos componentes fundamentales para la salud dentro del contexto actual de comienzos del siglo *XXI* y los desafíos a los que se enfrenta la salud pública en la actualidad y en el futuro.

2. El contexto actual

Nunca como en la actualidad, los diversos componentes de la vida social estuvieron tan interrelacionados. Esta interconexión se da en todos los aspectos de la vida humana y aumenta con el desarrollo de las sociedades nacionales y de la sociedad mundial. Una visión de totalidad es cada vez más necesaria para entender las partes en esa especie de unicidad de lo universal o abstracto, y de lo particular o concreto. Determinada y explicada también en este contexto o contextos, el caso de la salud no es una excepción. Entre las varias miradas hacia esos contextos, la nuestra se dirigirá, en este documento, de forma intencionadamente selectiva, a los cuatro conjuntos de fenómenos siguientes, interrelacionados pero diferenciables, que creemos que reflejan la inmensa complejidad de la realidad actual y sus implicaciones para la salud y la salud pública: La mundialización y sus manifestaciones; los procesos políticos; el medio ambiente y la población, y el desarrollo necesario.

2.1 La mundialización y sus manifestaciones

La nueva mundialización o globalización económica se sitúa en sustitución de la bipolaridad geopolítica y de la confrontación ideológica presente en los años de la guerra fría. Como forma de expresión victoriosa se impone absoluta como *camino indiscutible* de un nuevo orden internacional, y como *doctrina única* para la organización de la producción, imponiendo la liberalización de los mercados en todos los ámbitos a escala planetaria. Las ventajas y las promesas de la adhesión a los principios y directrices del Consenso de Washington hablaban de una nueva era de progreso mundial, cuyos frutos serían compartidos por todos. Esas promesas parecían sólidamente sustentadas por una racionalidad macroeconómica que, por otro lado, no admitía negaciones o reparos, ya que serían tenidos como desviaciones de la buena conducta y serían castigados con el rigor de la exclusión del orden establecido. Las promesas no han sido cumplidas o lo han sido en forma diversa, en general en detrimento de los países en vías de desarrollo. Después de quince años de ajustes y reformas, la mayoría de estos países en América Latina y, en general, en el mundo parece estar en peor situación relativa, y, en algunos casos absoluta, que la que tenían antes. La mundialización, sin embargo, se ha manifestado en todas las dimensiones de la vida, creando situaciones y condiciones nuevas que se presentan de forma permanente o, por lo menos, con perspectivas de larga duración.

A continuación se presentan algunos aspectos que son particularmente importantes para las condiciones de vida y de salud, y que afectan particularmente a América Latina y a los países del Caribe.

a) Ciencia y técnica

La mundialización se apoya en avances científicos y tecnológicos sin precedentes. La productividad y la competitividad se basan fundamentalmente en esos avances, incluyendo las mejoras de gestión que, por otro lado, han reducido la importancia de las ventajas comparativas tradicionales basadas en recursos naturales y mano de obra barata, puesto que el insumo estratégico principal es el conocimiento y la tecnología o la información. Este hecho estimula aun más la concentración selectiva de la investigación y el desarrollo tecnológico hacia la solución de los problemas de los países centrales, hacia las preferencias del mercado y hacia los temas que proporcionan un mayor potencial de rentabilidad, así como favorece el refuerzo de la protección de la propiedad del conocimiento. Esto hace que el acceso a la tecnología y a los productos y servicios resultantes sea más difícil para los países pobres, lo que aumenta su dependencia del exterior, todo ello sancionado en los acuerdos multilaterales. Sin embargo, la ciencia y la técnica son también promesas de redención social si se ponen al servicio del desarrollo humano y de los valores que lo sustentan. Así pues, para la salud son factores cruciales del progreso que deben ser utilizados de forma ética y socialmente correcta. Para la salud pública, el conocimiento y la técnica constituyen elementos esenciales para su desarrollo, ya que amplían su capacidad de intervención y su eficacia cuando son apropiados y utilizados adecuadamente.

b) Información y cultura

Uno de los instrumentos fundamentales de la mundialización, en la modernidad y en la posmodernidad, es la enorme expansión de la información y de la comunicación, incluidos los medios de transporte. En realidad, la economía moderna y toda la vida actual son posibles gracias a la extraordinaria capacidad de administrar la información: recopilarla, procesarla, usarla y difundirla con diferentes propósitos y en diversas circunstancias. Las realidades virtuales son hoy paralelas a las realidades fácticas y, con frecuencia cada vez mayor, llegan a sustituirlas. La multiplicación del capital financiero debido a la velocidad de su circulación universal y la ampliación de los mercados por la comercialización de las expectativas y de representaciones de activos reales, derivativos y futuros, y por las transacciones en Internet, constituyen la esencia misma de la mundialización actual. La fuerza de ese proceso llega a todos los sectores de la sociedad humana y, por tanto, tienen efecto en la cultura, en los valores y en las prácticas que la conforman. Los valores que son de utilidad para los mercados son difundidos universalmente, lo que provoca rupturas culturales y favorece una cierta homogeneización de las culturas. Se trata de un proceso de una importancia decisiva, aunque todavía no está siendo valorado suficientemente.

En efecto, la explosión de información y de propaganda han extendido los hábitos de consumo, las expectativas y los comportamientos requeridos por los mercados. Ello está acelerando una ruptura cultural de grandes proporciones, con la destrucción o sustitución de valores y la reducción de la diversidad y de la identidad culturales. El resultado es la pérdida de parámetros morales y éticos en aras de un hedonismo materialista, cuyos modelos están más allá de las posibilidades de las sociedades pobres. La desestructuración cultural y las expectativas insatisfechas son factores importantes en la génesis o en el estímulo de conductas socialmente desestabilizadoras: la agresión a si mismo y a los otros, la desconfianza y el abuso, entre otras. En una escala colectiva, la sustitución de valores virtuosos, tales como la solidaridad y la cooperación, por intereses particulares o de grupo contribuye a la corrupción y a la dominación y marginación de los débiles, o sea, la libertad sin control de los poderosos implica la negación de la justicia y de los derechos humanos fundamentales para muchos. El riesgo de fracturas sociales ha motivado el desarrollo de las ciencias de la conducta que ofrecen herramientas de análisis e intervención más potentes en esa área.

Por otro lado, y tal como ocurre en relación a otros campos de la ciencia y de la técnica, la Información puede ser también el más poderoso instrumento de liberación y de progreso individual y social; puede facilitar la capacitación individual y colectiva, la formación de ciudadanía y la participación y el control sociales de lo público, que son condiciones para la profundización y la expansión de la democracia y el fortalecimiento del estado de derecho. Puede así ser utilizada para la valoración de la diversidad cultural y de la identidad de las naciones, indispensables para la construcción de futuros propios, integrados en un proyecto común de una humanidad solidaria y justa.

c) Mercado, Estado y sociedad

De acuerdo con los principios del nuevo orden mundializado, la secuencia en

que aparecen mencionadas las tres instancias en el título de la presente sección se corresponde con su preeminencia. El mercado se afirma, a pesar de sus eventuales imperfecciones, y tiene las virtudes suficientes para dar todas las respuestas necesarias. El papel del Estado es el de facilitar la actividad del mercado, creando las condiciones favorables para su funcionamiento pleno y absteniéndose de intervenir excepto cuando sea en su favor o en situaciones muy especificas. Y la sociedad es el sustrato para que el mercado y el Estado existan y se justifiquen, y por ello debe organizarse y actuar consecuentemente, con la esperanza de que al final la alianza mercado/Estado sea también socialmente beneficiosa. Los límites evidentes y los fracasos del modelo liberal —o neoliberal— extremo han llevado, sin embargo, al reconocimiento de que algunas de sus características deben ser modificadas.

Un Estado fuerte para una regulación equilibrada reduce la inestabilidad exagerada y la incertidumbre y los efectos destructivos indeseados de la competencia y de los intereses privados sin control; además, el Estado debe ser capaz de cumplir efectivamente las llamadas funciones de Estado (defensa, seguridad pública, justicia, etc.), proveer los estímulos convenientes para la iniciativa privada y crear las condiciones para la atención de necesidades sociales complejas, que conllevan grandes incertidumbres y externalidades en las que los mecanismos de mercado presentan serias imperfecciones, tales como la educación y la salud. Esto contribuye a la estabilidad, la legitimación del régimen político, las mejoras en la distribución y en el ejercicio del poder y el fortalecimiento del mismo mercado y, en consecuencia, a la sostenibilidad del proceso. Pero la revisión debe ir más lejos y ser más significativa: se reconoce, progresivamente, que un sistema de valores positivos, expresados en las relaciones y prácticas sociales organizadas y apoyadas en instituciones eficaces y sólidas —el capital social— es fundamental para la expansión y solidez de los mercados y del proceso de desarrollo.

Además, la gestión de bienes, cuya generación, uso, beneficios y producción son regionales o mundiales, los llamados *bienes públicos globales* (conocimiento, paz, algunos recursos naturales, reglas y normas internacionales, aspectos de salud, etc.), exige la cooperación internacional, prácticamente imposible sin la participación de gobiernos capaces. Las grandes instancias sociales mencionadas en el título son puestas así, como mínimo, en condiciones de igualdad y se abre la posibilidad de su rearticulación correcta: la primacía de la sociedad servida por su instrumento o institución mayor (el Estado) y por el principal mecanismo o forma de producción (el mercado).

Sin embargo, los términos de este debate se encuentran todavía en una fase fundamentalmente teórica. En la práctica mayoritaria prevalece aun la concepción liberal —o neoliberal— más pura, con algunas limitaciones casuales.

En efecto, la reforma del Estado, por ejemplo, quedó, en general, reducida a la privatización de empresas y de la prestación de servicios, realizada muchas veces con el propósito inmediato de conseguir recursos fiscales adicionales para subsidiar el capital financiero, mediante el servicio de la deuda y las garantías de contratos. La reorientación del Estado hacia las llamadas funciones propias, incluyendo las sociales, y la salud entre ellas, no se ha llevado a cabo o se ha hecho con muchas limitaciones. En muchos casos, al contrario, la capacidad del Estado en esas áreas ha sido debilitada por la desvaloración y *desmoralización* del servicio público, la falta de estímulo a los funcionarios, el aumento de la incertidumbre y la disminución de los recursos. Es interesante destacar que el discurso de un Estado sin participación en la actividad de producción, que la iniciativa privada del mercado realiza mejor, no se aplica a la intervención financiera: a pesar de los recursos de las privatizaciones y el aumento de la carga tributaria, el endeudamiento público se multiplicó en la mayoría de los países y el servicio de la deuda redujo de forma muy importante el poder de asignación de recursos para las acciones sociales además de comprometer el futuro de la economía, especialmente a causa de la dependencia externa.

Otra dimensión, quizás más importante que la reducción del carácter público del Estado, es la reducción de su influencia como factor de cohesión social y de elemento mantenedor de una identidad nacional. Sometido a las reglas de la interdependencia multilateral y en una situación de inferioridad, el Estado, en los países periféricos, renuncia muchas veces a la soberanía de defender los intereses de su propia nación. La reforma del Estado que asegure el interés público, la democracia, la justicia y la identidad nacional y, por lo tanto, resista a la corrupción y a su propia privatización y sea capaz de garantizar las condiciones de libertad de iniciativa y la estabilidad de los mercados, aún no ha sido conseguida en la mayoría de los países.

d) Iniquidades e injusticias

Las inequidades entre países y dentro de los países en desarrollo están aumen-

tando de forma visible. Los efectos distributivos iniciales de las políticas exitosas de estabilización son contrarrestados con creces por la injusticia social de las políticas macroeconómicas recesivas y que privilegian el capital. Según Wolfensohn,[1] sin tener en cuenta a China, por lo menos aumentó en cien millones el número de pobres en el mundo en los últimos diez años (de 1991 a 2001). El crecimiento insuficiente o la recesión aumentan el desempleo y reducen la remuneración del trabajo; con la disminución de los ingresos, aumentan la pobreza relativa (y, a veces, la absoluta) y las necesidades y demandas de servicios públicos, incluidos los de salud, justamente cuando la capacidad pública de respuesta está disminuida. La pobreza, la desigualdad y la exclusión social amenazan a la estabilidad del nuevo orden y adquieren, en consecuencia, prioridad en el discurso, lo que aumenta las posibilidades de un cambio con orientación social y rostro humano. Las desigualdades sociales entre países son, en su mayor parte, injustas y evitables, impuestas sobre segmentos importantes de la población. Esas desigualdades no sólo son condenables éticamente como una agresión a los derechos humanos, sino que además imponen severas restricciones a las posibilidades de expansión de la producción y de todo el desarrollo; las malas condiciones de vida de los que las sufren constituyen causas primarias y principales de riesgos y problemas de salud y de salud pública.

e) Modelos e instrumentos de organización y gestión

La mundialización se hace evidente también en la forma de actuar en todas las áreas, desde la forma de gobernar hasta en la administración de programas y unidades productoras de los servicios sociales. La innegable contribución que los instrumentos de la gestión privada y empresarial pueden dar a la administración pública es entendida como el sustituto o la solución universal para todos los casos. En los gobiernos, la indefinición de las funciones públicas y privadas alcanza a la adopción no crítica de métodos de gestión y a una promiscuidad de intereses y actores con resultados casi siempre desastrosos: corrupción, privatización de lo público, debilitamiento institucional, insensibilidad social e ineficacia. La aplicación dogmática de los principios del mercado en la organización de los sistemas de atención a la salud ha tenido como resultado experiencias costosas y socialmente dolorosas en la región de las Américas y, en general, en todo el mundo. Las reformas sectoriales promovidas en muchos de los países latinoamericanos en las últimas décadas padecen las consecuencias de esa orientación, tales como las distorsiones en los objetivos de salud, los subsidios socialmente perversos, el aumento de la desigualdad y de los costos sociales reales y, como consecuencia, la disminución de la eficacia social de los sistemas de salud. En dichas reformas, la salud pública ha quedado marginada o completamente olvidada.

f) Oportunidades perdidas

No hay humanista que no sueñe con una humanidad unida en la que las oportunidades de realización del ser humano sean accesibles para todos y sus derechos fundamentales sean ejercidos universalmente. La mundialización, así entendida, sería un objetivo que debe ser perseguido. Ello incluye, sin duda, la intensificación de los flujos de capital y del comercio a escala mundial con el fin de aprovechar las oportunidades productivas en todas partes y aumentar la producción haciendo más equitativa la distribución de los beneficios y protegiendo el patrimonio natural común ahora y con vistas a futuro, con respecto a la diversidad esencial de culturas. En definitiva, una sola humanidad con diferentes culturas y maneras complementarias de ser y de vivir.

En cambio, la mundialización actual, predominantemente financiera y comercial, no está contribuyendo a este fin, sino que más bien parece estar ensanchando las brechas y las divisiones. Los flujos del capital se orientan por medio de intereses inmediatos de alta rentabilidad, a veces con efectos funestos en las economías débiles de la periferia y en las costumbres y prácticas sociales y de gobierno. El comercio se rige por medio de reglas asimétricas y de doble aplicación: se liberalizan las transacciones de bienes en los que los países ricos tienen ventajas comparativas, es decir, en los sectores de la industria y los servicios, y se protege o restringe las de aquellos en que los países pobres pueden competir con algún éxito (agricultura y minería). En ambos casos el resultado es, normalmente, un aumento de la exposición y la debilidad externas de los países pobres y, en consecuencia, el aumento de su dependencia y la reducción de sus posibilidades de desarrollo.

La cooperación internacional padece además distorsiones serias. En los foros internacionales abundan las promesas y compromisos que sólo se cumplen en parte, generalmente de acuerdo con la conveniencia o la coyuntura de los países centrales. Los flujos de las transferencias o ayudas voluntarias de los gobiernos centrales son, en la mayoría de los

[1] Presidente del Banco Mundial; prólogo a *Calidad del crecimiento*. OPS; 2002. (Publicación. científica y técnica nº 584)

casos, una fracción de lo prometido (0,3 frente al 0,7 del PIB, como promedio) y parecen estar disminuyendo. Y lo que es peor, el proteccionismo selectivo en los países ricos causa perjuicios a los pobres por medio de la reducción de ingresos del orden de cien a ciento cincuenta mil millones de dólares de los EE. UU. anuales, cantidades mucho mayores —de dos a tres veces— que el volumen de los recursos de cooperación que, además, están sujetos a condicionamientos diversos.[2]

El uso de bienes públicos globales, en particular los ambientales, implica una distribución regresiva de costos y riesgos en contra de la población mundial que se encuentra en situación de pobreza.

Esas y otras manifestaciones, producto de la asimetría del poder en el escenario mundial, están significando la pérdida de muchas oportunidades para la reducción de la pobreza, para el favorecimiento de un desarrollo auténtico, para el fortalecimiento de la democracia y del respeto a los derechos humanos, en fin, para la realización de un mundo en el que toda la humanidad viva en condiciones de paz, libertad y seguridad.

En síntesis, el proceso ha ignorado la importancia del capital social y del capital humano en los países pobres, la fuerza de la cultura, de las instituciones estables y de los recursos humanos adecuados para un desarrollo integral y sostenible. Todo ello genera inestabilidad, incertidumbre, temor y desconfianza, exactamente lo contrario de lo requerido para las decisiones de inversión y un buen funcionamiento del mercado.

[2] Alonso, J.A. "Sin respuestas de Monterrey". Madrid: *El País*; 22/03/02.

Todos estos aspectos afectan, además, negativamente el desarrollo de la salud y de la salud pública. Persiste aún, en muchos casos, la creencia dogmática de que el mercado es la vía central para la organización de los sistemas de salud en todas las situaciones y de que el Estado sólo debe intervenir cuando el mercado fracasa o no se interesa. Esa creencia, minimizadora de las deficiencias del mercado en salud y de la necesidad de la intervención pública, pone en peligro las ventajas indiscutibles de los mecanismos del mercado para la prestación de muchos bienes y servicios de salud y como complemento correctivo de la actuación pública, aunque siempre bajo su dirección, regulación y seguimiento.

2.2 Los procesos políticos

Los fenómenos comentados en el apartado anterior tienen también su reflejo en el plano político. La gran convergencia y complementación entre liberalismo económico y democracia liberal representativa es la mayor fortaleza de ambos procesos. En las dos últimas décadas, casi todos los países de América Latina y el Caribe reafirmaron, regresaron a o adquirieron un régimen democrático representativo, abriendo así cauces de movilización y participación indispensables para un progreso social efectivo y para la afirmación del estado de derecho en la región. El crecimiento de lo *público no estatal* [3] se aceleró y la presencia de agentes sociales nuevos y actuales se acentuó. La multiplicidad de foros, mecanismos e iniciativas de participación directa de la sociedad y de las comunidades afianzan la posibilidad de expansión y profundización de la democracia y la ampliación de la legitimidad de la representación y de las instituciones políticas.

[3] Se entiende por *público no estatal* a las organizaciones de la sociedad civil con finalidad social sin ánimo de lucro ni de defensa de intereses personales o de grupos especiales privados.

Sin embargo, hay indicios preocupantes de que el proceso político está siendo afectado por las distorsiones de los modelos y prácticas vigentes:

- El totalitarismo, inherente al ideologismo de mercado, como suele acontecer con los ideologismos, no es controlado por la doctrina del liberalismo ni por la democracia representativa —el régimen político que legitima el capitalismo—, y subordina el proceso político a la racionalidad económica y, con frecuencia, a los intereses particulares que la representan. Esa inversión o subversión de jerarquía entre los dos campos es facilitada por la desestructuración cultural y el predominio de los intereses sobre los valores. La corrupción, como resultado natural, afecta no sólo a la política, sino también a la gestión.

- Al mismo tiempo, aumenta la brecha o el déficit de legitimidad del proceso político en la medida en que no hay correspondencia entre los que deciden y los que son afectados por las decisiones. En esas circunstancias, las instituciones, las autoridades y sus decisiones, pierden la confianza de la ciudadanía al mismo tiempo que dificultan su desarrollo. El poder político se concentra más y se distancia de la sociedad y de sus necesidades reales.

- En algunos países, los partidos políticos son meras agrupaciones circunstanciales de intereses personales o de grupos reunidos apenas por conveniencia, que no se orientan por pro-

gramas o principios y tienen una relación de clientelismo con la población. La ilegitimidad social de sus prácticas contamina todo el proceso político, corrompiendo la representatividad de los representantes, que, en numerosas ocasiones, compran literalmente sus mandatos para defender sus propios intereses.

- Hay una percepción popular creciente de que las instituciones y el Estado están al servicio de unos pocos y de un orden que favorece demasiado los intereses del capital y que sigue las directrices del mercado, en detrimento de la sociedad y de la nación. Esa percepción incluye a la administración de la justicia, lo que pone en peligro la democracia y el estado de derecho y hay muchos hechos que lo demuestran.

- En el plano internacional, la interdependencia opera, frecuentemente, de forma asimétrica, en contra de los países débiles, especialmente en los foros económicos. La renuncia *obligada* o necesaria a la autonomía nacional no viene suficientemente acompañada por mecanismos internacionales justos y eficaces que compensen las desventajas de los más débiles. El desequilibrio de poder refuerza las influencias, muchas veces dirigidas, de las empresas internacionales y del capital financiero. Esto es un punto especialmente importante en un mundo unipolar en el que las decisiones unilaterales del país hegemónico, de difícil predicción porque son tomadas frecuentemente en función de intereses y coyunturas nacionales o bajo el manto incontestable de la seguridad nacional, afectan a todos; la inexistencia de normas equitativas de aplicación universal aumenta la inseguridad de los débiles y, en consecuencia, de todos.

- Todo esto es mucho más preocupante porque sin duda, la normalidad y la fortaleza de la democracia y del estado de derecho son fundamentales para la libertad económica socialmente responsable y para la salud, particularmente la salud pública.

2.3 El medio ambiente y la población

La importancia del medio ambiente para la salud es fundamental y así ha sido reconocido desde la antigüedad. Al mismo tiempo, las condiciones ambientales han sido objetivos prioritarios e incontestables de la salud pública. En las últimas décadas, se ha demostrado la importancia del medio ambiente para el desarrollo sostenible y para las soluciones de naturaleza mundial o regional de muchos problemas ambientales. El tema se ha debatido en varios congresos internacionales (Oslo, 1968 y Río de Janeiro, 1992) y se han aprobado recomendaciones y hasta un detallado plan de actuación (Programa 21 de Río de Janeiro) para la protección universal del medio ambiente.

En el nivel nacional ha habido avances en la prestación de servicios básicos y generales. En cambio, en relación a la contaminación del aire, el agua y la tierra, y al uso racional y la protección de recursos de la biosfera y a los problemas urbanos, el progreso ha sido menor y en muchos casos se observan retrocesos. Los riesgos para la salud continúan siendo numerosos y muy importantes y acaban convirtiéndose en preocupaciones prioritarias para la salud pública. En el plano internacional, la falta de actuación es frustrante; diez años después de la Conferencia de Río de Janeiro, el principal instrumento desarrollado para la puesta en marcha del Programa 21, el Protocolo de Kyoto para un control limitado de la emisión de gases con efecto invernadero, tiene su ratificación menoscabada por la retirada de los Estados Unidos, el principal país emisor. Sin embargo, la propuesta de considerar los aspectos globales de las agresiones y soluciones ambientales como males o bienes públicos globales o regionales tiene mucha fuerza conceptual y un enorme potencial para influir en las políticas multilaterales de desarrollo y en la cooperación internacional; esto requiere, sin embargo, un extenso desarrollo instrumental y una reorganización institucional, que la comunidad internacional no ha demostrado ningún entusiasmo en realizar. De todo ello resulta que el medio ambiente continuará siendo una fuente principal de riesgos para la salud y una preocupación importante para la salud pública, también a escala internacional.

La población es el referente central de la salud pública y, por tanto, las características demográficas asumen una importancia fundamental para su puesta en práctica. En la región de las Américas, con diferentes grados y ritmos, se está completando la transición demográfica hacia la última fase, la de baja fecundidad y baja mortalidad. En consecuencia, el ritmo de crecimiento vegetativo está disminuyendo, aunque es todavía alto en algunos países. La población total de la región en el año 2001 se estimaba en 841.254.000, de los que 317.195.000 pertenecen a la América de habla inglesa y 524.099.000 se distribuyen por América Latina y el Caribe. Aún con tasas de crecimiento natural más bajas y en descenso, en 2020 habrá 174 millones de habitantes más en la región: 52.600.000 en la América angloparlante y 121.400.000 en Latinoamérica y el Caribe.[4] Esa población

[4] Enciclopedia Británica, *Book of the Year*, 2002.

adicional es, en el caso de Latinoamérica, de más del 50% de la población total de 1950. La población regional es ya mayoritariamente urbana (>80%) y lo será todavía más en el futuro; con relación a las necesidades y demandas de servicios de salud, la población rural del pasado prácticamente desaparecerá. Sin embargo, quizás el cambio demográfico más significativo sea el envejecimiento acelerado de la población latinoamericana y, por extensión, de toda la región. El efecto combinado de la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida está invirtiendo la proporción de jóvenes y viejos y de activos e inactivos en la población regional. La pirámide del pasado reciente se transforma rápidamente y va adquiriendo forma de pera: al cabo de una generación la proporción de los mayores de 60 años sobrepasará el 15% de la población total, y superará el 25% en la mitad del presente siglo. Por otro lado, la fecundidad en descenso y la disminución proporcional de mujeres en edad fértil llevarán a tasas de reproducción inferiores al mínimo necesario para mantener la población, lo que ya ocurre en algunos países europeos y asiáticos. El impacto de esta nueva revolución demográfica será profundo y afectará a todos los ámbitos de la sociedad humana; en efecto, es un rasgo significativo de la nueva sociedad, que ya está siendo creada y constituye uno de los principales desafíos para la salud pública y, en general, para los sistemas de seguridad social.

2.4 El desarrollo necesario

La reacción de las sociedades en contra del dogmatismo o el fundamentalismo liberal de mercado está aumentando y es acogida incluso por actores y autores insospechados. No se trata del regreso a situaciones anteriores, lo que se requiere es el establecimiento de equilibrios necesarios que permitan no sólo el florecimiento de la capacidad creadora de los individuos y empresas, sino también su justa contribución al progreso social, en una complementación sinérgica posible e indispensable. El desarrollo del capital social es una condición fundamental para ello y la salud es uno de sus instrumentos, un componente esencial y una consecuencia deseable. Los cinco principios rectores del desarrollo necesario son: un objetivo centrado en el bienestar y la seguridad humanos, la concentración equilibrada en todos los activos —físico y financiero, humano, social y natural—; la equidad en la distribución de los beneficios, incluida su perspectiva intergeneracional; la participación, y un marco institucional para la puesta en marcha de esos principios con garantías de gobernabilidad.

La búsqueda de un nuevo concepto del Estado, de sus funciones y responsabilidades, y su relación con la sociedad civil y el mercado, son tareas fundamentales destinadas al fortalecimiento del estado de derecho, a la distribución de la justicia, a la seguridad y a la expansión y profundización de la democracia, especialmente en lo que se refiere a garantizar los niveles de justicia social y equidad éticamente deseables y necesarios para un verdadero desarrollo humano. En este sentido, la retórica consensual debe ser expresada en políticas públicas e instrumentos de actuación eficaces para ejecutarlas cabalmente en los países de la región y en todo el mundo y que se verán reflejadas en un desarrollo que asocie el crecimiento económico indispensable en condiciones de estabilidad, con un desarrollo social adecuado y en condiciones de sostenibilidad social y ambiental.

Todo ello debe hacerse bajo el principio básico de la preeminencia de la sociedad, a cuyo servicio se complementan virtuosamente el Estado y el mercado.

3. La salud y la salud pública en el mundo actual

El cambio en el marco económico, cultural y político coincide con cambios en otros condicionantes externos de la salud y en los sistemas específicos de atención a la salud, y en consecuencia, en los problemas y en el estado de salud de las poblaciones. A pesar de los progresos espectaculares observados en las últimas décadas, en los indicadores usuales de salud, la situación es considerada insatisfactoria en la mayoría de los países de la región, plantea desafíos antiguos y nuevos e incluso algunos renovados. En efecto, en los países de la región hay una brecha alarmante entre lo que se ha hecho y lo que se puede hacer con los recursos disponibles en los niveles de desarrollo alcanzados: la mortalidad injustificada y evitable, por ejemplo, excede todavía al millón de defunciones anuales. Por otro lado, los sistemas de servicios de salud presentan varias insuficiencias y deficiencias, reforzadas por un contexto muchas veces más adverso que favorable.

En consecuencia, los desafíos para la salud pública son múltiples y amplios, están en sus factores condicionantes externos del contexto, en los sistemas de atención a la salud, en los riesgos y daños y en el estado de salud de las poblaciones.

3.1 Desafíos en el contexto

Cada uno de los temas debatidos en la sección anterior conlleva riesgos, problemas u oportunidades para la salud pública. En general, los determinantes de

contexto de la salud tienen dimensiones colectivas y son, por lo tanto, objetos insoslayables de la salud pública. La propuesta general de insertar efectivamente a la salud en el proceso de desarrollo, en todas sus dimensiones, y la intervención intersectorial que de ello resulta, es la estrategia central para responder a los desafíos que vienen del contexto. Ello implica también la ampliación del campo de la salud pública, desde la preocupación por los aspectos específicos de la etiología de las enfermedades y los daños a la salud, hasta los mecanismos generales de producción de la salud o de los riesgos que la afectan. En los capítulos siguientes se abordará con más detalles esos asuntos, sin la preocupación, todavía, de examinarlos categóricamente.

3.2 Desafíos relativos a los sistemas de salud

La organización, las políticas y estrategias, la conducción, la financiación, el aprovisionamiento y la gestión de los sistemas de atención a la salud constituyen aspectos de interés público y, por lo tanto, son desafíos también para la salud pública. El carácter público exige que se constituyan sistemas de salud socialmente eficaces —capaces de producir salud— y que generen satisfacción social, bajo la orientación de principios estructuralmente básicos, ética, política y racionalmente establecidos. Entre esos principios se pueden destacar como consensuales en América Latina y en el Caribe (y se puede decir que en toda la región) la igualdad para la universalidad de la atención, la participación social, una financiación solidaria, la eficiencia y la descentralización.

Un aspecto particularmente significativo es la definición adecuada de las funciones y de las relaciones entre lo público estatal, lo público no estatal y lo privado, y la capacitación del Estado para el cumplimento de sus funciones, en especial las de rectoría sectorial, que incluye la regulación de todo el sistema, la modulación de la financiación, el aseguramiento de la atención, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) de salud pública y la organización y gestión en lo pertinente a la generación de recursos, del conocimiento, y de la información.

Es también importante la definición de lo que es salud pública en los sistemas de salud y de atención a la salud y de sus mecanismos de actuación, tema central del capítulo siguiente de este documento.

Otro desafío relativo al sistema de salud es el de la utilización de las posibilidades ofrecidas por la ciencia y por la técnica de tal forma que se aproveche al máximo la capacidad de solución de los problemas en cada situación, aunque subordinados a los principios éticos de respeto a la dignidad del ser humano y a sus derechos fundamentales.

Los desafíos éticos van bastante más allá de los planteados en el campo de la ciencia y de la técnica, desde la investigación básica hasta la aplicación del conocimiento y de la tecnología, y están presentes en todos los procesos y momentos de la atención a la salud. E incluso antes, en los procesos de decisión que elaboran políticas públicas y otras normas que afectan a la salud. Van todavía más allá y están presentes en las conductas y relaciones de las personas y grupos de la sociedad, en la medida que las prácticas sociales correspondientes afectan a la salud. Las consideraciones éticas, en resumen, ponen de manifiesto la vigencia de los valores humanísticos que sustentan a la salud pública.

Todos esos desafíos están, al fin y al cabo, vinculados al desafío mayor de la integración de la salud en un verdadero desarrollo humano sostenible para todos los pueblos y países, en el que necesariamente la salud sea, de forma simultánea, componente y finalidad, y pase a ser así uno de sus principales indicadores.

Es tiempo también de modificar muchas de las reformas sectoriales vigentes para que respondan mejor a esos desafíos; y eso es también, por si mismo, un desafío importante para la salud pública. El cuadro 1 resume las limitaciones de los procesos vigentes y los ejes deseables de una nueva generación de reformas.

3.3 Estado de salud

Como consecuencia de los cambios en sus determinantes, la salud de la población en la región de las Américas se encuentra en diferentes etapas de la transición epidemiológica. En muchos países, las enfermedades infecciosas y las enfermedades características de situaciones de pobreza todavía son problemas considerables, mientras aumenta la importancia de las enfermedades crónico-degenerativas que son las que predominan en otros países. A ello se agregan problemas más recientes, como el sida, problemas resurgentes, como la tuberculosis, y los grandes y crecientes riesgos de la violencia, del abuso de drogas y de la agresión ambiental. Los daños individuales repetidos adquieren dimensiones colectivas y acaban reduciendo las diferencias entre la asistencia individual y la colectiva, o mejor dicho, poniendo de manifiesto el potencial colectivo, por acumulación, de la asistencia individual.

Por otro lado, el avance de la ciencia y de la tecnología provee más y mejores

Cuadro 1 Las reformas del sector de la salud

Limitaciones de los procesos de reforma
- Las motivaciones están centradas en factores económicos.
- La equidad y la salud pública quedan relegadas a un segundo plano.
- La calidad de la asistencia y redefinición de los modelos de atención son marginales.

Ejes de una nueva generación de reformas centradas en la salud de las poblaciones
1. Ampliación de la protección social en salud y asegurar el acceso universal y la igualdad.
2. Financiación solidaria y eficiente.
3. Calidad y eficacia de la asistencia.
4. Promoción de la salud como criterio central del modelo de asistencia integral.
5. Fortalecimiento de la salud pública en la reorganización de los sistemas de salud.
6. Fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria.
7. Desarrollo de los recursos humanos.
8. Participación y control sociales.

instrumentos de intervención y nuevas formas y posibilidades para su uso; se avanza, desde la prevención y el diagnóstico, el tratamiento y el control de las enfermedades, a la promoción de la salud y a la predicción de riesgos y, posteriormente, al condicionamiento eficaz. En efecto, el eje principal de la salud se orienta hacia la promoción, criterio de progresiva relevancia en la organización y gestión de la atención a la salud y de los sistemas correspondientes, así como de la salud pública.

3.4 La necesidad de (re)definiciones

La salud pública convencional se ha vuelto insuficiente para enfrentarse a los desafíos mencionados. Sin duda, el control de enfermedades y el reconocimiento y producción de bienes públicos o de gran externalidad y la realización de actividades reconocidas como responsabilidades del Estado continúan siendo una parte importante del quehacer de la salud pública; estratégicamente, deben incluso conformar la plataforma a partir de la cual se promueva su ampliación hasta abarcar a otros aspectos significativos, dentro y fuera del sector salud, para mejorar la salud de las poblaciones.

La revisión de los conceptos de salud pública, su vinculación con las prácticas sociales significativas para la salud y la identificación de sus funciones esenciales y de los instrumentos para realizarlas son los aspectos de este ejercicio que se analizarán en los capítulos 4 a 7 de esta parte II del libro y que serán estudiados con más profundidad y detalle en cuanto a sus características operativas en las partes III y IV.

3.5 Iniciativas recientes

"La salud pública en las Américas" no es la única iniciativa en este esfuerzo. Otras muchas iniciativas, con intenciones similares, se han desarrollado en los últimos años y algunas varias están actualmente en ejecución, lo que demuestra que la necesidad de esta revisión es generalizada. Sin embargo, citaremos sólo aquellas iniciativas que han inspirado o adoptado más directamente las ideas que queremos analizar:

a) La experiencia del Canadá con la formulación de políticas de salud y la reorientación de los sistemas de atención y de promoción de la salud;

b) El trabajo que se está realizando en los Estados Unidos, especialmente el estudio sobre el futuro de la salud pública llevado a cabo por el Instituto Nacional de Medicina y el proyecto de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades[5] para la evaluación del desempeño de los servicios esenciales de salud pública, que han servido de base para el desarrollo del componente metodológico de la SPA con miras a la evaluación del desempeño de las FESP.

c) El estudio Delphi, coordinado por la OMS, sobre las funciones esenciales de la salud pública, y

d) Los debates promovidos por la OPS/OMS en los primeros años de la década de 1990, iniciativa que se retomó en 1998 y que dio origen al proyecto actual en el que ha tenido un papel muy importante la Asociación de Escuelas de Salud Pública (ALAESP).

La Iniciativa construye su propuesta sobre la base de esos esfuerzos y experiencias antecesoras o concomitantes y se beneficia del abundante y creciente debate, así como de la producción sobre el *desarrollo necesario*, la promoción de la salud, la equidad y la lucha contra la pobreza, especialmente de los acuerdos expuestos en declaraciones o resoluciones de la comunidad internacional y de sus principales organismos.

[5] NPHPSP: National Public Health Performance Standards Program. CDC, Atlanta, EE.UU.

Bibliografía

Alonso, JA. Sin respuestas de Monterrey. Madrid. *El País*; 22/03/2002.

Amartya, S. Address to the International Labour Conference. 87ª sesión. Ginebra. En Decent Work, ILO.

Aristóteles. Poética, Organon, Política e Constituição de Atenas en Os Pensadores. Sao Paulo. Editora Nova Cultural Ltda. 1999.

Bambas, A. et al. (ed.) Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas. Washington, DC. PAHO 2000.

Bezruchva, S. Is Globalization Dangerous to our Health?. *West Journal of Medicine* 2000. 172: 332–334.

Burckhart, J. Historia de la cultura griega. Vol. III. Parte VIII. Sobre la filosofía, la ciencia, y la oratoria. España. Editorial Iberia S.A. 1965.

Candessus, M. Speech to UNCTAD-10. Bangkok. 12/02/2000.

CEPAL y UNICEF. Panorama social de América Latina, 1998. Santiago, Chile. 1999.

Chauí, M. A pastoral de Florença e a guerra de Seattle — as fantasias da Terceira Via. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 19/12/1999.

Douglas, WB. Sapirie S. y. Goon E. Essential Public Health Functions: Results of the International Delphi Study. WHO, *World Health Statistics* 51. 1998.

Douglas, N. Globalization and Health. Washington DC: Global Health Council. 2000.

Drucker, P. The Next Society. *The Economist*. Nov. 1st, 2001.

Encyclopedia Britannica, Macropaedia. Vol. 11 — History of Medicine. Pp 823 – 841. 15ª edición. 1980.

Encyclopedia Britannica, Macropaedia. Vol. 15 — Public Health Services. Pp 202 – 209. 15ª edición; 1980.

Fee, E. The Origins and Development of Public Health in the US. Chapter I of Oxford Textbook of Public Health. 2ª Edition. Oxford Medical Publication. 1991.

Fuentes, C. Democracia latinoamericana: anhelo, realidad y amenaza. Madrid. *El País*. 15/05/2001.

Fukuyana, F. The Great Rupture. The Free Press. 1999.

Garison, H. x fielding. Historia de la medicina. 4ª edición. México. Editorial Interamericana. 1966.

Gianotti, JA. Nossa Barbárie. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 3/03/2002.

Giddens, A. 5 clases: Globalization, Risk, Tradition, Family y Democracy. Reith Lectures Home. BBC Homepage. 1999.

Habermas, J. Nos limites do Estado. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 18/07/1999.

Nalón, JJ. Antecedentes y desarrollo de la salud pública en los Estados Unidos. Capítulo 2 del libro Principio de administración sanitaria, segunda edición en español. México. La Prensa Médica Mexicana. 1963.

Health Canada. Strategies for Population Health — Investing in the Health of Canadians. Ottawa, Canada. 1994.

Hipócrates. The genuine works of Hipocrates. Birmingham, Ala. The Classicals of Medicine Library. 1985.

Hutton W. Como será o futuro Estado. Brasilia. Linha Gráfica e Editora. 1998.

Jaramillo, AJ. La aventura humana. San José. Editorial de la Universidad de Costa Rica. 1992.

Kaul, I., Le Louven, K. Global Public Goods: making the concept operational. Mimeografiado. Nueva Cork. PNUD. 2002.

Kaul, I., Grungberg, I., Stern, MA. Bienes públicos mundiales — cooperación internacional en el siglo XXI. Nueva Cork. PNUD. Oxford University Press. 1999.

Kliberg, B. ¿Como reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. BID. 2000.

Krugman, P. Globalización e globobagens: verdades e mentiras do pensamento econômico. Editora Campos. 1998.

Kurz, R. Totalitarismo Econômico. Caderno Mais. Folha de S. Paulo. 22/08/1999.

Lawrence, G. Public Health Law in a New Century. Three parts. *JAMA*. Vol. 283. Núm. 21, 22 y 23. junio 2000.

Legowiski, B., McKay, L. Health Beyond Health Care: Twenty-five years of Federal Health Policy Development. Health Network, Canadian Policy Research Networks, Inc. Octubre 2000.

Macêdo, C. Notas para uma História Recente da Saúde Pública na América Latina. Brasil. OPS. 1997.

Macêdo, C. A Globalização e a Saúde nos países do Mercosul, apresentação no Seminário A Globalização e a Saúde e o Lançamento do Mercosul, mimeo. Brasilia. Ministério da Saúde. Agosto de 2000.

OPS. Sobre a teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Washington DC. OPS. 1993.

OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington DC. Publicación Científica Nº 540. 1992.

Padovani, H., Castagnola, L. História da Filosofia. 4ª edición. Edições Melhoramentos. 1961.

PAHO/IDB/ World Bank, Investment in Health — Social and Economic returns. Washington, DC. PAHO. 2001. Publicación científica Nº 582.

PNUD. Informe sobre el desarrollo humano, 1998 (Cambiar las pautas de consumo). Nueva Cork. 1998.

PNUD. Informe sobre el desarrollo humano, 1999 (Una globalización con rostro humano). Nueva York. 1999.

PNUD/Chile. Desarrollo humano en Chile, 1998: Las paradojas de la modernización. Santiago. 1998.

Putman RD. Comunidad y democracia — a experiencia da Italia moderna. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. Editora. 1996.

Sapirie, S. et al. PHC and essential Public Health functions: critical interactions. Ginebra. CIOMS International Conference. 1997.

Sachs, J. Helping the World's poorest. Web: Harvard's Center for International Development. 2000.

Savater, F. Elegir la política. España. Letras Libres. Feb. 2002. Pp. 12 a 15.

Sigerist, H. Historia y sociología de la medicina. Bogotá, Colombia. Editado por Gustavo Medina. 1974.

Stiglitz, J. O que eu aprendi com a crise Mundial. Folha de S. Paulo. 14/04/2000.

Stiglitz, JE. International Financial Institutions and Provision of International Public Goods. European Investment Bank. Papers, Vol. 3, nº 2; 1998.

Stiglitz, J. La grande Désillusion. Les Echecs de la Mondialisation. París. Ed. Fayard. 2002.

Taylor, L. Stabilization, Adjustment and Human Development. UNDP. Paper N.º 12. 1999.

U.S. Institute of Medicine, Division of Health Care Services, The future of Public Health. Washington. National Academy Pres. 1988.

Veronelli, JC., Testa, A. La OPS en Argentina — Crónica de una relación centenaria. Argentina. OPS. 2002.

Vinod, T. et al. La calidad del crecimiento. Washington DC. Banco Mundial y OPS. Publicación Científica y Técnica. Nº 584. 2002.

Wade, RH. The Rising Inequity of World Income Distribution. Finance & Development. Vol. 38. Nº 4. 2001.

Webster, C. Medicine as Social History: Changing Ideas on Doctors and Patients in the Age of Shakespeare, in Celebration of Medical History Editor Lloyd G. Stevenson. The John Hopkins University Press. 1982.

WHO. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 79. Nº 9. Special Theme— Globalization 2001.

Evans, R., Barer, M. Marmor, T., De Grayter, A. eds. Why Are Some People Health and Others Not?. Nueva York. The Determinants of Health of Populations. 1994.

World Bank. World Development Repor, 1998/99 — Knowledge for Development. Oxford University Press. 1998.

World Bank. World Development Report 1997 — The State in changing World. Oxford University Press.1997.

World Bank. World Development Report 1999/2000 —Entering the 21st Century. Oxford University Press. 1999.

World Bank. DC/2002-16 Poverty reduction and Global Public Goods: issues for the World Bank in supporting Global Collection Action. Sept 2000.

4 Fundamentos de la renovación conceptual

La salud pública es entendida como la salud del público, de la población, y abarca, por tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud. Esta noción de salud pública nace del mismo concepto de salud, concebida como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar.[1] Sin embargo, la identificación de la salud con el bienestar plantea dificultades operativas para delimitar las responsabilidades del sector de la salud, al mismo tiempo que establece la responsabilidad de los otros sectores en la salud y la necesidad de actuaciones intersectoriales. En un sentido más sectorial y operativo, la salud es la realización del potencial bio-psíquico de las personas y de las poblaciones de acuerdo con las diferentes circunstancias en las que viven, sin limitaciones por lesiones, incapacidad o enfermedad y, en el caso de que éstas ocurran, con la posibilidad de contar con la pronta recuperación o la adecuación funcional en las situaciones de discapacidad irreversible. La Salud Pública, entendida como la salud de la población, constituye el referente fundamental de todos los esfuerzos para mejorar la salud, de la que constituye su manifestación más completa.

Aunque continúan siendo una parte importante de su actividad, algunas actuaciones consideradas básicas por la salud pública tradicional, como la prevención y el control de enfermedades transmisibles o la higiene ambiental, ya no bastan para definir la salud pública actual. Tampoco es suficiente la definición de la salud pública como lo que hacen los gobiernos, aunque, bajo la premisa de que el Estado está al servicio de los intereses de la población, haya gran coincidencia entre la actuación de los gobiernos en salud como actividad pública y las actuaciones en materia de salud pública. En este sentido, los gobiernos deben tener un papel central y fundamental en la salud pública moderna; pero no todo lo que hace el gobierno en materia de salud se debe considerar como salud pública ni la salud pública puede quedar limitada a la actuación gubernamental. La concepción de la salud pública como el campo relativo a la producción de bienes y servicios públicos de salud o de externalidades significativas de mérito social, en la visión de la economía, aunque útil, tampoco cubre todos los aspectos necesarios de una salud pública adecuada y eficaz como salud de la población.

Frente a los retos actuales de la salud pública, se hace necesario ampliar y, al mismo tiempo, precisar el concepto de la salud pública actual. Así pues, este análisis conceptual es el tema de este capítulo y la definición de de su contenido marcará el desarrollo de los capítulos posteriores.

[1] OMS, Constitución de la Organización Mundial de Salud.

1. Objetivo y objetos

El objetivo central y el objeto principal de la salud pública es la salud de la población. Esto incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyan a mejorar la salud del pueblo y, por tanto, sus objetos específicos no deben limitarse a los llamados bienes y servicios públicos o de externalidades significativas o a aquellas actuaciones reconocidas como responsabilidades del gobierno o del Estado. Esto, como se ha afirmado anteriormente, constituye una parte importante de la salud pública y puede y debe ser su núcleo estratégico, sobre todo, dado el consenso que hay al respecto. Pero si la salud pública se limitara a esto, no serviría plenamente a los intereses del público; su mirada y su preocupación tienen que extenderse más allá, hacia los factores determinantes externos de la salud y hacia las dimensiones colectivas de los sistemas de atención, siempre sin dejar de tener en perspectiva su objetivo central, la salud de las poblaciones, aun cuando sus propios instrumentos de actuación sean insuficientes por sí solos, para modificarlos eficazmente. Dos consecuencias principales se derivan de este concepto: por una parte, la necesidad de actuaciones compartidas con otros sectores y, por otra, la preocupación por la salud individual, en la medida en que algunos de sus aspectos adquieren un interés colectivo y son esenciales para la salud del público o en que los instrumentos operativos, como los servicios de salud y los recursos humanos, son compartidos.

Se puede argumentar, con razón, que un entendimiento tan amplio del objeto de la salud pública puede poner en peligro su eficacia y la definición operativa de sus responsabilidades. Dichos argumentos deben ser también tenidos en cuenta, aunque el criterio principal para ese análisis debe ser el objetivo central de la salud pública, la salud de las poblaciones. En la medida en que la salud pública, entendida como la salud del público, esté determinada por las condiciones de vida, por ejemplo, y la propia actividad de la salud pública lo esté por las condiciones de su contexto, esa actuación no puede ser eficaz y es, en algunas ocasiones, imposible de conseguir, a menos que se trate de influir sobre dichas condiciones. Lógicamente, la función de la salud pública en relación a muchos de esos factores no es la de decidir o intervenir directamente, sino la de promoción y articulación con la finalidad definida de proteger la salud de la población. La eficacia de la salud pública, por consiguiente, requiere ampliar su objeto en función de su objetivo central. En cuanto a la definición de las responsabilidades específicas, el problema se puede resolver identificando sus responsabilidades directas propias, así como aquellas responsabilidades compartidas e identificando diferentes indicadores de desempeño para ambas categorías. Para las primeras se deben exigir indicadores más precisos con relación a la estructura, procesos, capacidad de producción y resultados en salud; para las segundas, la medición del desempeño y su evaluación harán más bien referencia a los procesos y a sus resultados: los impactos en las responsabilidades directas o en los factores determinantes de la salud pública o en la misma salud de las poblaciones.

2. Campo de actuación

El objetivo y los objetos marcan el campo o los campos de actuación de la salud pública.

En primer lugar, es importante precisar que la salud pública implica un campo de conocimientos y, especialmente, un campo de práctica, susceptible de ser delimitado y organizado como tal. Sin embargo, la salud pública no es una disciplina autónoma y los conocimientos que requiere para sustentar su ejercicio son aportados por disciplinas diversas, articuladas en función de su objetivo y de sus objetos. Esa articulación del conocimiento en función de su práctica, abarcando una dimensión interdisciplinaria, es la esencia epistemológica de la salud pública, que puede trascender, a veces, a las disciplinas que están a su servicio, pero sin llegar a constituir una disciplina específica. Por otra parte, la articulación del conocimiento necesita un instrumento o método y la salud pública puede hacer uso de métodos de diferentes disciplinas, dependiendo del objeto y la práctica específica para cada situación. Existe, sin embargo, una disciplina que parece tener una presencia y potencial mayor en la salud pública y que le sirve frecuentemente a su finalidad, la epidemiología. Se trata de una epidemiología ampliada también en sus objetos de estudio, de modo que pueda incluir todos los factores determinantes de la salud y los aspectos de su atención, y no solamente el estudio de las enfermedades. En efecto, la epidemiología, junto con la demografía, es una ciencia de la población; sus objetos y métodos son consistentes, en las formas y en sus consecuencias, con el concepto y los objetos de la salud pública y evolucionan con ella, de modo que no es de extrañar que la historia de la epidemiología se confunda, a veces, con la historia de la salud pública. En definitiva, el método epidemiológico es el instrumento más potente y gene-

ral —aunque no el único— para la articulación de la contribución de las múltiples disciplinas a la salud pública.

Dado que posee un campo de conocimiento y de práctica, la salud pública constituye también un campo de generación de conocimiento que enriquece a las disciplinas que la sirven, o que le es específico a ella misma. Es, pues, correcto hablar de conocimientos de salud pública y de investigación en salud pública, y de campos funcionales que le son específicos.

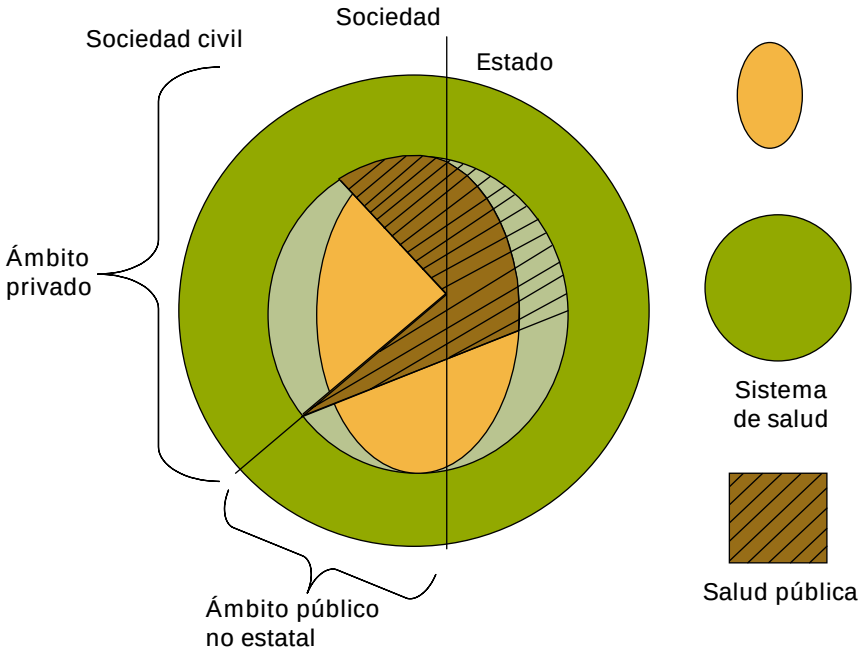
Los campos de actuación manifiestan funcionalmente los objetos de la salud pública, es decir, sus principales preocupaciones, los factores condicionantes, los riesgos, etc. Cubren, por tanto, todos los aspectos del proceso social de producción de la salud colectiva. Las acciones de la salud pública correspondientes son de responsabilidad específica o compartida entre múltiples actores, como se explica en la sección 4 de este capítulo; sin embargo, es posible identificar un núcleo de funciones y responsabilidades propias de la autoridad sanitaria, cuyo cumplimento es requerido universalmente para la existencia de una buena salud pública. Ese núcleo de funciones públicas básicas, constituye lo que en la Iniciativa se consideran las FESP, objeto operativo central del proyecto y que serán tratadas en los capítulos siguientes de este documento, especialmente en el capítulo 5 en las partes III y IV.

3. Salud pública, sistema de salud y asistencia médica

El campo de actuación de la salud pública integra al campo de la salud en general y abarca todos sus componentes, desde la perspectiva de salud de la población. Las funciones de la salud pública tienen lugar dentro del ámbito más amplio de las actuaciones en salud, por lo que el análisis del concepto de salud pública no puede completarse sino en el contexto de y frente a los conceptos de sistema de salud, atención de salud y asistencia médica, con los que está intrínsecamente relacionado.

La salud pública es parte integral del sistema de salud, entendiendo este como “las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud”.[2] Esa concepción del sistema de salud comprende la atención a las personas y al entorno hechas con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, incluido el suministro de medios, recursos y condiciones para ello; incluye también esta definición las actuaciones ejercidas sobre los factores determinantes generales de la salud y realizadas con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, estatales, no estatales y privados que las realizan. El sistema de salud es más amplio que el sistema de atención o el de los servicios de atención de salud, que incluye a la asistencia médica. En la figura 1 se intenta representar gráficamente esos ámbitos de salud y sus relaciones con los principales componentes sociales: la sociedad civil, de funcionamiento

Figura 1. Ámbitos de salud y componentes sociales



[2] WHO, “The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance”; 2000

fundamentalmente privado y que incluye el mercado, el sector público no estatal[3] o comunitario, y el Estado.

El círculo inscrito en el área mayor, que es la sociedad, representa el sistema de salud, que a su vez contiene el sistema de atención (representado por la figura oval con línea interrumpida), ambos con sus componentes estatal, privado y público no estatal. El área sombreada, de formato irregular, representa el campo de la salud pública, que cubre parte del sistema de atención pero también aspectos externos a él. En realidad, como se verá en el apartado 4.1 y en el capítulo 5, el concepto de salud pública abarca aspectos externos al sistema de salud importantes para la salud de la población; sin embargo, es conveniente limitar su extensión al sistema de salud.

La operatividad del concepto añade otra dimensión al esquema, la del sector de la salud. En cada situación institucional o régimen político-jurídico-administrativo existen organizaciones institucionalmente formalizadas, cuya finalidad principal es trabajar para la salud. Al conjunto de esas instituciones y de sus relaciones entre sí y con otras instituciones se le denomina, convencionalmente, sector de la salud. El concepto de sector, por ser convencional y utilitario en términos administrativos, se ajusta a cada circunstancia y, en el caso del sector de la salud, contiene también generalmente un subsector público estatal, uno público no estatal así como subsectores privados de interés público o privado relacionados con el mercado u otras denominaciones. El sector está delimitado normalmente en el ámbito del sistema de salud pero raramente coincide con él; una mayor coincidencia ocurre con el sistema de atención, y tampoco hay coincidencia con los campos de la salud pública en la actualidad. Por otro lado, aunque definido con una finalidad administrativa, en la realidad actual no existe necesariamente una organicidad funcional bien establecida. Con frecuencia, algunas instituciones y organizaciones relacionadas con la salud están adscritas a otros sectores desde el punto de vista administrativo, como el saneamiento básico ambiental, la producción de equipos e insumos de salud, la seguridad alimentaria y los seguros de salud. Prevalece, pues, la naturaleza de la organización productiva sobre la finalidad, como regla para pertenecer a un sector u otro.

Las proporciones de los elementos representados en la figura 1 no reproducen ninguna situación concreta, como tampoco implican un modelo. Sin embargo, reflejan de manera general la situación más frecuente en la Región de las Américas, eso es, el hecho de que los sistemas de salud y de atención de salud son mayoritariamente privados, aunque cuentan con una participación estatal significativa, y de que el campo de la salud pública es principalmente público y comprende la mayor parte de la participación estatal en el sistema de salud y sólo una pequeña parte viene de la participación privada como tal.

Hechas estas consideraciones sobre la organización general de las acciones de salud, conviene analizar brevemente el objetivo principal, los contenidos generales y las funciones básicas universales del sistema de salud, relacionándolos con el objetivo y campos o funciones de salud pública, con la finalidad de situar las acciones, responsabilidades y relaciones de la salud pública dentro del sistema de salud.

El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone tienen como finalidad fundamental producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica, lo que constituye el eje del proceso social de generación de salud, es decir, producir salud para las personas, pero especialmente para la población en su conjunto. La eficacia social del sistema es, por tanto, su principal indicador de desempeño. No basta, sin embargo, con ser eficaz y producir salud socialmente, sino que el sistema debe hacerlo generando satisfacción individual y, sobre todo, social. La satisfacción no es sólo un atributo o el resultado de la calidad de la atención y, por ello, algo necesario para su eficacia. En las sociedades democráticas, regidas por los derechos humanos y por valores humanitarios reales, la satisfacción es un valor esencial para alcanzar una calidad de vida plena y con una gran importancia política para la legitimación del sistema político y el ejercicio de la ciudadanía. El nivel de satisfacción constituye así el segundo indicador del desempeño global de los sistemas de salud y de atención de salud, especialmente cuando viene complementado con la evaluación de sus principales factores: la calidad de la atención, definida por la capacidad de solución de problemas y las formas de prestación, y la respuesta a las expectativas de salud u otras de la población. La eficacia y la satisfacción

[3] *Público no estatal*: organizaciones de la sociedad civil sin ánimo de lucro y con fines de servicio público y social, tales como entidades de beneficencia y asociaciones comunitarias.

sociales son así los dos objetivos finales siempre presentes en los sistemas de salud y de atención de salud, ya sea de forma explícita o implícita.

Los sistemas de salud están basados en valores y algunos de ellos constituyen principios estructurales de los sistemas, condicionando su organización y funcionamiento y calificando sus objetivos finales. Constituyen así objetivos complementarios y/o intermedios de los objetivos finales y, en algunos casos, justificables y buscados en sí mismos. Actualmente, en las Américas, se enmarcan en esa categoría los siguientes elementos:

a) *La equidad,* considerada como valor esencial para la corrcción de las desigualdades injustificables y la injusticia social existentes y también por su importancia para lograr la eficacia y la satisfacción sociales. La equidad es también condición necesaria y estratégica para alcanzar el acceso universal a la atención, según las necesidades y las posibilidades existentes.

b) *La participación social,* entendida como el derecho y la capacidad de la población para participar efectiva y responsablemente en la adopción de decisiones y en su ejecución, en relación al cuidado de la salud. La participación social en salud se expresa en la participación ciudadana general que es condición para la vigencia de la libertad, democracia y control social de la acción pública y, por tanto, de equidad; es también condición esencial para la eficacia y la satisfacción y en el contexto de las actuaciones en materia de salud es un fin deseable por sí mismo.

c) *La eficiencia* en el uso de los recursos en relación con los objetivos y principios establecidos, sobre todo teniendo en cuenta su escasez.

d) *La descentralización,* que mantiene el equilibrio más adecuado de responsabilidades complementarias entre los distintos niveles de actuación y como elemento facilitador de los principios anteriores y de los objetivos finales de los sistemas de salud y de atención de salud.

e) *La integralidad de la atención,* según las necesidades impuestas por la gravedad de los daños y los problemas que requiere de una atención progresiva; constituye un requisito para la eficacia, la satisfacción y la equidad.

f) *La solidaridad* en el enfrentamiento de la incertidumbre y la complejidad de los problemas de salud relativos tanto a los riesgos como a las enfermedades, y en la organización de las respuestas. La solidaridad es un criterio fundamental para la modulación de la financiación, entendida como la distribución del esfuerzo con justicia y la cobertura colectiva de costos para la prestación de servicios de acceso equitativo y universal, así como para el reconocimiento de situaciones e intereses comunes y la asociación dirigida a unir esfuerzos de protección de la salud; es decir, para la organización y ejecución de la atención necesaria. La solidaridad es así una condición de la equidad y de la participación y contribuye a la eficiencia y productividad, con lo que constituye un factor fundamental de la eficacia y satisfacción sociales de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud en general y de atención personalizada, en lo particular, de salud requieren recursos y condiciones para alcanzar sus objetivos finales y para la aplicación de los principios estructurales que se adopten. Las características de esos recursos y situaciones son cruciales para el desempeño de los sistemas y constituyen los objetos inmediatos de su gestión, lo que a su vez plantea el riesgo —situación que se da muy frecuentemente— de estar desvinculados de los objetivos y valores o principios a los que deben servir y de ser transformados en objetivos independientes. Esa ha sido, en definitiva, la gran equivocación de muchas de las reformas sectoriales recientes. Entre los recursos y condiciones más importantes, se presentan los siguientes:

i) *El liderazgo,* entendido como la capacidad de formular y poner en práctica planes y proyectos, que comprende la capacidad de desarrollar acuerdos y apoyos, de confrontar eficazmente a las partes opuestas, de movilizar voluntades y recursos, y finalmente, de crear las condiciones y situaciones más favorables para la realización de los objetivos, principios y funciones del sistema. Es el atributo intrínseco más esencial para el buen cumplimento de la función de gestión.

ii) *La información,* considerada insumo indispensable para la idoneidad de las decisiones adoptadas y las actuaciones llevadas a cabo, siempre y cuando se produzca y utilice de forma idónea para la generación de la inteligencia requerida.

iii) *Los recursos humanos* adecuados y *la capacidad física* productiva apropiada;

iv) *Los conocimientos* y *la tecnología* apropiados;

v) *La financiación*. Al tratarse de un instrumento que permite hacer factibles los demás recursos y condiciones y depender, en general, de decisiones externas al sistema de salud, la financiación adquiere una connotación especial. Importa su nivel en relación a la riqueza del país, que pone de manifiesto el grado de esfuerzo de la sociedad y de suficiencia o producción posibles; su origen o fuentes, que definen el nivel de solidaridad, o de ausencia de ella, y de equidad en la distribución de ese esfuerzo; y su uso (proceso de asignación y distribución y la producción generada), que manifiesta la esencia del modelo de gestión, su nivel de eficiencia y el destino final de los recursos, es decir, qué necesidades se satisfacen y quiénes son los beneficiarios.

Los objetivos, principios básicos y condiciones y recursos requeridos orientan la definición de funciones de los sistemas así como su organización y funcionamiento generales. En este documento, consideramos solamente las funciones globales como marco de referencia de las funciones de la salud pública. La OMS identifica cuatro funciones globales y universales de los sistemas de salud:[4] rectoría; prestación de servicios; generación de recursos, constituida por inversiones y formación de recursos humanos; y, financiación, que incluye recaudación, agregación y compras. La OPS, por su parte, al tratar las dimensiones de la rectoría en salud,[5] también identifica cuatro funciones globales de los sistemas de salud: rectoría, prestación de servicios, financiación y aseguramiento de la atención. Las Funciones Esenciales de Salud Pública forman parte de la rectoría junto con la conducción, regulación, armonización de la prestación de servicios, modulación de la financiación y supervisión, y aseguramiento de la atención.

Entre las subfunciones de la rectoría, y considerada en parte como una función esencial de la salud pública, está la información pública. No se trata aquí de la información para la gestión en sentido amplio, que estaría incluida en los requisitos de las otras funciones, o de la información usada como propaganda institucional, que es exigencia de la función de rectoría o auxiliar de las otras funciones. Se trata así de la información dirigida al público para capacitarlo y hacerlo copartícipe de la responsabilidad de la salud y del control sobre la actuación pública; se trata de la información para la formación de la ciudadanía, para la afirmación de los valores y su institucionalización por medio de las prácticas sociales. Todo ello forma parte de un proceso más amplio bajo la responsabilidad esencial del sector público, pero se manifiesta específicamente como función fundamental de los sistemas de salud. Se incluye también aquí el concepto de transparencia en la gestión pública, lo que permite su control permanente y efectivo por parte de la sociedad.

El análisis anterior, en este mismo apartado, permite situar a la salud pública dentro del sistema de salud y considerarla como una parte, o mejor dicho, como una manifestación del sistema de salud dentro de la perspectiva de la salud de la población. Es más que una función del sistema de salud, es su realización en la dimensión colectiva y social. Los objetivos finales del sistema de salud y de la atención de salud, particularmente el de eficacia social, son también objetivos de la salud pública. Los valores y principios básicos son parámetros de la salud pública, que los aplica como objetos propios en función de su objetivo central, la salud de la población. Las condiciones y los recursos esenciales de los sistemas de salud son también preocupación de la salud pública en la medida en que son también requisitos necesarios para la salud de la población. Las funciones globales de los sistemas de salud, en sus relaciones con la salud de la población, son referencias para las funciones de salud pública. La salud pública, por sus funciones esenciales (FESP), apoya e integra la rectoría, asumiendo incluso directamente la responsabilidad de algunas de sus tareas y transformándolas en funciones de la salud pública; se interesa por la financiación como requisito para la salud colectiva; comparte la responsabilidad de la creación de la capacidad productiva para asegurar que responda a los requisitos de la salud de la población; se preocupa por los aspectos colectivos de prestación de servicios para conseguir la eficacia social (organización, calidad, coberturas, acceso, etc.); y además, asume como propia la función de "información al público", una función de carácter colectivo por excelencia. De este modo, la salud pública contribuye

[4] WHO, op. cit.

[5] OPS, "La rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma del sector de la salud"; 1996.

a la ejecución de las funciones del sistema de salud y a su organización; no es solamente un componente, aunque pueda ser identificada en sus límites y contenidos.

Esta visión de la salud pública permite entender sus relaciones de interdependencia con la asistencia médica y al mismo tiempo sus diferencias y complementariedad. La medicina se convierte así también en una de las ciencias al servicio de la salud pública, pero no la define ni se confunde con ella. El acto médico en sí no es parte de la salud pública, pero la suma de sus actuaciones y su contribución a la salud colectiva sí lo son; una vacuna individual puede no ser parte de la salud pública pero pasa a serlo cuando es repetida con la finalidad de proteger a la población y conseguir el control de la enfermedad. Esa misma relación se pone también de manifiesto si las funciones básicas del sistema de salud o de atención de salud son definidas en la perspectiva más limitada y tradicional de la historia natural de la enfermedad, según las fases de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

No es sorprendente o contradictorio, por lo tanto, que la salud pública actúe también por medio de los recursos adscritos operativamente a la atención personal de la salud y haga uso de esa misma atención. Al contrario, la naturaleza de ambos dominios y su carácter complementario aconsejan el uso de recursos comunes y el aprovechamiento de las oportunidades creadas por los servicios de salud y las atenciones personales para la realización de intervenciones de la salud pública. El contacto del médico con el paciente, por ejemplo, da oportunidades importantes para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además de otras actuaciones de salud pública dirigidas al individuo y a la familia, y a sus relaciones en el entorno y en la comunidad en que viven. Lo mismo ocurre en relación a las otras categorías del equipo de salud. Esa actuación conjunta potencia la atención personal de la salud y otorga a la salud pública un alcance social que no se puede conseguir de otra forma. En el caso de la atención al ambiente, es más que articulación o complementariedad, es la propia salud pública en funcionamiento.

4. Actores o sujetos

La salud pública es ejercida por muchos actores. Dado que tiene un campo de actuación tan amplio y variado, exige la participación de prácticamente todos los actores sociales.

4.1 La sociedad

El sujeto básico y permanente de la salud pública es la misma población organizada en la sociedad. El público no es solamente el objeto central de la salud pública, sino que es su principal actor. La salud pública es la salud de la población, para la población y por la población. La actuación de la sociedad en pro de la salud se manifiesta en las instituciones y prácticas sociales y en los valores socialmente reconocidos que modelan las actitudes, comportamientos y conductas sociales en favor de la vida y la salud. También se observa en el reconocimiento de las necesidades y demandas y en los esfuerzos colectivos para satisfacerlas. La actuación de la población como actor de la salud pública se manifiesta a través de los grupos organizados de la sociedad, de las redes informales o formales de apoyo, de las diversas comunidades de intereses y hasta de los sentimientos específicos o difusos de satisfacción o insatisfacción públicas. Todas esas manifestaciones de la población en la sociedad y de lo público no estatal constituyen la base social de la salud pública, sus destinatarios y también sus instrumentos de actuación, inspiración y fortaleza.

4.2 El Estado, lo público no estatal y lo privado

Las sociedades establecen instituciones reconocidas jurídicamente con el fin de cumplir las funciones de interés común o de grupos socialmente significativos. La principal de esas instituciones es el Estado, una de cuyas responsabilidades prioritarias consiste en vigilar el cumplimiento de las funciones públicas, entre ellas las de salud pública. El Estado, en nombre de la población, tiene un papel central como sujeto-actor de la salud pública, dada su responsabilidad directa a la hora de garantizar que sus funciones sean llevadas a cabo, algunas en forma directa y en régimen de exclusividad, como son aquellas vinculadas al poder político formal —adscripción obligatoria de valores jurídicos por medio de la legislación y otras normas de aplicación general—, al poder de coerción y de justicia, mediante el uso legal de la fuerza, o al establecimiento de compromisos internacionales formales, o a la defensa de la soberanía e integridad nacionales; otras, en cambio, se realizan por medio de delegación, promoción, complementariedad o subsidiaridad. En efecto, entre las responsabilidades principales del Estado en materia de salud pública, se encuentran las de movilizar, articular, orientar

y apoyar la actuación de la sociedad y, especialmente, de sus actores públicos no estatales. Esa sinergia entre Estado y sociedad civil es el factor instrumental más importante para alcanzar una salud pública eficaz.

La actuación de agentes sociales privados amplía las posibilidades de la salud pública, la capacidad del mismo Estado y es coherente con el concepto de salud pública que estamos analizando. En particular, el papel de las organizaciones sociales, el sector público no estatal, ofrece oportunidades innegables para el sistema de salud en general, y para la salud pública en particular. Estas organizaciones de interés público no sufren algunas de las deficiencias de la actuación estatal, no se comportan según las reglas del mercado y suelen operar con mayor proximidad a la población y las comunidades. La posibilidad no es, sin embargo, una alternativa a la actuación del Estado y no lo exime de sus responsabilidades hacia la salud pública.

Por su parte, los agentes privados propiamente dichos tienen también funciones, aunque limitadas, en materia de salud pública. En efecto, las deficiencias o imperfecciones del mercado en relación a la salud en general se magnifican en relación a la salud pública donde prevalecen, por definición, los bienes públicos o los de externalidades significativas, donde destacan la asimetría de información, la complejidad y la incertidumbre y donde los riesgos morales y las selecciones adversas son aun más condenables. El mercado en la salud pública es un mecanismo adicional que se usa en situaciones especiales o para corregir alguna deficiencia de la gestión pública. Sin embargo, algunos agentes del mercado, como empresas y corporaciones, pueden asumir un interés público compatible con su naturaleza e incluso legitimarse socialmente y hacer contribuciones de importancia a la salud pública. Hay situaciones en las que, incluso los entes típicamente privados, como las empresas, pueden actuar como sujetos de la salud pública, por ejemplo, en el campo de la salud ocupacional, con respecto a la protección ambiental o, de forma voluntaria, en otros campos.

Esta visión de la salud pública en la sociedad aproxima, como ya se ha mencionado, la atención individual a la atención colectiva. En efecto, muchas actuaciones colectivas de salud pública resultan de atenciones individuales, es decir, de la protección específica de todos mediante la protección de muchos individuos, o de conductas personales comunes. Por otro lado, la atención individual requiere condiciones de carácter público como la financiación, la organización, la regulación, etc. La incorporación de una perspectiva de salud pública en la atención personal de salud complementa a ésta y le confiere mayor calidad y eficacia, al mismo tiempo que amplía la capacidad de la salud pública al ofrecerle oportunidades de actuación en todos los niveles de asistencia.

4.3 Profesiones y profesionales

La salud pública como campo de conocimientos propios implica, en su aplicación, la actuación de agentes específicamente capacitados, o sea, profesiones y profesionales. Las profesiones de la salud pública corresponden, en primer lugar, a las disciplinas que contribuyen a su realización, diferenciadas en su ejercicio por su finalidad específica, que es la salud de la población. Algunas de esas profesiones se identifican más ampliamente con la salud pública en la medida en que la disciplina correspondiente está más dedicada a su objetivo y objetos, como es el caso de la epidemiología, íntimamente integrada a la salud pública en todas sus manifestaciones, desde la investigación etiológica y el control de enfermedades transmisibles, hasta la formulación de políticas y la gestión de sistemas y servicios y su evaluación; se puede incluso afirmar que la calidad de la salud pública está en relación directa con la epidemiología que está a su servicio, y viceversa. Por otro lado, es posible identificar profesionales que proceden de una de las disciplinas contribuyentes, entregados a la tarea de articulación del conocimiento en función del objetivo y objetos de la salud pública, y que se dedican exclusivamente al ejercicio de la salud pública, lo que los caracteriza como profesionales orgánicos de este campo. Ese hecho manifiesta el carácter científico–técnico y profesional de la salud pública, esencial para su ejercicio, pero siempre inmerso en el contexto que la conforma y al servicio de los valores que la sustentan. La excelencia científico-técnica es, sin embargo, estratégica para una salud pública de calidad, aunque dicha excelencia sólo se puede alcanzar teniendo en cuenta todas las demás dimensiones. La salud pública no se agota en el trabajo de sus profesionales orgánicos, debe expandirse por la incorporación al trabajo de todos los trabajadores de la salud y de los sectores relacionados, especialmente en el nivel primario de atención. En efecto, uno de los desafíos principales de los agentes de salud pública es su habilidad de hacer que los objetos y las actuaciones de salud pú-

blica sean comprendidos por otros e incorporados en su propia actuación.

En resumen, los sujetos de la salud pública son múltiples y sus ejes de actuación están en la misma sociedad, en la forma de diferentes organizaciones y, particularmente, en el Estado, como institución social que concentra la esfera del sector público. El éxito de la práctica de la salud pública está en saber cómo contribuyen todos esos actores a la finalidad común y en facilitar esas contribuciones, en forma articulada y sinérgica, de tal modo que respondan con eficacia, responsablemente y de manera socialmente controlable al interés de la población. Esto es también, fundamentalmente, una tarea de los poderes públicos.

5. Proceso de construcción

Con tal arraigo en lo social, la salud y la salud pública resultan de un complejo proceso social históricamente construido en el que se dan la generación y regeneración de valores que se manifiestan en instituciones y organizaciones de salud pública o que contribuyen a su ejercicio. Este hecho es esencial para la comprensión de la salud pública en cada situación y cultura y también con respecto a los aspectos generales comunes relativos a su concepto y a su ejercicio.

6. Valores y principios

Como proceso sociocultural e histórico y como actividad humanística por excelencia, la salud pública es conocimiento y técnica manifestados en una práctica al servicio de y basada en unos ciertos valores. En el extremo de esos valores está la consideración de la salud y de la vida como bienes supremos del ser humano dotado de derechos y responsabilidades, entre ellos, el derecho superior a la protección social de sus bienes supremos y la responsabilidad compartida de cuidarlos. Está también la aceptación de que es función de una sociedad organizada sumar los esfuerzos de sus miembros en la actuación solidaria para el cumplimiento de esa responsabilidad en favor de la salud de todos, o sea, de la salud pública; y corresponde al Estado, su principal institución, la obligación de dirigir la realización de esa aspiración social. De estos valores fundamentales surgen otros valores, tales como la solidaridad, el uso eficiente de los recursos disponibles, la participación y el control sociales, y la equidad en el acceso a los bienes y servicios que producen salud.

El enunciado anterior parece demasiado obvio, dado que difícilmente alguien podría o se atrevería a negarlo. Sin embargo, tiene implicaciones conceptuales y operativas determinantes y define los propósitos finales, aunque generales, para la actuación, para el desarrollo del conocimiento y de la tecnología y, por supuesto, para la salud pública. De la percepción e identificación de las necesidades a la definición y aplicación de las respuestas para satisfacerlas, los valores deben preceder a la razón o, mejor dicho, la razón se construye sobre la base de esos valores. En consecuencia, la salud pública como actuación científica y técnica valora la evidencia identificable y medible y busca basar sus decisiones e intervenciones en ella; conoce, sin embargo, las limitaciones de la evidencia científica dentro de la realidad social, especialmente en situaciones de subdesarrollo, y la importancia de los valores en su conformación. Asimismo, siempre tratará de compatibilizar la evidencia científica con los valores, aunque reconocerá, en principio, la precedencia de éstos.

Desde otra perspectiva, el ocaso de los valores debilita la consideración de los fines últimos de las prácticas humanas y, en definitiva, de la naturaleza de la humanidad y el valor de la vida y de su protección por medio de la salud. En esta situación, la ciencia deja de ser episistema para dedicarse fundamentalmente a la construcción de modelos de lo real, sin preocuparse por el examen de los valores que los legitiman y que deberían orientar las prácticas promovidas por esos modelos, lo que se opone a la finalidad de la salud pública.

El riesgo del abuso en nombre de los valores es siempre menor que el riesgo del abuso de la racionalidad formal de apariencia científica para justificar opiniones y hasta intereses, o sea, la imposición de valores sobre los demás. En efecto, con frecuencia se ha observado la afirmación de verdades incontestables en el campo social que luego son negadas o modificadas por la realidad. Las deficiencias en la definición de objetos y métodos de observación, de la información recopilada, de la misma observación y del observador, son demasiado obvias en el campo social para que se sustente una confianza completa en la evidencia y, especialmente, si es independiente de la finalidad y de los principios básicos que deben regir en los sistemas de salud, y en la salud pública en especial. Esa llamada de advertencia no pretende disminuir la importancia de la evidencia; al contrario, apunta a ensanchar esta importancia al dejar que los valores la condicionen.

En esta dimensión valorativa, la salud pública se asocia y se reviste de ética y la extiende por todos sus ámbitos de actuación: en la sociedad, en el Estado, en sus quehaceres específicos o compartidos, y hasta en la consideración de las necesidades individuales. Es una ética con dimensiones sociales que refuerza la primacía de la población y la sociedad.

Es desde esa perspectiva, que un valor especialmente rezagado en las Américas adquiere una importancia significativa y sintetiza la dimensión valorativa de la salud pública: la equidad. En lo que se refiere a la atención de salud, la equidad pone de manifiesto el valor de la vida humana y la ética absurda de los privilegios basados en diferencias étnicas, de condición económica y de género, culturales o de lugar de residencia; aboga así por y exige el acceso universal a la atención de salud y la responsabilidad social por parte del Estado de garantizarlos, especialmente para los grupos en desventaja. La equidad requiere también la integralidad y calidad de la atención y, en definitiva, una eficiencia máxima en el uso de los recursos disponibles. Para la salud pública, el principio de la equidad es un eje central de actuación que modelará la financiación de la salud, la organización y la gestión del sistema de atención, la generación de recursos reales para el cumplimiento pleno de las funciones del sistema de salud y para la propia salud pública. La equidad es más central en cuanto las realidades muestran grandes desigualdades e injusticias en las situaciones de salud en los países y entre ellos. Y se ha demostrado que la falta de un trato de equidad es el factor principal para un desempeño social deficiente de los sistemas de salud.

7. La política y las leyes

La salud pública está subordinada o depende en gran medida de la política y en muchos aspectos los actores correspondientes tienen que actuar en función de ella.

7.1 Democracia, participación y políticas públicas saludables

La ampliación y profundización de la democracia como marco de referencia y de realización de la participación ciudadana es el principal condicionante político de la salud pública y de las prácticas sociales que la forman. Un proceso político e instituciones políticas socialmente legitimadas son, a su vez, condición y resultado de una democracia efectiva y de políticas públicas saludables que responden adecuadamente a las necesidades de salud de las poblaciones. En esencia, esos aspectos se refieren a las características del proceso y del régimen político y a la democratización del poder a través de la capacitación y participación ciudadanas, un hecho que conferirá al proceso una legitimidad y una capacidad de actuación pública socialmente correcta.

Desde esa perspectiva, la salud pública mejora con la democracia y la participación, y es en ese contexto en el que se hace posible la verdadera integración social de los valores que orientan a la salud pública y la verdadera capacitación, incluso política, de la población para corresponsabilizarse de la salud de todos y de la responsabilidad efectiva y socialmente controlada del Estado en relación a la salud de la población. Esa condición esencial obliga a los sistemas de salud a incorporar el fortalecimiento del proceso de democratización y participación social como parte de sus funciones globales, que queda inscrita especialmente en la rectoría y debe ser asumida, operativamente, por la salud pública.

Una consecuencia de ese hecho es la formulación, aprobación y ejecución de políticas públicas más saludables. A la salud pública le corresponde específicamente promover y propugnar esas políticas públicas saludables en todos los sectores y evaluar los proyectos relacionados con las mismas para determinar así el impacto de las políticas aprobadas o ejecutadas sobre la salud de la población. Le compete, asimismo, promover y preparar los instrumentos jurídicos necesarios para el ordenamiento de sus funciones y promover las actuaciones dirigidas a su aprobación y ejecución.

7.2 Legislación y Estado de derecho

La salud pública es el reconocimiento y aplicación de valores socialmente aceptados de protección de la vida y de la salud y la asignación de valores relacionados con la salud en la sociedad. Este esfuerzo requiere de normas jurídicas y de su cumplimiento por la sociedad en un estado de derecho, en el que el monopolio del poder político institucional ejercido por el Estado produce las leyes necesarias y asegura su cumplimiento en igualdad de condiciones para todos. Sólo en esas condiciones existe una garantía de la neutralidad personal de la ley y de su aplicación ecuánime en beneficio de la salud de todos. El trabajo de elaborar, proponer y propugnar la legislación necesaria para la protección de la salud, de hacerla surgir de forma complementaria en el ámbito de las atribuciones de la autoridad sanitaria y de velar por su

correcta aplicación, incluso utilizando el poder de vigilancia conferido por la legislación al sector, constituye el componente esencial de regulación de la función de rectoría del sistema de salud que tiene, en la salud pública, su principal beneficiario y ejecutor.

7.3 Viabilidad de la práctica de la salud pública

La viabilidad de la práctica de la salud pública viene determinada por el nivel de aceptación y el apoyo a las medidas preconizadas que redundan en su cumplimiento efectivo. El desarrollo de esa viabilidad es, en esencia, un proceso político de creación del consenso, de establecimiento de alianzas y de neutralización de oposiciones en la sociedad civil, en las diversas instituciones del Estado y en el propio sistema de salud. El esfuerzo requerido forma parte de la función de rectoría del sistema de salud y es de especial importancia para la salud pública.

La viabilidad de la práctica de la salud pública se completa con la viabilidad de las condiciones y recursos necesarios para la realización de sus funciones. De este modo, lo viable política y culturalmente se hace entonces factible materialmente.

7.4 La salud pública y la política

De lo anterior se deduce la importancia de la consideración de la política dentro de la salud pública. No se trata, evidentemente, de politizar la salud pública en el sentido de subordinarla a ideologías políticas o a intereses partidistas, aunque debe reconocerse la importancia de unos y de otros. Lo que es preciso es la actuación intencional y desarrollada de forma congruente, con la finalidad de conseguir los resultados políticos deseados. Ello requiere al menos:

a) La comprensión del proceso político y de sus factores y actores relevantes en relación con las decisiones deseadas y la capacidad de elaborar estrategias eficaces para ello.

b) El análisis de las políticas en la perspectiva de la salud de la población, sus virtudes y sus defectos y su contribución para alcanzar políticas saludables.

c) El fomento de los intereses de la salud pública, mediante el uso del poder de la técnica y de la ciencia y de la capacidad de movilización de la sociedad y de las alianzas más eficaces según la situación y el momento.

d) La contribución al desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social, especialmente a través de la información, la educación en salud y la organización para la participación comunitaria.

e) La constitución de alianzas y la movilización de apoyos políticamente significativos.

Entendiendo la política como el ejercicio del poder, tanto el real con su capacidad de influir, ejercido por la sociedad, como el formal o institucional, consustancial a los poderes del Estado, la esencia del proceso político consiste en canalizar las demandas de la sociedad hacia el Estado para que sean examinadas y atendidas. Ello no deja de lado la importancia de las decisiones privadas de algunos actores de la sociedad civil; pero esas decisiones tienen carácter voluntario y sus efectos apenas se manifiestan para los que aceptan pertenecer al ámbito restringido en que operan y son acatadas, sin olvidar que algunas de ellas afectan indirectamente a algunos que se encuentran fuera de ese ámbito. Sólo el Estado recibe de la sociedad la facultad de decidir por todos. El gran problema es la gran concentración del poder real en la sociedad, que deforma el proceso político haciendo que los gobiernos tomen, a veces, decisiones socialmente perjudiciales y no saludables. De ahí que una tarea importante de la salud pública sea contribuir activamente al desarrollo de la ciudadanía y a la democratización del poder en la sociedad. Se trata del principio de que una población informada y consciente de sus derechos y responsabilidades y organizada para la participación democrática es la garantía más eficaz del ejercicio democrático y socialmente beneficioso, también en materia de la salud, del poder real y del poder político o formal. Para ello, el principal instrumento político de la salud pública consiste en disponer de un proyecto de transformación que, estratégicamente, movilice a la sociedad y sea apoyado por ella, y que, en el plano coyuntural, sirva al desarrollo de alianzas y apoyos políticos que lo hagan viable. Es indispensable también que se pueda demostrar una capacidad efectiva de realización y de los beneficios que se obtienen de ello.

8. Prácticas sociales y salud pública

De todo lo anterior resulta evidente la estrecha relación de la salud pública con las prácticas sociales que favorecen la salud. Esta relación, ya mencio-

nada varias veces, será una matriz para la identificación de las funciones esenciales de la salud pública y de ellas trataremos en el capítulo 5 de este libro.

9. Intersectorialidad y salud pública

La naturaleza multisectorial de los factores determinantes de la salud alcanza también, lógicamente, a la salud pública y la importancia de la actuación intersectorial se refuerza por medio de los diversos aspectos del concepto de salud pública que hemos analizado. En efecto, aspectos como la alimentación, la salud ambiental, la participación ciudadana, y en definitiva, la creación de mejores condiciones de vida y de políticas públicas saludables, exigen la cooperación con otros sectores para su realización. Pero incluso aspectos específicos de los servicios de atención de salud dependen del apoyo de otros sectores, como insumos, servicios de transporte y comunicación, etc, para su realización o la mejora de su calidad.

La salud pública no es sólo un campo de conocimiento multi e interdisciplinario, es también una práctica social inevitablemente intersectorial. No hay función de la salud pública que no requiera, en mayor o menor grado, la cooperación con otros sectores. Por eso, uno de los desafíos de la salud pública es asegurar esa cooperación.

10. Dimensión internacional de la salud pública

Los riesgos y los factores condicionantes de la salud no existen sólo dentro de las fronteras nacionales. Desde hace mucho tiempo se sabe que la enfermedad no obedece a las fronteras. En un mundo inmerso en la mundialización, las amenazas y posibilidades de soluciones en materia de salud son mucho más probables que las relativas a la transmisión de enfermedades. Con frecuencia, muchas de las principales decisiones sobre factores condicionantes de la salud son inducidas o elaboradas fuera de los países, especialmente si éstos están en la periferia mundial. Algunas de esas influencias globales fueron mencionadas en el capítulo 3, cuando analizamos la mundialización y sus manifestaciones, así como las redes actuales de la salud pública. Pero además, hoy son bien conocidos los efectos globales de la contaminación ambiental, la pandemia de SIDA o el resurgimiento de la tuberculosis, el interés comercial de las corporaciones transnacionales en la industria de la salud y la concentración y selección socialmente perversa de la producción de conocimientos y de tecnología, entre otros. Están también las catástrofes naturales o las causadas por el hombre y las organizaciones criminales vinculadas al consumo de drogas y otras formas de violencia. Por otro lado, están las promesas de la ciencia y de la tecnología, las intensas y progresivas relaciones de interdependencia y solidaridad entre países y pueblos, los pactos regionales y universales y las organizaciones internacionales, ya sean intergubernamentales o privadas, con la finalidad de analizar los problemas de la humanidad y promover soluciones para ellos.

Los aspectos mencionados en el párrafo anterior constituyen bienes o males públicos que afectan a la población mundial o regional de ámbito supranacional. Ello requiere que su producción y muchos aspectos de su regulación deban ser de carácter internacional, lo que exige una institucionalización que asegure la capacidad de decisión necesaria para realizarlas. Además, las profundas diferencias entre los países en materia de desarrollo y de capacidad de realización de las funciones públicas esenciales, entre ellas, las de salud pública, requieren un nivel creciente de cooperación internacional en materia de salud, que tiene como eje de desarrollo de la salud pública.

El mundo se ha integrado y la salud de las poblaciones recibe la influencia creciente de los acontecimientos y los procesos externos a los países, o comunes a algunos o a todos ellos. La salud internacional es así un componente de la salud pública, una salud pública que es también, cada vez más, universal: la salud de la humanidad.

11. Una definición

Es imposible sintetizar en una definición breve todos los aspectos conceptuales analizados, por lo que una noción consensual de la salud pública es prácticamente imposible. Sin embargo, es una realidad que una definición sintética facilitará la divulgación de los conceptos y el fortalecimiento del ejercicio de la salud pública.

Hay varias propuestas de definición en la literatura, todas con ventajas e insuficiencias. Quizás la más aceptada y completa de todas ellas es la propuesta por Winslow en 1920:[6] “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida,

[6] Winslow, C.E.A. “The Untilled field of Public Health”, Modern Medicine, 2: 183, March; 1920.

fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación de los individuos en los principios de la higiene personal; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad". Es una definición muy amplia que incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido propuesta hace 80 años; su énfasis está todavía, sin embargo, en la enfermedad y en el paradigma higiénico/sanitario hegemónico en la época, aunque incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública.

Una definición más reciente (Piédrola Gil et al., 1991) simplifica la de Winslow: "La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad". Esta definición simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud; el énfasis de lo colectivo, sin embargo, está más acorde con la forma de actuar mediante los esfuerzos colectivos, que con los objetos de la acción.

La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido. El concepto comprende los elementos esenciales de las definiciones anteriores, es congruente con la comprensión actual del proceso de salud y tiene el potencial de abarcar la complejidad de la salud pública en el mundo de hoy y de poner de manifiesto su ejercicio con el fin de responder a los desafíos que todo ello plantea.

El concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles. La complejidad de la salud pública necesaria en el mundo actual hace de ella un poliedro de muchos y cambiantes lados que justifican la variedad de miradas con que lo reconocemos, manifestadas en las múltiples maneras de definirlo y actuar sobre él, incluso en el uso de expresiones sustitutivas o complementarias referentes al todo o a las partes del tema, como por ejemplo, la medicina social, la salud comunitaria, etc.

Así pues, como ya se ha dicho, una definición sintética, suficiente y consensual es imposible. La que proponemos a continuación combina elementos comunes a muchas anteriores y pretende ajustarse a los conceptos analizados en ese capítulo:

> "La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo".

Bibliografía

Berkman L y Lochner K. Social Determinants of Health; Meeting at the Crossroads, Health Affairs, Book Review Essay; marzo/abril, 2002.

Claeson M et al. Public Health and World Bank Operations. Washington: HNP/ World Bank; 2002.

Cordeiro H. "Sistema Único de Saúde", Ayuri Editorial Ltda., Rio de Janeiro; 1991.

Escuela de Salud pública del Ecuador y OPS. "Salud pública — Ciencia, política y acción", Quito; 1993.

Frenk J. "The new Public Health", En: Annual Review of Public Health, Vol. 14, pgs. 469–490; 1993

Frenk J. "La salud de la población — Hacia una nueva salud pública", Fondo de Cultura Económica, México; 1994.

Glonberman S. "Towards a New Perspective on Health Policy", CPRN Study no. H/03, Renouf Publishing CO, Lrd, Ottwawa; 2001.

Granda E. "Salud pública e identidad", presentación en el Foro "Modelos de Desarrollo, Espacio Urbano y Salud", Santa Fe de Bogotá; abril, 1999.

Guimarães R y Tavares R. "Saúde e Sociedade no Brasil — Anos 80", Relume Dumará, Rio de Janeiro; 1994.

Hanlon JJ. "Principios de Administración Sanitaria", Parte I – Introducción, 2ª edición, La Prensa Médica Mexicana, México; 1963.

Hartge P. "Epidemiologic tools for today and tomorrow", Anal of the New York Academy of Sciences, 954: 295–310; 2001.

Henderson H. "Paradigms in Progress", 1994. Healthier Communities Summit, Anaheim, CA; 1994.

Hertzman C. "The Social dimensions of Public Health" in World Science Report 1999, pgs. 341–351, Londres; 1999.

Kawl I y Faust M. "Global public goods and health: taking the agenda forward", Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79: 869–874.

Koplan JP. “From Anthrax to Zyban: 20th Century Triumphs and Implications for the New Millenium: 1999 Fred T. Foard Memorial Lecture, University of North Carolina School of Public Health; abril 1994.

Last JM. “Public Health and Human Ecology”, Appleton & Lange; 1987.

Legowski B y Mckay L. “Health beyond Health Care: twenty-five years of Federal Health Policy Development”, Canadian Policy Research Networks, IN; 2000.

Londoño JL y Frenk J. “Structural pluralism: towards and innovative model for Health System Reform in Latin America”, in Health Policy, 41:1–36; 1997.

López-Acuña D et al. “Reorienting Health Systems and Services with Health Promotion Criteria: A critical component of Health Sector Reforms”, Technical Paper for the Fifth International Conference on Health Promotion, Mexico; junio 2000.

Maxcy-Rosenau. “Preventive Medicine and Public Health”, Ninth Edition, Edited by Phillip Sartwell, Appleton – Century – Crofts, N. York; 1965.

Milio N. “Promoting Health Through Public Policy”, Canadian Public Health Association, Ottawa; 1989.

Mullan F. “Public Health then and now – Don Quixote, Machiavelli and Robin Hood: Public Health Practice, past and present”, in American Journal of Public Health, Vol. 90 no. 5, May 2000, pgs. 702–706.

Musgrove P. “Protecting Health in Latin America: what should the State do?”, mimeografiado, World Bank, Washington, D.C.; 2001.

Musgrove P. “Public spending on Health Care: how different criteria related?”, The World Bank Institute, World Bank; 1999 (mimeografiado).

OPS. “El desafío de la epidemiología”, Públicación Científica nº 505; 1988.

OPS. “La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate”, Públicación Científica, nº 540, Washington; 1992.

OPS. “La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma del sector de la salud’, Documento presentado al cuadragésimo Consejo Directivo; 1996.

OPS. “Las condiciones de salud en las Américas”, Edición 1994, Vol. I, Públicación Científica, nº 549; 1994.

OPS. “Las condiciones de salud en las Américas”, Edición 1998, Vol. I, Públicación Científica, nº 569.

OPS. “Promoción de la salud: una antología”, Públicación Científica nº 557, Washington, DC; 1996.

OPS. “Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas”, Washington; 1993.

PAHO. Division of Health and Human Development “Principles and Basic Concepts of Equity and Health”, October; 1999.

Paim JS y Almeida Filho, N. “A crise de Saúde Pública y a utopia da Saúde Coletiva”, Casa da Qualidade Editora, Salvador, BA; 2000.

Piedrota G et al. “Medicina preventiva y salud pública”, 9a edición, Ediciones Científicas y Técnicas AS, Barcelona; 1991.

Preker A, Harding A, y Girishauker. “The Economics of Private Participation in Health Care: New Insights from Institutional Economics”, World Bank, Washington; 1999.

Rebecca S. “The Policy Process: an overview”, Overseas Development Institute, London; 1999.

Restrepo H. “Increasing Community Capacity and Empowering communities for Promoting Health”, Technical Report 4 to the Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City; junio 2000.

San Martin H. “Administración en Salud pública, Parte I: objetivos de los Sistemas de Servicios de Salud”, La Prensa Médica Mexicana, México; 1988.

Schaeffer M. “Salud, Medio Ambiente y Desarrollo”, OMS/EHE/93.1, OMS/OPS; 1994.

Solimano G e Isaacs S. (EE): “De la Reforma para unos a la Reforma para todos”, Editorial Sudamericana, Santiago; 2000.

Strategies for Population Health — Investing in the Health of Canadian”, Ottawa; 1994.

The Belmont Vision for Health Care in America”, Institute for Health Futures, Alexandria, VA; 1992.

The Core Functions Project Steering Group. “Health Care Reform and Public Health: a paper on Population-based core functions”, Journal of Public Health Policy, Vol. 19 nr. 4, pgs. 394–418.

UN/Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Twenty-second Session: “The right to the highest attainable standard of Health”, Ginebra; 2000 (unedited version).

US Institute of Medicine. “The Future of Public Health”, National Academy Press; 1988.

Whitehead M. “The concepts and principles of equity and Health”, International Journal of Health Services, Vol. 22, Number 3, pgs. 429–445; 1992.

WHO . “The World Report 1999—Making a difference”, Ginebra; 1999.

WHO. “Health a precious Asset, accelerating follow-up to the World Summit for Social Development,. Ginebra; 2000.

WHO. “The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance”, Ginebra; 2000.

Why are some people healthy and other not? The determinants of Health of Populations”, Editors Robert Evans, Morris Barer and Theodore Marmor, Aldine de Gruyter, N. York;1994.

Wilkinson R, y Marmot, M. (EE) “Social determinants of Health: The Solid Facts”, WHO/EURO, Copenhague, 2000.

Winslow CEA. “The untilled field of Public Health”, Modern Medicine, 2: 183; marzo 1920.

Prácticas sociales y salud pública

1. Cultura, capital social y prácticas sociales

El concepto de salud pública no hace referencia solamente a la salud de la población, sino también a la salud generada por la población. En efecto, la sociedad, entendida como la población organizada, es el principal actor de la salud pública y tiene, en última instancia, la responsabilidad de los medios colectivos de protección de la salud de sus miembros, incluidas las actuaciones del Estado, como su principal instrumento institucionalizado. Sin embargo, el papel de las poblaciones en la salud pública no lo llevan a cabo en la sociedad solamente las organizaciones formales. Es también resultado de actuaciones e interacciones sociales, formalmente organizadas o no, que repercuten positiva o negativamente, directa o indirectamente, en la salud. Para su eficacia no exigen una intención o una finalidad definidas con relación a la salud, pero sus efectos positivos son ampliados cuando son ejecutadas, conscientemente, con ese propósito. La salud es así parte de la vida cotidiana de la población, tanto individualmente como en grupo y resultado de sus acciones e interacciones en la sociedad.

Las acciones e interacciones sociales son, habitualmente, expresiones de los valores, costumbres, creencias y normas incorporados en la sociedad o en los grupos sociales, que rigen las actitudes y los comportamientos de sus miembros. Además de orientar y condicionar el comportamiento de los individuos a través del sistema de premios y sanciones explícitos o implícitos, tales valores y normas definen también la estructura de la organización y las relaciones de la sociedad hacia fuera de ella y también dentro de ella misma. En otras palabras, los valores institucionalizados configuran organizaciones sociales y redes de relaciones por medio de las cuales la sociedad funciona y da respuesta a las necesidades de sus miembros; éste es también el mecanismo principal de renovación y creación social que determina la forma, la capacidad de autogeneración y el carácter sostenible de las sociedades. Cuando los valores hegemónicos privilegian la vida y llevan al establecimiento de condiciones, situaciones y comportamientos que favorecen la salud, la salud pública se fortalece y mejora. De ahí que las sociedades más solidarias, con mayor disposición para la sociabilidad y la asociación, con niveles más altos de confianza entre sus miembros y organizaciones, y por tanto con un mayor nivel de cooperación, muestran una tendencia a ampliar los espacios públicos dentro de la actividad social, favorecen el desarrollo del espíritu cívico y de valoración de los bienes comunes y, por consiguiente, propician el desarrollo de los recursos humanos, la protección del ambiente mediante el uso racional de los recur-

sos naturales y una mejor utilización del capital artificial, tanto financiero como tecnológico. Son sociedades en las que el desarrollo humano sostenible tiene mayores probabilidades de producirse con más equidad, bienestar y salud de todos.

Al conjunto de esos valores positivos convertidos en instituciones sociales y que se manifiestan en forma de organizaciones sociales activas y en redes de relaciones es a lo que el pensamiento actual sobre el desarrollo ha llamado capital social, de importancia cada vez más reconocida como fundamental para el propio desarrollo. El capital social se construye sobre las bases de la cultura, que consiste en valores o instituciones y otros productos culturales como las creencias, las artes o el idioma que definen la identidad de los pueblos y naciones y sustentan la cohesión, la estabilidad y el cambio deseado de la sociedad, condiciones esenciales para el dinamismo y el sostenimiento del desarrollo integral.

En teoría, el capital social y la cultura definen los procesos sociales de decisión y, por consiguiente, la orientación y las características del desarrollo. Una sociedad bien estructurada, con un elevado nivel de capital social y con una fuerte identidad cultural, tendrá la cohesión necesaria para definir sus necesidades y las formas de satisfacerlas, para lograr un consenso en forma autónoma y mediante pactos sociales efectivos sobre los proyectos de desarrollo propios y, además, para controlar la distribución y el ejercicio del poder político, incluido especialmente el de su instrumento principal: el Estado. Las políticas públicas generadas en esas circunstancias —que serían necesariamente saludables y salugénicas[1]— se orientarán a la optimización del uso del potencial de desarrollo, en forma sostenible y para el beneficio de todos. La afirmación de los valores básicos de solidaridad y responsabilidad sociales contribuirá a la estabilidad y a la reducción de la incertidumbre, estimulará la creatividad y, entre otros, reducirá los costos de transacción, condiciones esenciales para el incremento de la producción en mercados regulados y con alguna responsabilidad social. El equilibrio y la complementación entre sociedad, Estado y mercado se darán con la primacía de la primera, que será la referencia y finalidad de todo el proceso.

La democracia, expandida hasta las formas de vida cotidianas y puesta de manifiesto mediante la participación ciudadana permanente y sustentada por un pleno estado de derecho, es el régimen político necesario en esta situación; las representaciones políticas y los gobiernos, legitimados como expresión auténtica de la voluntad popular, se mantienen fieles a los mandatos y expectativas de las poblaciones, bajo el control social permanente y efectivo ejercido por mecanismos e instrumentos múltiples y convergentes. La confianza provista por la conciencia de su propia identidad, la solidaridad entre sus miembros y la adquisición de un proyecto de futuro confieren a la sociedad la disposición y capacidad para la realización de los cambios necesarios que la renueven y le den un carácter sostenible.

Esta visión resumida sirve sólo para resaltar el posible proceso beneficioso de un fuerte capital social que tiene como base una cultura propia positiva. En la práctica, esta visión utópica es casi imposible en los países periféricos, en los que es mayor la tendencia hacia la heteronomía que hacia la autonomía cultural. El capital social es débil, e incluso, presenta manifestaciones negativas. Los valores básicos de confianza, solidaridad y espíritu cívico están solapados; el cuerpo social se desintegra, aumentan la incertidumbre y la inseguridad, al paso que instituciones fundamentales como la familia y la religión se debilitan y las organizaciones sociales y políticas pierden legitimidad y credibilidad. La modernidad actual está comprometiendo así las posibilidades del desarrollo necesario, precisamente por no considerar la importancia del capital social y de la cultura.

En la salud pública, la cultura y el capital social son aún más importantes, puesto que además de los efectos de su importancia general y del desarrollo consiguiente, repercuten directamente en la salud, al favorecer el desarrollo de condiciones y comportamientos que reducen los riesgos para la misma, aumentan el potencial de salud de las personas y las poblaciones y la capacidad y eficacia de la respuesta social a las necesidades sanitarias. Promover el desarrollo de esas condiciones favorables y de los comportamientos saludables y salugénicos consiguientes constituye la esencia de la salud pública. Hay suficiente evidencia, experiencias y análisis para demostrar el modo en que algunas comunidades o poblaciones, con recursos materiales similares, difieren con relación a las condiciones de salud en función de sus culturas y, sobre todo, de los valores, creencias, instituciones, organizaciones y proce-

[1] El neologismo salugénico es utilizado aquí para designar la capacidad de generar salud.

sos sociales específicos. No analizaremos aquí esa evidencia o ejemplos, pues basta con mantener la afirmación de que la salud pública depende fuertemente del capital social, constituido sobre las bases de la cultura. Las intervenciones técnicas, sin duda muy valiosas, ofrecen oportunidades y soluciones específicas, cuyo aprovechamiento y eficacia completos dependen del modo en que la sociedad las utiliza. La integridad y el carácter sostenible de la salud pública sólo se alcanzan cuando la población incorpora dentro de sus prácticas habituales las medidas de protección de la salud como componente permanente, incluido el uso adecuado de la atención, mediante intervenciones basadas en la ciencia y la técnica.

La cultura es una amalgama de valores, tradiciones, costumbres, creencias y normas sociales acumulados a lo largo de la historia, que nos permite enfrentarnos a la realidad, interpretarla y actuar sobre ella; se trata de la perspectiva con la que miramos la vida y participamos en ella. La cultura también son los productos permanentes de su aplicación a lo largo de la historia incorporados al acervo con que vivimos el presente y construimos el futuro. El capital social, a su vez, es la capacidad establecida de actuación, construida sobre la base de la cultura; es una estructura hecha de valores capitales, instituciones, organizaciones y relaciones, que configuran la naturaleza y la capacidad de acción de las sociedades. Es esa forma de acción social la que confiere a la cultura y al capital social sentido y finalidad para la población. Es esa acción social, manifestada por medio de prácticas que caracterizan los procesos sociales, lo que realmente demuestra el dinamismo o la inercia de la cultura y del capital social acumulados. En definitiva, es lo que realmente define la salud pública posible en una sociedad.

En otras palabras, los valores socialmente sancionados en la cultura establecen las pautas para la comprensión y construcción de la realidad y orientan o determinan el comportamiento de los individuos y de los grupos sociales. En esencia, definen la formas en que las sociedades y sus componentes actúan esforzándose por satisfacer las necesidades de todos y cada uno de sus miembros, incluido en lo relativo a la formación de las instituciones, organizaciones y relaciones sociales y a los modos generales de su operación a través del capital social. A este conjunto de hechos y actuaciones socialmente reconocidos y ejecutados por las sociedades, ya sea colectiva o individualmente, pero siempre con significado público, es a lo que hemos venido llamando prácticas sociales. Se trata, pues, en otras palabras, de la manifestación evidente de la cultura y el capital social en acción; comprenden todos los aspectos de la vida en sociedad y sirven a los diferentes fines de su existencia, incluido al de mejorar la salud de las poblaciones.

Como ya lo hemos constatado, la salud pública tiene su realización plena cuando sus propósitos y prácticas son aceptados por la sociedad e incorporados a las prácticas sociales. Como destacamos en el capítulo 3, la conjunción de valores positivos para la salud e institucionalizados por la sociedad y la disponibilidad de conocimientos y tecnologías socialmente eficaces han sido, históricamente, la fuerza motriz del avance en la salud pública. Además, el efecto de esa conjunción viene aumentado por la existencia de poderosos intereses convergentes, circunstancias políticas favorables y liderazgos apropiados.

El capital social, del mismo modo que el capital humano y físico, puede ser producido y acumulado, y es además productivo en el sentido económico. La producción del capital social, sin embargo, es sobre todo indirecta y se expresa, normalmente, en externalidades de uso y en propiedad públicas, tales como la reducción genérica de los costos de producción, el conocimiento compartido, la confianza, el asociacionismo y la cooperación. El capital social se convierte así en un bien público y su producción tiende a ser espontánea en el seno de la sociedad, fruto de la interacción social, de la imitación o de la continuidad cultural, por medio de la socialización. Sus plazos de formación son lentos pero su existencia y efectos tienden a ser duraderos.

Desde otra perspectiva, el capital social tiene gran importancia para la gobernabilidad y el desempeño social de los gobiernos, como lo demostró R. Putman[2] en su amplio estudio del proceso de regionalización en Italia. En muchos sentidos el capital social se confunde con la noción de ciudadanía, condición indispensable para conseguir una democracia y un estado de derecho plenos. Se opone, por otro lado, a las corrupciones del poder político —clientelismo, caudillismo, etc.— y a la subordinación del Estado a los intereses privados, mientras que promueve

[2] Putman, R. Comunidade e Democracia — a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1996.

la renovación y legitimación sociales de la representatividad y la responsabilización de organizaciones públicas y de autoridades gubernamentales. El capital social, sin embargo, puede ser usado negativamente, como ocurre con el capital humano cuando se emplea para la opresión y la tortura, o con el capital físico cuando se dedica a producir armas o drogas ilícitas. Asimismo, los valores y normas negativos pueden promover el conflicto innecesario, la violencia y la destrucción.

Estas reflexiones teóricas iniciales tienen la finalidad de facilitar la comprensión de las dos secciones siguientes, en las que se intenta desarrollar la cuestión de las prácticas sociales en relación con la salud y la salud pública.

2. Las prácticas sociales y la salud

Dada la naturaleza de la salud, las prácticas sociales que le afectan son múltiples y abarcan el amplio campo de sus factores condicionantes y determinantes y de su atención específica; no son, por tanto, únicamente las prácticas específicas de salud las que interesa identificar. Por otro lado, no cabe en el ámbito y espacio de este documento una investigación exhaustiva de todas las prácticas sociales de interés para la salud y, por ello, nos limitamos a establecer una agrupación de las prácticas sociales pertinentes para la salud en campos de acción amplios, definidos en función de los grandes fines generales que expresen los esfuerzos de la sociedad dirigidos a mejorar la salud de las poblaciones.

Así pues, se proponen cuatro grupos de prácticas sociales de acuerdo con sus finalidades principales:

- Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud.
- Atención a las necesidades y demandas de salud.
- Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva.
- Desarrollo de la ciudadanía, y de la capacidad de participación y control sociales.

Los cuatro grupos y los fines que los definen se corresponden también con una posible clasificación de los retos de la salud pública en la actualidad y en el futuro inmediato.

Las diversas prácticas dentro de cada grupo y entre los grupos se complementan y refuerzan continuamente, diluyendo los límites entre sí. Más aún, una misma práctica social puede servir a más de una finalidad, aunque se incluirá en el grupo cuya finalidad sea la principal de la práctica correspondiente.

2.1 Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud

Las prácticas incluidas en este grupo tienen como propósito convertir la vida y la salud en valores fundamentales, en derechos y responsabilidades del ser humano dentro de la sociedad. Una cultura de la vida es garantía del carácter sostenible y del desarrollo de la sociedad que la mantiene. La cultura de la vida contiene los valores esenciales para la convivencia, el respeto mutuo y la cooperación entre los actores sociales; es, además, la fuente de algunos valores relacionados, como la paz, la solidaridad y la participación democrática. Una cultura de la vida no es la negación del yo, pero exige la conciencia del otro, del mismo modo que la proyección del yo en la existencia del otro es necesaria para la protección del desarrollo de la vida dentro de la comunidad. Esto abre el camino al reconocimiento de la unidad de la vida y de la interdependencia de todas las formas de vida, en que la muerte es sólo una contingencia de la necesidad biológica o una imposición de la supervivencia, supeditada a la manutención de las especies. Con ese entendimiento es con el que se construye la estructura de la convivencia pacífica basada en la colaboración entre todos los miembros de la sociedad.

La cultura de la vida está asociada a la calidad de vida e intenta siempre mejorarla, al igual que el bienestar individual, de los grupos y de toda la población. En este sentido, la cultura de la vida exige un verdadero desarrollo humano que tiene, al final, los mismos objetivos. La calidad de vida y el bienestar determinan, de muchas maneras, la salud, y, al mismo tiempo, están conformados por ella. En efecto, la salud, en la acepción más amplia dada por la OMS, se confunde con el bienestar y es indispensable para la calidad de vida y el desarrollo social.

Una cultura de la vida es necesariamente también una cultura de la salud, que se convierte así en la principal condición para la protección y la calidad de la vida. Así pues, no se trata solamente de sobrevivir, sino de vivir una vida plena y saludable. La cultura de la salud añade otros valores a la cultura de la vida vinculados a la promoción y a la protección de la salud, a su recuperación cuando está perdida o

afectada y a la eliminación o disminución de cualquier discapacidad. Una cultura de la salud es, por su parte, fundamento permanente y básico para el desarrollo pleno de la salud pública.

Además de su importancia para la estructura y el funcionamiento de las sociedades y para la salud de las poblaciones, una cultura de la vida y de la salud se corresponde con los más altos dictados éticos reconocidos universalmente. El derecho a la protección de la vida y a la salud está incluido entre los derechos humanos fundamentales y universales y es reconocido como el primero de todos los derechos. Desgraciadamente, la realidad sigue lejos de reflejar ese reconocimiento y la vida humana, desde la perspectiva económica y política, tiene valores diferentes según la situación nacional o social; asimismo, la vida de mucha gente, a veces de la mayoría, tiene muy poco valor. La actual negación práctica de la cultura de la vida y de la salud no debe ser, sin embargo, impedimento para su defensa y promoción, sino más bien un estímulo.

Una cultura de la vida y de la salud requiere, además de valores y creencias positivas, instituciones, organizaciones y relaciones sociales apropiadas, o sea un capital social adecuado, que se manifestarán por medio de prácticas sociales e individuales saludables y salugénicas. Entre las instituciones que pueden favorecer una cultura de la vida y de la salud destacan, entre otras, particularmente la familia, la religión, la educación en general y otros mecanismos de socialización. Esas organizaciones desempeñan un papel fundamental. En particular, son portadoras de los valores que sustentan la vida y la salud como derechos humanos fundamentales y, más aún, le aseguran a la vida humana un carácter trascendental, que está más allá de simples resultados de procesos biológicos y que, por tanto, está por encima del valor de las cosas materiales. La transmisión de este concepto, por una cuestión de fe y de principios éticos o de simple creencia en un destino especial de la humanidad, es esencial para el fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud.

La cultura de la vida es la expresión más esencial del humanismo, es el encuentro de la fe, de las creencias y de la esperanza en el futuro de la humanidad. En este contexto, los agentes de la salud pública no son solamente instrumentos que aportan soluciones técnicas; deben ser, sobre todo, transmisores de valores y de esperanza, coconstructores y hasta quijotes, de proyectos destinados a proteger y mejorar la vida.

Las prácticas sociales de y para una cultura de la vida y de la salud preceden y sirven de origen y base a los otros grupos de prácticas, a la vez que son inspiradoras de las otras prácticas que las complementan y refuerzan.

2.2 Atención a las necesidades y demandas de salud

Este grupo contiene las prácticas sociales específicas y necesarias para la atención de la salud. Contempla la forma en que la sociedad y sus miembros reconocen los problemas de salud y las necesidades de atención, lo que constituye las bases para la demanda de servicios de salud, incluidos los más informales o alternativos. Comprende también los esfuerzos para la creación de servicios de atención de salud, su organización y puesta en marcha, o sea, se ocupa de la demanda social y de una oferta de servicios en respuesta a los problemas, necesidades y demandas de atención. En la confluencia de esos dos tipos de acciones están las prácticas de autocuidado, de la demanda y usos de los servicios organizados de salud y, en general, las formas en que la sociedad conforma y usa los sistemas de salud y de atención de salud.

Las prácticas de este grupo se derivan, en gran medida, de las prácticas de otros grupos. La forma de comprender la salud y de reconocer la enfermedad o la necesidad de atención, así como la demanda hacia la atención, incluido el autocuidado, vienen determinados principalmente por la cultura de la vida y de la salud; las maneras de enfermar resultan de las condiciones de vida, de los ambientes y de los riesgos en que y con que se vive. Así pues, las necesidades, la percepción y las demandas son, fundamentalmente, resultado de los modos y condiciones de vida. Por otro lado, aun cuando la amplitud de los sistemas de salud y, específicamente, la oferta de servicios de atención de salud resulten de decisiones de naturaleza científico-técnica y se deriven de la racionalidad en el uso de los recursos disponibles, la utilización de esos servicios depende fuertemente de la cultura. Más aún, la misma racionalidad científico-técnica y, particularmente, la racionalidad en lo que respecta a la asignación de recursos, especialmente los públicos, es también de naturaleza política y, por tanto, depende de la distribución y el uso del poder en la sociedad y de los valores que rigen su ejercicio; o sea, depende de la capacidad social de participar y controlar el poder político y, por ex-

tensión, de aplicación de las decisiones adoptadas y los recursos asignados. Eso incluye también, en muchos aspectos, el control sobre el funcionamiento de los mercados en materia de salud y la generación de demandas espontáneas.

Estas observaciones no pretenden quitar importancia a las prácticas sociales específicas en el campo de la atención de salud, que son realmente vitales para la salud pública. Su importancia, sin embargo, está relacionada con su dependencia de los otros grupos de prácticas, sin lo que su comprensión y, en definitiva, su consideración dentro de la salud pública quedarían seriamente perjudicadas.

2.3 Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva

El origen de las sociedades está en la necesidad de la protección colectiva de la vida con miras a la supervivencia de sus miembros. Esta motivación permanece todavía vigente en las sociedades actuales, y más aún, cuanto más fuerte y estructurada es la cultura de la vida. La consecuencia y el cumplimiento de este principio son lo que lleva a la protección colectiva de la salud, que requiere entornos no agresivos y condiciones de vida favorables.

En efecto, todas las prácticas sociales que conducen a la mejora de las condiciones de vida y a la protección del medio, las actuaciones de y en la sociedad, que modifican los factores condicionantes y los factores determinantes externos de la salud, deben ser tenidas en cuentas al analizar la salud y la salud pública. Son particularmente importantes las que se refieren a la salud ambiental y las que se destinan a satisfacer las necesidades esenciales de vida de las poblaciones, como la producción de bienes y servicios, su distribución, su uso y su complemento: la generación y distribución de los ingresos, así como los mecanismos de protección social o, en otras palabras, el modelo y el dinamismo del proceso de desarrollo.

Este grupo de prácticas se encuentra en la confluencia de los otros tres: la cultura de la vida contiene una cultura positiva hacia el medio natural y social, y sus valores exigen que los niveles de equidad y solidaridad social básicos sean satisfechos en cada sociedad, con el fin de evitar los estados de necesidad extremos. O sea, el bienestar colectivo es la principal razón de ser de las sociedades y de sus instituciones, especialmente del Estado, y esto se transforma en una cuestión política fundamental, dependiente de la distribución, de las relaciones y del ejercicio del poder político, y cuya solución se da en la existencia de una efectiva ciudadanía, en la vigencia de una verdadera democracia y del estado de derecho. Finalmente, una demanda manifiesta de las necesidades de salud que reciba la máxima atención y la mejor respuesta posible es parte esencial de las condiciones de vida y de un entorno saludable. Además, las prácticas sociales relativas a la atención de salud comparten con este grupo de prácticas la finalidad del control de riesgos y daños a la salud: la reducción de riesgos y daños gracias al desarrollo de entornos saludables resulta complementada con la actuación de protección específica sobre la salud de la atención personal, ambiental o colectiva.

Las prácticas sociales de este grupo, aunque ejercidas con fines de salud, son de interés intersectorial, lo que refuerza, en el seno mismo de la sociedad, el carácter multi e intersectorial del proceso de producción de salud, especialmente en su dimensión colectiva de salud pública.

En este grupo de prácticas sociales, desempeñan un papel fundamental los mecanismos de aculturación y socialización, especialmente la educación y la comunicación social, las organizaciones vinculadas a la producción y al trabajo, las redes que configuran movimientos sociales y de solidaridad y, lógicamente, las instituciones del Estado, especialmente a través de las políticas públicas. En realidad, el papel y la responsabilidad del Estado, como propulsor y garantizador fundamental de esas prácticas, son todavía más importantes y decisivos que en los otros grupos.

Las prácticas de ese grupo son ejercidas, casi siempre, con relación a los bienes —o males— de naturaleza pública, lo que las hace particularmente pertinentes al campo de la salud pública; muchas de estas cuestiones, como la disminución de la capa de ozono, el efecto invernadero, la contaminación de los océanos, la conservación de las especies, los desechos contaminantes, la paz y la seguridad mundial, el consumo de drogas, el terrorismo internacional, la equidad en el comercio mundial, etc., son bienes o males públicos mundiales, cuyo tratamiento exige una gran cooperación entre los países y un auténtico control internacional, o sea, requiere la existencia de unas prácticas sociales saludables de ámbito universal.

2.4 Desarrollo de ciudadanía y de la capacidad de participación

Este grupo de prácticas es fundamental para las estrategias sociales endógenas o interpuestas a las sociedades, constituyen el motor principal de la sociedad en movimiento y aportan dinamismo al proceso de creación y desarrollo de las instituciones y organizaciones a través de las cuales esta misma sociedad opera. Además, y especialmente, le permiten ejercer su dominio y control sobre ellas, incluso para evitar que algunos grupos particulares se apropien de ellas, con lo que se reduciría o eliminaría su carácter social.

Una ciudadanía eficaz, consciente y participativa es el fundamento de la democracia real y del poder creador o regenerador de una sociedad. En realidad, la participación ciudadana concede a la sociedad la ampliación de un poder de afirmación cultural, a la vez que le aporta la instrumentación de los valores por medio de instituciones fuertes y organizaciones eficaces; modula la distribución y el ejercicio del poder, manteniendo al Estado fiel a sus compromisos sociales. Se puede decir que la ciudadanía, a través de la participación, es el hecho que marca la diferencia hacia un desarrollo integral que incorpora necesariamente a la salud pública, o a la salud en general, en sus dimensiones colectiva e individual. La ciudadanía es así expresión y factor de la cultura y del capital social; es el fermento que conduce a prácticas sociales saludables y salugénicas. Si la cultura es la base y el capital social es la estructura productiva, la ciudadanía es el motor de las prácticas sociales saludables.

El desarrollo de la ciudadanía se basa en la capacitación por medio del conocimiento y en la experiencia que aporta el aprender las cosas haciéndolas; es también consecuencia de la herencia cultural que configura el marco del aprendizaje social; y es la existencia de mecanismos efectivos de participación dentro de la organización social y del Estado, que traducen la ciudadanía en hechos, al tiempo que favorecen su desarrollo.

En este proceso, tienen una significativa importancia los mecanismos de información y educación y las instituciones comunitarias de participación directa. El intercambio con el poder político formal es también indispensable en ambos sentidos: hacia la sociedad civil, como canalizador de demandas que fortalecen la participación estableciendo cauces para su mayor eficacia, y hacia la representación política y el gobierno, como legitimador de procesos, autoridades y decisiones. Pero la ciudadanía y la participación ciudadana van más allá, son la fuente permanente de creación y ampliación del capital social necesario para aumentar la productividad, la estabilidad y la previsibilidad necesarias para el buen funcionamiento de los mercados, al tiempo que constituyen también una reglamentación automática de su operación que corrige muchas de sus deficiencias; a su vez, el mercado puede ser un instrumento de educación permanente de la ciudadanía en lo relacionado con la racionalidad económica, para las decisiones que tienen que ver con el consumo e inversión.

La ciudadanía y la participación repercuten también, de manera extensa y profunda, en la gestión pública, desde la aprobación de políticas, planes, etc., hasta la gerencia de servicios, con demandas, contribuciones y exigencias de transparencia y de control que limitan las desviaciones indeseables y socialmente perjudiciales. En el último análisis, el desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación es condición para la plena realización de la democracia y la total vigencia del estado de derecho que, a su vez, garantizan la cohesión y la estabilidad sociales, y crean posibilidades reales para un verdadero desarrollo humano.

En la salud y, sobre todo, en la salud pública, la ciudadanía y la participación social constituyen la base para la realización máxima de sus objetivos y para la garantía de su carácter sostenible.

3. Desarrollo de prácticas sociales saludables

Las prácticas sociales son el resultado del proceso social y, al mismo tiempo, una de sus manifestaciones, lo que implica que son, simultáneamente, instrumento de consolidación de la cultura y de su cambio o renovación. El lento proceso repetitivo y evolutivo de la historia puesto de manifiesto en las prácticas sociales concretas genera también los estímulos, la necesidad y los cambios de valores, normas, creencias e instituciones que marcan la pauta de las mismas prácticas. Se trata de un proceso básicamente endógeno a la sociedad, en el que el cambio puede, sin embargo, ser inducido y acelerado por factores inicialmente externos hasta llegar a situaciones de rupturas culturales o incluso de revo-

lución cultural. En realidad no se construyen prácticas sociales, sino elementos de la cultura y del capital social que las producirán. Así pues, las prácticas sociales son la acción misma hecha posible por el capital social dentro de un contexto cultural. Sin embargo, los cambios en la cultura y en el capital social se manifiestan a través de la acción social, es decir, de las prácticas sociales. De este modo se completa la unidad, conceptual y práctica, de esta trinidad.

En otras palabras, la cultura y el capital social que sirven de base y estructuran las prácticas sociales pueden ser objeto de una construcción o una destrucción deliberadas, lo que dará origen a nuevas prácticas que, a su vez, modificarán la cultura y el capital social. En la actualidad, una cultura mundializada, al servicio de una visión del mundo basada en los mercados, se viene imponiendo sobre las culturas nacionales y las modifica en aspectos fundamentales. En efecto, la fuerza de las técnicas modernas de comunicación, especialmente la mercadotecnia y los efectos de demostración e imitación, vienen universalizando los patrones de consumo y de organización social de modo que se están cambiando las expectativas y los comportamientos hacia un hedonismo materialista, el individualismo exagerado, la competencia destructiva y la cosificación de la vida humana. Los resultados negativos de este fenómeno son la marginación o exclusión de los débiles, la postergación de valores como la solidaridad y la cooperación, la relegación de instituciones fundamentales como la familia y la religión, y la erosión del significado de lo público o de lo social. En las sociedades estructuralmente más maduras, cuna de esa cultura mundializada, la existencia de una red de instituciones y organizaciones sociales amplia, compleja y estable ha suavizado el impacto de la ruptura cultural, garantizando la estabilidad suficiente para la propia regeneración social y la formación de los nuevos valores y normas requeridos. En cambio, en las sociedades periféricas, la ruptura sin sustitutos y sin un fuerte capital social establecido con frecuencia implica una pérdida de referentes éticos propios, que se manifiestan en el aumento de la incertidumbre, de la inseguridad, de la corrupción en todos los sentidos y de la violencia en todas sus formas. Las sociedades, en esos casos, son menos solidarias, en el sentido de compartir fines y valores comunes a pesar del florecimiento reciente de tantas organizaciones sociales, ya que la velocidad de descomposición es mayor que los esfuerzos de desarrollo o mantenimiento. Por consiguiente, las prácticas sociales resultantes de este proceso son, con frecuencia, no saludables y la formación del capital social no acompaña a las necesidades del desarrollo necesario y en ciertos momentos o situaciones presenta un balance negativo. De este modo, la salud pública experimenta un desarrollo mucho menor del que sería posible.

Sin embargo, los mecanismos que se utilizan para esta degradación cultural pueden usarse para la afirmación de los valores de una cultura de la vida y de la salud, para la construcción de condiciones y situaciones que, afirmando la identidad cultural de las poblaciones, inspiren la confianza necesaria para la realización del capital social en la solidaridad y la cooperación, para que a su vez sustenten un verdadero desarrollo humano en beneficio de todos. No se pretende el aislamiento y el mantenimiento cultural; al contrario, se trata de utilizar el estímulo externo de la interacción entre culturas para impulsar los procesos endógenos y autóctonos de cambio y, por tanto, socialmente legítimos. El equilibrio adecuado entre autonomía y heteronomía dará como resultado sociedades con un carácter más sostenible y mayor capacidad de autogeneración, dentro de una cultura y un capital social que produzcan prácticas sociales saludables y salugénicas.

En los cuatro grupos mencionados, las prácticas específicas pueden ser ejercidas por grupos organizados o por individuos que reproduzcan modelos socialmente establecidos. Pero lo importante para la salud pública es la presencia de un significado colectivo, incluso en las actuaciones individuales repetidas y agregadas. La vinculación del ámbito poblacional de las prácticas sociales con el de las prácticas individuales concede una dimensión social a la agregación y a la organización de prácticas individuales y justifica la actuación individual o de grupos para la promoción de prácticas sociales saludables y su contribución a la salud pública.

El proceso de construcción y desarrollo de las prácticas sociales puede ser analizado en las siguientes fases, siempre presentes en las sociedades, y que se suceden y complementan permanentemente: a) la construcción, acumulación o afirmación de valores y de los conocimientos y contenidos operativos que los sustentan y a través de los que se manifiesta; b) la formación de instituciones y organizaciones, de los actores que aplican los valores y el conocimiento y de las relaciones que

se establecen entre ellos, desde las más simples hasta las más complejas; c) la movilización de los esfuerzos dentro y por medio de las prácticas sociales propiamente dichas; y d) el refuerzo, la expansión, la renovación y el cambio de todo el proceso.

Esta visión del proceso de construcción de las prácticas sociales expresa la importancia de la conjunción de valores, conocimientos e instituciones que intervienen en su desarrollo, y su importancia para la salud pública. La educación, en todas sus formas, como estrategia de formación para la ciudadanía es uno de los principales instrumentos impulsores del proceso; o mejor dicho, un instrumento que permite la transferencia de información que capacita y que debe ser complementada con la creación de los mecanismos para su uso efectivo. El cuarto grupo de prácticas, el del desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social, pasa a ser así la principal estrategia para la promoción de las prácticas sociales deseadas.

La construcción de la ciudadanía es, en esencia, un proceso de adquisición de poder y de las condiciones para su ejercicio efectivo. Se trata, por tanto, de un proceso fundamentalmente político en el que hay que estar preparado para la selección consciente de proyectos propios pero compartidos y, por consiguiente, con un cierto potencial transformador. Según la definición de Savater,[3] es "la capacidad de hacer, más que simplemente de ser". O, en otras palabras, de afirmar la propia identidad y la pertenencia a una cultura, a un grupo o a una comunidad —el ser— como base para la participación —el hacer—, que se transforma en el fin principal de todo el proceso. La ciudadanía sólo se completa en la participación, al compartir valores, derechos y deberes, y proyectos de actuación para la construcción del futuro, o sea, para la transformación de la realidad.

Lo anterior no implica una situación de ideas y pensamientos únicos; al contrario, se trata de potenciar la pluralidad por medio de la homogeneización de derechos, deberes y posibilidades, para que cada actor pueda participar en la formulación y ejecución de proyectos comunes manteniendo, por otro lado, propuestas propias específicas individuales o del grupo. Desarrollar la ciudadanía en realidades sociales no ideales implica así, normalmente, un propósito de cambio, de transformación y, por consiguiente, las prácticas sociales que resultan tienen también esa finalidad. Por otro lado, desarrollar la ciudadanía y su capacidad de participación es construir y acumular capital social positivo; es crear, al mismo tiempo, mecanismos, socialmente endógenos, para corregir las distorsiones o problemas de las actuaciones sociales y colectivas: el oportunismo negativo que se manifiesta a través del aprovechamiento personal o de grupos cerrados, el corporativismo y las prácticas políticas anticuadas, como el clientelismo o el nepotismo, la pasividad y la corrupción.

Lógicamente, las prácticas sociales no presentan una uniformidad consistente entre sí, ni siempre son portadoras de propósitos comunes y virtuosos, así que en la gran complejidad y diversidad de los procesos sociales coexisten prácticas divergentes y conflictivas. Lo que importa es la posibilidad de establecer cursos de actuación viables para la realización de fines mayoritariamente aceptados por la sociedad y conformados por prácticas virtuosas, socialmente hegemónicas. La salud pública puede, y debe, aprovechar el elevado consenso de valor existente en materia de salud y de la vida para participar en el esfuerzo, necesariamente intersectorial, de impulsar el desarrollo de las condiciones que produzcan prácticas sociales saludables. En ese sentido, los actores personales, que son los profesionales de la salud pública, deben ser también, y especialmente, mensajeros y promotores del cambio cultural y de la formación del capital social que llevan a las prácticas sociales saludables y salugénicas, o sea, al desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación. Esta es, sin duda, la misión más importante que tienen dentro de la salud pública.

El proceso es simultáneamente dinámico, gracias a la evolución continua de la sociedad, y suficientemente estable, gracias a los valores de sustentación, lo que permite desarrollar estrategias en plazos razonables. En todo esto, y especialmente para la salud pública, se vuelve a insistir en el papel fundamental del Estado como principal institución social. A pesar del carácter básicamente endógeno del proceso, el Estado puede estimularlo e impulsarlo mediante el reconocimiento de su importancia, incluso para la gobernabilidad, la educación en todos sus niveles, la información pública formativa y la creación de mecanismos institucionales adecuados que además de hacer efectiva la participación, permitan también recompensarla con resultados

[3] Savater, F. "Elegir la Política", Letras Libres, España, 2002.

y beneficios concretos; quizás el más importante de los papeles específicos del Estado, en ese campo y en el mundo actual, sea el de ampliar la actuación pública mediante la movilización y articulación de los actores sociales de carácter público no estatal para que tengan una actuación sinérgica hacia propósitos comunes, sin olvidar sus responsabilidades directas que no puedan o no deban ser delegadas, o de muy difícil delegación en circunstancias concretas. El cumplimiento de ese papel significa, de hecho, devolver a la sociedad la potestad sobre el mismo Estado y someter la intervención estatal al control social ejercido por la ciudadanía. Esto, llevado a la salud pública, significa darle su expresión más amplia y más efectiva a la hora de compartir la responsabilidad con su principal actor, la población.

Bibliografía

Borsoti CA. En: Planificación social en América Latina y el Caribe. Chile: ILPES-UNICEF; 1981. Pp. 47–117.

Borsoti CA. La teoría sociológica y la planificación social. Diferentes paradigmas y sus consecuencias. Pp. 97–117.

Carin E. The Social and Cultural Matrix of Health and Disease. En: Why are some people health and others not? Nueva York: Aldine de Gruyter; 1994. Pp. 93–132.

Casas JA, Dela Casco, R. y Torres-Pasodi, C. Toward Health and Human Development. En: Health & Human Development in the New Global Economy. Washington D.C.: PAHO/WHO, University of Texas Medical Branch; 2000. Pp. 251–255.

CEPAL. Equidad, desarrollo y ciudadanía. 28º Período de Sesiones. México, D.F.; 2000. Véase especialmente el capítulo 14, "Ciudadanía, igualdad y cohesión social: la ecuación pendiente".

Coleman J. Foundations of Social Theory. Harvard University Press; 1990.

Collier P. Social Capital and Poverty. World Bank, Social Capital Initiative; Nov. 1998.

Evans T et al. Desafío a la falta de equidad en la salud — de la ética a la acción. OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica 585).

Cardoso FH y Lanni O. Homem e sociedade — Leituras básicas de sociologia geral. Companhia Editora Nacional, 7ª Edição; 1972.

Fukuyama F. Social Capital and Civil Society, IMF. Washington D.C.: Conference Agenda; 1999.

Health Canada. Salud de la población, conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. Washington D.C.: OPS; 2000.

Kliksberg B. Capital social y cultura; claves olvidadas del desarrollo. www.worldbank.org/poverty; 1999.

Etzioni A y E. Los cambios sociales — fuentes, tipos y consecuencias. México: Fondo de Cultura Económica; 1968.

Pancer M y Nelson G. Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. En: Promoción de salud: una antología. OPS; 1996. (Publicación científica 557).

Mcalister A. Cambio de conducta de la población: un enfoque con base teórica. En: Promoción de salud: una antología. OPS; 1996. (Publicación científica 557).

Milbrath LW. Envisioning a sustainable society — Learning our way out. State University of New York Press; 1989.

Milton T. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud. En: Promoción de salud: una antología. OPS; 1996. (Publicación científica 557).

PNUD. Desarrollo humano en Chile — 1998: las paradojas de la modernización, Santiago, Chile; 1998.

Prats J. Gobernabilidad, globalización: los desafíos del desarrollo para después del 2000. En: Gobernabilidad y salud — políticas públicas y participación social. OPS; 1999.

Prats J. Liderazgos, democracia y desarrollo: la larga marcha a través de las instituciones (ponencia a debate). prats@campus.uoc.es, Barcelona; 1999.

Putman RD. Comunidade e democracia — a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1996.

Restrepo HE. Increasing Community Capacity and Empowering Communities for Promoting Health. Technical Report 4 to the Fifth Global Conference on Health Promotion. México D.F.; junio de 2000.

Rex J. Problemas fundamentales de la teoría sociológica. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrotu; 1971.

Rodrigues-Noboa P. Programación del cambio social. En: Planificación Social en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: ILPES/UNICEF; 1981. Pp. 141–175.

Savater F. Elegir la política. España: Letras Libres; 2002. Pp. 12–15.

Wright Mills. La imaginación sociológica. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.

Funciones esenciales de salud pública

En este capítulo empezamos la transición que va desde el concepto de la salud pública hasta su puesta en práctica, y que continuará en el capítulo siguiente con la misma finalidad, es decir, la de definir elementos y formas por medio de los aspectos conceptuales analizados en los capítulos 3, 4, y 5 pueden expresarse en instrumentos operativos y en su aplicación en la práctica de la salud pública.

La amplitud del concepto de salud pública que hemos analizado, la complejidad resultante de su campo, así como la multiplicidad y variedad de los objetos considerados plantean dificultades evidentes para su funcionamiento. Esto obliga a la adopción de un planteamiento operativo centrado en un núcleo funcional bien definido y, por tanto, manejable, pero de amplitud y significación estratégica suficiente para que pueda abarcar íntegramente a toda la salud pública. Afortunadamente, es fácil identificar este núcleo funcional estratégico de la salud pública en las Américas, al tratarse de las funciones que están bajo la responsabilidad directa del Estado, y hay tres tipos de razones que lo justifican, y hasta obligan a llegar a esa conclusión. En primer lugar, el Estado es el principal actor institucional de la salud pública y es una entidad individualizada desde el punto de vista operativo, con personalidad jurídica e instrumentos de actuación propios y poderosos; la identificación operativa, en particular, la asignación de responsabilidades y la posibilidad de reclamar su cumplimiento, se hace todavía más fácil si se centra en las instituciones pertenecientes al Estado que son responsables directos del sector de la salud (el ministerio o la secretaría de salud), a las que denominaremos autoridad sanitaria nacional (ASN), regional/provincial/estadual (ASR) o local (ASL). En segundo lugar, los objetos de la salud pública son, mayoritariamente, de naturaleza pública, tales como los bienes públicos o de mérito social y, por lo tanto, el principal responsable es también el Estado. Por último, como ya hemos visto, una de las funciones más importantes del Estado en materia de salud pública es la movilización de la sociedad civil y la capacitación de la población para la participación social. De este modo, a partir de las funciones estatales desempeñadas por la autoridad sanitaria, no sólo es posible alcanzar a todos los demás actores y todo el campo de la salud pública, sino que también resulta ser la manera más adecuada y, estratégicamente, la forma más poderosa de hacerlo. Así, el uso de los instrumentos de actuación del Estado es la base obligatoria y la mejor para la práctica más eficaz de la salud pública.

En las partes III y IV se tratarán detalladamente algunos aspectos operativos específicos de ese enfoque. El presente capítulo se centrará en los aspectos más generales de las funciones de la salud pública, desde el punto de vista de las

responsabilidades de la autoridad sanitaria, con el fin de precisar más el concepto y hacerlo más operativo, desde los cuatro aspectos siguientes:

- El concepto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).
- Las Funciones Esenciales de Salud Pública y las prácticas sociales para la salud.
- Las responsabilidades institucionales en materia de salud pública.
- Las Funciones Esenciales de Salud Pública.

1. El concepto de funciones esenciales de salud pública

Por sus objetos, sus sujetos y los campos de conocimiento y de práctica que le son propios, la salud pública es una parte funcional y operativa identificable dentro del sistema de salud en el que se incluye y puede tener, como se ha visto, identidad funcional y operativa específicas. En consecuencia, no sólo es posible, sino necesario, identificar las funciones de la salud pública para caracterizarla operativamente como parte del sistema de salud y para optimizar su desempeño.

Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones. En otras palabras, dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades de la salud pública, es posible y conveniente definir subconjuntos específicos más homogéneos, las funciones, con una identidad operativa definida con relación a objetivos o tareas propios necesarios para la consecución del objetivo final de la salud pública.

La operatividad de una función depende, en primer lugar, de una definición suficiente de sus contenidos, objetivos y actividades y también de la asignación específica de a quien corresponde la responsabilidad de su ejecución. Sin la identificación precisa de responsabilidades es imposible la verificación, el acompañamiento y la evaluación operativa y la planificación o programación de estrategias y actividades. De ahí la necesidad de una definición operativa que incluya la identificación de contenidos y responsabilidades de la salud pública en cada situación concreta.

En este documento, y en consonancia con el marco conceptual descrito en el capítulo 4 y las razones mencionadas en la introducción del presente capítulo, hemos adoptado como eje operativo para la salud pública las responsabilidades que debe asumir el Estado, y más exactamente lo que le corresponde hacer, dentro de los gobiernos, a las autoridades oficiales en materia de salud, a las que hemos llamado de forma genérica autoridad sanitaria. Esto incluye no sólo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los otros agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora de que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública; en otras palabras, se trata de hacer que los demás las cumplan antes bien que hacerlas directamente. En este sentido, es de particular importancia el trabajo de promoción de las prácticas sociales saludables; en efecto, el trabajo de promoción de estas prácticas, como vector principal del fomento y protección de la salud, es el componente estructural básico de una buena salud pública.

De esta manera, el Estado, haciendo de actor conductor por medio de la autoridad sanitaria, moviliza a la sociedad en general y a los diversos agentes sociales en todos los sectores pertinentes, para conseguir el cumplimiento de las funciones de la salud pública. La salud pública se percibe así como una obligación social que, sin embargo, se manifiesta especialmente en la responsabilidad específica y definida operativamente de la autoridad sanitaria, que es el instrumento institucional capaz de movilizar a todos los actores pertinentes y el portador de las funciones ejecutivas propias.

El carácter social y amplio de la salud pública adquiere así una manifestación operativa concreta que posibilita su planificación, seguimiento y evaluación. El concepto de responsabilidad como “responsable de” queda articulado con el concepto de asumir responsabilidad, como “responsable ante” o de “rendir cuentas por la responsabilidad”. La responsabilidad social genérica y por lo tanto difusa y de “responsabilización” impracticable es sustituida por la responsabilidad operativa precisa y amplia de la autoridad sanitaria, que se manifiesta como indicadora de aquella. Las funciones de salud pública, definidas como las funciones que están bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria, constituyen así un recorte operativo que sirve como indicador de todo el campo de la salud pública, para cuyo fin será necesario identificarlas y definirlas.

Sin embargo, las actuaciones en materia de salud pública, aún con la limitación operativa discutida, pueden dar origen a la identificación de numerosas funciones, dependiendo de los criterios utilizados. Cuanto mayor sea el número de funciones, mayor será la complejidad de su operatividad articulada para la realización del objetivo final de la salud pública; una agregación exagerada que a su vez reduzca la especificidad de la función con relación a sus objetivos propios determinados y mensurables, deja de lado algunos referentes prácticos importantes. Como solución para esta disyuntiva, el concepto de función esencial de la salud pública es de gran utilidad. Así pues, se trata de reunir las intervenciones en materia de salud pública dentro de grupos funcionales limitados e identificables desde el punto de vista operativo con la identificación de su finalidad, objetivos, actividades, recursos y formas de organización que sean esenciales al fin último de la salud pública, es decir, la salud de las poblaciones, y que sean suficientes para expresarla en su totalidad.

Se entiende que es *esencial* lo que se considera fundamental e incluso indispensable para la realización de los objetivos y para la caracterización de la salud pública como tal. Además, el término hace referencia también a la definición de las responsabilidades del Estado a través de las autoridades sanitarias, consideradas esenciales para el desarrollo y la práctica de la salud pública. Las FESP constituyen, en consecuencia, el núcleo de la caracterización funcional de todo el campo de la salud pública y son, a su vez, requisitos indispensables para la mejora de la salud de las poblaciones. Se pueden añadir otras funciones o no, pero las esenciales deben estar siempre presentes, ya que configuran también la matriz para la construcción de la infraestructura operativa de una salud pública eficaz dentro de las circunstancias y posibilidades de cada ámbito de trabajo: nacional, regional y local.

Según la complejidad y la variedad de las situaciones sociales y de los sistemas de salud, se puede identificar un gran número de funciones de salud pública. Diferentes perspectivas y situaciones darán origen a listas diferentes de funciones de salud pública. Sin embargo, es posible, de acuerdo con criterios acordados previamente, identificar un número limitado de funciones esenciales de la salud pública, manejable desde el punto de vista operativo, que cumplan las características mencionadas anteriormente y cuenten con un elevado nivel de consenso para una aplicación internacional, como en el caso de las Américas y, más particularmente, en los países de América Latina y el Caribe. Una lista de este tipo permite el desarrollo de instrumentos comunes para el diagnóstico de la situación de salud pública en la región e incluso el análisis comparativo del desempeño en el cumplimiento de las funciones, así como para el diseño de las intervenciones necesarias correspondientes, sin olvidar nunca la situación específica de cada país.

En la sección 4 de este capítulo se presenta una lista de las FESP que han sido adoptadas por la iniciativa “La salud pública en las Américas”, junto con los principales criterios utilizados para identificarlas. En la parte III del libro se detallan las características de cada FESP como base del procedimiento para evaluar su cumplimiento o desempeño.

Como la finalidad central de la Iniciativa es el desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para el ejercicio de una buena práctica de salud pública, el principal criterio para la identificación de las FESP es privilegiar las funciones que permitan dicha capacidad. Las actuaciones en materia de salud pública se llevan a cabo sobre objetos sustantivos de su campo de actuación, tales como la salud ambiental, salud ocupacional, salud maternoinfantil, enfermedades crónicas, etc. La intervención en esas áreas de actuación es posible gracias a la ejecución de funciones genéricas que se aplican sobre los diversos campos de actuación específicos o programáticos. Estas funciones genéricas conforman así el núcleo de la capacidad de actuación de la salud pública. Son ejemplos de estas funciones el seguimiento del estado de salud, la vigilancia de la salud pública, la regulación y fiscalización, etc. Si las funciones esenciales son definidas adecuadamente e incluyen las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en todas y cada una de las áreas de trabajo. El cuadro 1 representa de forma esquemática lo descrito.

La distinción entre funciones estructurales y áreas o campos de actuación programáticos es de gran utilidad para la selección de las funciones esenciales destinadas al proceso de desarrollo de la capacidad institucional en materia de salud pública. No implica, sin embargo, conceptos absolutos mutuamente excluyentes, sino que las funciones estructurales son también áreas de actuación propias de tipo programático y los campos de actuación específicos conllevan a su vez un significado funcional evidente y algunos de ellos pueden ser tan importantes para la salud pública en situaciones concretas que se imponen como esenciales.

Cuadro 1 Funciones esenciales y campos de actuación de la salud pública

FESP \ Áreas de aplicación de las FESP	Salud ambiental	Salud ocupacional	Salud materno-infantil	Enfermades crónicas	Otras
1. Seguimiento del estado de salud	Seguimiento de riesgos ambientales	Seguimiento de riesgos en el lugar de trabajo	Seguimiento de riesgos para la salud de las madres y los niños	Seguimiento de riesgos de salud en enfermedades crónicas	
2. Regulación y fiscalización	Establecimiento de normas y seguimiento de su cumplimiento	Seguimiento de la legislación sobre salud de los trabajadores	Seguimiento del cumplimiento de leyes de protección de la maternidad	Segumiento del cumplimiento de normativas que fomenten comportamientos saludables	
3. Etc.					

En realidad, habrá siempre un equilibrio entre los dos tipos de actuación, aunque con la primacía de las funciones estructurales. Ese equilibrio depende, en general, de la magnitud e importancia de los problemas específicos que aborde la salud pública y del nivel de desarrollo de las sociedades y de su estructuración institucional en el área de la salud. En las sociedades mejor estructuradas, que cuentan con una infraestructura institucional de salud consolidada y eficaz, las funciones genéricas o estructurales, que constituyen el eje de la infraestructura necesaria de salud pública, son, generalmente, suficientes para responder a las necesidades de intervenciones específicas para la solución de los problemas de salud pública. En cambio, en las sociedades con riesgos y daños colectivos importantes y prioritarios para la salud pública que tienen una base institucional débil y poco eficaz, puede ser necesario además considerar una mayor presencia de funciones específicas o programáticas que conforman una capacidad de respuesta directa de la salud pública a las necesidades prioritarias de la población. Algunos de estos aspectos serán tratados con más detalle en el capítulo 7.

En relación con los objetivos últimos del sistema de salud y de la salud pública, las funciones pueden ser consideradas finalistas o instrumentales. Las funciones *finalistas* contribuyen directamente a la realización de esos objetivos, tales como el fomento de la salud, el control de riesgos y daños, la protección del ambiente o la calidad de la atención. Las funciones *instrumentales*, por su parte, sirven como medio para conseguir esos objetivos, creando o contribuyendo a la creación de condiciones u otros elementos para la realización de acciones finalistas, como el seguimiento y análisis de la situación de salud, el desarrollo de los recursos humanos y de la información pública, y la regulación en materia de salud pública.

Otra dimensión del concepto de funciones esenciales de salud pública es la relativa a los aspectos colectivos de la atención personal de salud. Es difícil establecer una separación nítida entre las responsabilidades en materia de salud pública propias de la autoridad sanitaria en cuanto a la prestación de servicios dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud en grupos de población, y aquéllas que tienen que ver con la organización de servicios dirigidos a la curación individual. Los distintos aspectos en esta materia tienen, sin duda, una importancia diferente pero es responsabilidad esencial de la salud pública el dedicarse a la primera de las funciones señaladas más arriba. En lo que respecta a la segunda, las responsabilidades esenciales de la salud pública apuntan más a la preocupación por el acceso equitativo a los servicios, la garantía de su calidad y la incorporación de una visión de la salud pública en la orientación de los servicios de salud individuales. Por este motivo, una de las FESP definidas se dirige al refuerzo de la capacidad de la autoridad sanitaria para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, pero no se contempla una función esencial para la prestación de tales servicios.

2. Las funciones esenciales de la salud pública y las prácticas sociales para la salud

Las funciones esenciales de la salud pública no son sinónimo de las prácticas sociales que afectan a la salud. Las prácticas sociales configuran ámbitos mucho más amplios que el de las funciones esenciales de la salud pública y son actuaciones de toda la sociedad aunque las realicen, específicamente, unos sectores o actores particulares. En cambio, las funciones esenciales son las actuaciones de un segmento específico y funcional del sistema de salud. Sin embargo, las prácticas sociales en materia de salud y las funciones esenciales de la salud pública están íntimamente vinculadas, ya que ambas pertenecen a la sociedad y las prácticas sociales son la matriz principal para la conformación de las funciones, a la vez que éstas deben servir como instrumento para el desarrollo de aquéllas. En efecto, las funciones esenciales de la salud pública deben ser vistas e identificadas, en primer lugar, como funciones que nacen de las prácticas sociales y al mismo tiempo tienen como uno de sus fines principales promover y reforzar prácticas sociales saludables; o sea, que integren y promuevan simultáneamente las prácticas sociales. Asimismo, uno de los fines estratégicos principales de la salud pública es, concretamente, la comprensión de las prácticas sociales y la contribución para el desarrollo de sus beneficios para la salud. La práctica de la salud pública, a través de sus funciones esenciales, viene así a formar parte de las prácticas sociales en materia de salud, que en último término la determinan y, al mismo tiempo, están afectadas por ella.

En apartados anteriores de este capítulo, al analizar una concepción operativa de las funciones esenciales, se ha afirmado también que las FESP son instrumentos e indicadores de las prácticas sociales, entendidas como la responsabilidad social hacia la salud pública. Es, pues, necesario tener en consideración las funciones esenciales de la salud pública con relación a los grupos de prácticas sociales, a pesar de que la correspondencia entre unas y otras no es unívoca o única; depende, en cambio, de los criterios con que han sido clasificadas y de los limites convencionales establecidos, que no eliminan las superposiciones o, por lo menos, la existencia de extensas áreas de contenidos comunes y complementarios. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de esas relaciones para cada uno de los grupos de prácticas sociales:

2.1 Desarrollo de una cultura de la vida y la salud

Debemos recordar que este grupo de prácticas sociales tiene, de acuerdo con la finalidad que la define, la tarea de incorporar conocimientos y formar valores culturales compartidos socialmente y puestos de manifiesto en sus instituciones, organizaciones y relaciones sociales que componen el capital social y que sirven de base para la formación de los comportamientos sociales en relación con la vida y la salud.

Las FESP que se corresponden más típicamente con este grupo son el fomento de la salud y la promoción de la salud y la participación social.

2.2 Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños para la salud

Las FESP que ejemplifican la correspondencia con este grupo de prácticas sociales podrían ser la promoción de la salud, la vigilancia de la salud pública y el control de daños y riesgos en la salud pública, la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud, así como la regulación y fiscalización en materia de salud pública.

2.3 Desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social

Las funciones esenciales correspondientes serían, por ejemplo, la participación social y la capacitación ciudadana en materia de salud, la promoción de la salud y el desarrollo de políticas, planificación y gestión en materia de salud pública.

2.4 Atención de las necesidades y demandas de salud

Dentro de la salud pública, las funciones esenciales correspondientes a este grupo de prácticas sociales podrían ser, por ejemplo, la garantía de calidad de la atención, la promoción del acceso a los servicios de salud, así como la regulación y fiscalización.

Algunas FESP se relacionan directamente con el conjunto de las prácticas sociales y esto ocurre, sobre todo, cuando se trata de las funciones esenciales genéricas o estructurales. Algunos ejemplos posibles son el seguimiento y análisis del estado de salud, el desarrollo de los recursos humanos, o el fomento de la investigación y del desarrollo de la tecnología en materia de salud.

El potencial de la perspectiva de la salud pública en el contexto de las prácticas sociales que conciernen a la salud parece ser extraordinario para el desarrollo de la salud pública, especialmente en las condiciones que se

dan en los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, su comprensión y gestión, están todavía en un estado incipiente y el aumento del esfuerzo sistemático para aplicarlas y mejorar su gestión es uno de los objetivos de la Iniciativa "La salud pública en las Américas".

3. Las responsabilidades institucionales en materia de salud pública

La principal responsabilidad institucional con respecto a la salud pública corresponde al Estado, como la institución social fundamental que debe interpretar las necesidades de la sociedad y responder a ellas y actuar para satisfacerlas de la manera más eficaz posible. Esa responsabilidad principal del Estado no debe emplearse para eliminar o inhibir las responsabilidades y actuaciones de otras instituciones u organizaciones sociales. Así pues, el Estado no debe pretender hacerse con el monopolio de la salud pública, aunque sea su principal responsable al servicio de la sociedad. Al contrario, el mejor cumplimiento de esa responsabilidad le exige la movilización, orientación, articulación y apoyo de los diversos agentes sociales y de la propia sociedad a favor de la salud de la población y la insistencia en ello está justificada por su importancia para la salud pública.

Esta responsabilidad se distribuye entre los diversos poderes que constituyen el Estado y entre los sectores del gobierno que cubren las áreas relacionadas con la salud pública, pero está concentrada en el sector de la salud y más exactamente en la institución u organización con responsabilidad de la rectoría del sector, el ministerio o secretaría nacional de salud, o sea, lo que hemos llamado la autoridad sanitaria nacional (ASN). La ASN recibe pues del Estado, como parte del gobierno, la responsabilidad legal de velar por la salud de la población, por la salud pública. Pero se trata de mucho más que de una mera responsabilidad formal, es el compromiso moral y ético de asumir los intereses de la sociedad y de la población en el área de la salud y la obligación de hacerlos suyos. El compromiso implica la búsqueda de los mejores resultados en la ejecución directa de las actuaciones que se encuentran bajo su responsabilidad específica y la máxima eficacia en la movilización de los diversos agentes sociales en favor de la salud pública. Es, por consiguiente, un compromiso con dimensiones técnico-científicas y de gestión, pero también y principalmente, un compromiso político y social que tiene sus orígenes en el pacto que da vida y sustenta a la misma sociedad y al Estado que la representa. En el cumplimiento de su responsabilidad, la ASN es consideraba responsable ante el gobierno al que pertenece y en cuyo nombre actúa, ante el Estado como un todo, incluidos los otros poderes que no son el ejecutivo y, sobre todo, en ultima instancia, ante la sociedad a cuyo servicio se encuentra.

La responsabilidad principal de la ASN con respecto a la salud pública no es, sin embargo, un monopolio dentro del Estado. Los poderes del Estado tienen sus parcelas específicas de responsabilidad de la salud pública en cuanto al ejercicio de atribuciones intransferibles: el poder legislativo, en lo relativo a la legislación y al control político y de la gestión general del gobierno en nombre de la población a la que representa políticamente; el poder judicial, en cuanto al cumplimiento de las leyes; el ministerio público o su equivalente (procuradurías, etc.), en cuanto a otros mecanismos de defensa de los derechos del ciudadano, que es cada vez más el cuarto poder en las democracias modernas y cuya responsabilidad radica en la vigilancia del respeto a los derechos legalmente reconocidos. Dentro del poder ejecutivo, es decir del gobierno en sentido estricto, del cual forma parte la ASN, hay otros sectores que intervienen de forma muy significativa en la salud pública, aunque lo hagan sin la finalidad específica o primordial de proteger la salud de la población. También en el llamado sector de la salud existen generalmente instituciones y organizaciones que no están formalmente subordinadas a la ASN y que realizan intervenciones en materia de salud pública. Todos estos actores e instituciones deben coordinarse para que actúen de forma sinérgica en favor de la salud pública, lo que representa una parte importante de la misión y responsabilidad de la ASN.

La actuación del Estado, coordinada por la ASN, se proyecta hacia la sociedad civil, articulándose y complementándose con la intervención de los agentes sociales no estatales, como instituciones u organizaciones, en el esfuerzo de movilización de toda la sociedad a favor de la salud pública que se manifestará en prácticas sociales saludables y generadoras de salud. La indicación sucinta de ese proceso realza, una vez más, su carácter social integral y el ámbito ampliado de las responsabilidades de la autoridad sanitaria indicadas en las FESP.

Las condiciones del ejercicio de las atribuciones de la autoridad sanitaria son variables con relación a las situaciones nacionales y subnacionales correspondientes. Hay, sin embargo, características genéricas que parecen comunes a la mayor parte de esas situaciones y que pueden ser consideradas como referentes para la especificación de las condiciones

de cada caso. Examinaremos ahora de forma breve las características más importantes y volveremos a la cuestión más detenidamente en el capítulo 7:

1) Las relaciones de complementariedad con los sectores pertinentes de la actuación del Estado, desde la definición del marco jurídico necesario que incluye la definición de las propias atribuciones de intervención y de normativa de la ASN, hasta la actuación intersectorial en la atención integrada a la población.

2) La incorporación eficaz de la salud pública en el proyecto integral de desarrollo, condición que favorece la actuación intersectorial eficaz y de gran significado político para la salud pública y la ASN.

3) La distribución de responsabilidades entre los niveles y los componentes dentro de la misma autoridad sanitaria, entre los niveles político-administrativos del Estado y los componentes de organización de la ASN y su articulación efectiva en función de un proyecto común. La consecuencia de esto es la integración de la salud pública como componente esencial de los sistemas de salud.

4) El desarrollo de una capacidad efectiva para la participación real de la población, lo que implica, entre otras cosas, el desarrollo de un capital social adecuado, la transparencia, la comunicación, la gestión participativa y la aceptación del control social ejercido por la ciudadanía.

5) La optimización en el uso de los instrumentos científicos y técnicos destinados al mejor reconocimiento de las realidades y la selección y ejecución de las mejores soluciones posibles. Como ya se ha afirmado anteriormente, ésta es una estrategia básica para aprovechar al máximo la capacidad de la ASN de facilitar la creación de las otras condiciones, puesto que le confiere reconocimiento, prestigio y autoridad para su actuación. Esto implica asimismo la importancia del desarrollo de la capacidad institucional para el fortalecimiento de la práctica de la salud pública.

Una simple mirada hacia esas condiciones realza la complejidad de la misión de la ASN en el cumplimiento de su responsabilidad respecto a la salud pública y a sus funciones esenciales. Así pues, aparte de la disponibilidad de recursos e instrumentos legales, hay cuatro requisitos fundamentales para el desempeño satisfactorio de esta misión:

a) Optimización en la realización de las funciones reconocidas como propias o específicas, que sirven de base al reconocimiento de la capacidad de la ASN y favorece el cumplimiento de las funciones de relación (véase también la característica (5));

b) Capacidad de conocimiento de la realidad y de sustentar sus propuestas con pruebas irrefutables.

c) Posesión de *un proyecto consistente, siempre inacabado y en evolución permanente*, aunque con referentes básicos, como la finalidad, las estrategias y la configuración operativa, suficientemente estables y ejecutables.

d) Y, por último, una capacidad de diálogo, convencimiento y negociación que permita movilizar apoyos y neutralizar oposiciones, o sea, una auténtica capacidad de actuación política.

Los cuatro requisitos exigen un liderazgo eficaz y productivo. No se trata solamente de formas de liderazgo personal o carismático en el sentido weberiano del término, sino de una capacidad que va más allá de eso; es el liderazgo multiplicado en la actuación de diversos líderes y sustentado por la vigencia de valores y fines comunes. No se prescinde del carisma, de la autoridad o de la tradición, pero tampoco se depende exclusiva o principalmente de ellos. Construido sobre ideas y valores compartidos y con la participación de muchos actores, permite incluso la renovación de los líderes en las posiciones de poder sin que ello perjudique la evolución del proceso; es el liderazgo propio de una democracia plena, que se manifiesta también por medio de una participación permanente.

La responsabilidad institucional con respecto a la salud pública es parte de la responsabilidad global hacia el bienestar de la población. No sólo porque la salud es producto y fin de las condiciones y calidad de vida, sino también porque la salud pública es componente y estrategia para mejorarlas. De ese modo, la responsabilidad hacia la salud pública implica también parte de la responsabilidad mayor hacia el desarrollo humano integral, lo que se convierte en un aspecto fundamental para el desarrollo de políticas y estrategias de salud pública fuertemente dependientes de las políticas y estrategias de desarrollo.

La responsabilidad de la ASN con respecto a la salud pública y sus funciones esenciales es parte de la función global de rectoría del sistema de salud, también responsabilidad de la ASN, lo que no implica que la autoridad sanitaria cumpla directamente cada función. Las FESP son instrumentos de la ASN dentro de la rectoría del sistema de salud que ayudan

a cumplir las funciones específicas de la rectoría, como son la conducción, la ordenación de la prestación de servicios de atención, la modulación de la financiación y la garantía de la protección social de la salud, su regulación, etc. Funcionan también como criterio de orientación de las otras funciones globales del sistema de salud, como ya se ha mencionado en el capítulo 4. En efecto, la salud de la población y, especialmente, su promoción y protección, deben ser un criterio rector fundamental de todo el sistema de salud y, particularmente, del modelo de atención que le da contenido y que, en definitiva, es el referente principal de su organización y su funcionamiento.

Por último, en el seno de la sociedad civil, la responsabilidad de las instituciones sociales privadas o no estatales con respecto a la salud pública puede ser específica, es decir, la principal de la organización, o secundaria y puede ser formal o informal. Las organizaciones sociales privadas específicas de salud incorporan en su constitución una responsabilidad principal hacia la salud de las personas o de la población. Otras organizaciones sociales, con fines más amplios o relacionadas con la salud, contribuyen a la salud pública como parte de esas responsabilidades. Ambas están obligadas formalmente a no causar daños a la salud en los límites de las disposiciones jurídicas válidas para todos, pero desarrollan esencialmente sus actividades como consecuencia de decisiones voluntarias. La contribución de esas instituciones y organizaciones puede ser de gran valor para la salud pública. Desde la familia a las organizaciones comunitarias o no gubernamentales de salud o correlacionadas con ella, desde la religión o las iglesias a la prensa, desde la escuela a los sindicatos y los partidos políticos, todas estas organizaciones constituyen un universo creciente de actores que pueden asociarse en redes de relaciones y actuaciones que permiten contribuir decisivamente a la mejora de la salud pública. Estos múltiples agentes sociales son la manifestación organizada de la sociedad civil que completa y hasta conforma la actuación del Estado y de la ASN y cuya movilización y articulación eficaces son fundamentales para que las funciones esenciales de la salud pública, bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria, se proyecten hacia toda la sociedad, se vinculen efectivamente con las prácticas sociales y se constituyan en indicadores idóneos de todo el ámbito social de la salud pública.

4. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas

La Iniciativa ha elaborado una lista de 11 funciones esenciales de la salud pública. No se trata de un número de funciones establecido a priori, sino que es el producto de un proceso de análisis, definición de criterios básicos, discusión y pruebas de campo que han llevado a su determinación.

A continuación se resumen los criterios básicos adoptados para la identificación de las FESP que mejor respondieran a las circunstancias de la región de las Américas y para su validación, aunque en los capítulos 8, 9 y 10 de la parte III se describirá más detalladamente todo el proceso:

1) Como el objetivo principal de la Iniciativa es la promoción de la infraestructura permanente de la salud pública, se ha dado prioridad a la selección de funciones genéricas o estructurales desde un enfoque estrictamente funcional, en relación con las funciones específicas relativas a campos de actuación determinados. Las funciones genéricas o estructurales, como ya se ha mencionado, constituyen la base de la infraestructura funcional de la salud pública y se aplican a sus diversos campos de actuación.

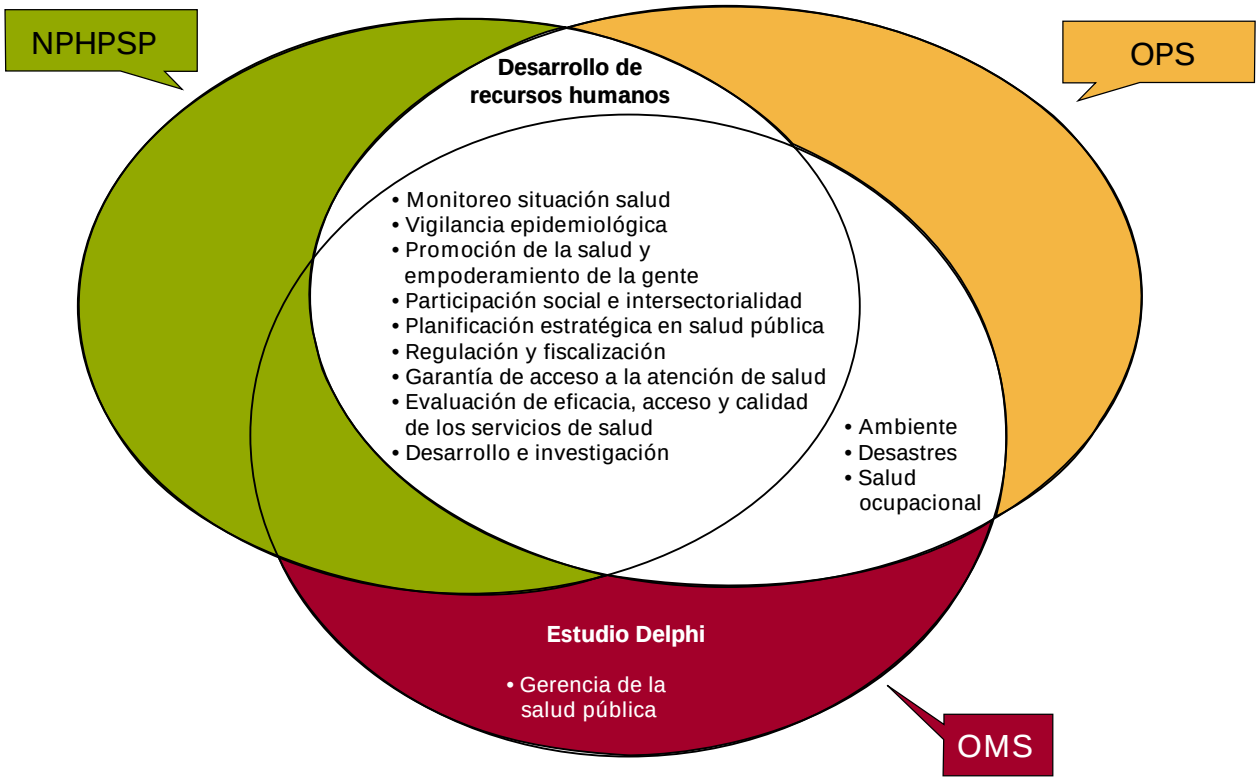
2) La comparación entre los tres estudios que han tratado con anterioridad de forma específica la identificación de las funciones esenciales de la salud pública ha mostrado un gran nivel de coincidencia en las funciones identificadas. El siguiente esquema (figura 1) demuestra esta afirmación.

Aparecen nueve funciones comunes a los tres documentos, una —recursos humanos— es común a los documentos del NPHPSP y de la OPS y tres lo son a los documentos de la OMS y de la OPS. Tan sólo una función, la gerencia de la salud pública, aparece de forma aislada en el estudio de la OMS. Esta coincidencia avaló desde el principio el proceso de definición de las funciones y fue a partir de esta convergencia que se trazó el primer borrador de un instrumento para la medición del desempeño de las FESP, en el que se incluía además la definición de cada una de las doce funciones esenciales seleccionadas, así como los indicadores y estándares para la evaluación del desempeño de las mismas. Este borrador se entregó a diferentes grupos de expertos y profesionales de salud pública, en un proceso de evaluación que culminó con la reunión de la red de instituciones y expertos convocada por la OPS.[1]

3) Fue importante también la necesidad de definir las funciones como los conjuntos de actuaciones que pue-

[1] Consulta a expertos: Funciones esenciales de la salud pública y medición de su desempeño en la práctica de la salud pública. Washington, D.C., 9 y 10 de septiembre de 1999.

Figura 1 FESP definidas en el NPHPSP,[2] el estudio Delphi de la OMS[3] y el documento inicial de la OPS[4]



[2] National Public Health Performance Standards Program, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), EE.UU.
[3] WHO. "Essentials Public Health Functions: results of The International Delphi Study", World Health Statistics 51, 1998.
[4] OPS. "Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: documento de posición", 1998.

den ser puestos en práctica de forma adecuada. Esto implica la suficiente homogeneidad para permitir la identificación de objetivos precisos, componentes y procesos productivos verificables y evaluables y mecanismos operativos responsables a los que se puede pedir rendición de cuentas.

4) La lista inicial de 12 funciones, que fueron detalladas en un instrumento para medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, fue sometida a una prueba piloto en Colombia, Jamaica y Bolivia. Las experiencias de estas pruebas fueron analizadas hasta llegar a la lista de 11 funciones esenciales, que se presenta en el cuadro 2 y se definen a continuación. La lista está sujeta, obviamente, a mejoras y no pretende abarcar todas las visiones que existen sobre este tema en el mundo de la salud pública pero, sin perjuicio de esto último, se han hecho esfuerzos destinados a reducir al mínimo los sesgos y a recoger los aspectos pertinentes expuestos por los expertos y actores vinculados a la adopción de decisiones políticas de salud, en cada una de las ocasiones en que se ha contado con su opinión. Debe tenerse presente que las FESP definidas constituyen un primer paso en el esfuerzo de medición del desempeño en materia de salud pública en los países de la región de las Américas, una actividad que, sin duda, podrá ser perfeccionada en el futuro.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

Definición:

Esta función incluye:

- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país

Cuadro 2 Funciones esenciales de la salud pública

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.

- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.

- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.

- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.

- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.

- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.

- La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Definición:

- La capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

- La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.

- Laboratorios de salud pública capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.

- El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.

- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.

- La preparación de la ASN y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.

FESP 3: Promoción de la salud [5]

Definición:

- El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.

- El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.

- La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.

- El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de

[5] La función aborda la definición de aquellas capacidades que se requieren específicamente para desarrollar, desde la perspectiva de la ASN, los componentes de la promoción de salud definidos en la Cartas de Ottawa y Bogotá reafirmados en la reciente Conferencia de México. Dado que se ha estimado necesario definir además una función esencial de participación social, se ha concentrado en esta última la definición de las capacidades que apuntan, en buena medida también, a la promoción de la salud.

vida, comportamientos y ambientes saludables.

- La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud

Definición:

- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública.

- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

Definición:

- La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.

- El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.

- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.

- El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaces, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.

- El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

Definición:

- La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.

- La capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.

- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

Definición:

- La promoción de la equidad 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 intervenciones en materia de 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 y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.

- La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Definición:

- La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.

- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud, de enfrentarse efi-

cazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.

- La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.

- La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.

- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.

- La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Definición:

- La promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad

- El fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación.

- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.

- La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.

- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.

- La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.

FESP 10: Investigación en salud pública

Definición:

- La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.

- La ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.

- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud [6]

Definición:

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.

- Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.

- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.

- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Bibliografía

CDC/CLAISS/OPS. La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de la salud pública — Prueba piloto (documento de trabajo); abril 2000.

Bettcher DW, Saprie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi Study. Ginebra: WHO, World Health Statistics, nº 51; 1998.

OPS. Funciones esenciales de salud pública: documento de posición. División de De-

[6] La reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud incluye la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante desastres naturales, tecnológicos y complejos.

sarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, (borrador); mayo 1998.

OPS. Funciones esenciales de salud pública (doc.). CE126/17 (Esp.), abril 2000.

Secretary of State for Social Services. Public Health in England. The Report of the Committee of Inquiring into the Future Development of the Public Health Function. Londres: Her Majesty's Stationary Office; 1988.

The Core Functions Project. Health Care Perform and Public Health: a paper on Population-based Core Functions. Journal of Public Health Policy, Vol. 19, nº 4, 294–418.

US Institute of Medicine. The Future of Public Health. National Academy Press; 1988.

Marco de actuación para el mejoramiento de la práctica de la salud pública

En este capítulo se presentan los principales aspectos de las intervenciones destinadas a mejorar la práctica de la salud pública de acuerdo con los conceptos adoptados y la estrategia operativa de las FESP. Aunque se pretende abarcar los aspectos más significativos dentro de la práctica de la salud pública, la exposición que se hace a continuación es más conceptual que operativa. Se identificacan y caracterizan los factores que son importantes para una buena práctica de la salud pública, sin la preocupación de la instrumentación necesaria para su aplicación. En las Partes III y IV del libro se profundizará en la caracterización operativa y en las especificaciones de aplicación de algunos de estos factores.

La amplitud y multiplicidad de los aspectos que deben ser tenidos en cuenta aconsejan su agrupación y un tratamiento de grupo dentro de las secciones que los identificarán. Se reconoce, sin embargo, la complementariedad de los componentes tanto de cada grupo como entre los grupos, lo que obliga a una visión de conjunto e integral en lo que respecta al diseño de estrategias de acción eficaces. Para responder a ello, el análisis de los grupos se hará de forma secuencial, con la intención de reproducir la realidad de la forma más aproximada posible, aunque implicará alguna recurrencia inevitable o deseada. En el último apartado se hará una presentación resumida e integral de todo el capítulo, o sea, del proceso necesario para el desarrollo de la práctica de la salud pública.

1. Conceptos y práctica

Desgraciadamente todavía son frecuentes en el campo social, manifestaciones que ponen en evidencia una falsa antinomia entre la teoría y la práctica. Muchos de los que se consideran prácticos y pragmáticos rechazan la teoría y a los teóricos, a quienes consideran alienados de la realidad y a quienes califican como académicos o soñadores. Y por otro lado, algunos de los llamados teóricos miran a los prácticos con cierta soberbia y hasta con desprecio. En general, los que se comportan de este modo saben que no tienen razón, pues conocen la interdependencia entre la teoría y la práctica, entre los conceptos y la acción. En efecto, la teoría que no conduce a la práctica es estéril y toda práctica es, por su parte, manifestación de una representación conceptual de la realidad. Es posible que los conceptos que justifican una práctica no estén explicitados o, incluso, que no sean percibidos por quienes actúan de acuerdo con una experiencia no analizada o por la mera aplicación de unos procedimientos y rutinas definidos por otros. Sin embargo, un ejercicio realizado en esas condiciones puede ser efectivo si las condiciones de la experiencia previa y de las normas establecidas se cumplen, pero no contiene los elementos de autoevaluación y adecuación a situaciones diferentes o cambiantes y, a la larga, perderá su eficacia, si es que alguna vez la tuvo. La práctica, especialmente en el ámbito so-

cial y, en particular, en la salud pública, pone a prueba y a la vez valida la teoría y, lo que es más importante, constituye el mecanismo más eficaz para su perfeccionamiento y ampliación.

Una situación similar puede producirse con un discurso diferente: la negación del concepto por razones ideológicas. Esto ocurre, frecuentemente, en el ámbito de la salud, especialmente con relación a sus factores sociales. Resulta difícil negar la determinación social de la salud y de la salud pública, pero cuando se analizan los impactos negativos de los modelos económicos o de los procesos políticos que producen políticas públicas no saludables, es frecuente que aparezca el argumento de que la salud pública debe limitarse a sus propios fundamentos científicos, entendidos éstos como los provistos por las ciencias biológicas e instrumentales (epidemiología, estadística) y no inmiscuirse en la política y la economía. El riesgo de ello es que sirva de justificación a la falta de acción social bajo el disfraz de un cientificismo biomédico supuestamente neutral que, al fin y al cabo, está motivado ideológicamente. En las sociedades avanzadas que han satisfecho sus necesidades sociales más básicas, esta posición tiene efectos negativos pero mitigados por la poca necesidad de cambios sociales profundos; en cambio, en las sociedades en las que esos cambios son indispensables para el desarrollo de la salud pública, sus consecuencias son lamentables. A modo de resumen, una base conceptual sólida y bien definida, que oriente y fundamente la acción en la práctica y que sea validada y perfeccionada por ella, constituye un punto de partida imprescindible para el desarrollo de la salud pública.

La transición de la teoría a la práctica en la producción de bienes se realiza mediante la tecnología y la organización de la producción; o sea, las demandas reales insatisfechas o potenciales actúan como estímulos para la transformación del conocimiento básico en las formas de producir los bienes correspondientes mediante la tecnología, y para fomentar la iniciativa de organizar la producción de esos bienes y ofrecerlos en el mercado a los posibles demandantes. Por otro lado, las políticas públicas promueven o inhiben el proceso mediante incentivos fiscales, crédito, asistencia técnica, capacitación, etc. Sin embargo, en el campo de la salud pública el proceso es muy diferente: una parte importante del conocimiento teórico es producto del análisis de la realidad y de la experiencia y, por lo menos parcialmente, ya tiene manifestaciones en la práctica. Así pues, se trata, principalmente, de recabar este conocimiento, de darle mayor consistencia y mejor organización y de ampliar su aplicación. Los bienes en cuestión son generalmente bienes públicos o de gran mérito social, con grandes externalidades y que no pueden ser apropiados individualmente, lo que conlleva una insuficiencia de la demanda y, por lo tanto, un aprovisionamiento precario por parte del mercado, lo que exige, en definitiva, una responsabilidad fundamental del Estado.

Así pues, las FESP son responsabilidad fundamental de la ASN, desde la generación del conocimiento, el desarrollo de la tecnología y su cumplimiento adecuado a través de la organización de su producción. De la misma manera, la transición de los conceptos a la acción es un proceso fundamentalmente institucional. Los requisitos esenciales para la realización de ese proceso son, por lo tanto, la capacidad institucional para realizarlo, cuya construcción y ejercicio serán discutidos en las secciones que siguen. Se trata, en esencia, de la capacidad de conocer adecuadamente la realidad y de intervenir sobre ella, o sea, de disponer de información e inteligencia y de los medios de intervención, es decir, los recursos reales, especialmente humanos, y de buena organización y capacidad de gestión.

La práctica de la salud pública está fuertemente influenciada por la cultura en que se desarrolla. La dimensión valorativa es un factor importante para la aplicación de los instrumentos técnicos. Las características de los procesos sociales, incluidos los económicos y políticos, determinan las posibilidades y las oportunidades de intervención. Por otro lado, la disponibilidad de recursos y su calidad también definen las posibilidades de actuación. De todo esto resulta la necesidad de la consideración de los aspectos coyunturales de intervención inmediata y los estructurales del contexto y de la naturaleza de la propia práctica de salud pública. Así pues, la práctica es siempre específica a una situación concreta nacional o internacional. Sin embargo, esto no niega la validez general del conocimiento y hasta la posibilidad de generalización del uso de algunos instrumentos operativos, siempre y cuando cuenten con una evaluación de las diferencias y variaciones a fin de realizar las adaptaciones imprescindibles. La posibilidad de generalización es una ventaja muy significativa para el progreso, por el uso que puede tener en comparaciones, apoyos mutuos, aprendizaje y desarrollos compartidos, etc. De ese modo, el proceso de desarrollo de la práctica de la salud pública se basa en una pertenencia nacional abierta a la cooperación y al progreso compartido internacionalmente.

En el capítulo 6 se definió la estrategia funcional básica para el desarrollo de la

salud pública, es decir, la ejecución de las FESP bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional. Esa estrategia está justificada, no sólo como categoría manejable en el campo de la salud pública, sino también por su potencial para alcanzar el desarrollo integral de la salud de la población. La práctica de la salud pública por medio del desarrollo de las FESP es el mejor camino para alcanzar prácticas sociales saludables y salugénicas. De esta manera, la puesta en práctica de los conceptos de la salud pública se plasma en el ejercicio adecuado de las FESP y el eje operativo es la evaluación de su desempeño para el desarrollo de la capacidad institucional de la ASN. Esto lleva al cumplimiento óptimo de las acciones que conforman las FESP, incluida la movilización de los otros actores del Estado y de la sociedad civil.

2. La conducción como condición previa

Como hemos visto en el capítulo 4, la salud pública forma parte del sistema de la salud, y las FESP son una de las dimensiones de la función de rectoría ejercida por la ASN. Las FESP están relacionadas con todas las dimensiones de la rectoría, que se mencionan en el capítulo 2, complementándolas en relación con los objetivos que se refieren a la salud de la población. En este sentido, las FESP además de ser componentes de la rectoría y del sistema de la salud, son referentes generales e instrumentos de intervención presentes en todas las actuaciones que contribuyan a mejorar la salud de las poblaciones. La rectoría del sistema de la salud debería orientarse, en primer lugar, por el objetivo fundamental: la salud de la población, y para ello, las FESP pueden ser el mejor instrumento.

La conducción es la función central de la rectoría. Conducir significa llevar el sistema de la salud de una situación dada, considerada insatisfactoria, a una situación futura mejor, establecida como el objetivo a alcanzar. La conducción implica, según esta visión, una evaluación de la situación existente y la definición de la situación establecida como meta —la visión de lo deseado y posible— conformada por los objetivos de salud. De ello se deriva el diseño, la implantación y la ejecución de las estrategias para la realización del cambio propuesto. En el ejercicio de la rectoría, la conducción modula las demás dimensiones de la acción, incluso las FESP. La conducción es el eje del proceso de toma de decisiones. Es en la conducción donde se manifiestan, con mayor presencia, las dimensiones política e intersectorial de la salud, del sistema de la salud y de la salud pública.

Es en la conducción donde se construyen las alianzas y los apoyos para la puesta en práctica de la visión y de los objetivos propuestos, donde se definen y organizan las tareas de movilización y cooperación, donde debe residir la mayor capacidad de liderazgo y promoción. Es en ella donde se definen y articulan las estrategias generales de actuación, se conforman y negocian las políticas sectoriales y se definen las características de los procesos de planificación, organización y gestión. Es también en la conducción donde se decide sobre las condiciones generales que lleven a una buena ejecución de los programas y actividades dentro del sistema de salud: la organización institucional, las condiciones de financiación, la asignación de responsabilidades y recursos y la vigilancia y la evaluación de todo el proceso. Sin una conducción eficaz no es posible, en consecuencia, una buena salud pública y toda la rectoría y el desempeño global del sistema de la salud quedan también menoscabados.

La rectoría debe reconocer y adoptar a la salud pública como eje de la conducción, lo que conlleva el cumplimiento de las FESP como su principal instrumento. Ello abarca el diseño de los modelos de atención, en el aseguramiento y la garantía de calidad de la asistencia, la organización de los sistemas de servicios y la evaluación del desempeño del sistema de la salud. La conducción es, por consiguiente, una condición previa para una buena práctica de la salud pública que, a su vez, se beneficia de ella.

3. Aspectos sistémicos y específicos de las FESP

En el capítulo anterior, al analizar el concepto de función esencial de salud pública, se hizo una diferenciación entre funciones sistémicas o estructurales y funciones específicas o programáticas, y se establecieron las relaciones entre las dos categorías, representándolas gráficamente. Esta diferenciación es de gran utilidad para la mejora de la práctica de la salud pública y para el establecimiento de prioridades al interior de las FESP. Si las FESP incluyen todas las intervenciones significativas de carácter sistémico que definen la capacidad esencial de actuación de la salud pública, y esas intervenciones son llevadas a cabo de manera adecuada, la práctica en los diversos campos de acción específicos o programáticos será muy satisfactoria.

La práctica de la salud pública requiere de una adecuada selección y definición de las FESP. Las funciones definidas permitiren elegir los mejores componentes que las conforman y los indicadores más adecuados para la construc-

ción de un instrumento de medición de su desempeño. El diagnóstico del desempeño de las FESP, se hace con relación al grado cumplimiento de estándares óptimos, consensuados para toda la Región, que permitiren la identificación de las diferencias entre la situación existente, lo posible y lo deseable.[1]

A partir de ese diagnóstico se tendrán identificadas las debilidades o deficiencias que deben corregirse y las fortalezas que deben ser consolidadas. Las estrategias y los programas de actuación resultantes estarán centrados en las FESP como capacidad de actuación y como base para mejorar la intervención en los campos de acción específicos de los programas de salud pública. En un momento posterior, se evalúan las situaciones particulares de los programas y se definen las medidas de corrección o fortalecimiento necesarias. Se promueve, asímismo, la profundización del conocimiento en relación con algunos aspectos que permiten ampliar la capacidad de actuación en relación con las prácticas sociales dentro de la salud pública.

Las intervenciones para la mejora del desempeño de las FESP conllevan acciones específicas para cada una de ellas, pero deben privilegiar aspectos comunes a algunas o a todas ellas. Esos aspectos comunes aparecerán como rasgos frecuentes en el diagnóstico de situación y generalmente manifiestan deficiencias de la infraestructura general de la salud pública que afectan a varias o a todas las funciones esenciales. Esta cuestión se aborda en los apartados que siguen.

[1] Véase la Parte III para más detalles sobre el instrumento y el proceso de medición del desempeño de las FESP.

4. Complementariedad y desarrollo integral de las FESP

Debido a que su objetivo fundamental es la salud de la población, la salud pública exige una visión integral. Por otro lado, por su complejidad y la variedad de objetivos o campos de acción, requiere una visión analítica. Los resultados de la acción global de la salud pública se manifiestan en los productos específicos de sus partes y en la contribución a la salud de la población que resulta del conjunto y que puede ser mucho mayor que la mera suma de los resultados parciales cuando hay un objetivo común.

Las FESP, comparten esas características de individualidad y de complementariedad entre sí. Cada FESP tiene una identidad funcional propia, y procesos específicos que generan productos y resultados particulares. Pero al mismo tiempo, comparten recursos comunes y se complementan entre sí. Ello conlleva también una cuestión de eficacia: el uso de los recursos compartidos y el aprovechamiento óptimo de las oportunidades de la sinergia aumentan el beneficio alcanzado en relación con el costo, por cada unidad de costo que se añade. El balance óptimo entre la especificidad de cada función y la integración más eficaz de los aspectos comunes constituye así una regla de oro para la administración de las FESP. En este sentido, la identificación de las FESP que se ha hecho (Capítulo 6) búsca avanzar en dirección hacia ese equilibrio.

Las FESP 1 (seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud), 5 (desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública), 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública) y 10 (investigación en salud pública) son ejemplos de funciones sistémicas que apoyan o complementan a las demás y que constituyen áreas de capacidades comunes a todas las actuaciones de la salud pública. Las FESP 3 (promoción de la salud) y 4 (participación de los ciudadanos en salud), requieren la contribución de algunas de las otras pero sobre todo, cambian las condiciones operativas de todo el sistema de la salud, ampliando el impacto de las acciones específicas. La FESP 6 (fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública), es instrumental y básica para garantizar el funcionamiento adecuado de todo el sistema de la salud en sus dimensiones colectivas o de salud pública, a la vez que necesita de la aportación de las otras FESP para su cumplimiento. Por otro lado, las FESP 2 (vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública), 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios) y 9 (garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos), directamente vinculadas a los objetivos finales de la salud pública, también se sirven de las otras FESP para su desempeño. Por último, la FESP 11, de reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud, sirve de ejemplo de una función más específica, identificada con un campo de actuación concreto pero que requiere el apoyo de las FESP más sistémicas para el desarrollo institucional que le es propio.

Los ejemplos mencionados resaltan la interrelación entre las FESP por una parte, y otras áreas de intervención en los sistemas de salud. El enfoque específico, conlleva riesgos significativos de duplicación injustificada de esfuerzos y, en con-

secuencia, de disminución de la eficacia por reducción de la sinergía posible.

En este sentido, la estrategia que sirve para alcanzar el equilibrio más adecuado entre especificidad e integración de las FESP es el desarrollo de la infraestructura común de la salud pública y su articulación con las otras funciones de la rectoría y con los recursos y actuaciones del sistema de salud que están relacionados. De esta manera, la estrategia principal para el desarrollo de la salud pública y de su práctica forma parte también de las estrategias para el fortalecimiento de la rectoría en materia de salud y para el perfeccionamiento del sistema de salud. En otras palabras, la mejora de la práctica de la salud pública, o el desarrollo integral de la salud pública, tiene también como propósito servir al desarrollo de la rectoría como eje del perfeccionamiento del sistema de salud y definición en términos del aumento de eficacia y satisfacción sociales. Al cumplir este propósito, la salud pública se fortalece y amplía también su eficacia en la consecución de su objetivo fundamental, la salud de la población.

5. Infraestructura de la salud pública y desarrollo de la capacidad de acción

La infraestructura de la salud pública es el conjunto de medios articulados y recursos estables para la realización de actividades en este campo. En sentido amplio, es la base permanente de recursos organizados para la acción y define la capacidad de la ASN para el cumplimiento de las FESP. La infraestructura es, por lo tanto, la base sobre la cual se promueve el desarrollo de la capacidad institucional en materia de salud pública y se desarrollan condiciones para mejorar su práctica.

Funcionalmente, sus elementos constitutivos fundamentales son los siguientes:

- La información, que implica la existencia de sistemas de información adecuados y la capacidad de transformarla en inteligencia para la acción. En el apartado 6 de este capítulo se profundizará el análisis de este aspecto.

- Los recursos humanos calificados y con condiciones de trabajo satisfactorias. En el apartado 8 se ampliará la discusión de este punto y en el capítulo 15 de la Parte IV del libro el tema se presenta en su detalle.

- La organización, como el elemento articulador de los recursos, que les confiere unidad funcional y hace posible, la acción de salud pública. La organización, como infraestructura, define las características institucionales de la salud pública y, específicamente, las relativas al cumplimiento de las FESP. Comprende las bases jurídicas de la salud pública, o sea, de la ASN con relación a la salud pública, sus atribuciones y responsabilidades, la asignación de estas atribuciones y responsabilidades a los elementos y niveles de la organización y los mecanismos y procesos de responsabilización y evaluación, entre otros. La organización define, en suma, cómo se organiza la infraestructura y cómo puede ser gestionada para producir las acciones de salud pública. La organización comprende también los procesos técnicos fundamentales que modelan la acción científico-técnica específica de la salud pública en la ejecución de sus funciones esenciales y los procesos básicos administrativos o de gestión. Los procesos técnicos fundamentales son las normas técnicas o criterios técnicos generales y básicos que orientan el trabajo sustantivo de la salud pública. No son manuales pero sí parámetros fundamentales para su elaboración. La distinción entre procesos administrativos y científico-técnicos es importante para la mejora de la práctica de la salud pública porque singulariza la labor científico-técnica diferenciándola de la gestión o administración, lo que permite un mejor tratamiento de su especificidad en la construcción de sus bases estructurales.

Los tres elementos funcionales anteriores operan sobre la base de recursos físicos indispensables y de servicios esenciales de apoyo o auxiliares Los servicios de apoyo o auxiliares abarcan los laboratorios de salud pública y las unidades especiales de investigación y de capacitación. Los laboratorios de la salud pública, son estructurales para las FESP, e indispensables para su buen desempeño. En algunos casos, las unidades especiales de investigación y de capacitación pueden ser cruciales para el desarrollo global de la salud pública y se comportan como elementos estructurales de importancia.

La infraestructura funcional requiere espacios e instrumentos físicos tales como equipos y locales de trabajo para su operación. Ello es tanto más necesario cuanto más rezagadas estén las funciones de salud pública. Los ejemplos más evidentes de ello son los sistemas de computación y comunicación para la administración de la información, las instalaciones y equipos de laboratorio y los establecimientos y equipos para las funciones de gestión y la labor del personal de salud pública. En muchos países estos requisitos no existen o son sumamente precarios. El desarrollo de la salud pública y de su práctica exige disponer de estos equipos e instrumentos

físicos por lo menos en un nivel esencial que habrá que definir en cada caso.

De acuerdo con la base conceptual adoptada, el capital social positivo que produzca unas prácticas sociales saludables y salugénicas y se manifieste también en la participación ciudadana en la salud es, sin duda, otro elemento de infraestructura, en este caso de naturaleza social, que se corresponde y complementa con la infraestructura institucional de la que nos ocupamos ahora. En el apartado 12 se aborda este tema.

Lo principal de la articulación entre los conceptos y la práctica en la salud pública se hace por medio de la capacidad institucional de intervención, determinada por la infraestructura, o por la capacidad social de actuación positiva, determinada por el capital social, que se gesta en la cultura y se manifiesta en las prácticas sociales saludables y en la participación ciudadana. La creación o el fortalecimiento de las infraestructuras institucional y social de la salud pública son, por lo tanto, las condiciones principales y el factor fundamental para alcanzar una práctica eficaz.

La infraestructura institucional de la salud pública es específica pero su actuación quedaría muy limitada si estuviera restringida a la capacidad que se ha constituido de manera natural en su decurso como campo de acción. Por tanto, la ASN debe utilizar la capacidad de otras áreas del sistema de lsalud y de otros sectores, especialmente de los incluidos en la propia rectoría y en la prestación de atención, para ampliar la capacidad de acción en materia de salud pública. De hecho, en un extremo del sistema de atención, las acciones de salud pública están integradas en la asistencia y con frecuencia las ejercen los mismos agentes, especialmente en el nivel básico. De la misma forma, las FESP se superponen a las funciones de la rectoría, las complementan pero dependen decisivamente de la función de conducción. Por último, algunas acciones importantes de la salud pública, incluso de carácter sistémico, como la regulación, el control de riesgos y daños y desarrollo de recursos humanos, dependen de la intervención de otros sectores o son realizadas por ellos. Por este motivo, la actuación intersectorial es también una forma de ampliar la capacidad de acción de la salud pública y significa un área de oportunidad para ampliar o fortalecer su propia infraestructura.

El diagnóstico de la situación y, especialmente, la evaluación del desempeño de las FESP deberá servir para identificar las debilidades de la infraestructura institucional de la salud pública, lo que permitirá intervenciones diseñadas específicamente para corregirlas. La utilización combinada de los hallazgos de la evaluación del desempeño de las FESP con la comprensión conceptual renovada de la salud pública permitirá la preparación de estrategias y planes cuya ejecución, redunda en el fortalecimiento necesario de la infraestructura y el desarrollo de la capacidad institucional de intervención en la salud pública, de acuerdo con las posibilidades y las necesidades de cada situación. Más aún, el desafío es articular la capacidad institucional con la contribución de la sociedad. El capítulo 13 de la Parte IV trata este aspecto con más detenimiento.

En esencia, el proceso de fortalecimiento de la infraestructura y del desarrollo consecuente de la capacidad institucional de actuación es el resultado de decisiones tomadas en el ámbito de la rectoría por medio de su función de conducción, tiene naturaleza política y es un ejercicio del poder institucional. En el ámbito nacional, esas decisiones tendrán más fuerza y capacidad de sostenerse si son asumidas por el gobierno y, sobre todo, si se transforman en función de Estado. Con ello se fortalecen no sólo las decisiones, sino toda la salud pública al conferirsele mayor relevancia a la ASN, y con ella acrecentar su autoridad para el ejercicio de la función de rectoría del sistema de salud. Una vez adoptada la decisión política, el proceso de su aplicación pasa a ser principalmente una cuestión de gestión con menor contenido político. Será, en todo caso, un proceso complejo y lento, que siempre dependerá de los atributos virtuosos de una buena conducción sectorial y del uso que se hace de ella.

6. La información y la inteligencia en la salud pública

La información es el insumo general más integrado a la infraestructura de la salud pública. Es también un insumo indispensable, ya que no existe una buena práctica de la salud pública sin información o con una información ineficaz o insuficiente. Se puede afirmar que la mejora de la práctica de la salud pública depende de la información disponible y es tan buena como la calidad de esa información.

La información requerida para una buena práctica de la salud pública es muy variada y se relaciona con múltiples aspectos, tales como los objetos y campos de la salud pública, su contexto y factores determinantes externo. Esto conlleva varios procesos de acopio, análisis y uso. Para obtener una visión sintética de todo el complejo proceso de administración de la información, se

pueden construir matrices de relación entre las distintas categorías de la información, los campos de los objetos principales de observación y las FESP.

Las categorías de uso sugeridas tienen una gran significación estratégica puesto que definen no sólo el uso o la finalidad, sino también y al mismo tiempo, sus usuarios. Hay una variedad de objetos entre los que se incluyen tanto los objetos específicos de la salud pública como las funciones esenciales, los riesgos y daños en la salud, los recursos humanos, y, por otro lado, los objetos más amplios, con información de uso exclusivo de la salud pública y de uso común con otras funciones de la rectoría y del sistema de salud. En general, el uso sirve de guía a la selección de los objetos. A partir de este ejercicio simple e imaginario, resulta evidente que la práctica de la salud pública y de las FESP requiere información sobre los objetos específicos de la salud pública, así como información más general, no específica de la salud pública, pero indispensable para su capacidad de actuación.

Sin embargo, no es suficiente disponer de información; es indispensable que ésta sea de calidad satisfactoria, que sea oportuna y que sea procesada adecuadamente para generar inteligencia. Los mecanismos y procesos para evaluar y garantizar la calidad de la información son tan importantes o más que los sistemas de recopilación, transmisión y procesamiento primarios. La inteligencia es el parámetro para medir la utilización y el valor de uso de la información. El conocimiento de los objetos y de las situaciones es la primera parte de la inteligencia en salud pública que propicia o complementa la capacidad de elegir; significa la capacidad de realizar o promover la ejecución de las acciones más efectivas en función de los objetivos determinados.

El concepto de información utilizado aquí es bastante amplio, ya que abarca la información objetiva, cuantificable y fundamentada científicamente, y la información cualitativa con fundamentos formales menos rigurosos. Se refiere preferentemente a hechos observados y registrados objetivamente, pero también a las percepciones y opiniones de actores fiables. Afortunadamente, existen técnicas para analizar y minimizar las imprecisiones, variaciones y errores, lo que permite llegar a conclusiones fiables o aceptables para las acciones correspondientes. Por ejemplo, para la medición y la evaluación del desempeño de las FESP en los países se ha diseñado y utilizado con éxito un instrumento basado en las opiniones de grupos de expertos conocedores de la situación. Cabe mencionar aquí las limitaciones de las pruebas o las observaciones en el campo de la salud pública y reiterar asimismo la importancia de la evidencia cualitativa, incluso debido a las limitaciones de la discrecionalidad de variables importantes que deben considerarse. Sin embargo, es necesario reafirmar que es deseable fundamentar la inteligencia en salud pública en pruebas científicamente incontestables y, por lo tanto, la necesidad de un esfuerzo permanente para ampliar la disponibilidad de esas pruebas.

Hechas estas consideraciones queda por responder la cuestión de la pertenencia de los sistemas de información en la salud pública: "¿Son propios o compartidos?" Parece que no puede haber dudas de que la respuesta es: "Ambos". Para la información que afecta específicamente a los objetos propios de la salud pública habrá sistemas también propios de información que pueden llegar, en su especificidad, al ámbito particular de cada FESP, en el caso de componentes muy específicos. Para la información más amplia, la salud pública se articulará con los sistemas correspondientes para tener acceso a la información necesaria. El criterio rector para las decisiones a este respecto consiste en buscar el equilibrio más adecuado entre especificidad e integración en la rectoría y en el sistema de salud. Lo ideal sería la concepción de un sistema de información de salud que fuera de naturaleza integral, pero con componentes especializados en función de la naturaleza de la información que debe ser producida y de su uso principal, además de contar con una base de uso común. En un sistema así, la salud pública y las FESP tendrían un componente especializado, con las dimensiones adecuadas para sus especificidades indispensables, poniendo la información generada a disposición del sistema común en unos formatos previamente acordados, y accediendo a la base común y a otros componentes especializados para la obtención de datos e información necesaria que pueda ser manejada en formatos de manejo práctico.

En cualquier caso, la capacidad de análisis para usos específicos y para formar la propia inteligencia requerida, debe ser siempre propia, aunque no cerrada y exclusiva. Una precaución que debe tenerse con relación a la información y que se olvida con frecuencia es la de no exagerar ni en el volumen ni en la variedad de los datos y la información, de forma que no llegue a superar la capacidad de uso, lo que en ese caso implicaría, además del despilfarro de recursos, el riesgo de distorsiones serias en todo el proceso y la posibilidad de perjudicar seriamente, la creación de inteligencia.

La información en materia de salud pública tiene confirmada su utilidad y se transforma en inteligencia completa

cuando sirve para la formulación de planes y políticas, para un proceso de planificación adecuado y para una gestión eficaz y eficiente, incluida la evaluación con amplitud y profundidad suficientes. No nos detendremos, sin embargo, aquí en esos aspectos,[2] aunque sean esenciales para la mejora de la práctica de la salud pública.

Por último, el diagnóstico inicial de situación de las FESP a través de la medición y la evaluación de su desempeño, constituye también un punto de partida para la administración de la información en la salud pública. Los indicadores de desempeño son guías excelentes para la identificación de la información necesaria y el ejercicio de aplicación del instrumento de medición revela los vacíos de información existentes, las deficiencias de la información disponible e incluso, en algunos casos, la existencia de información inútil o no utilizable; revela asimismo las debilidades y fortalezas de la infraestructura de salud en ese aspecto. A partir de este conocimiento será posible diseñar intervenciones correctoras o de fortalecimiento, y promover estrategias de ampliación, estructuración y perfeccionamiento de los sistemas correspondientes.

7. La práctica de la salud pública y los servicios de atención de salud

No hay que olvidar las estrechas relaciones de complementariedad que existen entre las acciones de la salud pública y las de atención individual de salud, que se manifiestan de formas múltiples.

Tanto la salud pública como la atención individual son parte integrante del sistema de salud y comparten las responsabilidades de contribuir a la realización de sus objetivos. Por otro lado, la salud pública contiene actividades de atención personal de salud y actúa por medio de ellas, diluyendo así la distinción entre los campos. En el caso de la atención al ambiente, la distinción desaparece puesto que la intervención sobre el ambiente tiene siempre una connotación de salud pública, independientemente de que sea ejercida dentro o fuera del sector salud, bajo la responsabilidad o no de la ASN. En este sentido, la salud ambiental, es un campo de actuación de la salud pública debido a la naturaleza de los servicios que produce y al alcance que su cobertura tiene en la población.

Las cuestiones principales para la práctica de la salud pública, y de las FESP en particular, son básicamente las de definición de responsabilidades institucionales y su consiguiente articulación.

Ya se ha hecho mencionado anteriormente a las relaciones de la salud pública con la atención a las personas en todos los niveles de su prestación pero especialmente en la atención primaria. Se ha hablado de los sistemas de apoyo comunes, y la complementariedad de la información. Todas esas conexiones tienen una gran importancia para la práctica de la salud pública y para el desempeño de las FESP. En esta ocasión cabe subrayar la influencia de salud pública en la organización y en el funcionamiento del sistema de atención a las personas y del sistema de la salud. Ello puede ser el factor principal para la orientación de las reformas sectoriales de salud y, al mismo tiempo es de gran importancia para la mejora de la práctica de la salud pública.

El objetivo último de un sistema de salud consiste en mejorar la salud de la población y hacer que la atención que presta genere satisfacción social. Ambos objetivos —la eficacia anteriormente destacada y la satisfacción social— tienen una significación colectiva, se refieren a la salud de las poblaciones y son, por tanto, los objetivos de la salud pública. La visión de la salud pública debe ser, por consiguiente, el criterio principal para la conformación, rectoría, y gestión de los sistemas de salud. Así pues, es dentro de esta perspectiva como se pueden definir, con propiedad, los objetivos globales de salud, así como la organización deseable del sistema.

Los instrumentos de actuación de la salud pública, fundamentalmente puestos de manifiesto en las FESP, sirven también para alcanzar ese objetivo así como para el cumplimiento de los principios estructuradores de la atención individual de la salud. La equidad y la universalidad de la atención son objetivos de la FESP 7; la calidad de la atención y, en consecuencia, su eficacia y la generación de satisfacción, lo son de la FESP 9 y los modelos de atención que deben basarse en la precedencia de la promoción de la salud y de la prevención, de las FESP 2 y 3. La salud pública y las FESP, como ya se ha destacado anteriormente, son instrumentos de la ASN para el ejercicio de la rectoría del sistema de salud, especialmente de su conducción. Más allá del ámbito específico de la atención propiamente dicha, la salud pública, es fundamental para la promoción de la participación ciudadana en materia de salud (FESP 4): no sólo para la protección de la salud y el uso adecuado de los servicios de atención por parte de la población, sino también para el ejercicio del control sobre las acciones públicas y para la pro-

[2] Ver el capítulo 13 de la Parte IV para más información a ese respecto.

moción de las demandas sociales de políticas públicas saludables.

El menosprecio de la importancia de la salud pública en la organización y el funcionamiento de los sistemas de atención y de servicios de salud es quizás, la causa principal de la baja eficacia social de los sistemas de salud, de los niveles bajos de satisfacción de la población con respecto a la atención recibida y de los fracasos de algunas reformas sectoriales realizadas en los últimos dos decenios. Por ello el desarrollo de una nueva generación de reformas en la que esa deficiencia sea corregida se torna fundamental. No se trata de reducir la importancia de la atención individual a la salud ya que da respuesta a necesidades sentidas y demandas urgentes de las personas. Esa atención estará siempre en el centro de las prioridades de la salud, incluso como respuesta específica al reconocimiento de un derecho humano fundamental: la recuperación de la salud perdida. Lo que se debe buscar en cambio, es la organización de la prestación de esa atención de acuerdo con criterios de eficacia social, para sacar el máximo partido de su contribución a la mejora de la salud de la población. La práctica de la salud pública, desde ese punto de vista, adquiere dimensiones más amplias y más significativas socialmente, al situarla en el centro de las decisiones y actuaciones de la rectoría sectorial y de las características fundamentales de los sistemas de salud.

En resumen, la salud pública, y las FESP en particular, nunca deben ser vistas de forma aislada con respecto a la atención individual de salud, incluida la atención médica, y en antagonismo con ella. Al contrario, la salud pública y las FESP coexisten articuladamente en sus conceptos y en sus prácticas con la atención individual en los sistemas de salud; contribuyen decisivamente a la adecuación, calidad y eficacia social de la atención y se benefician de las oportunidades que ella crea incluyendo la gestión de sus recursos para ampliar el campo de acción, mejorando consecuentemente la eficacia de las acciones de salud pública, sin que esto signifique ninguna pérdida o debilitamiento de las reciprocidades indispensables.

8. Recursos humanos[3]

Los recursos humanos constituyen un factor fundamental y esencial para la práctica de la salud pública, y es uno de los pilares de su infraestructura; en realidad, la práctica de la salud pública es fundamentalmente el producto de las prácticas del personal que trabaja en salud pública. No obstante, la fuerza de trabajo de salud pública es uno de los recursos más descuidados y menos valorados dentro del sector de la salud en las Américas, lo que se corresponde con el menosprecio al que se enfrenta la propia salud pública. Es más, ni siquiera existe, en la mayoría de los países, una caracterización de los trabajadores de la salud pública que pudiera dar origen a un tratamiento diferenciado de su desarrollo y de su gestión.

De acuerdo con las características del campo, los objetos de la salud pública y la naturaleza de sus acciones y relaciones, la fuerza de trabajo de la salud pública tiene características diferenciales dentro del sistema de salud. Al ocuparse de las dimensiones colectivas de la salud, los profesionales de la salud pública actúan con conocimientos múltiples y con instrumentos de intervención que alcanzan a toda la población. El ámbito de actuación abarca los riesgos y daños específicos de la salud, sus causas directas y sus determinantes generales; las respuestas sociales e instrumentales para atender las necesidades colectivas de salud; los sistemas de salud; las prácticas sociales; los procesos políticos y de gestión, entre otros, todos ellos aspectos múltiples, interrelacionados y cambiantes que tienen efecto sobre la salud de la población. Están combinando siempre las diversas formas de saber y la información, así como aplicando y renovando los instrumentos de su utilización para la solución de los problemas de salud pública. Por ello, debido a la variedad de las capacidades necesarias para hacer frente a la complejidad, y diversidad de los objetos de su acción, el trabajo en salud pública, basado en la administración del conocimiento, es fundamentalmente un trabajo de equipo de carácter interprofesional, en el sentido de que necesita las aportaciones específicas de muchas profesiones o disciplinas. Así pues, el trabajo en la salud pública no sólo tiene objetivos de carácter colectivo, sino que es colectivo en sí mismo. Por otro lado, los trabajadores de la salud pública son, simultáneamente, trabajadores del conocimiento y creadores de conocimiento o de formas de su aplicación como parte de su acción colectiva.

Las características mencionadas amplían la necesidad de contar con profesiones de origen diverso en la composición de la fuerza de trabajo de salud pública. Aunque se continúa suponiendo que las llamadas profesiones básicas de salud, y en particular la medicina, ofrecen ventajas para la formación de los trabajadores de la salud pública debido a su formación biomédica, ésta ya no es una ventaja generalizable o una condición indispensable, ya que en determinados

[3] Ver capítulo 15 en la Parte IV para una exposición más extensa y completa del tema.

campos de actuación o para algunas FESP puede haber otras profesiones que tengan una mayor idoneidad.

Sin embargo, lo que se confirma es que la formación específica en materia de salud pública se superpone, como una especialización, a las profesiones de otros orígenes para llegar a constituir una fuerza de trabajo específica de salud pública, creando así lo que podemos considerar un grupo de profesionales orgánicos, dedicados al ejercicio de la salud pública en sus diversas manifestaciones. Esa variedad de manifestaciones, que exige la especialización profesional para los diferentes campos de actuación de la salud pública, exige también una acción de agregación e integración permanente que, a su vez, requiere atributos especiales con el fin de evitar la dispersión y la disgregación debido a una división exagerada de la salud pública en compartimentos operativos y en especialidades.

La salud pública no está, sin embargo, restringida al trabajo de sus profesionales orgánicos o de sus trabajadores específicos. Habida cuenta de que su práctica se proyecta en el trabajo de otros ámbitos de la salud, en especial en la atención a las personas y al ambiente, e incluso en el trabajo de otros sectores, se puede hablar de una fuerza de trabajo asociada, que debe ser objeto de una formación y un apoyo para cumplir de forma satisfactoria las actividades de salud pública que le son encomendadas. En efecto, una de las habilidades o competencias de los trabajadores propios de la salud pública es crear la sensibilidad y el conocimiento de que la salud pública es una responsabilidad de todos, tanto de profesionales de la salud en general, como de los trabajadores en actividades relacionadas, así como, en definitiva, de todos los ciudadanos. En este sentido, los trabajadores de salud pública son algo más que agentes técnicos encargados de la aplicación de sus conocimientos, son mensajeros del comunicado social de la salud pública, promotores de las prácticas sociales saludables y de la participación de todos en la tarea común de mejorar la salud y el bienestar de la población.

La formación en salud pública debe responder, por tanto, a estas características de sus trabajadores, de sus recursos humanos, por lo que una de sus tareas principales es la de enseñar a aprender de forma autónoma y permanente. Si se consigue este objetivo, estará asegurada también la educación permanente necesaria gracias al acceso a la información capacitante y a la creación de oportunidades y de ambientes de reflexión colectiva, que multipliquen la habilidad individual de aprender y la capacidad conjunta de crear y producir. Hay que considerar también que, por todo lo mencionado, en la salud pública, la inteligencia emocional, el sentido de la ética social y la capacidad de trabajar en equipo son, con frecuencia, cualidades más importantes que una capacidad técnica muy depurada que funcione en forma aislada.

Los trabajadores de salud pública tratan fundamentalmente con bienes de naturaleza pública o de gran mérito social, y por tanto realizan una actividad muy poco reconocida en el mercado laboral. La organización y la gestión de la fuerza de trabajo de salud pública son, de este modo, una cuestión eminentemente pública, una responsabilidad del Estado. En general, el trabajo en salud pública exige de los profesionales orgánicos, una dedicación integral debido a la naturaleza de las funciones, a la limitación de las oportunidades que existen en el mercado y a los numerosos conflictos de intereses que surgen. Estos hechos condicionan una gestión especial del personal que trabaja en salud pública, lo que implica nuevas categorías laborales y carreras propias, incentivos que equilibren las ventajas individuales en función de los méritos y estímulos colectivos, para que se promuevan simultáneamente el desempeño personal y el trabajo en equipo; así como procesos de evaluación bien estructurados y condiciones generales de trabajo compatibles con las características de las intervenciones en la salud pública.

En resumen, la buena práctica de la salud pública depende de una atención prioritaria y una consideración adecuada de los recursos humanos que la ejecutan.

El instrumento usado para la medición y la evaluación del desempeño de las FESP en la Región de las Américas ha incluido indicadores sobre la disponibilidad de los recursos humanos clave para cada una de las funciones esenciales, además del empleado para el diagnóstico de la situación de la FESP 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública). Los resultados de este ejercicio inicial pueden servir para avanzar en la materia y como refuerzo significativo al trabajo que está realizando actualmente la OPS, en apoyo a los países.

9. Salud pública, FESP y programas

La práctica de la salud pública y de las FESP y su organización exigen una delimitación bastante precisa de cada una de las FESP, con el fin de hacer posible la identificación de los productos, de las actividades correspondientes, de los re-

cursos necesarios y de la forma de organizarlos, para llevar a cabo el proceso de producción. Con esto será posible estimar los gastos y costos, así como definir la financiación y el presupuesto necesarios y la gestión de los mismos.[4]

En casi todos los países de la Región de las Américas, las FESP no están aglutinadas organizativamente. Sus contenidos, o algunos de ellos, están mezclados con otras actividades y en diferentes órganos o instituciones con poca articulación o sin conexión alguna entre ellos. No obstante, existe una precisión algo mejor en la definición de algunos programas típicos de la salud pública, que están también dispersos en la organización institucional del sector de la salud o fuera de él. En cualquier caso, la tarea de reorganización que se necesita para darles identidad y unidad funcionales a las FESP es compleja y difícil. Es posible que en algunos casos quizás se consiga solamente una identificación funcional sin unidad operativa, o sea, sin una organización estructural propia para cada una de las FESP, o, en el mejor de los casos, una estructura virtual de carácter provisional. De cualquier manera, será indispensable llevar a cabo el proceso de identificación y delimitación funcional para que sea posible mejorar el desempeño. En este sentido, se puede afirmar que aunque el instrumento de medición y evaluación, y su aplicación han conseguido avances, todavía queda mucho por hacer.

La práctica de la salud pública en la institución rectora del sistema de salud (ministerio o secretaría de salud) puede ser estudiado en cuatro componentes distintos con significación estructural:

- La práctica específica de las FESP consideradas individualmente y en conjunto, que son el núcleo estructural de la salud pública.

- La práctica realizada en campos de actuación específicos, generalmente estructurada en forma de programas de salud pública, como los de salud ambiental, vigilancia sanitaria, control de enfermedades (SIDA, tuberculosis, malaria) entre otros. Los resultados de la salud pública se consiguen por medio de la ejecución de programas, que son definidos como un conjunto de recursos organizados para la realización de actividades determinadas con el fin de alcanzar objetivos definidos. Algunos de esos programas o partes de ellos integran una FESP, como el programa de preparativos contra desastres, con relación a la FESP 11, el de vigilancia sanitaria o el de vigilancia epidemiológica y la FESP 2, el de promoción de la salud y la FESP 3, y el de información en salud y la FESP 1, etc.

- La práctica incorporada en otras atenciones de la salud, particularmente, en la atención a las personas de carácter individual en el nivel básico.

- La práctica de la salud pública realizada por otras instituciones pero sujeta a la regulación y fiscalización por parte de la ASN.

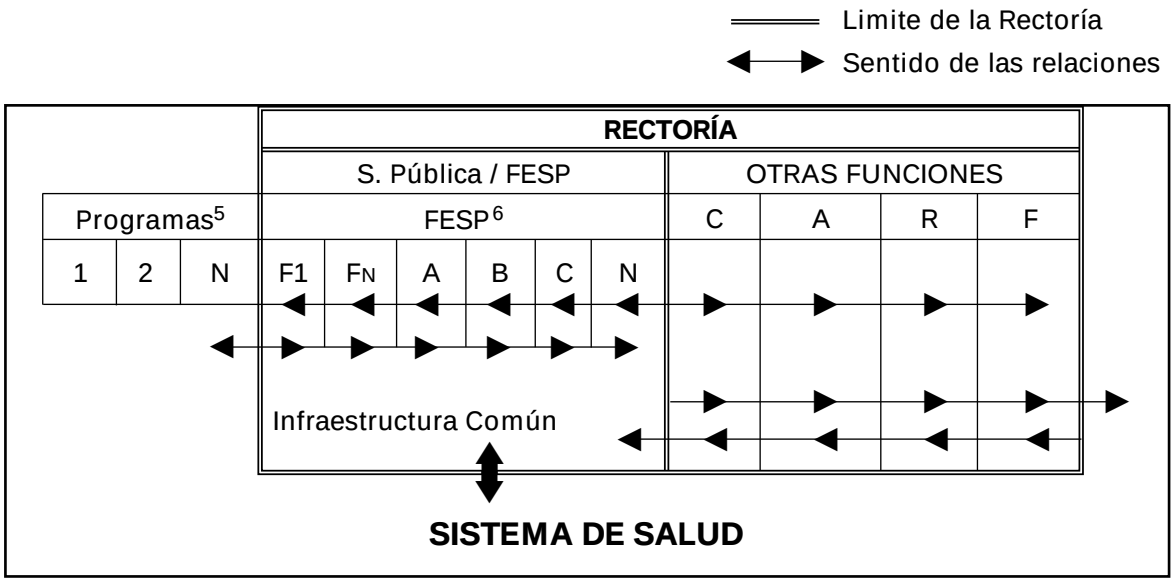
La pertenencia a una estructura u organización forma parte de la definición de los dos últimos, con lo que la práctica incorporada a la atención individual permanece así, como una parte de la gestión de los servicios respectivos. Por consiguiente se cuentan en las FESP correspondientes solamente las actividades de apoyo, así como sus respectivos costos. El ejercicio realizado por otras instituciones queda incorporado al funcionamiento de esas instituciones, y la regulación y fiscalización llevadas a cabo por la ASN como parte de las FESP correspondientes. El proceso de organización funcional de la salud pública abarca a las FESP y a los programas de salud pública específicos. Estos constituyen, por lo tanto, los ámbitos de la gestión de la salud pública.

Con relación a los programas existe una definición de objetivos y de productos para realizarlos, una identificación suficiente de las actividades y procesos para su producción, así como de los recursos requeridos. Es fácil asignar responsabilidades, establecer mecanismos de seguimiento y evaluación, determinar costos y gastos, y preparar presupuestos específicos, de modo que ya son conocidos o reconocibles los requisitos para una buena práctica o una buena gestión. Sin embargo, con relación a las FESP, la situación es bastante más complicada para aquellas que no se corresponden con programas o que no están organizadas como unidades funcionales bien definidas: en primer lugar es necesario construir esa unidad para que el proceso pueda realizarse y, como ya se ha mencionado anteriormente, no se trata de una tarea fácil y menos si se suma a ello la necesidad o conveniencia de contar con una infraestructura común a dos o más FESP.

En la práctica de la salud pública, uno de los aspectos cruciales que deben desarrollarse es el que respecta a su organización y gestión, para lo que las ideas contenidas en este libro no son sino el comienzo de un largo proceso que irá perfeccionandose con la experiencia. Sin embargo, parece evidente que la organización y gestión de la salud pública y de

[4] Véase el capítulo 14 en la Parte IV para más detalles.

Cuadro 1 Organización de la salud pública en el sistema de salud



las FESP deben ser incluidas en la organización y gestión de la rectoría, bajo el control de la ASN, con las articulaciones y relaciones necesarias con otras áreas del sistema de la salud, con otros sectores y con los mecanismos de participación ciudadana. El cuadro 1 que aparece a continuación intenta representar esa situación con relación al sistema de la salud y a su rectoría. En ella se ilustran las múltiples relaciones que existen entre las FESP, los programas específicos de salud pública y otras funciones no tipificadas. Como puede apreciarse la rectoría enmarca tanto a las FESP como a otras funciones, quedando en el ámbito de prestación social o colectiva a la formulación y aplicación de los programas de salud pública que pueden estar incorporados fuera de la égida directa de la función rectora. Lo anterior no obsta para que algunas FESP puedan ser organizadas en forma de programas.

10. Financiación, intersectorialidad y viabilidad política

Estas tres grandes áreas de acción son decisivas para el desarrollo de la salud pública y de su práctica. No hay práctica sin recursos reales que la cumplan y no hay recursos reales sin financiación. Las soluciones de los problemas de la salud pública conllevan, casi siempre, algún grado de intervención de otros sectores, sin el que la eficacia de la salud pública estará en peligro y no se podrá realizar, lo que es inviable políticamente.

La financiación en materia de salud pública consiste, fundamentalmente, en la asignación de recursos, puesto que su fuente es normalmente el presupuesto público, especialmente en el caso de las FESP. Existen excepciones, como la financiación de la prestación de servicios públicos que pueden ser pagados por los usuarios de forma obligatoria: tarifas, tasas, multas, como el caso de los servicios de saneamiento básico y limpieza urbana y los de fiscalización del cumplimiento de la regulación de bienes de mercado. Aparte de esto, la mayoría de las acciones de salud pública por medio de las FESP son responsabilidad del Estado y los intentos de recuperación de costos son inefectivos porque es difícil y costoso excluir a alguien de los beneficios y la exclusión afectaría a la eficacia de la intervención. Por otro lado, existe también la posibilidad de la financiación externa mediante préstamos o donaciones, que puede sustituir o complementar los recursos del Estado en algunos casos concretos, pero ésta es una alternativa que debe ser ponderada a fin de no poner a reisgo la sustenibilidad futura de los esfuerzos. En todo caso la presencia del Estado es siempre determinante, incluso en los casos de la privatización de la prestación de los servicios públicos, como, por ejemplo el saneamiento básico, ya que es el Estado

[5] Los programas específicos, no correspondientes a una FESP, son instrumentos de prestación de servicios y como tales no se consideran parte de la función global de rectoría.

[6] F1 y FN pueden ser organizadas como programas.

el que determina y aprueba la estructura de las tarifas, la regulación y fiscalización de la calidad y aspectos de la prestación de los servicios.

La financiación de la salud pública y de las FESP es, en definitiva, una decisión del gobierno. Existe la impresión generalizada de que las FESP y la salud pública están financiadas insuficientemente en la Región de las Américas. Los estudios disponibles, pocos o incompletos, indican un gasto en las actuaciones cubiertas por las FESP que es inferior al 1% del gasto público en salud; cuando se añade a esto el gasto de los programas específicos de salud pública o de atención a la población, el porcentaje aumenta, pero continua siendo muy pequeño. En realidad, podemos afirmar que no se conoce con precisión la situación, puesto que las actividades básicas (FESP) no están individualizadas y tampoco se conocen sus costos exactos. Como se dijo en el apartado anterior, se trata de una labor que todavía tiene que llevarse a cabo[7] por lo que la estimación de las necesidades de financiación es todavía, por consiguiente, un ejercicio de aproximación. Quizás se pueda trabajar inicialmente tomando como base los costos normalizados ajustados a la estructura de precios locales para una estimación más exacta de las necesidades de financiación. En el ámbito de las atribuciones de la ASN se recomienda una nueva reasignación de los recursos disponibles a la nueva organización que se adopte, por lo menos en lo relativo al gasto actual de las actividades de las FESP. Queda también la posibilidad de aumentar la prioridad de la salud pública y de las FESP, asignándoles incluso recursos de otras áreas, teniendo en cuenta las restricciones impuestas por la rigidez de los recursos reales. La ASN, en el ejercicio de la rectoría sectorial, debe liderar los esfuerzos para conseguir un aumento de la asignación de los recursos destinados al sector, sobre todo de los destinados específicamente a las funciones de salud pública. Se trata de un proceso eminentemente político, facilitado por los argumentos técnicos de apoyo a la propuesta y de lo que trataremos en los apartados siguientes.

La acción intersectorial puede ser promovida y realizada en todos los niveles del sistema de la salud, y se facilita su labor cuando la función de rectoría y el liderazgo sectorial de la salud la adoptan como estrategia preferente. Además, existen aspectos más generales, como la articulación de estrategias y políticas sectoriales, las condiciones institucionales comunes, etc., que tienen que ser tratados en el ámbito nacional. La promoción de la intersectorialidad necesaria en salud pública es así una responsabilidad también de la rectoría, especialmente en lo que respecta al ejercicio de su función de conducción. La salud pública desempeña un papel fundamental para ello, como la identificación de los aspectos en los que se requiere la intersectorialidad y la indicación de las formas para hacerla efectiva; también puede servir de apoyo al proceso de negociación y para elaborar propuestas de acciones compartidas o complementarias y estimular y apoyar las iniciativas de los niveles locales o infranacionales.

La salud pública, al igual que la salud en general, goza de un alto nivel de consenso en cuanto a la aceptación de los valores que la sustentan y de los objetivos que pretende lograr. Alcanza también una valoración muy alta en la opinión pública entre los muchos problemas e intereses que afectan a las condiciones de vida de las poblaciones. Sin embargo, esa importancia en la retórica y en la opinión pública no se manifiesta en hechos; ni siquiera dentro del sector de la salud o entre las autoridades sanitarias, lo que constituye un obstáculo importante a la hora de hacer políticamente viables las acciones de salud pública.

La viabilidad de las estrategias y los planes de fortalecimiento de la salud pública y la mejora de su práctica conlleva la realización de una estrategia política que incluye actividades directas, así como la creación de condiciones favorables articuladas entre sí. Para este objetivo, hay que convencer primero a la ASN para que asuma el liderazgo y conduzca el proceso. A partir de ahí se requiere construir y demostrar una imagen de eficacia y eficiencia, y desarrollar la capacidad de conseguir apoyos en las instituciones concretando liderazgos políticos, tanto en el entorno de la sociedad civil, como en los poderes del Estado. Los instrumentos estratégicos para conseguirlo dependen de las situaciones concretas, pero los siguientes al parecer tienen una aplicación universal:

- Información sobre los procesos de decisión y sobre los actores significativos participantes y el desarrollo de la capacidad de utilizar esa información inteligentemente.

- Calidad técnica superior en la elaboración de propuestas y proyectos, realizada con la participación constructiva más amplia posible pero sin perjuicio de la calidad y la oportunidad de los productos, para que se saque el máximo provecho de la identificación de los actores de significación política con el proceso y en los productos.

[7] En el capítulo 14, Parte IV, se ofrecen puestas metodológicas para hacerlo.

- Capacidad de negociación y construcción de alianzas significativas.

- Demostración de eficacia y eficiencia en la ejecución, de forma que los resultados y beneficios sean percibidos y reconocidos.

- La construcción de relaciones de confianza y de solidaridad que permitan la cooperación y el apoyo, lo cual implica transparencia, dedicación y productividad.

- Y lo que quizás sea más importante, la capacidad de movilización social y de construcción de condiciones de participación efectiva de la población que adoptará la propuesta de la salud pública como suya y demandará el apoyo político formal de sus representantes.

Como se ve, la construcción de viabilidad es un proceso político servido y consolidado por aspectos técnicos y sociales generales. Se trata también de un proceso permanente, pues su propósito principal no es la aprobación de una propuesta o documento, sino el desarrollo de la salud pública y de su práctica con la creación sostenible y siempre renovable —y reconstruida si es necesario— de las condiciones estructurales para su desempeño pleno, en particular las de carácter institucional, incluida su base jurídica. También es permanente porque las condiciones en que se ejerce y los actores pertinentes están en constante evolución y cambio. Exige, además, una capacidad formal y lógica, pero también una sensibilidad especial de la variedad y mutabilidad de las motivaciones y los comportamientos humanos. Es, por todo eso, la más interesante de las dimensiones de la salud y de la salud pública, y la más noble de las capacidades institucionales que aseguran su buena práctica.

11. Cooperación internacional

La cooperación internacional puede cumplir un papel vital en el desarrollo del ejercicio de salud pública y de las FESP en la Región de las Américas. Desde la formalización y promoción de ideas, hasta el desarrollo de conceptos e instrumentos de aplicación, al apoyo a los países y a la cooperación entre ellos, existe un espacio amplio para una cooperación eficaz. El reconocimiento de la contribución de la salud pública, a la mejora de la salud y del desarrollo encuentra en la actualidad un ambiente favorable en el ámbito internacional. El rescate progresivo de las funciones esenciales del Estado, la libertad relativa con relación a la presión de la demanda de atención médica y las insuficiencias de iniciativas anteriores, imponen la consideración de estrategias de cooperación sectorial que contemplen a la salud pública como un componente importante. La iniciativa "La salud pública en las Américas" llega así en un momento adecuado.

Las estrategias de cooperación tienen que contemplar todos los aspectos y las oportunidades existentes, así como ajustarse a las situaciones nacionales. Algunos aspectos podrían, sin embargo, ocupar un papel fundamental en este proceso:

- El perfeccionamiento y la ampliación progresiva de la estrategia operativa de las FESP, que incluyen la mejora de los instrumentos para la profundización del conocimiento de la situación y para la corrección de las deficiencias detectadas, enfatizando su delimitación y caracterización funcional y el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y de la capacidad de actuación institucional.

- La articulación de esta estrategia con el desarrollo de la capacidad de rectoría y con la rectificación de los procesos de reforma sectorial en marcha.

- La construcción de alianzas entre las organizaciones internacionales de cooperación, incluyendo especialmente a los bancos de desarrollo, así como con los organismos bilaterales, sobre una base de proyectos comunes o compatibles a partir de posiciones internas consolidadas dentro de cada organización.

- Las labores de promoción, dentro de cada país, para que se apropien de la Iniciativa, la hagan viable y la extiendan hacia todas sus dimensiones intersectoriales, así como a las prácticas sociales y de participación, son un requisito fundamental e imprescindible para su desarrollo.

La combinación de buenas ideas y de instrumentos de aplicación idóneos para implantarlas con cooperación técnica de calidad y de financiación suplementaria bien orientada y conveniente, tiene grandes posibilidades de éxito, que pueden verse aumentadas gracias a la promoción y al apoyo de la cooperación entre los países, aprovechando sus fortalezas y complementariedades e intensificando el intercambio de información y el apoyo mutuo, especialmente entre los grupos subregionales. También es de utilidad aprovecharse de los temas relacionados con la salud pública y que sean prioritarios en la agenda internacional. El debate sobre los bienes públicos mundiales y la cooperación internacional, por ejemplo, es de gran interés para la promoción de la salud pública, que de

por sí es indudablemente un ámbito de trabajo con bienes públicos; el análisis de la cuestión en el plano internacional refuerza la importancia de la salud pública como campo de cooperación y refuerza también la importancia de los bienes públicos como responsabilidad del Estado en los países, y por extensión, de la salud pública. La prioridad manifestada en el incremento de recursos de cooperación concedida actualmente al control de enfermedades prevenibles, particularmente al SIDA, la tuberculosis y el paludismo, crea oportunidades para realzar la importancia capital de la salud pública en el control de esas enfermedades y por extensión en toda la salud.

En síntesis, la cooperación internacional puede tener una influencia decisiva en el desarrollo de la práctica de salud pública en la Región de las Américas.

12. Hacia prácticas sociales salugénicas

La salud pública alcanza su plenitud cuando pasa a ser propiedad de las personas, las comunidades y la población y cuando queda incorporada a las prácticas sociales, o sea, manifestada en prácticas y actitudes sociales saludables y salugénicas. Por tanto, la estrategia operativa de las FESP tiene también ese propósito y es el camino idóneo para realizarlo. Cada FESP, en su práctica, aporta algo a ese propósito, que es fundamental para las FESP 3 (promoción de la salud) y 4 (participación de los ciudadanos en la salud). Por medio de ellas, la acción institucional se proyecta en la capacitación y el aumento del poder de la población para su participación en salud y en la salud pública, en el ejercicio de su derecho y de sus responsabilidades como su principal actor, al tiempo que ejerce también el control de las actuaciones del Estado. Esto no quita o disminuye la responsabilidad y la acción del Estado, sino que las califica y las orienta, dándoles una verdadera dimensión social al convertirlas en instrumentos reales al servicio de la población. El ejercicio de la salud pública y de las FESP en particular, se agranda en su campo de acción, sus propósitos y su trascendencia social. Sin duda, la ejecución de las FESP en la perspectiva de las prácticas sociales aumentará su eficacia como estrategia preferente de salud pública.

Las consideraciones hechas en el capítulo 5 y complementadas en el 6 ofrecen una aproximación al concepto de prácticas sociales y a su aplicación en la salud pública, pero nos encontramos sólo al principio de la comprensión del proceso y comenzando también a explorar su potencial para el ejercicio de la salud pública. No obstante, hay aspectos o modos de intervención que ya están disponibles para la puesta en funcionamiento del proceso desde la acción institucional de la salud pública:

- La capacitación y el aumento del poder de la población para la participación puede ser acelerado por medio de la información y de la organización, en lo que las instituciones de la salud pueden desempeñar un papel muy importante. La salud y la salud pública, gracias al consenso valorativo de que gozan, tienen una aceptación social innegable, que sirve de plataforma ventajosa para la comunicación social y la transferencia de información y el conocimiento capacitantes; sirven también como punto de partida para el estímulo y el apoyo a los procesos de organización social, especialmente en las comunidades, que se puede utilizar para sumar voluntades y acciones, ampliar las relaciones sociales, manifiestar las demandas colectivas y consolidar los valores de confianza, solidaridad y cooperación, ampliando así el capital social generador de prácticas salugénicas y capaz de facilitar proyectos de transformación y progreso. Sin organización no hay voluntad social y participación social eficaces.

- No basta, sin embargo, con capacitar y organizar. Es necesario crear mecanismos institucionales para la participación que vinculen las instituciones públicas de salud pública y de salud a la sociedad organizada y participante. Los mecanismos específicos de participación en salud deben estar articulados con otras formas de participación tanto en otros sectores como de carácter general y deben contar con atribuciones reales en el proceso de toma de decisiones, lo que implica un cambio sustantivo de los modelos de gestión, para abrirlos al proceso participativo y al mismo tiempo beneficiarse de su potencial productivo. Los mecanismos de participación deben ser representativos de la diversidad de la sociedad y conformarse y operar democráticamente, con capacidad para reconocer y procesar los intereses diversos y las opiniones representadas y para minimizar las distorsiones corporativas y resistirse a las manipulaciones, de todo tipo, para someterlos a los intereses de grupos, partidos, autoridades o ideologías. El proceso de promover la participación es complejo, lento y muchas veces frustrante, pero por otro lado, tiene un potencial que va más allá de la salud, hacia la construcción de un futuro de mayor bienestar, de libertad y de verdadera democracia.

- La participación social tiene costos, de los que el menor y más fácil de solventar es el costo institucional de promo-

ción y apoyo. El costo de la población, en tiempo, expectativas frustradas, desengaños, etc., es el precio social pagado por adelantado que requiere compensaciones en lo que respecta a las respuestas y resultados que gratifiquen y recompensen el esfuerzo realizado. En efecto, el proceso de participación no es sostenible si los actores y la población no reconocen su utilidad.

- La promoción de la participación y de la formación de la ciudadanía como estrategia para la generación de prácticas sociales saludables en salud pública, es parte de un proceso más amplio, tanto como en materia de salud general. En efecto, la ciudadanía es un atributo integral que tiene manifestaciones específicas en los diversos campos de la actividad humana, por lo que no puede estar limitado a uno de esos campos. Si bien la salud pública debe tener la responsabilidad, por medio de sus funciones esenciales, de promover el proceso en lo relativo a la salud, esa labor, para ser realmente eficaz, debe estar combinada con una actitud, voluntad e intervención decidida por parte del Estado, en la que se involucre a todos los sectores o, por lo menos, aquellos con mayor potencial al respecto (educación, trabajo, desarrollo social, ministerio público, etc.). Por otro lado, en esencia, como proceso de aumento del poder de la población, es decir la transferencia o creación de poder, el desarrollo de la ciudadanía y de la participación social es de naturaleza política, o sea, cambia la distribución y el ejercicio del poder en la sociedad. Por este motivo, los mecanismos de participación social deben estar combinados con el proceso político formal y encontrar, a través de este medio, los cauces propios de transmisión de las demandas sociales hasta el Estado con la fuerza suficiente para obtener respuestas.

- La información y la comunicación son el insumo principal y el instrumento de acción más potente en ese campo. En este sentido, destacan dos tipos de información particularmente indispensables:

  - La información capacitante que contribuye a la formación de la ciudadanía y prepara a los individuos, las familias y las comunidades para el cuidado de su propia salud y del medio en el que viven, para hacer el uso más adecuado de los servicios de atención disponibles, para el control de la actuación pública y para participar en la elaboración y realización de proyectos compartidos de vida y salud.

  - La información sobre la actividad institucional que haga transparente la actuación pública y que permita el control social y una mayor garantía para que no existan desviaciones o distorsiones de las funciones públicas.

- La comunicación que transmite la información y, por lo tanto, la hace real, utiliza todos los medios, desde la comunicación personal específica en el momento de la atención, hasta los medios de comunicación de masas, poniendo énfasis en los de mayor alcance e impacto en cada situación y ajustando el formato de los mensajes al público que se pretende alcanzar.

El resumen que se ha ofrecido en los apartados anteriores da una idea de la importancia y la naturaleza de la acción para la incorporación de la salud en las prácticas sociales, así como de la promoción de la generación de prácticas sociales salugénicas; indica también la complejidad del proceso y los caminos disponibles para llevarlo a cabo, haciendo hincapié en el desarrollo del capital social por medio de la construcción de la ciudadanía y de la capacidad social de participación, para lo que la información capacitante, la comunicación eficaz, la promoción de la organización social y la creación de mecanismos eficaces de participación son los instrumentos principales de intervención. La consideración de las prácticas sociales califica y potencia el ejercicio de la salud pública y de las FESP, a la vez que introduce posibilidades extraordinarias de progreso que, más allá de la salud, contribuirán al desarrollo humano sostenible.

13. Colofón

Los aspectos comentados en los apartados anteriores son elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de construir una estrategia para la mejora de la práctica de la salud pública. Constituyen, como el título del capítulo lo indica, un marco para la actuación dirigida a esa finalidad.

El proceso empieza con el reconocimiento de la importancia de la salud pública y de la necesidad de mejorar su práctica. Esto debe manifestarse en la decisión firme de la ASN de adoptar la estrategia de las FESP para el desarrollo de la salud pública y transformarlas en instrumento fundamental dentro del ejercicio de la rectoría del sistema de la salud. Esa decisión implica el uso de sus atribuciones de conducción, principalmente, con la finalidad de crear las condiciones

para el desarrollo de la salud pública y el mejor cumplimiento y desempeño de las FESP y su utilización en la conducción de todo el sistema de salud.

El paso siguiente es conocer la situación, lo que se puede conseguir, en una primera aproximación, por medio de la medición y evaluación del desempeño de las FESP que indicará, especialmente, las debilidades y fortalezas de la infraestructura existente y de su funcionamiento. La información recabada orientará la preparación de intervenciones dirigidas al componente fundamental de la estrategia: la construcción de la capacidad institucional de acción por medio del desarrollo y el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y de sus componentes: información y estrategia, recursos humanos, organización y procesos básicos, y servicios esenciales de apoyo. Eso exige la profundización del diagnóstico, ampliándolo a otros aspectos, como la investigación de actores relevantes, costos y gastos, etc. La propuesta resultante tiene carácter integral: el conjunto de las FESP y la infraestructura común de la salud pública, y sus aplicaciones en los campos de acción específicos mediante los programas, las relaciones en la rectoría y en el sistema de la salud, los requisitos intersectoriales, etc., pero tendrá como eje articulador y favorecedor el desarrollo de la infraestructura y de la capacitación institucional. El ciclo se completa con la definición de la organización funcional para la gestión y ejecución, incluida la asignación de responsabilidades y de recursos, tales como la financiación y el presupuesto, así como los mecanismos y procesos de seguimiento y evaluación. El proceso incluye también, simultánea y permanentemente, la acción política para hacer viable la promoción de la acción intersectorial. Asimismo contempla la incorporación de la cooperación internacional para su dinamización y expansión.

Desde el punto de vista estratégico, es importante también incorporar desde el principio la perspectiva de las prácticas sociales, ampliando al máximo el campo de acción de las FESP 3 y 4 y marcando el rumbo del desarrollo futuro.

Con todo lo anterior se habrá puesto en marcha un proceso de desarrollo de la salud pública, a partir de las FESP, que producirá la mejora progresiva y sostenible de su práctica y el aumento de su contribución a la mejora de la salud de la población y del desempeño de todo el sistema de salud.

Bibliografía

Atchison C. et al. “The Quest for an Accurate Accounting of Public Health Expenditures”, En Journal of Public Health Management Practice, 6 (5), 93–102, 2000, Aspen Publishers, Inc., 2002.

Claeson M. et al. Public Health and World Bank operations, Washington, D.C. Banco Mundial; febrero de 2002.

Leppo K. Strengthening capacities for policy development and strategic management in national health system, Ginebra: OMS; 2001.

Macedo C. Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud. Washington, D.C. Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de salud 6, OPS; 1998.

Macedo C. Modelo de gestión y eficacia de las reformas de salud en América Latina. En: Solimano, G. Isaacs, S. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago, Chile: Editorial Sudamericana; 2002.

Milen A. What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice. OMS, Ginebra; 2001.

OPS. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública. Washington, D.C.; 2000.

OPS. Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas. Washington, D.C.; 2000.

US Department of Health and Human Services. Public Health Infraesctructure: En: Healthy People – 2010 objectives. Washington, D.C.; 1998. (Informe preliminar).

PARTE III

Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Lógica de la medición del desempeño de las FESP

Existe consenso en que los procesos de modernización del Estado y de reforma en el sector han puesto de manifiesto la importancia de la evaluación del desempeño de los sistemas sociales y, en especial, de los sistemas de salud, se requiere revelar con mayor precisión en qué medida cumplen con sus objetivos y con su razón de ser, para cubrir la necesidad de hacerlos más transparentes y útiles a la hora de rendir cuentas ante la población, particularmente en lo que se refiere a la asignación, utilización y aprovechamiento de los recursos que la sociedad destina al cumplimiento de objetivos sociales y de políticas públicas, en donde destacan las de salud.

En este contexto, se han llevado a cabo distintas actuaciones y debates sobre el sentido, objeto, proceso y utilización de la medición del desempeño de los sistemas de salud en los últimos años. En la Región de las Américas, sobresale la realización de una serie de consultas en las que los países participantes deliberaron sobre el tema. Es en el marco de esas intervenciones y debates donde se sitúa la medición del desempeño de las FESP por parte de las autoridades nacionales.

1. Medición y mejora del desempeño de los sistemas de salud

Las consultas regionales realizadas en la Región de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, llevaron consigo una acción concertada destinada a orientar el debate hacia el futuro y a contribuir al desarrollo de una definición clara de la evaluación del desempeño, y de la importancia de la fiabilidad, y utilidad de los datos obtenidos para los países participantes. Como resultado de dichas consultas se extrajeron algunas consideraciones relevantes, que se resumen a continuación.[1]

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud deberá estar vinculada a la adopción de decisiones políticas, sociales y de gerencia por parte del sistema de salud y no ser concebida como un simple ejercicio académico. De igual manera, deberá estar también vinculada a la definición de los cambios deseados que están contenidos en los programas actuales de reforma del sector de la salud, así como a la posibilidad real de llevar a la práctica dichos cambios.

Tanto en un nivel nacional como internacional, los criterios para evaluar el desempeño de los sistemas de salud así como los indicadores utilizados para ello deberán establecerse por consenso. De no ser así, la polémica sobre los criterios y los indicadores tenderá a empañar los resultados de la evaluación y su posible uso por los responsables políticos y otras partes interesadas.

Del mismo modo, la evaluación del desempeño deberá visualizarse como “la evaluación cuantitativa y cualitativa que

[1] Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 2001.

pone de manifiesto el grado de éxito obtenido en los objetivos y metas", y sobre todo constituye una referencia prospectiva que permitirá operacionalizar y medir sucesivamente los logros de políticas y acciones de mejora continua de los sistemas.

Mejorar la salud es la meta máxima que aspiran alcanzar las sociedades, por medio de sus sistemas de salud, mientras que la prestación de servicios individuales y colectivos, al igual que las acciones intersectoriales, son sólo una forma de mejorar la salud de la población.

Sin embargo, no hay que perder de vista que los factores vinculados a la situación socioeconómica, al ambiente, a la genética y al comportamiento colectivo e individual tienen una influencia poderosa sobre la salud. Por tanto, es necesario mejorar el conocimiento sobre la forma y la proporción en que esos factores interactúan, sobre cómo influyen en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones, y sobre cómo contribuyen a alcanzar la meta fundamental del sistema de salud, por encima del desempeño exclusivo del sistema como tal.

Todo lo anterior pone también de manifiesto la importancia de prestar una particular atención a los objetivos intermedios de los sistemas, es decir, a lo que los sistemas realmente hacen y podrían hacer mejor, y no centrar la evaluación del desempeño solamente en objetivos finales que muchas veces quedan aislados del proceso y demasiado lejanos, o sea, en lo que los sistemas deberían hacer. No obstante, la evaluación del funcionamiento y del desempeño en relación con los objetivos intermedios siempre deberá estar en función de los objetivos finales del sistema, es decir, de la mejora de la salud y de la calidad de vida de los individuos y las sociedades, que son, en definitiva, la razón de la existencia y del funcionamiento del mismo. Esto plantea también el debate sobre la relación entre los límites del sistema de salud y la rendición de cuentas sobre su desempeño por parte de la sociedad y la autoridad sanitaria.

Del mismo modo, a diferencia de la comparación entre el desempeño del sistema de salud de un país consigo mismo a lo largo del tiempo, el poder comparar el desempeño de los sistemas de salud entre los distintos países se ve como algo deseable, aunque difícil de llevar a cabo debido a razones técnicas y políticas. Así pues, para que sirva de estímulo a la formulación de políticas de salud en los países participantes, los términos de la comparación —el marco conceptual, las variables que lo hacen operativo y los indicadores de medición— deberán ser objeto de consenso entre los países en donde tendrá lugar la comparación.

En este sentido, para replantear y mejorar la evaluación del desempeño de los sistemas de salud se consideró apropiado proponer un marco que tuviera en consideración cuatro componentes: los insumos y los recursos, las funciones, los resultados u objetivos intermedios, y los objetivos finales del sistema.

Igualmente, la evaluación del desempeño deberá incorporar los diferentes niveles del análisis, es decir, nacional, intermedio y local, así como las diferentes funciones de los sistemas y además tener en cuenta a varios receptores potenciales: políticos con poder de decisión, otros actores interesados, el público, etc. Así, la opinión manifestada durante las consultas ha sido que la evaluación del desempeño de los sistemas de salud deberá incluir una amplia gama de áreas y niveles de intervención, en lugar de equiparar directamente el término desempeño con el concepto de eficacia. Esto permitirá que los usuarios de la evaluación del desempeño puedan considerar si se está progresando hacia unos objetivos específicos y si se están emprendiendo las acciones adecuadas para facilitar la consecución de estas metas.

El valor de esta actividad radica en la capacidad de identificar las áreas problemáticas que pueden requerir una atención especial, así como de encontrar mejores formas de poner en práctica el sistema, que puedan servir de modelo. De esta forma, la evaluación del desempeño podría ser también un instrumento para la reglamentación y para la asignación de recursos.

Asimismo, se consideró importante definir unos procedimientos para medir el desempeño de la función de rectoría de las autoridades sanitarias, teniendo en cuenta las funciones asumidas en la mayoría de los países en los niveles central, intermedio y local del gobierno.

Por ello, la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, tal como se ha hecho en la Región de las Américas, pone de manifiesto el potencial de un instrumento capaz de evaluar las posibilidades institucionales de las autoridades sanitarias. En primer lugar, mide un área específica dentro de la función de rectoría del sistema de salud. También puede ser utilizada para la mejora continua del ejercicio de la salud pública y para reorientar la asignación de recursos hacia determinadas

intervenciones en salud pública; y lo hace a través de un proceso participativo y transparente dentro de cada país en que se hace una autoevaluación del desempeño de la autoridad sanitaria con relación a las 11 funciones esenciales de la salud pública. Por último, hay que tener en cuenta que los resultados no se reducen a un indicador global y que tampoco están orientados al desarrollo de una medida que sirva de resumen para comparar países entre sí.

2. Finalidad de la medición de las FESP en los países de la Región de las Américas

Como ya se ha subrayado, las reformas del sector se enfrentan al desafío de fortalecer la función de rectoría de las autoridades sanitarias y una parte importante de ese papel rector consiste en vigilar el cumplimiento de las FESP que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local. Para ello se hace fundamental mejorar el ejercicio de la salud pública y de sus instrumentos con el fin de valorar su estado actual y las áreas en las que debe ser fortalecida.

La medición del desempeño de las FESP en el nivel de las autoridades sanitarias de los países de la región está destinada a permitir a los ministerios o secretarías de salud la identificación de los factores críticos que deben ser tenidos en cuenta para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la infraestructura institucional de la salud pública, entendida como el conjunto de recursos humanos, elementos de inteligencia, información y planeación, así como formas de gestión y recursos materiales necesarios para que la autoridad sanitaria, en sus diferentes niveles de intervención, pueda ejercer de forma óptima las funciones que le competen.

Esta medición resulta aún más pertinente en períodos como el actual, marcado por el afán de reformar los sistemas de salud con el fin de adecuarlos más a la satisfacción de las necesidades de salud del momento. En estos procesos, la salud pública desempeña un papel primordial, ya que es en su ámbito de actuación donde se da la posibilidad de lograr una mayor equidad en el acceso y utilización de servicios para el disfrute de mejores condiciones de salud.

Dado que actualmente la mayoría de los países de la Región de las Américas toman decisiones respecto al destino de los recursos dirigidos al apoyo de los procesos de reforma, el contar con diagnósticos precisos de las áreas de mayores carencias en materia de desarrollo de la salud pública resulta muy valioso a la hora de orientar y movilizar los recursos de inversión dirigidos a su fortalecimiento, tal como lo reconocen ahora organismos financieros internacionales, como es el caso del Banco Mundial.[2]

Como ya se ha señalado, la fortaleza en materia de salud pública es un sustento fundamental del ejercicio de la autoridad sanitaria, que resulta imprescindible para definir las políticas de salud de forma coherente con los principios inspiradores de los sistemas de salud, por ejemplo, la igualdad, la eficacia y la respuesta a las expectativas ciudadanas.

Asimismo, es necesario para asegurar su implantación y su desarrollo de acuerdo con los mismos principios. Por este motivo, la medición precisa de las carencias actuales es muy importante para los gobiernos y para los organismos de cooperación técnica y financiera implicados en la salud.

Un interés que está presente actualmente en todos los procesos de reforma es el de la introducción de una conciencia de evaluación de resultados, derivados del uso de elementos relacionados y de recursos en aumento, que se destinan al cuidado de la salud de la población. El instrumento de medición propuesto por la Iniciativa "La salud pública en las Américas" se orienta fundamentalmente a la medición del desempeño de las autoridades sanitarias en materia de salud pública y, como resultado de su aplicación, se cuenta con un diagnóstico que no sólo representa una imagen estática del estado actual que presentan las FESP, sino que permite un análisis dinámico de los resultados que se obtienen en la actualidad y abre una perspectiva de su posibilidad de desarrollo a futuro si se invierte en el cierre de las desviaciones en las vías de recursos, capacidades, procedimientos y resultados que se han detectado.

La variedad y heterogeneidad de funciones y responsabilidades que corresponden a la salud pública hace de ella una práctica social que, a menudo, se puede equiparar con el conjunto de funciones y actividades propias de un sistema de salud.

De manera resumida se puede decir que el propósito de la medición del desempeño es identificar las fortalezas y las debilidades en el ejercicio de las funciones

[2] The World Bank. Public Health and World Bank Operations. Washington, D.C.: The Human Development Network: Health, Nutrition, and Population Series; 2002.

de la autoridad sanitaria que son esenciales y necesarias para desarrollar la práctica de la salud pública, de modo que permitan un diagnóstico operativo de las áreas de actuación institucional que requieren mayor apoyo y desarrollo, contrarestando amenazas y capitalizando áreas de oportunidad. El objetivo del desarrollo de la medición propuesta y realizada es fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su sentido más amplio, con el fin de incluir las capacidades humanas, materiales y de organización necesarias para el buen desempeño de su ejercicio, tal como se analiza en los capítulos 6 y 7.

Para avanzar hacia este objetivo resultó importante que la decisión de medir se apoyara en el desarrollo de un instrumento de medición que permitiera realizar un análisis de la situación de cada país, así como de las subregiones y del conjunto de toda la Región de las Américas. Se trata de un instrumento que, sin duda, puede seguir perfeccionándose hasta alcanzar un grado óptimo razonable que permita su utilización sistemática en los distintos niveles en los que se desarrolla la salud pública en la Región.

El conjunto de indicadores, variables y medidas, de la manera en que se han definido en el instrumento, está sujeto a errores y, obviamente, no puede pretender satisfacer todos y cada uno de los puntos de vista que existen en el mundo de la salud pública sobre el tema. Por ejemplo, decisiones como la inclusión de la atribución del poder o del estímulo de la intersectorialidad en las funciones de promoción o participación social implican un cierto grado de acuerdo arbitrario, por lo que resulta imposible evitar la repetición de áreas propias de más de una función, con intereses distintos, en la función más relacionada con aquélla. Parece evidente que la realidad del ejercicio cotidiano de la salud pública no permite separar de manera absoluta, ni siquiera en el trabajo de una misma persona, el momento en que está cumpliendo con una u otra función.

Es importante referirse aquí a la confusión frecuente que existe entre la función del Estado en materia de salud, ejercida normalmente por el ministerio de salud o su equivalente como autoridad sanitaria, y la responsabilidad del mismo como responsable y garante del buen desarrollo de las FESP. Si bien el Estado desempeña un papel indelegable en la cesión directa o en la garantía del cumplimento con las FESP, éstas solo representan una fracción de las responsabilidades estatales en el ámbito de la salud. Es una fracción muy importante, sin duda, cuyo adecuado cumplimiento no sólo resulta fundamental para aumentar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que es a su vez un requisito necesario para dar una mayor credibilidad a la responsabilidad que el Estado tiene en materia de rectoría, reglamentación, modulación de la financiación, supervisión y ampliación de la cobertura de la seguridad social en lo relativo a la salud y a otras materias.

Para aclararlo con un ejemplo, un organismo de salud pública que no cuente con un sistema de vigilancia de la salud mínimamente completo y fiable, difícilmente podrá aspirar a ser creído cuando decide o actúa asignando capital financiero a los distintos componentes o sectores que componen el sistema de salud.

También es necesario referirse a la dificultad que entraña el establecimiento de una separación nítida entre las responsabilidades propias de la salud pública en la conducción de servicios dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud en grupos de población definidos, y las que tienen que ver con la organización de servicios dirigidos a la atención curativa individual.

Los intereses en esta materia son, sin duda, diferentes. Es patrimonio esencial de la salud pública, dedicarse a la primera de las funciones arriba señaladas, al ser la única que lo hace con profundidad y en forma sistemática. En lo que respecta a la segunda, sus responsabilidades esenciales apuntan más a la preocupación por el acceso equitativo a los servicios, por la garantía de su calidad y por la incorporación de la perspectiva de la salud pública en las políticas nacionales de salud. Esto no impide que los responsables de la salud se formen para gestionar servicios individuales de salud. Por el contrario, resulta deseable que lo hagan, precisamente para incorporar la visión de la salud pública al funcionamiento de tales organizaciones. Sin embargo, esta última actividad utiliza disciplinas que trascienden la práctica social que se ha convenido en llamar salud pública.

El concepto habitual de la salud pública como sinónimo de la labor realizada en el campo de la atención de servicios de salud, contribuye a un reparto de las responsabilidades sobre ámbitos diferentes de esta última actividad y puede conducir a un uso poco eficaz de los recursos de salud. Para contribuir a evitar este riesgo, se han establecido la medición de las funciones esenciales de la salud pública y la evaluación del desempeño de los ministerios y organismos de salud pública.

Con el fin de avanzar hacia el objetivo de fortalecer la capacidad institucional de la autoridad sanitaria nacional con respecto a la salud pública, es importante que la decisión de medir el desempeño de las FESP esté apoyada por el desarrollo de aquellos programas que pueden ser ejecutados con el fin de asegurar las mejoras constantes de la infraestructura y del ejercicio en los diversos niveles de la capacidad institucional en donde se desarrollan las acciones de salud pública en la Región de las Américas.

La definición y medición del desempeño de las FESP se concibe como una forma de contribuir al desarrollo institucional del ejercicio de la salud pública y de mejorar el diálogo y la correspondencia entre la salud pública y las otras disciplinas relacionadas con la salud. Es más, la mejor definición de lo que es esencial debe ayudar a mejorar la calidad de los servicios y llevar a una definición más detallada de las responsabilidades institucionales presentes en la realización de estas intervenciones. La buena disposición de la salud pública a rendir cuentas de su desempeño a los ciudadanos debería comenzar también por las áreas de las que es exclusivamente responsable, es decir, las propias FESP. Asimismo, la legitimidad de la autoridad en salud pública y su capacidad de convocar a otros sectores relacionados con la salud se incrementarán gracias a una medición más precisa de la esencia de su trabajo y su contribución al bienestar y desarrollo social.

Por otro lado, la medición no pretende, en ningún caso, servir de método de evaluación externa de la gestión de los ministerios o ministros de salud, ni concluir con una clasificación de los países de acuerdo con su compromiso con la salud pública; por el contrario, es un proceso de autoevaluación y de revisión interna que permita a la vez mejorar y optimizar los esquemas de apoyo y asesoría para que el país mejore el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Como impulso a la cobertura de estas necesidades, se cuenta con el mandato del Consejo Directivo, de ahí que la OPS debió encargarse de facilitar la aplicación del mismo instrumento en todos los países de la Región de las Américas, lo que ha puesto de relieve la disponibilidad de un diagnóstico de áreas de debilidad y fortaleza en el conjunto de los países participantes, que se detallará en el capítulo siguiente.

Así pues, la finalidad de esta medición es presentar una autoevaluación de los países en distintos momentos que permita la comparación consigo mismos en el análisis de la evolución de la salud pública en las Américas. Tal como lo señaló el Comité Ejecutivo de la OPS,[3] el objetivo que persigue el instrumento no se conseguirá a menos que esta medición se realice en forma sistemática y periódica, de tal manera que el instrumento se use de manera continua y permanente. Con este fin, tanto este ejercicio de medición como los que se realicen en el futuro se harán en estrecha colaboración entre los países participantes y la OPS.

El instrumento ofrece un marco común para la medición del desempeño de las FESP, aplicable a todos los países, que respeta la estructura organizativa del sistema de salud propio de cada país. Así, en países de estructura federal, por ejemplo, será necesario orientar la medición de acuerdo con el ejercicio descentralizado de la autoridad propia de cada una de los organismos implicados. En el caso de los países unitarios el ejercicio obedecerá a sus formas de organización y procesos de distribución de competencias en el ejercicio de la ASN.

Por último, la definición de las FESP y la medición de su grado de desempeño en la Región son fundamentales para fortalecer la educación sobre salud pública en las Américas, una actividad cuya crisis actual tiene mucho que ver con la falta de una definición más precisa de su labor. Al definir esta tarea se contribuye también con este esfuerzo de medición, aunque su sentido no sea estrictamente el de definir el ámbito de actuación de la salud pública en cuanto disciplina o interdisciplina académica. En este sentido, unos acuerdos recientes de la Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESP) respaldan el desarrollo de la iniciativa, que consideran que tendrá un aporte importante para el desarrollo de la docencia y la investigación en salud pública.

La medición de las FESP, entendidas como capacidades y competencias de la autoridad sanitaria nacional necesarias para mejorar el ejercicio de la salud pública, tiene el propósito de:

1) Contribuir a mejorar la calidad del ejercicio de la salud pública a través del fortalecimiento de algunas áreas de desempeño críticas en la ASN.

2) Estimular la rendición de cuentas en el ejercicio de la salud pública, promoviendo el compromiso por parte de la ASN de llevar a cabo programas públicos para el fortalecimiento de las FESP.

[3] 126ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, junio del 2000.

3) Impulsar el desarrollo de la salud pública basada en la situación real, mejorando la calidad y el contenido de la información de utilidad para los responsables de las decisiones relacionadas con las políticas de salud.

4) Fortalecer la infraestructura de la salud pública en su concepción más amplia de inversión para el desarrollo de las capacidades institucionales de la ASN, que incluye infraestructura, desarrollo tecnológico, desarrollo de los recursos humanos, disponibilidad de recursos financieros, insumos, etc.

Para cumplir los propósitos mencionados se requieren asumir los criterios y especificaciones considerados en el diseño y desarrollo del instrumento, los mismos que serán detallados en la descripción tanto del propio instrumento de medición —en donde se especifican la definición, los estándares de desempeño y la propia descripción del instrumento en sus alcances y limitaciones, incluyendo las partes que lo conforman—, como el proceso de medición en si, en donde se pormenorizan los trabajos preparatorios y los ejercicios de aplicación, capítulos 9 y 10.

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 partieron 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 (NPHPSP).

Cabe señalar que en el proceso de aplicación experimental se desarrollaron diferentes 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, recomendó[1] 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 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 contado 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 Región 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.

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

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 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.

[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.

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 cubrían 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.

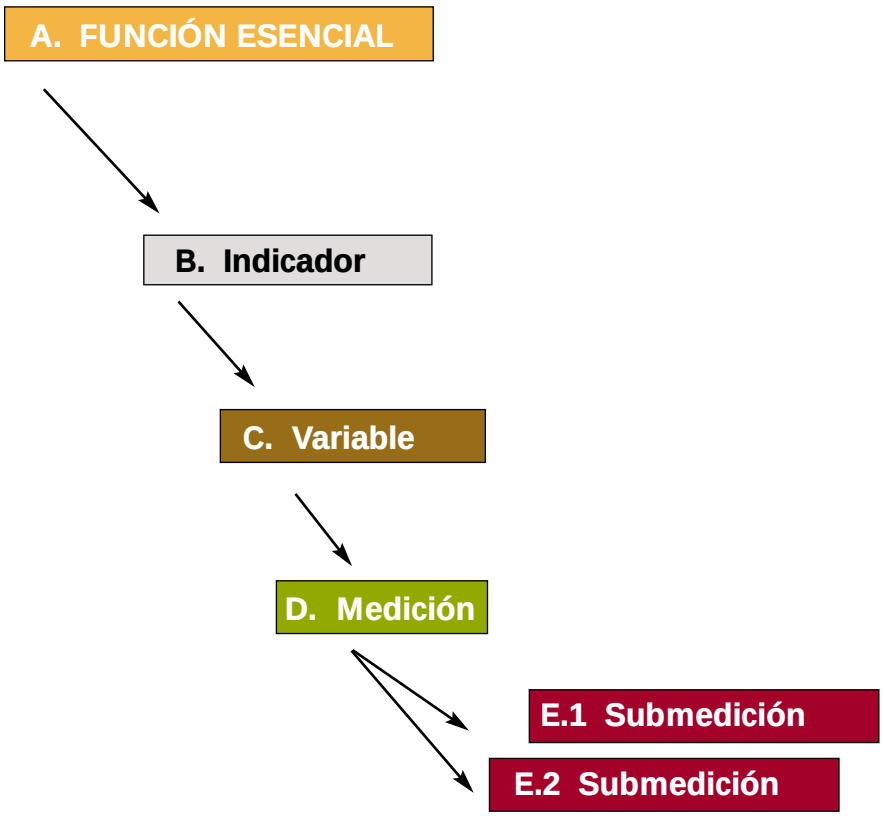
Es importante considerar que en ciertas funciones no se consideraron algunos indicadores por no ser pertinentes para el momento del estudio o correspondían a indicadores difíciles de identificar; y poco sensibles con respecto a las cinco áreas arriba indicadas; pero hay que tomar en cuenta que en todas 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 actuaciones 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 admiter 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 representación 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, mas 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 desempeñada 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	1.1 Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud. 1.2 Evaluación de la calidad de la información	1.3 Apoyo experto y recursos para el seguimiento y la evaluación del estado de salud 1.4 Soporte tecnológico para el seguimiento y la evaluación del estado de salud	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	2.1 Sistemas de vigilancia para identificar amenazas a la salud pública 2.4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública	2.2 Capacidad y conocimientos en epidemiología 2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública	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	3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervención a favor de comportamientos y ambientes saludables 3.2 Desarrollo de alianzas sectoriales y extrasectoriales 3.3 Planificación y coordinación nacional de estrategias de información, educación y comunicación social para fomentar la salud 3.4 Reorientación de los servicios hacia la promoción		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	4.1 Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en las decisiones en materia de salud pública 4.2 Fortalecimiento de la participación social en la salud		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 5.2 Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública	5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de sistemas de salud pública 5.4 Gestión de la cooperación internacional en la 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
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 6.2 Hacer cumplir la normativa en materia de salud	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
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	7.1 Evaluación del acceso a los servicios necesarios 7.3 Fomento y actuación para mejorar el 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
8. Desarrollo de los recursos humanos y de la formación en salud pública	8.2 Mejora de la calidad del personal 8.4 Perfeccionamiento de los recursos humanos destinados a la cesión de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios	8.1 Características del personal que trabaja en la salud pública 8.3 Educación continua y de postgrado en salud pública	8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de los recursos humanos
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 9.2 Mejora de la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios	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

(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 indicadores 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.

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

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

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.

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 presentada[1] 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 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 apariencia 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 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**

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	– 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	– Secretarías de salud provinciales o estaduales – 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	– 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 importante 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 automedición 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 retroalimentación 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 resolución[2] 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 subregional[3] 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.
- 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:

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.

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-

[3] Reunión subregional sobre funciones esenciales de la salud pública como continuación al acuerdo nº 6 de la XVII RESSCAD. Santo Domingo, República Dominicana; 15–17 de abril de 2002.

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 un 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:

a) Gráficos que indiquen los niveles de éxito alcanzado por medio de funciones o indicadores

b) Un análisis de los puntos fuertes y débiles, oportunidades, amenazas (FODA)

c) Recomendaciones e intervenciones basadas en los resultados del proceso que mejoran el desempeño del sistema

d) 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:

a) Usar los resultados para mejorar el desarrollo de la fuerza laboral de salud pública

b) Mejorar la responsabilización del sistema

c) Determinar y fortalecer las áreas de debilidad en el sistema

d) Planificación estratégica general para mejorar el sistema en todos los niveles

e) Evaluación de políticas

f) Desarrollo de capacidad

g) Uso para fortalecer la capacidad de gestión de la organización

h) Uso para promover el cambio dentro del sistema descartando los procesos que ya no funcionan

i) Promover mayor adhesión a las normas de parte de la Autoridad Sanitaria Nacional

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

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

l) Evaluar la capacidad de liderazgo eficaz de la Autoridad Sanitaria Nacional

m) 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 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 (ji 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

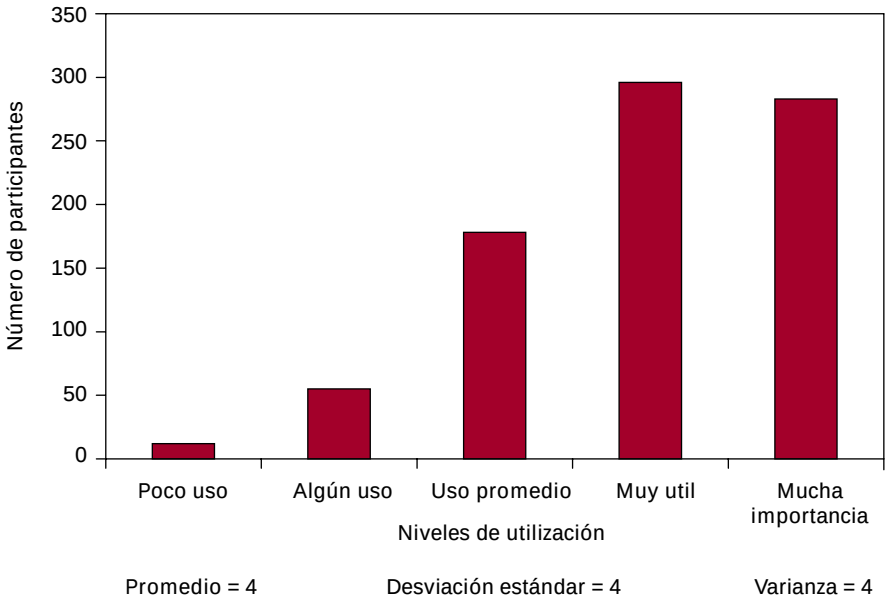
El 73% de los participantes dijo que el instrumento y el proceso de medición debían administrarse cada 1 ó 2 años, optando el 48% de este grupo por realizarlo anualmente. Los resultados pueden observarse en el cuadro siguiente.

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 contestado 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 desenvolvieran 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 reproductibilidad 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 metodología 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.

11 Resultados de la medición de las funciones esenciales en las Américas

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salúd Pública. Para favorecer su exposición y dar cauce a su análisis, se ha procedido a una explicación de manera particular para su expresión regional y para cada una de sus modalidades subregionales. Es así como se pone a disposición del lector el resumen de lo que constituye todo un esfuerzo de trabajo colegiado y altamente participativo en donde, como se pudo observar en el capítulo anterior, se ha congregado el esfuerzo de 1997 trabajadores de salud calificados y debidamente registrados en un ejercicio de medición llevado a cabo en 41 países territorios y de la Región.

En primer lugar se revisarán los resultados promedio obtenidos de las once Funciones Esenciales de Salud Pública en el universo de países participantes en la Región; en segundo lugar, se da cuenta del desempeno que han presentado las subregiones, bajo el siguiente orden: Centroamérica, Andina, el Caribe y, Cono Sur y México. Finalmente, se termina la exposición de este capítulo con un apartado de conclusiones que, lejos de constituir una discusión y análisis acabado —producto de muchas sesiones de trabajo con el conjunto de participantes y con diferentes expertos en el tema, tanto de los países como de las instituciones asistentes—, representa una puerta abierta a la comunicación y la discusión continuada para avanzar en el propósito de impulsar el desarrollo de las FESP, a partir de los cimientos de una autoevaluación de los países que ha tenido siempre la intención de ser objetiva e integral.

1. Análisis Regional

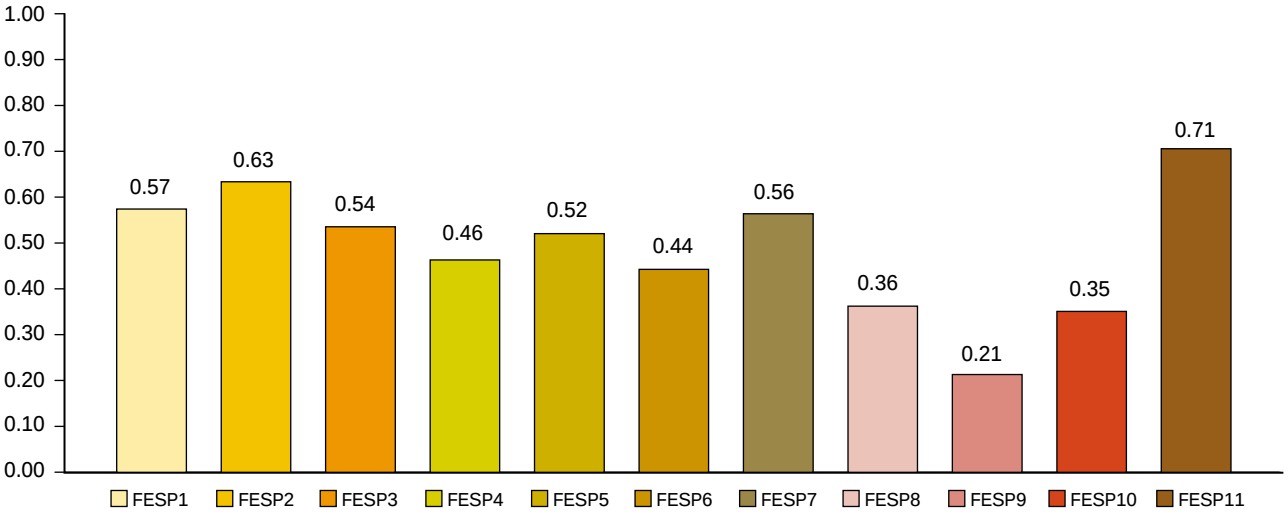
1.1 Resultados generales de la medición

Como muestra del resultado obtenido en la Región respecto del desempeño de las FESP, a continuación se presenta un cuadro con los valores de las medianas para este conjunto de países (gráfica 1). Se ha elegido este tipo de resumen porque los resultados de cada país no permiten descartar en ninguna de las FESP la distribución normal como modelo explicativo del comportamiento del país.

En términos generales, se observa un perfil de desempeño intermedio y bajo para el conjunto de las FESP. El mejor desempeño relativo se observa en las funciones de reducción del impacto de emergencias y desastres (FESP 11) y de vigilancia de la salud pública (FESP 2), sin que ninguna de ellas supere el 70% de cumplimiento respecto del estándar utilizado para esta evaluación.

Con un menor desempeño se presentan las funciones de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (FESP 9), el desarrollo de recursos humanos para la salud pública (FESP 8) y la investigación en salud pública (FESP 10).

Gráfica 1 Desempeño de las FESP en la Región de las Américas[1]



Se encuentran en un nivel de desempeño intermedio superior las funciones de seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (FESP 1), la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7), el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de la salud pública (FESP 5) y la promoción de la salud (FESP 3). Finalmente, en un nivel de desempeño intermedio inferior, se encuentran la participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4) y el fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización de la salud pública (FESP 6).

Este perfil de las FESP pone en evidencia, en general, el mayor desempeño de las funciones que pueden considerarse parte de la "tradición" del desarrollo de la salud pública (FESP 2 y 11) y un menor desempeño de las funciones más recientes, como la de garantía de calidad (FESP 9), lo que exige de la región una profunda revisión de su quehacer en salud pública, especialmente con vistas al desarrollo de su capacidad institucional para abordar los nuevos desafíos sanitarios y de gestión.

Es importante señalar como área de preocupación el desempeño bajo observado en la función de desarrollo de recursos humanos (FESP 8), realidad muy a tener en cuenta, si se considera que el futuro fortalecimiento de la salud pública pasa por el desarrollo de competencias de los recursos humanos, en los que se asienta la fortaleza institucional de la ASN.

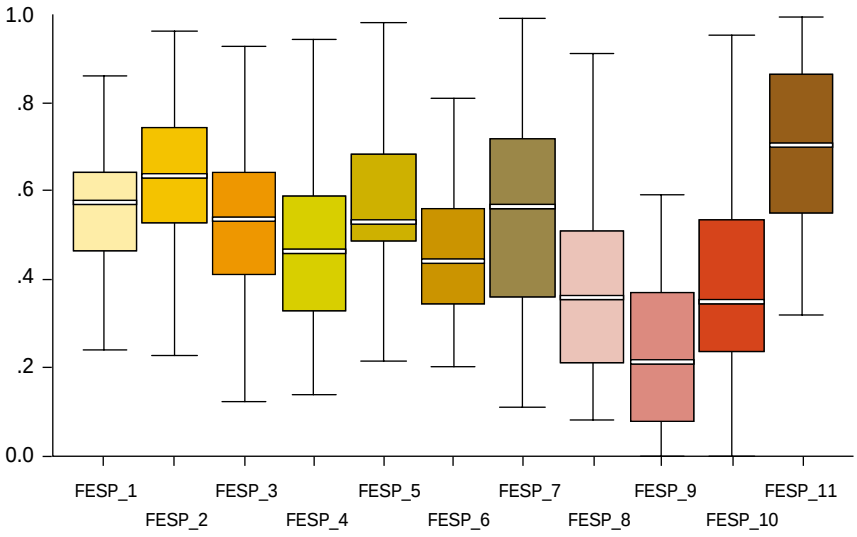
Si se analiza la dispersión de los resultados obtenidos para la Región de las Américas (gráfica 2), se observa que la función FESP 1 (seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud), la función FESP 2 (vigilancia de la salud pública), la FESP 6 (la referida a la reglamentación y fiscalización) y la FESP 9 (garantía de calidad de los servicios) presentan un comportamiento más homogéneo entre los diferentes países.

Por el contrario, las FESP 7 (garantía de acceso a los servicios de salud), 10 (investigación en salud pública) y 4 (participación en salud pública) presentan el mayor grado de variabilidad, lo que indica que es posible recoger la experiencia de algunos países, que dentro de la Región presentan un mejor desempeño.

Para el resto de las funciones se observa una dispersión intermedia. Esto, en términos generales, también es indicativo de que existen grupos de países con mayores fortalezas, que podrían contribuir al mejoramiento de la situación de otros países de la zona que presentan un desempeño insuficiente y que es necesario mejorar. Esto muestra que salvo algunos casos excepcionales de países que, en general, presentan un mejor desempeño para el conjunto de las FESP, la gran mayoría de los países de la Región de las Américas presentan ámbitos con

[1] Para un mayor detalle de los resultados globales en cada una de las funciones, al final del capítulo se presentan todas las medidas de resumen: mediana, desviación estándar, percentiles 25 y 75.

Gráfica 2 Distribución del desempeño de cada FESP en los países de la Región



un mejor desempeño y otras áreas más críticas.

Los resultados con relación al valor de la mediana, la primera desviación estándar (que representa al 66% de los países) y los valores máximos y mínimos[2] para cada función se presentan en el cuadro siguiente. Como se puede observar, la mayoría de los países se ubican en un intervalo de desempeño similar. Solamente se presenta un mayor intervalo de variabilidad para la FESP 7.

1.2 Resultados de la medición por función

A continuación se presenta el análisis del desempeño de cada una de las FESP.

FESP 1: *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población*

[2] En este análisis se han excluido algunos resultados que aparecen identificados en el análisis estadístico como valor aberrante (outliers).

A pesar de que esta función es una de las que presenta un desempeño medio superior en la Región, existen países para los cuales sigue siendo un área que debe fortalecerse. A continuación (véase la gráfica 3), con una mediana para la Región de 0,58, se presenta el resultado obtenido en un histograma de frecuencia del comportamiento de los países que componen este análisis, que se ubican en un intervalo entre 0,24 y 0,97.

En el desempeño de esta función, se encuentran mayores fortalezas en la capacidad institucional de la ASN para el desempeño de la misma (indicador 3). En una situación intermedia se encuentran el apoyo tecnológico necesario para la ejecución de esta función (indicador 4) y la ayuda que entrega la ASN a los niveles subnacionales (indicador 5). Las áreas más críticas son las referidas a la existencia de guías de seguimiento y evaluación del estado de salud en los países de la zona (indicador 1) y la evaluación de la calidad de los datos (indicador 2) con los cuales se construye el perfil del estado de salud, tal como lo muestra la gráfica 4.

Indicadores:

1. Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud.

2. Evaluación de la calidad de la información.

3. Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud.

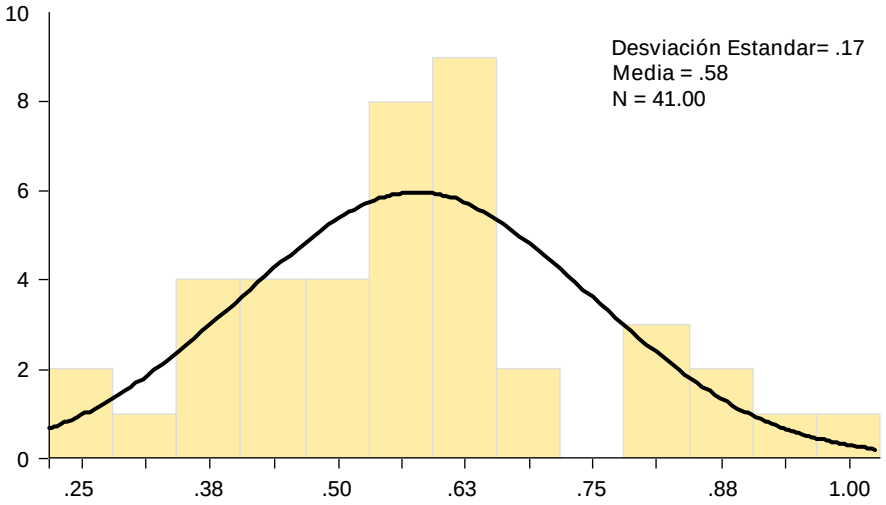
4. Apoyo tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud.

5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública.

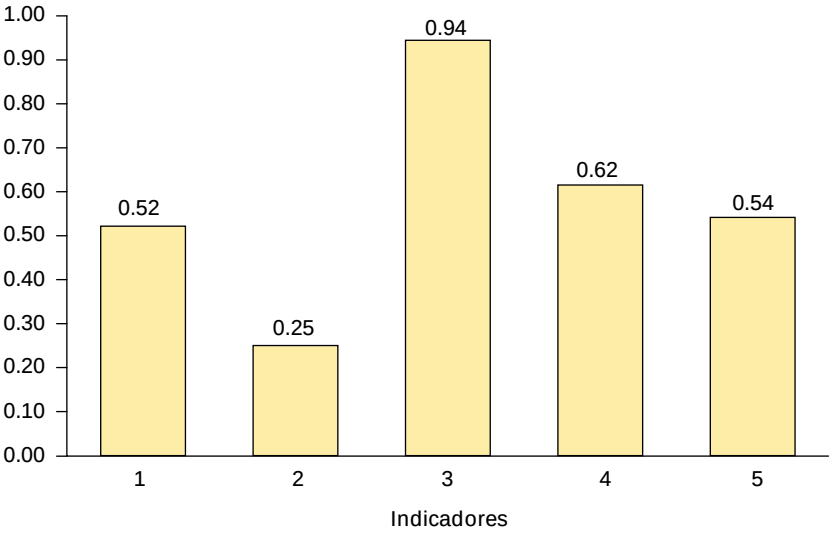
Al analizar la dispersión en el comportamiento de estos indicadores para la Región de las Américas, se puede concluir que existe un alto grado de variabilidad entre los países de la zona, especialmente para el indicador de más desempeño bajo (evaluación de la calidad de la información) en el que, si bien para la mayoría de los países de la Región de las Américas se observan debilidades, otros presentan un desempeño adecuado. Una situación similar respecto de la variabilidad encontrada se observa en relación al indicador 5 que, al contrario del caso anterior, para la mayoría de los países es una fortaleza, aunque para algunos sigue siendo una debilidad importante.

El indicador 3, que es el que presenta el mejor desempeño, tiene un bajo nivel de variabilidad, de lo que se puede deducir que las capacidades y competencias institucionales en la Región de las

Gráfica 3 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 1 en los países de la Región



Gráfica 4 Desempeño de los indicadores de la FESP 1



Américas son una fortaleza para el desempeño de esta función.

El resto de los indicadores, es decir, guías y evaluación del estado de salud (indicador 1) y apoyo tecnológico (indicador 4), deben ser revisados por cada país, ya que constituyen debilidades importantes para algunos.

Los resultados en relación con el valor de la mediana, la primera desviación estándar (que representa al 66% de los países) y los valores máximos y mínimos[3] para cada indicador se presentan en el cuadro siguiente (gráfica 5).

En lo que respecta a las características comunes a todos o a la mayoría de los países en el desempeño de esta función, se puede destacar lo siguiente:

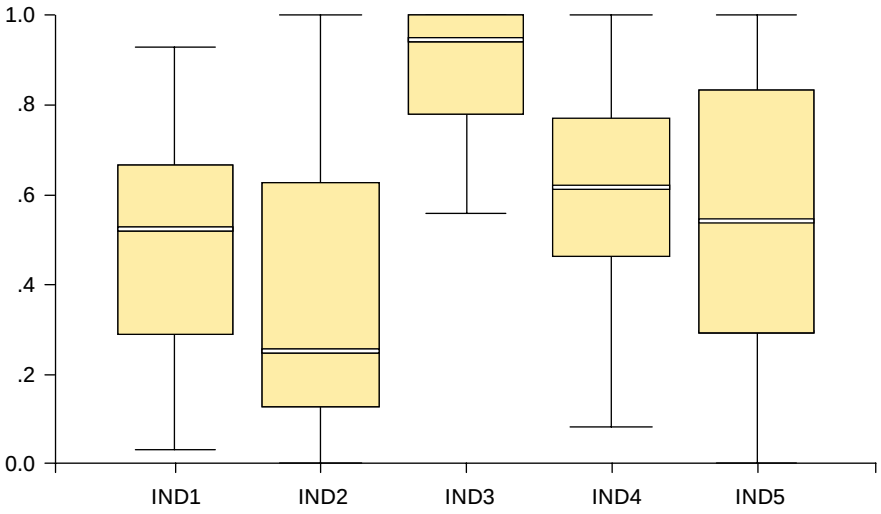
- En alrededor del 70% de los países participantes existen guías para medir el estado de salud en el ámbito nacional e intermedio y un número algo superior afirma contar con guías en los niveles locales.

- En la mayoría de los países, el perfil del estado de salud se actualiza cada año y señala la utilización de servicios de salud individuales y colectivos. Se utiliza además para efectuar el seguimiento de las tendencias y definir objetivos y metas nacionales. Sin embargo, aún persisten insuficiencias para que los datos puedan dar cuenta de las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, para que sirvan de orientación a actuaciones destinadas a mejorar la eficacia de los servicios y provean información sobre los cambios en el perfil de factores de riesgo en la salud y los condicionantes que afectan al estado de salud.

- Los principales datos utilizados para medir el estado de salud son la mortalidad, los indicadores socioeconómicos y el nivel de uso de los servicios de salud. En general, no se efectúa el seguimiento de los obstáculos para el ac-

[3] En este análisis se han excluido algunos resultados que aparecen identificados en el análisis estadístico como valor aberrante.

Gráfica 5 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 1 en los países de la Región



ceso a la atención, menos del 30% de los países incluye el seguimiento de los factores de riesgo de las patologías más importantes y los datos sobre morbilidad se registran en grado variable.

- Con relación a la calidad de la información, solo el 16% de los países cuenta con un organismo de evaluación externo al ministerio. El 30% de los países afirma haber realizado auditorías con el fin de evaluar la calidad de los datos. Un área crítica común es la falta de procesos de mejora continua de los sistemas de información y también se reconoce la ausencia de procedimientos para distribuir la información respecto del estado de salud de la población a los medios de comunicación y al público en general (en la mitad de los países se permite el acceso a la información al público). Por último, muy pocos países realizan una evaluación periódica del uso que hacen los destinatarios de la información transmitida sobre el estado de salud.

- Si bien existen organismos de coordinación nacional de las estadísticas significativas para la salud, en menos de un tercio de los países dicho organismo se reúne al menos una vez al año para analizar y evaluar su desempeño y coordinación.

- En la formación de recursos humanos, el 80% de los países cuenta con profesionales titulados en salud pública en los niveles intermedios y la mitad de los países tiene al menos un profesional con el título de doctor en los niveles centrales.

- La mayoría de los países cuenta con personal capacitado para el diseño de planes para muestreo y recolección de datos generales y específicos respecto del estado de salud. Estos profesionales son capaces de consolidar datos de diversas fuentes, pueden realizar análisis integrados de datos, interpretar resultados, formular conclusiones válidas y comunicar a los responsables de tomar decisiones la información pertinente sobre el estado de salud del país y sus tendencias.

- El 76% de los países utiliza recursos informáticos para el desempeño de esta función en los niveles intermedios y solamente el 27% de los países también cuenta con ellos en el ámbito local. El 43% de los países cuenta con sistemas de comunicación electrónica para difundir datos a los niveles subnacionales. Un área crítica común es la falta de acceso rápido al mantenimiento especializado para los sistemas y equipos informáticos.

- En general se reconoce que la ASN asesora a los niveles subnacionales en materia de recopilación de datos, aunque se presentan mayores debilidades en el apoyo para la interpretación de resultados.

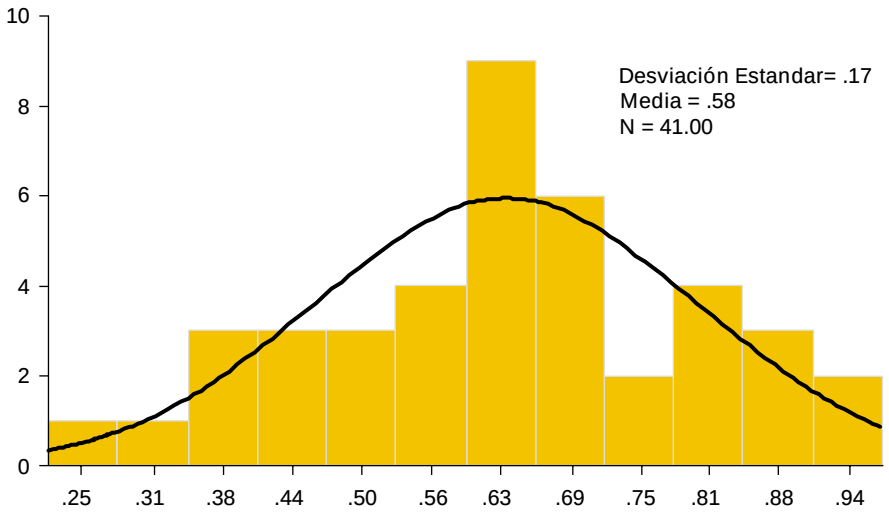
FESP 2: *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

Esta es una de las funciones que presenta mejor desempeño para los países de la Región de las Américas, con una mediana de 0,63. Se observa un perfil consistente en la mayoría de los países analizados,[4] tal como lo muestra la gráfica 6 que señala el histograma de distribución de la mediana de los países para esta función.

Al revisar el comportamiento de sus indicadores, se observa que la mayoría de los indicadores presentan un desempeño superior al 50%. Destacan como

[4] Menos del 25% de los países presenta un cumplimiento menor al 50%, según los estándares definidos para esta función.

Gráfica 6 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 2 en los países de la Región



principales fortalezas el nivel alcanzado en la existencia de sistemas de vigilancia adecuados para identificar amenazas a la salud pública, la capacidad de los laboratorios de salud pública y el apoyo a los niveles subnacionales. La principal debilidad la representa la falta de la capacidad de respuesta oportuna y eficaz sobre el control de problemas de salud pública, tal como se observa en el cuadro siguiente (gráfica 7).

Indicadores:

1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas a la salud pública.
2. Competencia y conocimientos sobre epidemiología.
3. Capacidad de los laboratorios de la salud pública.
4. Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de los problemas de la salud pública.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública.

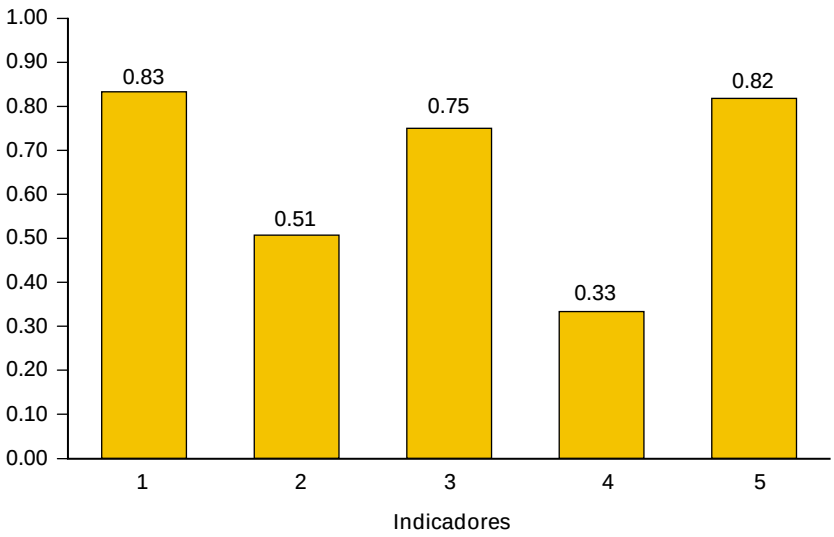
La mayor dispersión en torno a los resultados obtenidos por los países se presenta en el indicador relativo a la capacidad de respuesta oportuna y efectiva, que, si bien en general constituye un área crítica para la Región de las Américas, en algunos países su desempeño constituye una fortaleza. El menor grado de variabilidad en el comportamiento de los países es el resultado del indicador 1 (sistema de vigilancia en salud pública), lo que se puede definir como una fortaleza en la Región.

El resto de los indicadores se presentan con una dispersión intermedia en los resultados, tal como se muestra en la gráfica 8.

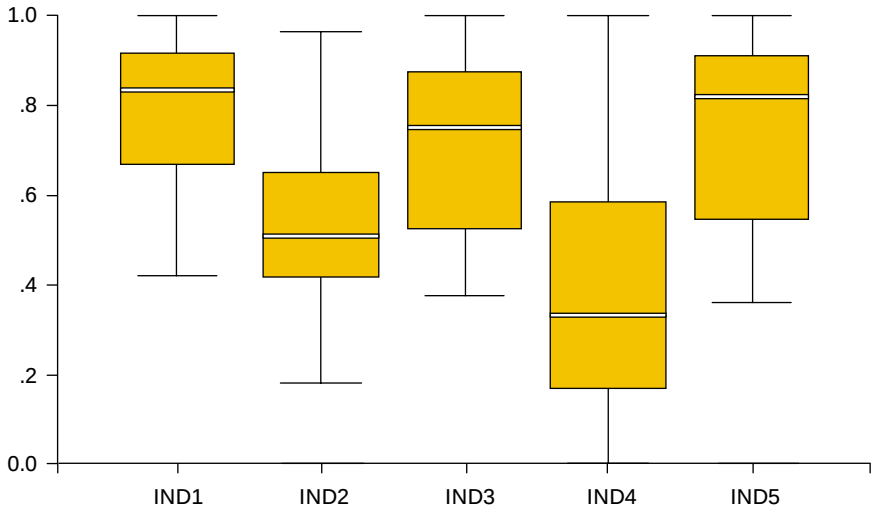
Las principales características que definen el desempeño de esta función son las siguientes:

- Los sistemas de vigilancia permiten identificar la magnitud y la naturaleza de las amenazas, seguir las circunstancias adversas y los riesgos en el tiempo, definir las amenazas que requieren respuesta y analizar las tendencias de las

Gráfica 7 Desempeño de los indicadores de la FESP 2



Gráfica 8 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 2 en los países de la Región



enfermedades consideradas prioritarias por el país. Los sistemas de vigilancia se encuentran integrados por los niveles subnacionales y también se integran a sistemas de vigilancia supranacionales. Sin embargo no integran la información generada por otros actores (los proveedores de salud privados, las ONG, etc.)

- La mayoría de los países tienen definidas las funciones y las responsabilidades de los distintos niveles, especialmente en lo relativo al ámbito local.

- Nuevamente, se manifiestan debilidades en la evaluación de la calidad de la información producida por los sistemas de vigilancia, y son escasos los países que cuentan con mecanismos establecidos y formales de retroalimentación sobre el funcionamiento de los sistemas de vigilancia.

- La mayoría de los países han desarrollado protocolos dirigidos a identificar las principales amenazas a la salud pública de cada país.

- Cuentan con personal calificado para la vigilancia en las áreas de saneamiento básico, enfermedades infecciosas, así como también manejan técnicas de evaluación y tamizaje rápido y están en condiciones de realizar diseños de nuevos sistemas de vigilancia para problemas que puedan surgir. Un menor número de países (24%) cuenta con sistemas de información geográfica como apoyo a la vigilancia. Las mayores debilidades están en el conocimiento y experiencia del personal para la investigación epidemiológica de enfermedades crónicas, de accidentes, así como de salud mental ocupacional, y que constituyen los principales desafíos sanitarios para la Región de las Américas.

- Un área crítica identificada es la ausencia de mecanismos de incentivo y reconocimiento para estimular el buen desempeño de los equipos de vigilancia de la salud pública.

- Si bien la gran mayoría de los países puede dar ejemplos de alguna amenaza a la salud pública detectada en forma oportuna en los últimos dos años, solamente un tercio de los países evalúa la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia, comunica sus resultados y supervisa la implantación de medidas correctivas.

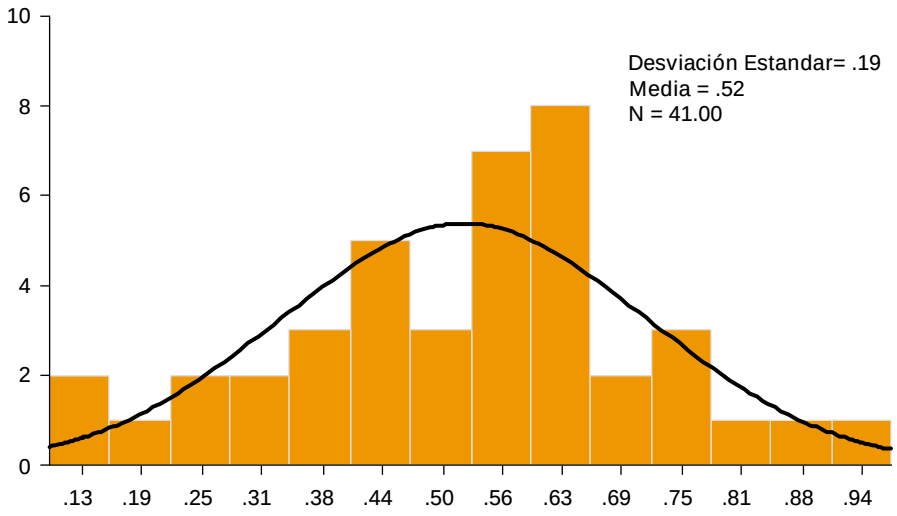
- Los países mantienen un catastro actualizado de los laboratorios de salud pública, poseen mecanismos formales de coordinación y referencia y evalúan periódicamente la calidad de los diagnósticos usando laboratorios internacionales como parámetros de referencia. Sin embargo, se reconocen debilidades para la evaluación, respecto de cómo funcionan los procedimientos de coordinación y referencia, entre los laboratorios de salud pública y la mayoría de los países no cumplen la normativa dirigida a garantizar la calidad de sus laboratorios.

- En todos los países la ASN asesora y apoya a los niveles subnacionales para que el desarrollo y el fortalecimiento de sus capacidades de vigilancia alcancen un desempeño óptimo.

FESP 3: *Promoción de la salud*

Esta función presenta un desempeño intermedio, con una mediana para la Región de las Américas de 0,53. Si bien la mayoría de los países se ubican en torno a valores intermedios, es posible identificar algunos que se escapan del desempeño medio de la Región y que presentan un mejor y menor desempeño respectivamente, como se presenta en la gráfica 9.

Gráfica 9 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 3 en los países de la Región



Un objetivo fundamental de la promoción de la salud es aumentar el acceso a los factores protectores presentes en el ambiente, tales como el apoyo social, las comunidades seguras, las oportunidades laborales y una mayor educación, que puedan contribuir a atenuar algunas de las desigualdades sanitarias relacionadas con un nivel socioeconómico bajo o desfavorecido. Por todo lo anterior es necesario que los países de la Región de las Américas realicen los esfuerzos necesarios para mejorar las áreas críticas que el desempeño de esta función presenta.

Para todos los indicadores que reflejan esta función se observa un desempeño muy similar e intermedio (véase la gráfica 10).

Indicadores:

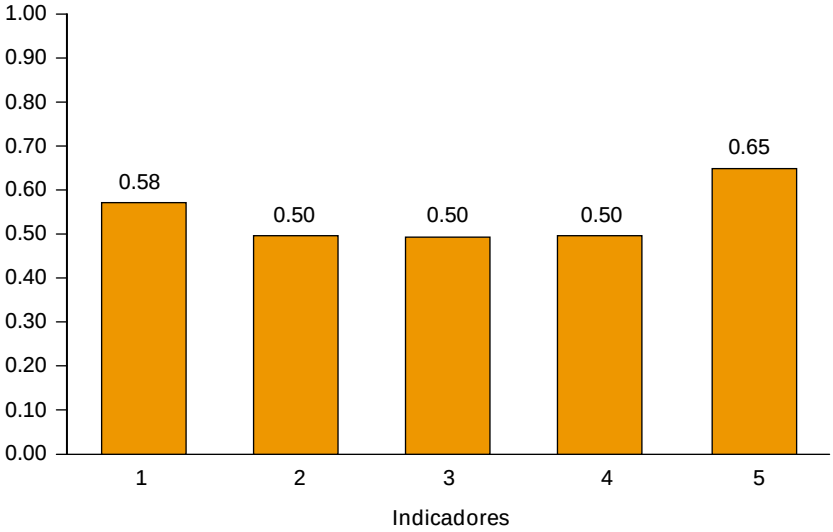
1. Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer comportamientos y ambientes saludables.
2. Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.
3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.
4. Reorientación de los servicios de la salud hacia la promoción.

La variabilidad en los resultados es menor para los indicadores 2, 3 y 5. Para el resto de los indicadores, se observa una mayor dispersión, lo que confirma la existencia de países para los cuales la promoción de la salud constituye una fortaleza y otros para los cuales es una debilidad.

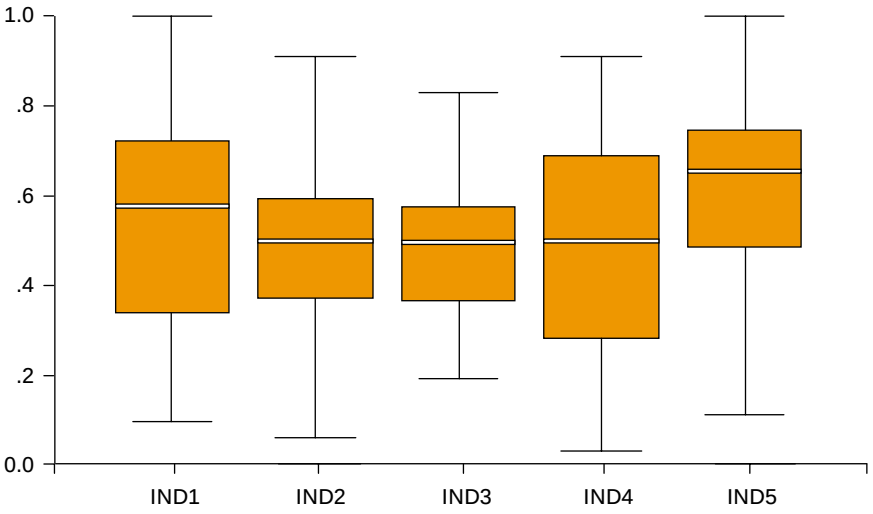
Los principales elementos que reflejan el desempeño de esta función, en general comunes a todos los países, son:

- La mayoría de los países tienen en cuenta las recomendaciones de los congresos internacionales sobre promoción y las incorporan en las líneas de actuación de cada país. El 49% de los países ha definido metas en promoción de la salud y desarrollan ac-

Gráfica 10 Desempeño de los indicadores de la FESP 3



Gráfica 11 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 3 en los países de la Región



tuaciones del tipo "municipios saludables" en el ámbito local.

- Un área crítica es el bajo desarrollo de sistemas que estimulen la promoción en los niveles subnacionales. Solamente en un 23% de los países existen sistemas de reconocimiento y premios a la promoción, un 35% de los países cuenta con fondos "concursables", dirigidos a estimular estas intervenciones, y el 76% financia actuaciones sobre la capacitación del personal en promoción.

- Si bien existen políticas y normas dirigidas a estimular comportamientos y ambientes saludables y se aboga por el desarrollo de políticas públicas saludables (especialmente en materia de medio ambiente), solamente el 43% de los países planifica anualmente actuaciones en este campo, lo cual puede explicar que los resultados observados sean escasos.

- En general, se observa una ausencia de análisis sistemático por parte de la ASN respecto del impacto de las políticas públicas sobre la salud de la población que permita actuar proactivamente para promover comportamientos y ambientes saludables. Solamente el 22% de los países dispone de recursos para medir el impacto de las políticas públicas en salud.

- Con relación a la alianza con otros actores y sectores, el 35% de los países menciona la existencia de planes de intervención concretos dirigidos a este fin y menos de la mitad de ellos evalúa periódicamente sus resultados y corrige el desarrollo de la intervención.

- En todos los países, la ASN apoya activamente el fomento de actividades de promoción de la salud, especialmente de educación para la salud en los niveles locales y se coordina con otros actores, aunque no se evalúan los resultados alcanzados. El uso de la televisión, la radio y la prensa escrita es común a la mayoría de las campañas llevadas a cabo por los países; solamente el 14% de los países declara haber realizado campañas por Internet.

- Existe un escaso desarrollo de organismos especialmente dedicados a informar y educar al público sobre la salud y los que existen no son evaluados. El uso de la página web y la línea telefónica dedicadas a este fin, alcanza a menos de un tercio de los países de la Región de las Américas.

- El 70% de los países promueven el desarrollo de modelos de atención con población a través de equipos de salud que tengan formación en promoción de la salud, como la principal estrategia en el campo de la reconversión de los servicios de salud hacia la promoción. Sin embargo, solamente el 35% de los países señala que han desarrollado mecanismos que incentiven y promuevan el enfoque promocional en la atención primaria de la salud.

- Destacan como debilidades en la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción el hecho de que solamente el 5% de los países haya desarrollado mecanismos de pago que incentiven la promoción, que ningún país haya promovido mecanismos de pago que estimulen la promoción en los seguros de salud y que en la mayoría de los países no se incluyan actuaciones para la promoción en los planes de salud. Además, se reconoce la ausencia de reconocimiento de la formación en promoción en los procesos de acreditación profesional en la salud.

- Los países afirman que cuentan con personal capacitado para esta tarea. El 59% de los países estimula a los centros de formación para la inclusión de estos aspectos en el currículo de for-

mación académica y el 78% lo ha incluido en sus propios programas de formación de recursos humanos.

- Las principales áreas críticas de la ASN para el apoyo a los niveles subnacionales están en la falta de planes basados en las necesidades de fortalecimiento de los niveles subnacionales para desempeñar la función de promoción, así como en la necesidad de mejorar la evaluación y las actuaciones de apoyo dirigidas a los niveles subnacionales.

FESP 4: *Participación de los ciudadanos en la salud*

Esta función presenta un desempeño intermedio para la Región, con una mediana de 0.49. El perfil de desempeño de los países es bastante homogéneo, con excepción de algunos que se escapan al intervalo intermedio, tal como se presenta en la gráfica 12.

Al igual que en la función anterior, los indicadores medidos presentan un nivel de desempeño intermedio, aunque el de fortalecimiento de la participación social en salud es un poco más alto (gráfica 13).

Indicadores:

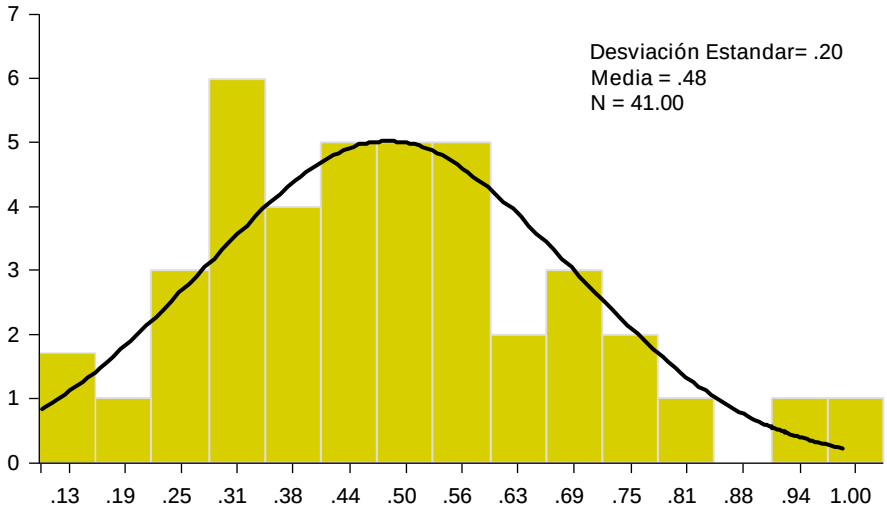
1. Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre la salud pública.

2. Fortalecimiento de la participación social en la salud.

3. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en la salud.

La menor variabilidad de los resultados en la Región se observa en el indicador

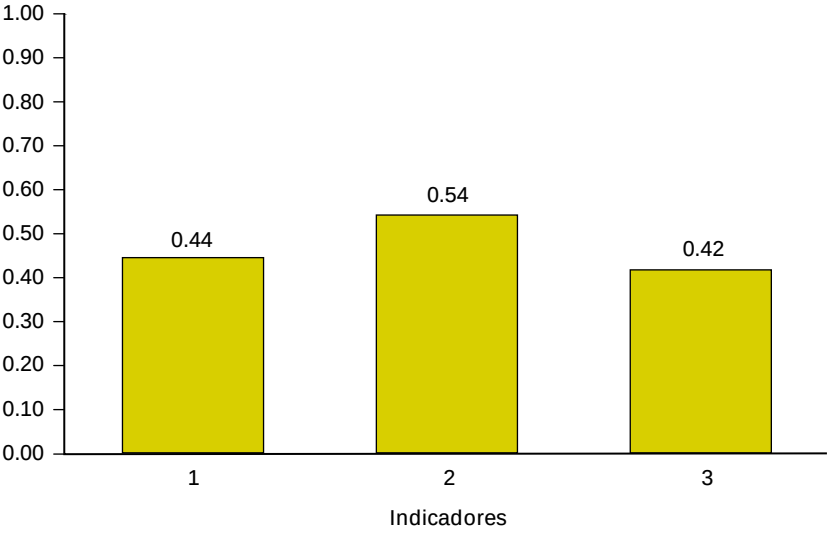
Gráfica 12 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 4 en los países de la Región



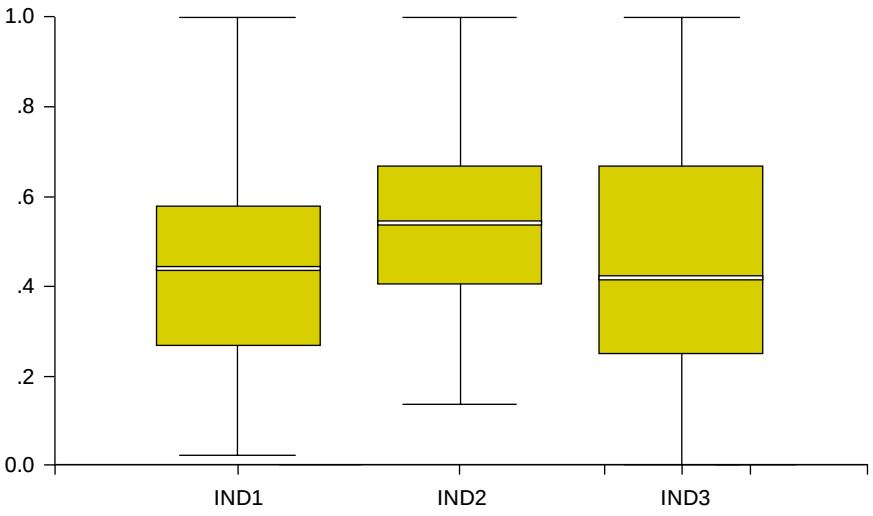
de mejor desempeño (fortalecimiento de la participación social en salud) y es mayor la dispersión en el comportamiento del indicador 3 (apoyo a los niveles subnacionales). La existencia de países que, en general, presentan mejor y menor desempeño se expresa en la existencia de valores extremos como se observa en el cuadro siguiente (gráfica 14).

Las principales características que determinan el nivel de desempeño de esta función en la Región son:

Gráfica 13 Desempeño de los indicadores de la FESP 4



Gráfica 14 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 4 en los países de la Región



- El 84% de los países cuenta con organismos formales de recepción de opinión de la sociedad civil en salud y el 57% cuenta con espacios formales de consulta ciudadana sobre la salud. Sin embargo menos de un tercio de los países asegura dar una respuesta a las opiniones recibidas.

- En la mitad de los países existe un organismo del tipo Defensor del Ciudadano, independiente del Estado y con atribuciones legales y de actuación pública para proteger a los ciudadanos en materia de salud.

- El 62% de los países declaran que se realiza un informe público nacional sobre el estado de salud, al menos cada 2 años, aunque sólo el 24% difunde sus resultados por los medios de comunicación y son escasos los países que cuentan con canales formales para recibir opinión ciudadana con respecto de estos resultados.

- No hay procedimientos ni canales formales para asegurar la recepción y respuesta de la opinión ciudadana en materia de salud.

- El 65% de los países señala la existencia de consultas de opinión que ayudan a definir los objetivos y metas nacionales de la salud y puede mencionar ejemplos concretos de contribuciones realizadas por los ciudadanos en este aspecto.

- Se reconocen debilidades en el desarrollo de estrategias para dar a conocer a la población sus derechos sobre la salud. Solamente el 32% de los países dicen contar con actuaciones concretas orientadas a este fin.

- Se cuenta con personas capacitadas para promover la participación comunitaria en los programas de salud, aunque se presentan mayores debilidades en los ámbitos de liderazgo, trabajo en equipo y resolución de conflictos.

- Aunque se estimula el desarrollo de buenas prácticas de participación, el 49% de los países difunde a los otros estas buenas prácticas mientras que el 70% cuenta con acceso a recursos (sectoriales y extrasectoriales) para promover actuaciones de participación comunitaria.

- En la mayoría de los países existen mecanismos formales de participación en salud en los niveles locales e intermedios, se cuenta con directorios de organizaciones y se promueven encuentros, foros, talleres y otras actividades para promover la participación en temas relacionados con la salud.

- En general, no se evalúa la capacidad de estimular la participación social en materia de salud ni de hacer uso de los resultados obtenidos con el esfuerzo realizado.

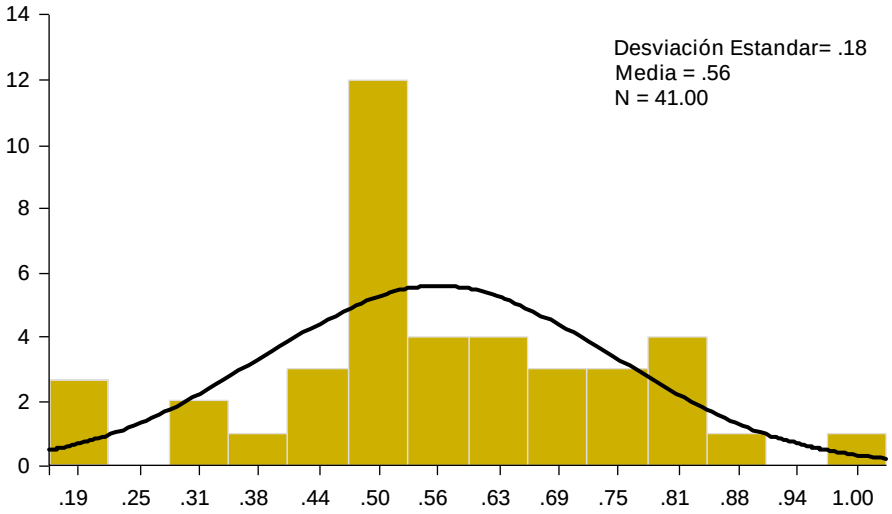
- Con relación al apoyo a los niveles subnacionales, las principales debilidades se encuentran en la evaluación de los resultados de participación, el diseño de mecanismos de recepción y respuesta a la opinión ciudadana, el diseño de sistemas de explicación sobre el estado de salud, y los mecanismos de resolución de conflictos.

FESP 5: *Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública*

Esta función presenta un desempeño intermedio con una mediana de 0,56 para la Región de las Américas. En general se puede observar que la mayoría de los países se encuentran en un nivel de desempeño intermedio y solamente un país declara una condición óptima, como se puede apreciar en la gráfica 15.

Los indicadores medidos para esta función presentan un perfil en el que el desempeño más bajo se tiene en la defini-

Gráfica 15 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 5 en los países de la Región



ción de objetivos sanitarios nacionales (indicador 1) y el apoyo de las ASN a los niveles subnacionales para el cumplimiento de esta función (indicador 5). Las áreas con el desempeño más alto son el fomento de políticas de salud pública (indicador 2) y la capacidad de gestión de la cooperación internacional (indicador 4). En situación intermedia se encuentra el desarrollo de la capacidad institucional para la gestión en salud pública (indicador 3), como se puede observar en la gráfica 16.

Las mayores debilidades en el área de gestión de la salud pública deben alertar a los encargados de formular las políticas, y a la ASN en general, sobre los retos actuales y futuros que exige la gestión de la salud pública. Asimismo, se debe ayudar a identificar las medidas que las autoridades sanitarias deben tomar para potenciar las capacidades institucionales, con el objetivo final de mejorar la salud de la población.

Indicadores:

1. Definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública.

2. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública.

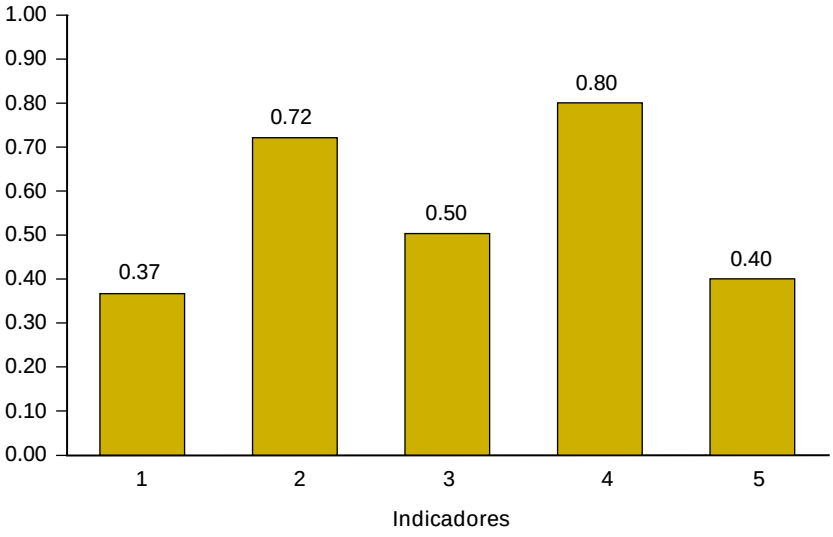
3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de los sistemas de salud pública.

4. Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

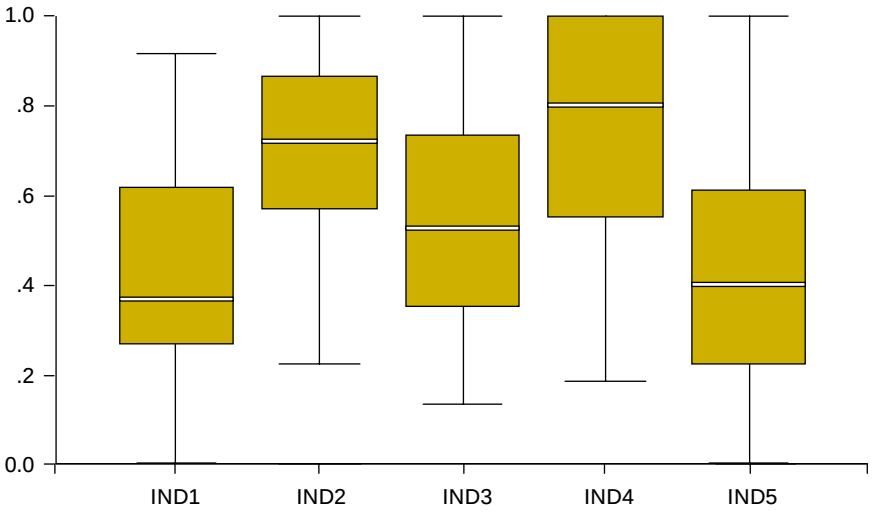
De los indicadores que presentan un desempeño más alto, la baja dispersión en el desarrollo, seguimiento y evaluación de políticas en materia de salud pública (indicador 2) permite afirmar que ésta es un área que presenta fortalezas en la Región de las Américas. No ocurre lo mismo respecto de la gestión de la cooperación internacional (indicador 4), que es el indicador de mayor variabilidad entre los países de la Región: aunque, en general, presenta un desempeño adecuado, sigue siendo un área débil para algunos países.

Gráfica 16 Desempeño de los indicadores de la FESP 5



Con respecto a los indicadores que presentan un desempeño menor e intermedio (la definición de objetivos de salud pública, la gestión en salud pública y el apoyo a los niveles subnacionales), algunos países presentan un desempeño óptimo mientras que para muchos otros constituye una debilidad, tal como se observa en la gráfica 17.

Gráfica 17 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 5 en los países de la Región



Entre los resultados de la medición de desempeño de esta función destacan las siguientes características:

- En la mayoría de los países, la ASN liderea los procesos de definición de metas y objetivos sanitarios y estos están basados en las prioridades en materia de salud de cada país. Sin embargo, los países reconocen debilidades en la actualización de las prioridades sanitarias y en el 43% de ellos los objetivos sanitarios y los objetivos de las políticas sociales están directamente relacionados. La construcción de estos objetivos no siempre cuenta con la participación de los actores pertinentes, tales como la sociedad civil. El 51% de los países señala que los objetivos sanitarios definidos cuentan con indicadores que permiten medir su desempeño efectivo.

- En general, los países cuentan con planes de política sanitaria respaldados por el poder ejecutivo y, en menor medida (un 68% de los países), se cuenta con el respaldo del poder legislativo. La mayoría de los países traduce sus políticas en instrumentos legales y en la legislación necesaria para su ejecución.

- Menos de la mitad de los países evalúa a sus aliados actuales y potenciales para determinar el grado de apoyo para el desarrollo y la ejecución y evaluación del proceso nacional de mejora en materia de la salud. Sin embargo, con frecuencia no se cuenta en estos procesos con el sector privado ni con la población.

- Los países cuentan con personal capacitado en elaboración de políticas, preparación de instrumentos legales y priorización de políticas de salud pública, así como también la mayor parte de los países cuenta con personal calificado y recursos para gestionar proyectos y programas de cooperación internacional.

- En relación con la capacidad institucional para la gestión se observan fortalezas en la planificación estratégica y el liderazgo en materia de salud. En la planificación estratégica, la mayoría de los países señala que cuenta con personal con conocimientos y aptitudes en la materia, el 64% afirma que han realizado un ejercicio de planificación en el último año y que la mayor debilidad en esta área es la evaluación y el seguimiento de estos procesos. En el liderazgo, la mayoría de los países reconoce que cuenta con capacidades para generar consensos y promover la colaboración interinstitucional en materia de salud pública y el 65% de los países de la zona utiliza esta experiencia para movilizar los recursos hacia la salud. Las mayores debilidades se observan con relación a la capacidad de resolver conflictos y en la falta de habilidad comunicativa.

- Los países señalan que no se cuenta con mecanismos de financiación adecuados que ayuden a conseguir los objetivos sanitarios.

- Adicionalmente, se observan debilidades en la definición de indicadores de desempeño que permitan medir el cumplimiento de los objetivos sanitarios definidos. Solamente el 51% de

los países cuenta con indicadores y el 38% desarrolla la evaluación a través de procesos participativos. De los actores consultados, la mayoría de los países no incorpora al sector privado en esta evaluación.

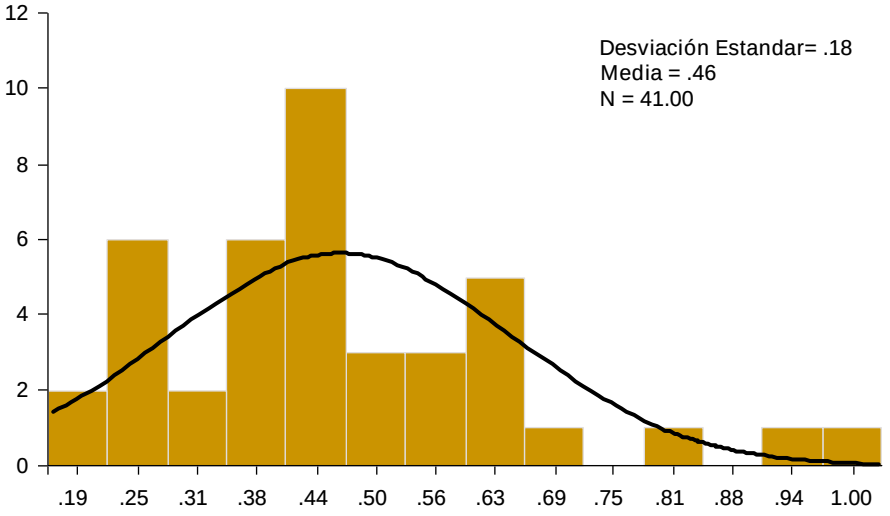
- La ASN tiene dificultades en la creación de alianzas para ejecutar las políticas de salud; en general no se trabaja con el sector privado que presta los servicios de salud ni se incluyen a los aseguradores y/o responsables de la seguridad social en salud, ni tampoco a los consumidores.

- Las principales debilidades en la capacidad institucional para la gestión en materia de salud pública están en los esfuerzos dirigidos a la toma de decisiones, basadas en la evidencia y el desarrollo organizativo con el fin de conseguir los objetivos de salud pública buscados. El 43% de los países declara que no cuenta con una visión organizativa clara que permita orientar su gestión; solamente el 32% de los países aprende de los cambios y el 27% evalúa el desempeño institucional.

- En relación con el apoyo a los niveles subnacionales, las áreas deficitarias coinciden con las debilidades procedentes de la ASN, mientras que, en la mayoría de los países, el reconocimiento de dificultades para detectar en forma oportuna las necesidades de apoyo en la gestión de los niveles subnacionales y, por tanto, su incapacidad para responder oportuna y adecuadamente constituyen un área común de insuficiencia.

FESP 6: *Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública*

Gráfica 18 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 6 en los países de la Región



En general, el desempeño de la mayoría de los países respecto de esta función se ubica en un nivel intermedio inferior, con una mediana de 0,47 y con un comportamiento bastante homogéneo, tal como se observa en la Gráfica 18.

Con excepción del mejor desempeño relacionado con el desarrollo de marcos reguladores para la salud pública (indicador 1), el resto de los indicadores se encuentran en niveles de desempeño bajo, especialmente el de hacer cumplir la normativa (indicador 2), tal como se muestra en la gráfica 19.

La legislación sanitaria se concibe como un instrumento para la aplicación de las políticas en materia de salud frente a la evolución de las funciones del Estado y a su relación con la sociedad civil. En este sentido, los esfuerzos que los países han realizado hacia la reformulación de los marcos jurídicos existentes con el propósito de reglamentar los deberes y derechos relativos a la salud exigen hoy el desafío de parte de la ASN para facilitar el ejercicio efectivo de los derechos y responsabilidades de los ciudadanos, y las responsabilidades del Estado y del sector privado en relación con la salud.

Indicadores:

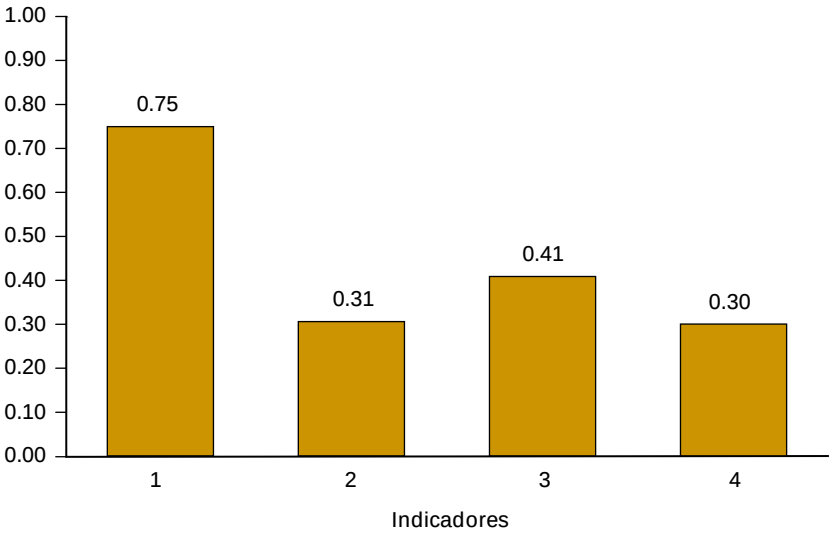
1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulador.

2. Hacer cumplir la normativa en salud.

3. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador.

4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos.

Gráfica 19 Desempeño de los indicadores de la FESP 6



El grado de variabilidad en los resultados obtenidos para cada país demuestra una menor dispersión en las debilidades relacionadas con hacer cumplir las normas (indicador 2), así como en el nivel de desempeño respecto del marco normativo (indicador 1). El mayor índice de variabilidad se observa en el apoyo a los niveles subnacionales. Esto lleva a la conclusión de que la debilidad a la hora de hacer cumplir la norma es común para la mayoría de los países. Aunque para algunos países constituyen una fortaleza la existencia de las competencias y aptitudes institucionales, así como en el apoyo a los niveles descentralizados, existen países para los cuales estas áreas continúan siendo críticas (véase la gráfica 20).

Las principales características que determinan el nivel de desempeño de esta función en la Región son:

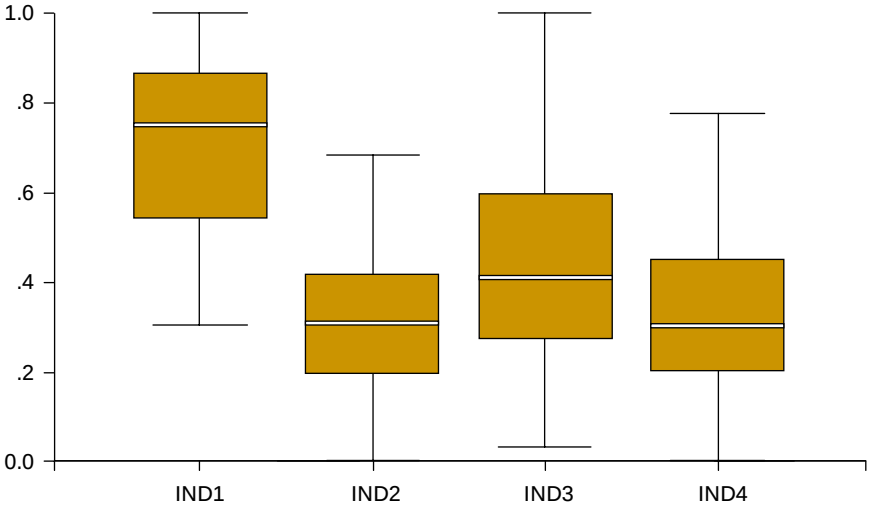
La mayoría de los países cuenta con personal competente, conocedor de los procedimientos legislativos y reguladores en materia de salud pública, tienen suficiente asesoría de los organismos internacionales en estas materias y poseen competencias y recursos institucionales suficientes para elaborar normativas en materia de salud.

Los países realizan actuaciones relacionadas con la revisión de las normativas existentes para la generación y modificación de proyectos de ley; sin embargo solo el 11% de los países participantes señala que lo hace de forma oportuna (anticipando problemas) y un 24% que lo hace periódicamente. Más bien se actúa como reacción a presiones externas a la ASN, tanto de los gobiernos como de otros actores.

La ASN lidera los procesos de modificación del marco regulador, ofreciendo asesoramiento directo a los legisladores y abogando con actores pertinentes que hagan posible las modificaciones legales sugeridas.

Si bien la mayor parte de los países identifican a los responsables de la fiscalización, solo el 30% de ellos señala que supervisa los procedimientos de fiscalización y un porcentaje inferior efectúa el seguimiento de la oportunidad y la eficacia de la fiscalización realizada. El 80% no

Gráfica 20 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 6 en los países de la Región



supervisa el abuso o mal uso de la autoridad por parte de los organismos fiscales y, en general, los países no cuentan con sistemas de incentivos para el buen uso de la autoridad por parte del personal.

El 51% de los países asegura tener mecanismos para educar a la población respecto de la importancia de cumplir la normativa vigente y solamente el 11% cuenta con incentivos dirigidos a favorecer el cumplimiento de las normas por parte de la población.

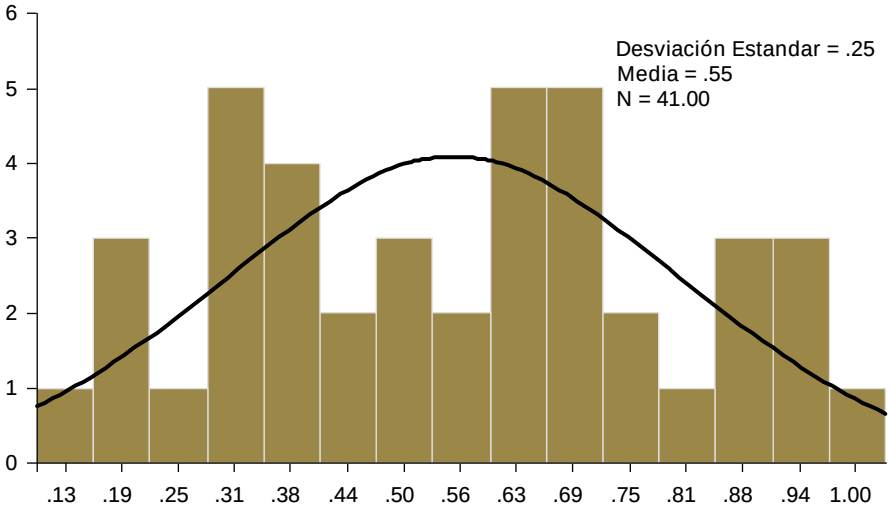
Otra área crítica es la relativa al fomento de planes y actuaciones para evitar la corrupción. Aunque en algunos países existen medidas al respecto, no se evalúan y menos contemplan actuaciones destinadas a evitar la intervención de grupos de poder. El 46% de los países cuenta con sistemas de advertencia y castigo de las prácticas ilegales y éstos son conocidos por la población en el 35%.

En general, los países no cuentan con personal ni recursos suficientes para desarrollar las actuaciones en materia de fiscalización, lo que constituye la principal área crítica de la Región de las Américas para el desempeño de esta función.

A pesar de que se orienta al personal nuevo en materias de fiscalización y se ofrecen cursos de formación, solo el 24% de los países asegura la preparación continua en la materia. El 40% de los países señala que evalúa su capacidad de formación.

En la mayoría de los países, se apoya a los niveles subnacionales en la implantación de procedimientos de fiscalización y en operaciones de fiscalización complejas. Sin embargo, no se evalúa periódicamente la asistencia técnica entregada y no se apoya a los niveles subnacionales para contar con conocimientos sobre el desarrollo de normas locales.

Gráfica 21 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 7 en los países de la Región



FESP 7: *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*

Esta función presenta un desempeño intermedio para la Región, con una mediana de 0,55. El perfil de desempeño de los países es bastante heterogéneo y se encuentran algunos grupos de países con diferente nivel de desarrollo de esta función, tal como se presenta en la gráfica 21. A pesar de que existen países con desempeño inferior, es importante destacar que hay un número considerable de países que presentan un desempeño superior al 70% respecto de los estándares utilizados, lo que, de alguna manera, refleja los esfuerzos destinados a este objetivo en materia de salud.

El desempeño más bajo lo obtiene la evaluación del acceso a los servicios (indicador 1). En una situación intermedia se encuentran todos los demás indicadores, es decir, las capacidades institucionales y formación del personal para el desarrollo de actuaciones dirigidas a acercar los servicios de la salud a las personas (indicador 2), el fomento de las actuaciones dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios (indicador 3) y el apoyo de la ASN a los niveles subnacionales para el desempeño de esta función (indicador 4).

Indicadores:

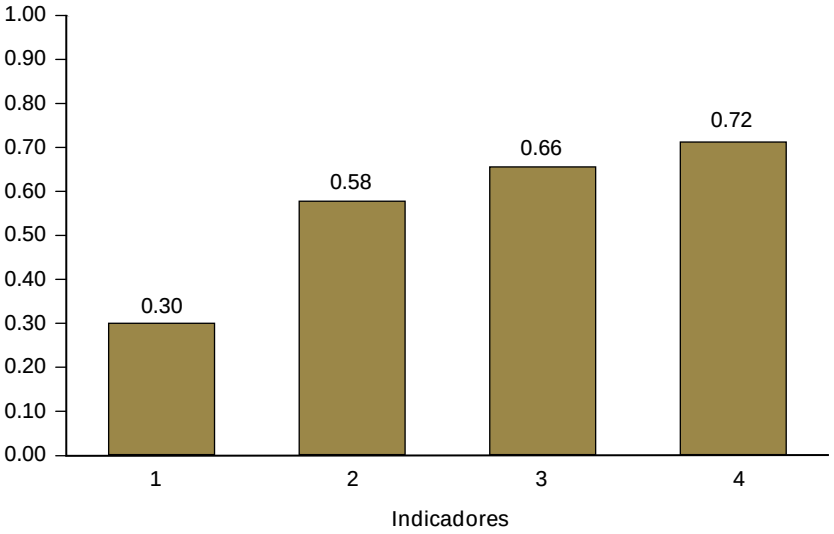
1. Evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios.

2. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar a la población los programas y servicios de salud necesarios.

3. Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.

4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud.

Gráfica 22 Desempeño de los indicadores de la FESP 7



Con relación a la variabilidad del desempeño de los indicadores entre los distintos países de la Región de las Américas, es posible apreciar que el indicador 7.3 presenta un mejor desempeño general y una menor dispersión, lo que, en general, confirma la apreciación de que esta área es una fortaleza para la Región. Todos los demás indicadores presentan una dispersión máxima, lo que implica que existen países agrupados con un mejor desempeño relativo y, por otro lado, confirma la existencia de otro grupo de países para los cuales estos indicadores constituyen áreas críticas que deben ser mejoradas (véase la gráfica 23).

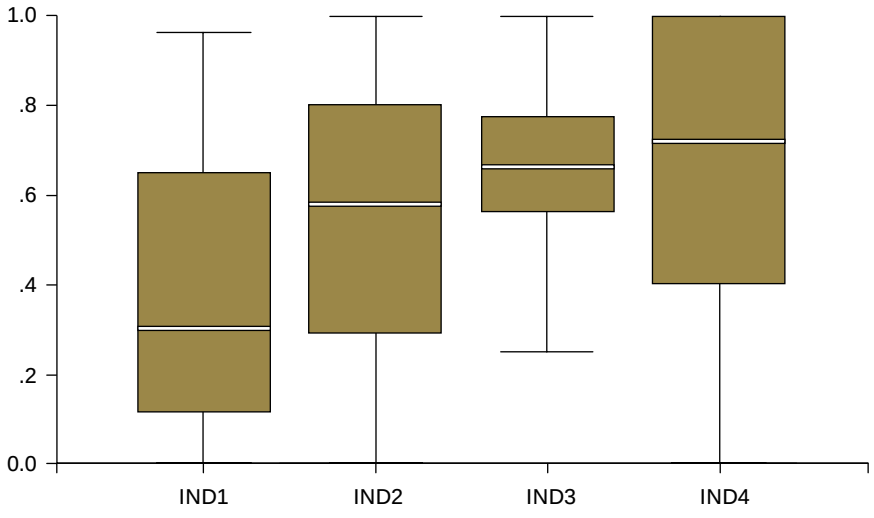
En relación con el desempeño de esta función, las características que son comunes a todos o a la mayoría de los países son:

- En general, la evaluación del acceso a los servicios de salud colectivos es mejor que para los individuales (especialmente debido a la ausencia de información del sector que facilita los servicios de salud privados y de las instituciones de seguridad social). El 57% de los países señala que dispone de indicadores para evaluar objetivamente el acceso a los servicios de salud. Un área crítica, común a toda la Región de las Américas, es la falta de identificación de buenas prácticas para eliminar los obstáculos de acceso, así como su difusión. En general se observa una baja utilización de los resultados de estas evaluaciones para la aplicación de estrategias dirigidas a reducir los obstáculos de acceso.

- De los obstáculos de acceso que los países consideran en los análisis, destaca que un porcentaje bajo de los participantes identifica obstáculos relacionados con etnias, barreras culturales, religiosas y de orientación sexual. El 46% de los países señala que incluye la diferencia por razón de sexo como criterio en este análisis.

- Las mayores debilidades en la generación de estrategias y actuaciones para acercar los servicios de salud a quienes no acceden a los mismos están relacionadas con el conocimiento y la experiencia del personal para orientar a los usuarios cuando existen barreras lingüísticas, así como con diseñar actuaciones dirigidas a acercar los servicios a las poblaciones más vulnerables. Otra debilidad es la falta de evaluación sistemática de los esfuer-

Gráfica 23 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 7 en los países de la Región



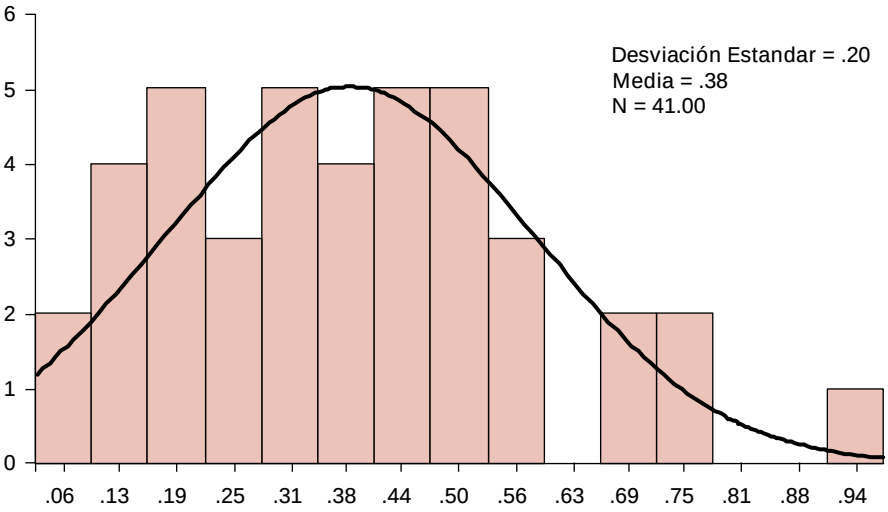
zos realizados para reducir los obstáculos de acceso a los servicios. Por otro lado, la mayoría de los países cuenta con capacidades institucionales para desarrollar programas de detección precoz e implantación de métodos innovadores para mejorar el acceso (dispensarios móviles, ferias, etc.)

- Un buen desempeño de los países se da en el desarrollo de leyes y la normativa que mejoren el acceso de los más necesitados y el de actuaciones directas con el fin de reducir los obstáculos de acceso, especialmente en grupos vulnerables. La mitad de los países aboga por incorporar estos conocimientos en la formación de recursos humanos e informa a los responsables de las decisiones de los hallazgos encontrados en relación con los obstáculos de acceso. En general, las mayores debilidades de la ASN se observan en el desarrollo de acciones hacia otros actores responsables de la prestación de servicios de salud para que estos reduzcan los obstáculos de acceso (organismos privados e instituciones responsables de la seguridad social).

- Todos los países presentan, como una actuación dirigida a reducir las brechas existentes, fortalezas en la capacidad de informar a la población sobre el acceso a los servicios de salud.

- Existen grandes debilidades en el desarrollo de sistemas de incentivos para los encargados de prestar los servicios (públicos y privados) con el fin de reducir las brechas de acceso encontradas. El 46% de los países indica que cuenta con dispositivos locales que ayudan al desarrollo de acciones para promover un acceso más equitativo a los servicios de salud.

Gráfica 24 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 8 en los países de la Región



- Todos los países asesoran a los niveles subnacionales en la definición de un conjunto básico de servicios individuales y colectivos que deben estar disponibles para toda la población; sin embargo, no se evalúa regularmente el cumplimiento por parte de los encargados de la prestación de este conjunto básico de servicios preestablecidos, especialmente con relación a las poblaciones más vulnerables o aquellas poblaciones insuficientemente atendidas.

FESP 8: *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*

Esta función presenta un desempeño bajo, con una mediana para la Región de las Américas de 0,38. En general, se puede afirmar que la situación de la mayoría de los países se ubica en un nivel de desempeño bajo e intermedio, sin embargo un número reducido presenta un mejor desempeño, tal como se muestra en la gráfica 24.

Aunque todos los indicadores presentan un desempeño bajo, resultan críticos para la Región de las Américas los esfuerzos destinados a mejorar la calidad, a estimular la formación continua y de postgrado en materia de salud pública y a aumentar la preocupación por la formación del personal en aspectos que favorezcan la estimulación del suministro de servicios de salud adecuados a las diversas realidades socioculturales de la población de estos países (véase la gráfica 25).

Indicadores:

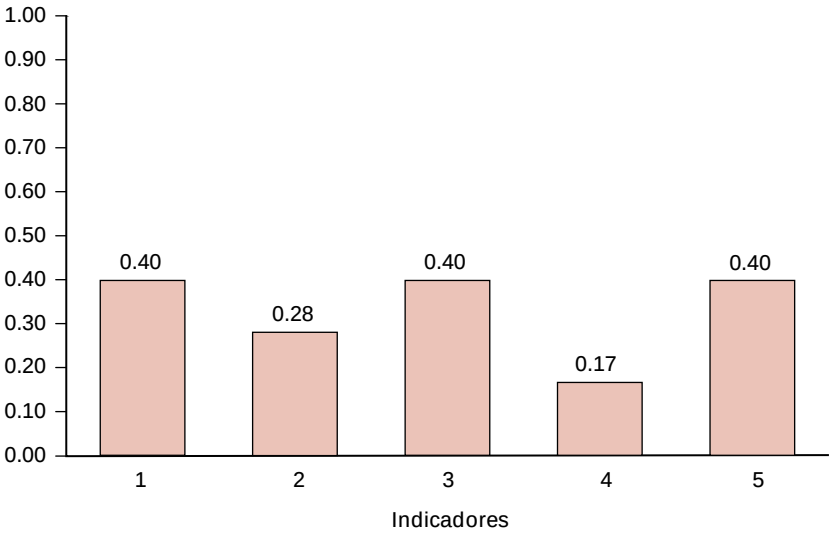
1. Caracterización de la fuerza de trabajo en la salud pública.

2. Mejora de la calidad de la fuerza de trabajo.

3. Formación continua y de postgrado en materia de salud pública.

4. Perfeccionamiento de los RH destinados a la prestación de servicios

Gráfica 25 Desempeño de los indicadores de la FESP 8



apropiados a las características socioculturales de los usuarios.

5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos.

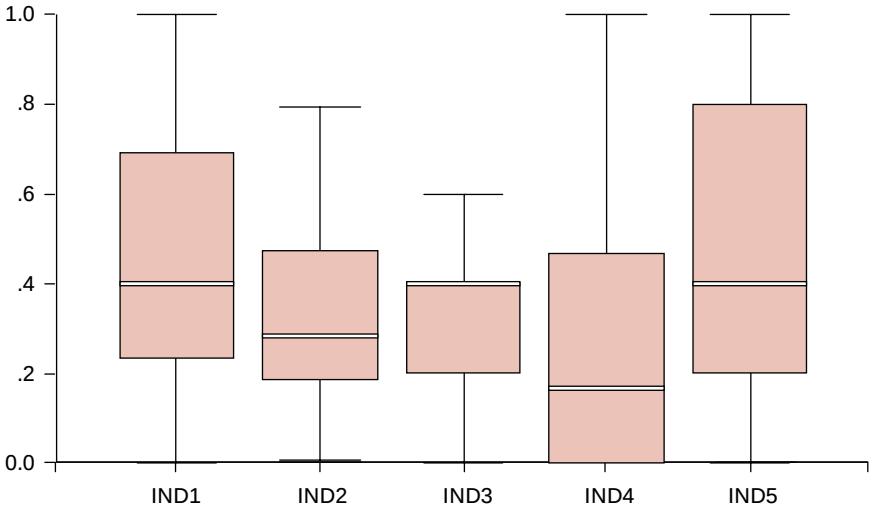
En general, en esta función se observa un menor grado de variabilidad en los resultados obtenidos por los países para el indicador 8.3 (formación continua) y 8.2 (mejora de la calidad). Los demás indicadores (8.1, 8.4 y 8.5) presentan mayor dispersión, lo que indica que existen algunos países que presentan un mejor desempeño comparado con el resto de la Región de las Américas (gráfica 26).

En lo que respecta a las características comunes a todos o a la mayoría de los países en el desempeño de esta función, se puede destacar lo siguiente:

- Aunque los países participantes evalúan las características de la fuerza de trabajo, solo el 50% de ellos definen las necesidades de personal para el desempeño de la salud pública, incluidos la definición del tamaño de la planta de personal, su perfil y las competencias requeridas. Todo ello dificulta los esfuerzos de la ASN destinados a potenciar el desarrollo de recursos humanos adecuados para la salud pública, tanto aquellos que forma ella misma, como aquellos que salen de los centros de formación. Por otro lado, una de las mayores debilidades se observan en los criterios para establecer las necesidades de crecimiento futuro.

- Respecto de la mejora de la calidad del personal, aunque se cuenta con pautas para acreditar al personal, no se evalúa el cumplimiento de estos criterios en la contratación. En pocos países se evalúan las estrategias de selección y retención de trabajadores y sólo el 19% de los países participantes señala la existencia de planes de formación que incluyen la dimensión ética como línea pertinente. No hay desarrollo de incentivos para potenciar el liderazgo de los recursos humanos en salud pública y sólo el 11% de los países participantes promueve la retención de sus líderes. Aunque en la mitad de los participantes existen sistemas de evaluación del desempeño, el 32% de ellos cuenta con definición de resultados mensurables y

Gráfica 26 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 8 en los países de la Región



pocos utilizan los resultados para asignaciones de responsabilidad e incentivos para la retención de los trabajadores de acuerdo con los méritos demostrados.

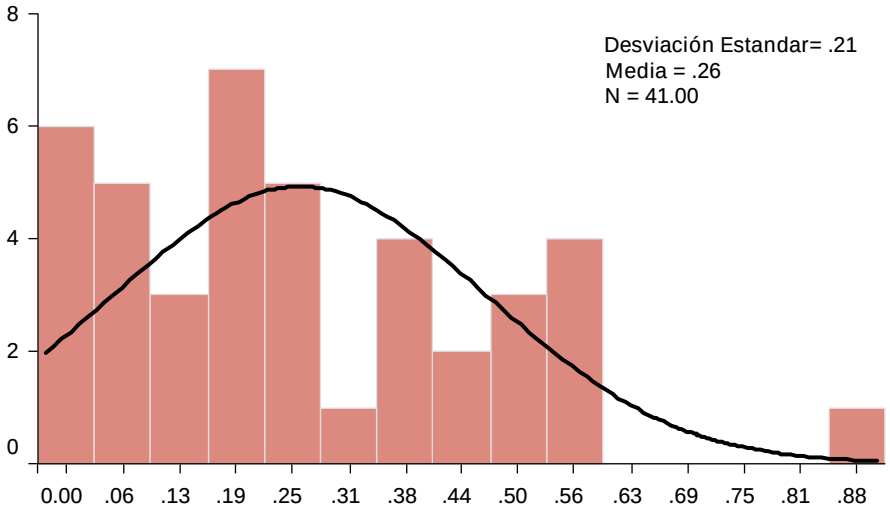
- En la mayoría de los países participantes se incentiva la participación en la educación continua, se ofrece formación al personal de menos experiencia y se llevan a cabo acuerdos con los centros de formación para su perfeccionamiento. Sin embargo, en ninguno de los países se cuenta con políticas y normas claras que permitan asegurar un nivel adecuado de formación del personal, no se cuenta con sistemas para evaluar los resultados obtenidos con la formación y preparación del personal y no poseen mecanismos para retener al personal mejor calificado, lo que genera una pérdida constante de las posibilidades obtenidas a través de estas actuaciones de educación y formación.

- Con relación al apoyo a los niveles subnacionales para el desempeño de esta función, menos de un tercio ofrece apoyo para identificar recursos humanos apropiados a las características socioculturales y lingüísticas de los usuarios, y el 51% de los países participantes no estimulan estrategias descentralizadas para mejorar la gestión de estos recursos de acuerdo con las necesidades de los niveles intermedios y locales.

FESP 9: *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos*

Esta es la función que presenta el menor desempeño para la Región de las Américas, con una mediana de 0,26. El perfil de los países participantes presenta resultados similares, todos con un nivel de implantación de bajo a intermedio, con excepción de un país de mejor desempeño, que claramente se aleja del conjunto de la Región, tal como se presenta en la gráfica 27.

Gráfica 27 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 9 en los países de la Región



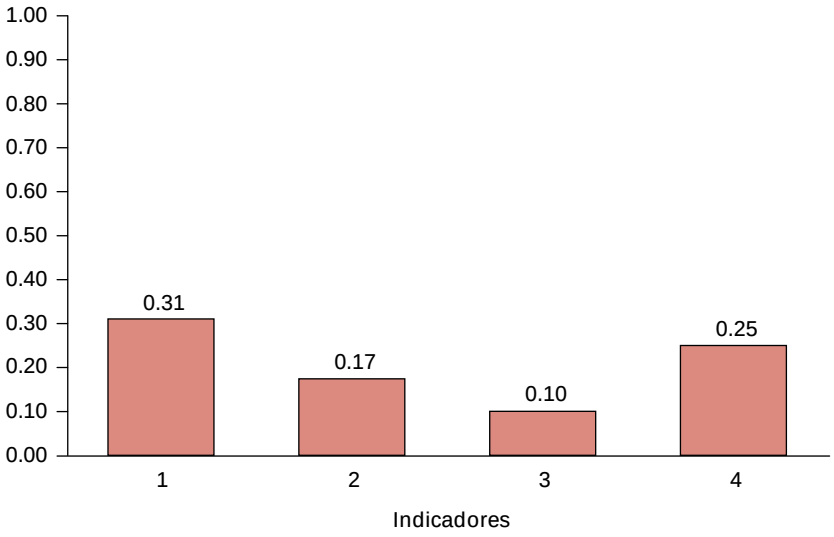
A pesar de que todos los indicadores presentan muy bajo nivel de implantación, destacan los mínimos avances en materia de evaluación de tecnologías sanitarias para apoyar la toma de decisiones en salud pública (indicador 3) y la mejora de la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud (indicador 2). El bajo apoyo a los niveles subnacionales (indicador 4) es consecuencia del bajo desarrollo de esta función en general (véase la gráfica 28).

Indicadores:

1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
2. Mejora de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.
3. Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en materia de salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.
4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios.

La mayor variabilidad en los resultados obtenidos por los países participantes se encuentra en la definición de estándares y en la evaluación del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (indicador 9.1), y en el apoyo a los niveles subnacionales (indicador 9.4), en los que, a pesar de constituir una debilidad para la Región de las Américas, se observan avances importantes en algunos países. Por otra parte, la preocupación por la mejora de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud es un

Gráfica 28 Desempeño de los indicadores de la FESP 9



área crítica para todos los países participantes y presenta un nivel de dispersión menor. En lo relativo al indicador 9.3, se constata que un tercio de los países de la Región no presenta ningún desarrollo en esta línea (véase la gráfica 29).

Las características más significativas que presenta el desempeño de esta función para la mayoría de los países son las siguientes:

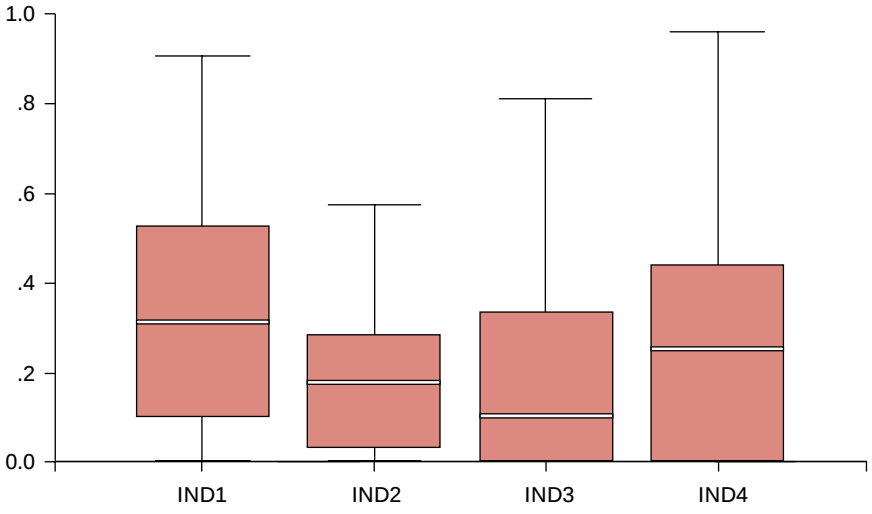
- El 49% de los países cuentan con el desarrollo de políticas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, el 43% aplica estándares de desempeño de la calidad y el 27% ha medido sus avances en la materia. En general, pocos países evalúan la calidad de los servicios y menos difunden estos resultados a la población. Solo el 22% de los países cuenta con un organismo autónomo que acredite y evalúe la calidad de los responsables de prestar los servicios de la salud.

- Se observa en general, un mayor aumento de las actuaciones dirigidas a evaluar la calidad de los servicios de salud individuales (especialmente para evaluar los procesos y, con menor frecuencia, los resultados), que para evaluar los servicios de salud colectivos.

- En general, existe un escaso desarrollo de estrategias sistemáticas y periódicas de carácter nacional dirigidas a evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud (tanto para los servicios de salud individuales como colectivos), aunque los países participantes aportan algunas experiencias aisladas en los niveles intermedios y locales. El 41% de los países utiliza sus resultados para el perfeccionamiento de las estrategias de mejora de la calidad de los servicios de salud, sin embargo se reconoce que éstos no sirven para orientar la toma de decisiones en la materia y que los resultados no se comunican a los usuarios. En general la mayoría de los países no cuenta con mecanismos para asegurar la confidencialidad de la información aportada por los usuarios.

- El 30% de los países cuenta con un organismo responsable de la gestión tecnológica y del apoyo a la toma de decisiones en la materia, sin que se puedan evidenciar grandes éxitos en lo relativo a ayudar en los procesos de toma de decisiones en políticas de salud ni en cuanto a entregar reco-

Gráfica 29 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 9 en los países de la Región



mendaciones respecto del uso de tecnologías a los encargados de los servicios de salud. Aunque insuficientes, los países reconocen algunos avances en la evaluación de la seguridad y la efectividad de las tecnologías.

- En correspondencia con el bajo nivel de implantación alcanzado por esta función, se observa que las ASN apoyan parcialmente a los niveles subnacionales, especialmente en lo relativo a evaluar la calidad de los servicios de salud individuales.

FESP 10: *Investigación esencial para el desarrollo y la aplicación de soluciones innovadoras en salud pública*

La investigación en salud pública es otra de las funciones que presenta un bajo nivel de desempeño, con una mediana de 0,42. Según los resultados obtenidos, el perfil de distribución de los países participantes presenta una agrupación mayoritaria en torno al desempeño bajo e intermedio, con excepción de algunos países que presentan un desempeño más alto, tal como lo muestra la gráfica 30.

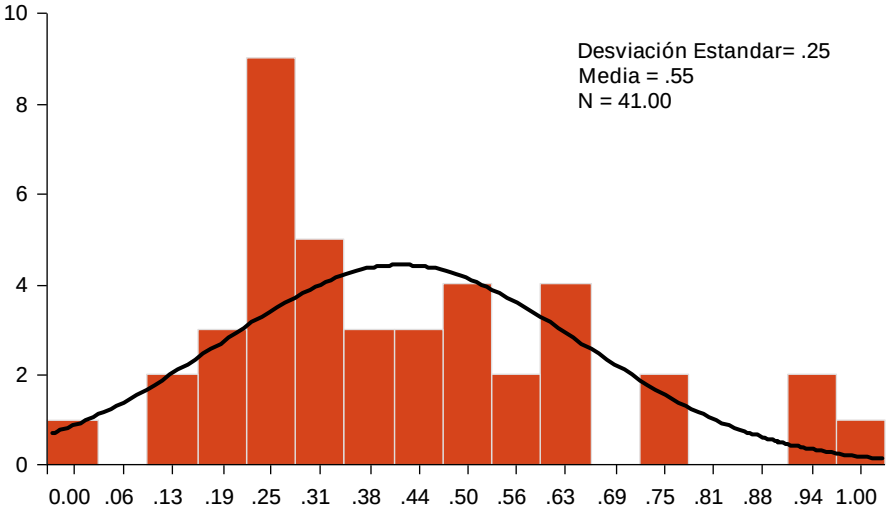
Con respecto al desempeño obtenido para los indicadores utilizados en esta medición, la falta de unos planes nacionales de investigación en salud pública constituye la principal debilidad de la Región de las Américas. Un mejor desempeño relativo se alcanza con relación al desarrollo de la capacidad institucional de la ASN para llevar a cabo investigaciones en materia de salud pública (gráfica 31).

Indicadores:

- Desarrollo de planes de investigación en materia de salud pública.

- Desarrollo de la capacidad institucional de investigación.

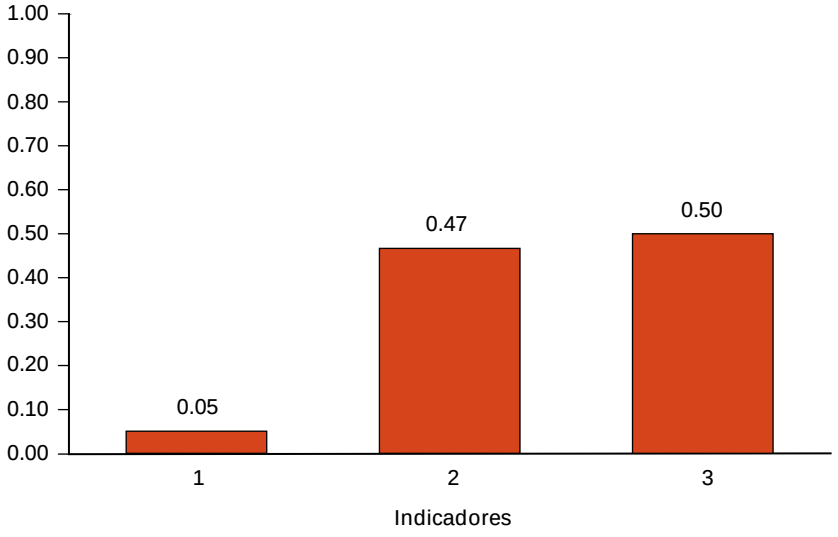
Gráfica 30 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 10 en los países de la Región



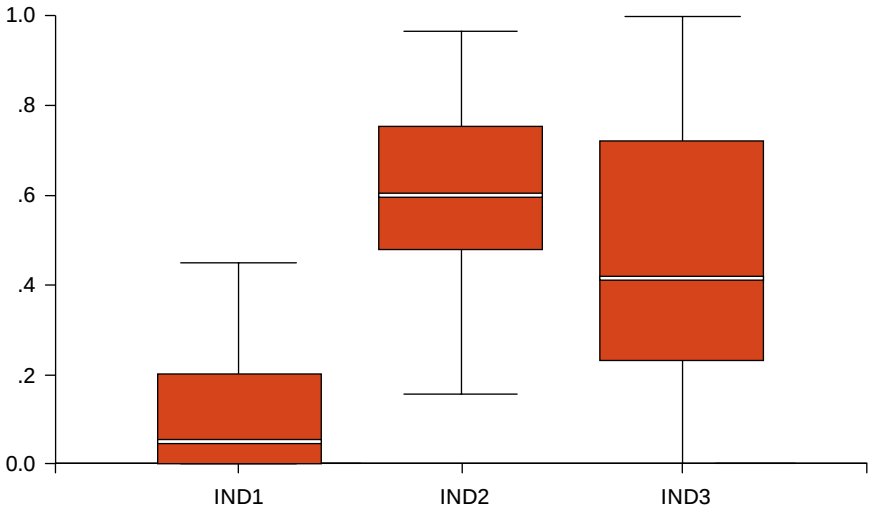
- Asesoría y apoyo técnico a la investigación en los niveles subnacionales de la salud pública.

Con relación al nivel de dispersión de los resultados, en general se observa una baja variabilidad en el indicador 10.1, lo que pone en evidencia que la falta de un programa nacional de investigación en salud pública es una debilidad para la Región de las Américas. Los otros indicadores presentan mayor variabilidad y, aunque para la mayoría de los países estas áreas presentan un desarrollo insu-

Gráfica 31 Desempeño de los indicadores de la FESP 10



Gráfica 32 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 10 en los países de la Región



ficiente, algunos países presentan fortalezas en este campo (véase la gráfica 32).

Los aspectos destacables que se deducen del análisis del desempeño de esta función y que son comunes a todos o a la mayoría de los países son:

- A pesar de que el 49% de los países reconoce la existencia de un organismo encargado del programa nacional, se observan debilidades importantes a la hora de elaborarlo. En general, los países señalan que la investigación en materia de salud pública no recoge las carencias de conocimiento existentes en materia de control de las prioridades de la salud, ni presenta pruebas para la mejora de la gestión de los servicios de salud ni para asegurar la factibilidad y sostenibilidad económica de las innovaciones en la salud pública, y tampoco sirve de apoyo para la toma de decisiones políticas importantes en materia de salud pública.

- No se evalúa periódicamente el avance en el cumplimiento del programa de investigación esencial en salud pública y, si se hace, no se comunican los resultados a las partes implicadas.

- Existe debilidad en la interacción con los investigadores, especialmente si son de fuera de la ASN (p.ej. del ámbito académico), y los resultados de las investigaciones que realiza la ASN se difunden sólo parcialmente al resto de la comunidad científica.

- No existen mecanismos para asegurar la correspondencia entre la investigación en salud pública y las prioridades nacionales. A pesar de que en la mitad de los países se cuenta con procedimientos para aprobar las investigaciones, el 19% incluye una evaluación sobre la importancia del tema. En pocos países se indica la existencia de mecanismos formales y transparentes de asignación de recursos a la investigación.

- Una fortaleza común a todos los países es que se cuenta con herramientas y expertos para el fomento de la investigación en materia de salud pública y los resultados de las investigaciones realizadas suelen ser utilizados por la ASN. La gran mayoría de los países puede dar ejemplos de investigaciones en salud pública en los últimos dos años.

- Las mayores competencias para la investigación están en los brotes epidémicos y las intoxicaciones alimentarias, mientras que las debilidades se concentran en la investigación de factores de riesgo de enfermedades crónicas y la investigación sobre intervenciones colectivas y salud comunitaria.

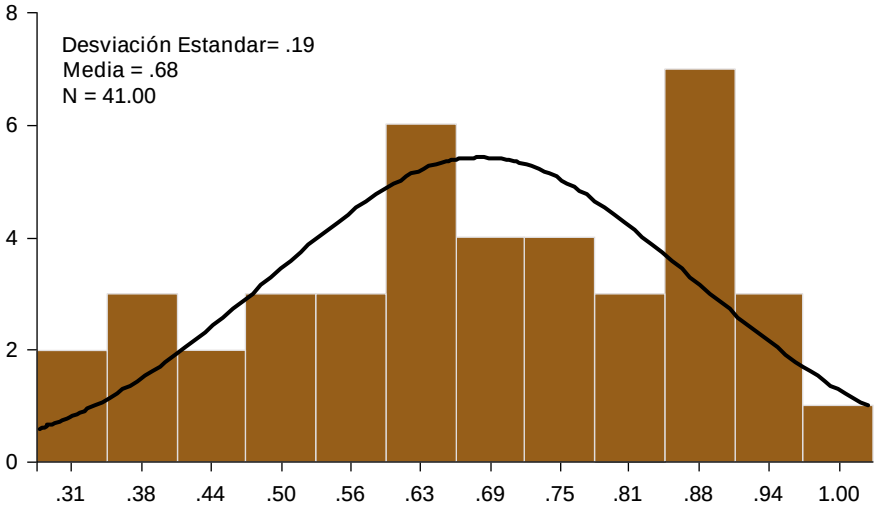
- Existe un apoyo parcial a los niveles subnacionales en la materia y la mayoría estimula la participación de esos profesionales en la investigación. Además, el 32% de los países participantes indica que difunde los resultados de estas investigaciones.

FESP 11: *Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud*

Esta es una de las funciones que presenta un mejor desempeño para la Región de las Américas, con una mediana de 0,69. El perfil de los países respecto de la puntuación lograda en esta función muestra una baja dispersión en los resultados específicos obtenidos por cada uno de los países, con excepción de algunos para los cuales ésta continúa siendo un área crítica, tal como se presenta en la gráfica 33.

Aunque la mayoría de los indicadores presentan un buen nivel, aún se observan insuficiencias en el desempeño de la gestión de la ASN para la reducción de emergencias y desastres (indicador 1). Este perfil de la Región de las Américas

Gráfica 33 Distribución del nivel de desempeño de la FESP 11 en los países de la Región



pone en evidencia que, a pesar de contar con los mecanismos institucionales, los resultados obtenidos en la gestión de emergencias y desastres son insuficientes.

Indicadores:

1. Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres.

2. Desarrollo de normas y líneas de actuación que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

3. Coordinación y alianzas con otros organismos y/o instituciones

4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

Respecto de la variabilidad entre los países, se observa que es mayor para los indicadores 11.1 y 11.2. Especialmente con relación al desarrollo de normas y líneas de actuación, algunos países señalan un avance nulo en esas materias. Esto indica que a pesar de que, en general, esta función se cumple en forma aceptable en toda la Región de las Américas, aún existen países que presentan importantes debilidades en su desempeño.

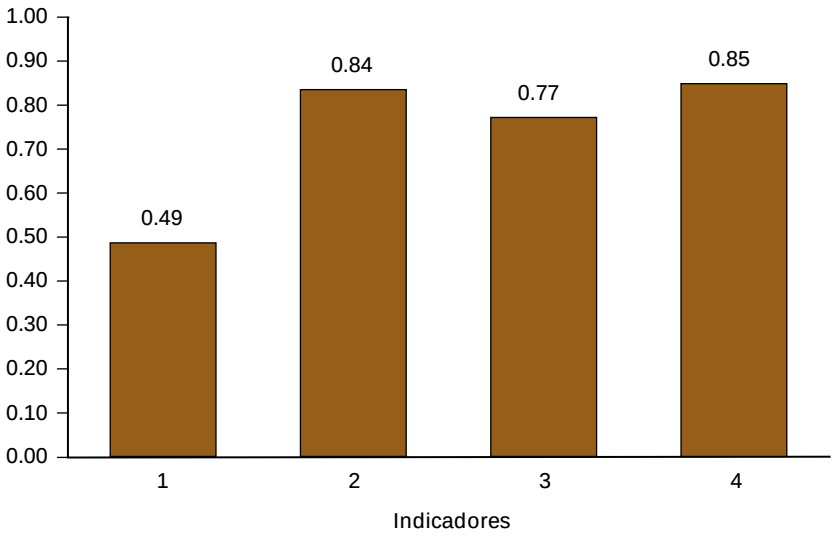
Del análisis de esta función destacan algunos aspectos que son comunes a toda la Región de las Américas:

- El 80% de los países tiene planes sectoriales integrados a un programa nacional de emergencia y el 50% cuenta con un mapa de amenazas y riesgos para emergencias y desastres. Además, el 70% de los países tiene un organismo especializado dedicado al tema y el 30% señala que este organismo tiene un presupuesto asignado.

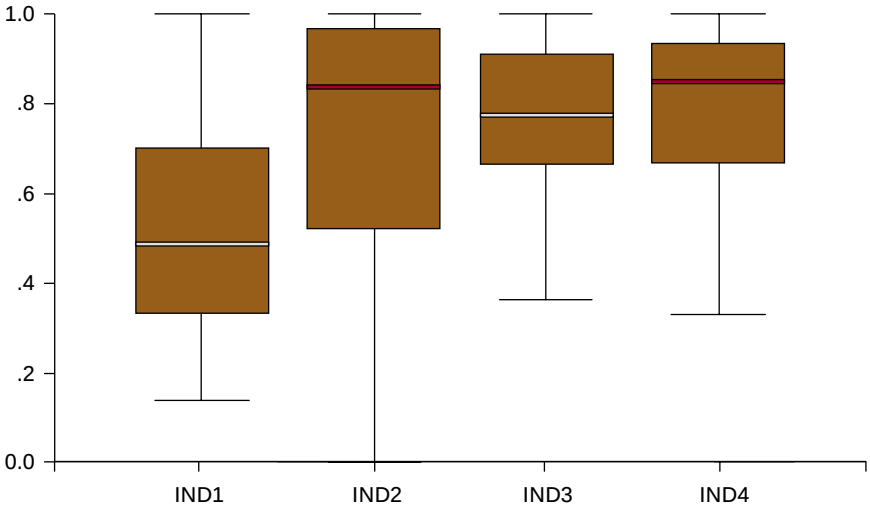
- La falta de capacidad de coordinación en el interior del sector de la salud frente a emergencias y desastres es una de las áreas críticas que los países reconocen en la gestión de la ASN frente a emergencias y desastres.

- Las principales debilidades del sector de la salud en la gestión de emergencias y desastres están en el abordaje de problemas de salud mental, la gestión de los servicios de salud frente a estos acontecimientos y la realización pe-

Gráfica 34 Desempeño de los indicadores de FESP 11



Gráfica 35 Distribución del desempeño de los indicadores de la FESP 11 en los países de la Región



riódica de ejercicios de simulación. Por otra parte, con respecto a la formación del personal, se reconoce un desempeño adecuado de la capacidad institucional para abordar temas tales como el saneamiento básico, los vectores, y las enfermedades infecciosas y transmisibles.

- En las normativas vigentes, la mayor debilidad está en el tratamiento de los problemas de salud mental, donde el 50% de los países reconoce que existe una debilidad respecto al tema de la vulnerabilidad de la infraestructura de la salud.

- Se reconoce una buena coordinación con el resto de instituciones y organismos nacionales e internacionales en estos casos. En general, se mantienen alianzas con la gran mayoría de los organismos vinculados a temas de actuaciones en momentos de desastres y se colabora con naciones vecinas y otros organismos, en caso de emergencias.

- Con respecto al apoyo de la ASN a los niveles subnacionales, en general existe un elevado nivel de apoyo y de desarrollo de actuaciones para fortalecer a los niveles descentralizados. Destaca que un 70% de los países participantes indica que realiza evaluaciones periódicas de las necesidades de los niveles subnacionales frente a emergencias y desastres, sin que ello necesariamente signifique la corrección de las insuficiencias encontradas, debido a la escasa disponibilidad de recursos para su resolución.

1.3. Identificación de áreas de intervención para la elaboración de un programa de fortalecimiento de las FESP para la Región de las Américas

1.3.1 Perfil del total de indicadores

Con el objetivo de contar con argumentos que orienten la elaboración de planes nacionales y regionales de desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria de los países participantes, así como la estructuración de un programa para el fortalecimiento de la salud pública en la Región de las Américas, se han ordenado los indicadores de manera que faciliten un análisis integrado. Para la mayoría de los países, consistirá en indicadores de términos de fortalezas que es necesario mantener y potenciar y de otras áreas de menor desempeño que deben ser fortalecidas.

El desempeño más bajo de la Región se observa en relación con el desarrollo de programas nacionales de investigación en salud pública.

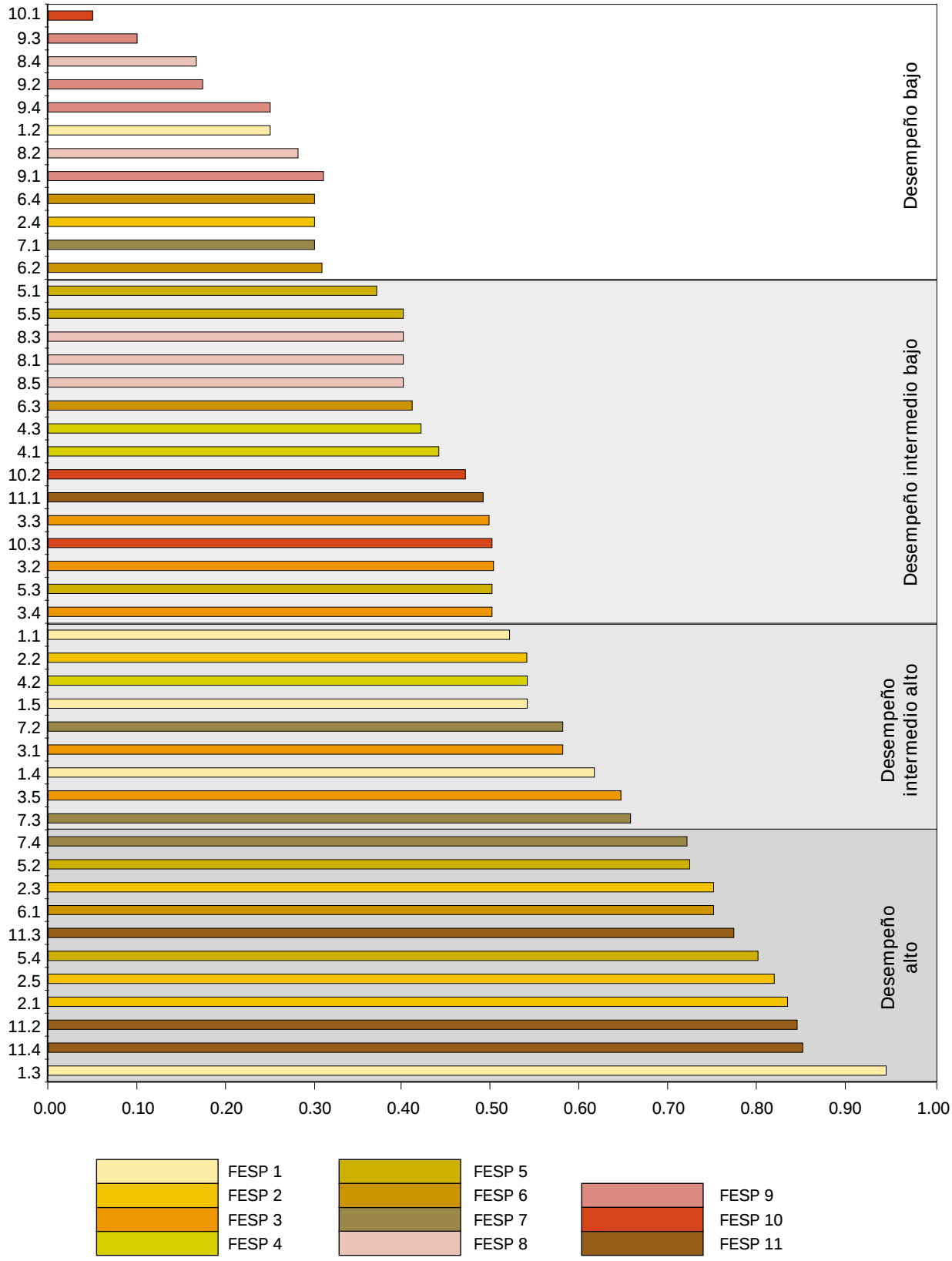
Coincidiendo con el menor desempeño de la función, todos los indicadores relativos a la garantía de calidad de los servicios de salud (definición de estándares, seguimiento de la calidad de los servicios, mejora de la satisfacción de los usuarios, evaluación de las tecnologías en la salud) constituyen un aspecto crítico que debe ser fortalecido.

También la preocupación por el desarrollo de los recursos humanos para la salud pública y, en particular, los esfuerzos destinados a mejorar su calidad, constituyen un importante desafío para asegurar el fortalecimiento de la salud pública en los países de la Región de las Américas.

Asimismo, la evaluación de la calidad de la información para la posterior evaluación del estado de salud, el seguimiento del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y la generación de respuestas oportunas frente a amenazas contra la salud pública constituyen áreas críticas comunes que deben ser mejoradas.

Finalmente, un tema crítico en el ámbito del papel de la ASN en materia de

Gráfica 36 Desempeño de los indicadores de las FESP en los países de la Región por cuartiles



reglamentación es el desempeño bajo alcanzado en el cumplimiento de las normativas existentes.

1.3.2 Análisis de indicadores por áreas de intervención

A continuación se presenta el perfil de todos los indicadores calificados como fortalezas o debilidades para la Región de las Américas, referidas a las tres áreas de intervención enunciadas en el capítulo anterior. Para facilitar el análisis, se han diferenciado por colores según la función.

Tomando como parámetro un nivel de éxito igual o superior al 70% del estándar establecido, ***las principales fortalezas*** que presentan la mayoría de los países de la Región de las Américas para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y que deberían ser mantenidas en los programas de los países implicados, son:

- En el ámbito de intervención y actuación en los procesos de importancia para el logro de los resultados, los sistemas de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública, el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud, la revisión, evaluación y modificación del marco regulador, el desarrollo de normas y líneas de actuación que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, así como la coordinación y las alianzas con otros organismos y/o instituciones para este fin.

- Con respecto al desarrollo de capacidades institucionales y de infraestructura en materia de salud pública, las capacidades para el seguimiento y la evaluación del estado de salud, la capacidad de los laboratorios de salud pública, y la capacidad de gestión de la cooperación internacional.

- En cuanto al desarrollo de competencias descentralizadas para el desempeño de la salud pública, es necesario mantener el apoyo a los niveles subnacionales en relación con la vigilancia de la salud pública, la investigación y el control de riesgos y daños, así como también para la reducción del daño en caso de emergencias y desastres.

Utilizando como criterio un nivel de éxito igual o inferior al 40% respecto de los estándares definidos, ***las principales debilidades*** que presenta la Región de las Américas y que deberían formar parte de un programa de fortalecimiento de la salud pública son las siguientes:

- Para el fortalecimiento de procesos de importancia se debe avanzar en la evaluación en la calidad de la información para el seguimiento del estado de salud de la población, en hacer cumplir la normativa en materia de salud, en mejorar la satisfacción de los usuarios y en desarrollar programas nacionales de investigación en la salud pública.

- En el ámbito de la inversión en capacidades institucionales y en infraestructura, tal como se señaló previamente, se requiere insistir en el mejoramiento de la calidad de los recursos humanos, en desarrollar actuaciones para la educación continua, permanente y de postgrado en materia de salud pública, así como en el perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios acordes con las características socioculturales de los usuarios. Por último, la principal debilidad de la Región de las Américas la constituye el insuficiente desarrollo de sistemas de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en materia de salud, que puedan servir de ayuda a la hora de tomar decisiones.

- Respecto del apoyo de la ASN a los niveles subnacionales para el desempeño de las funciones de salud pública, las principales debilidades están en la fiscalización de leyes y normativas en materia de salud y en la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de la salud individuales y colectivos.

1.3.3 Perfil según las prioridades de actuación del Banco Mundial

Por último, con el propósito de hacer operativos los resultados de la medición de las FESP en el marco de las estrategias de cooperación del Banco Mundial, se ha realizado una reagrupación de los indicadores. De este modo, se facilita la identificación de prioridades de actuación en función de las brechas significativas del perfil de la salud pública para los países implicados, así como las necesidades de inversión. Las categorías propuestas son:[5]

1. Desarrollo de políticas de salud.

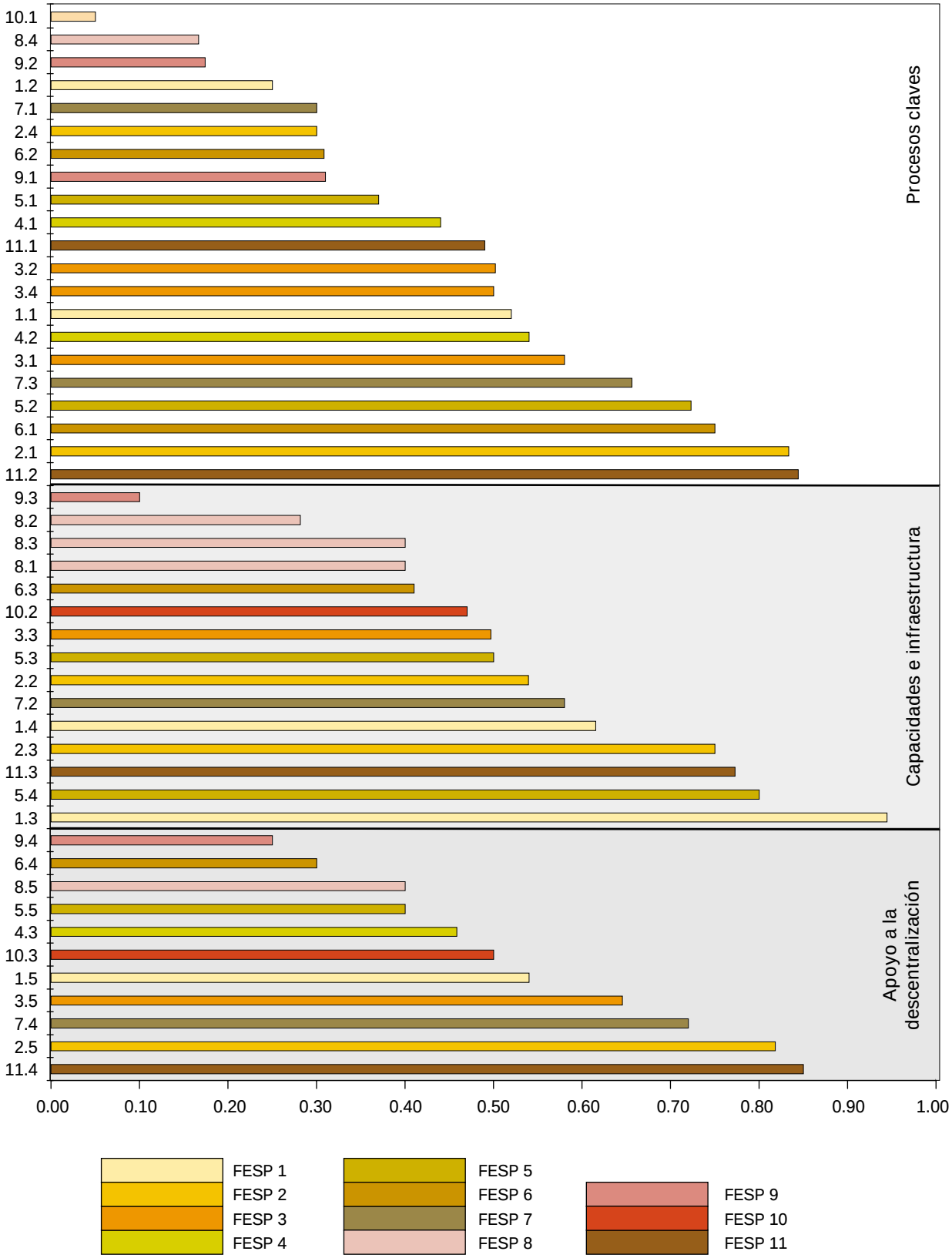
2. Recopilación y diseminación de pruebas que orienten las políticas, estrategias y actuaciones en salud pública.

3. Prevención y control de enfermedades.

4. Intervención intersectorial para mejorar el nivel de la salud.

[5] Al término del capítulo se presenta la definición de los indicadores asignados a cada una de estas categorías.

Gráfica 37 Desempeño de los indicadores de las FESP según las prioridades de intervención



5. Desarrollo de recursos humanos y construcción de una función institucional destinada a la salud pública

Estas categorías permiten dar prioridad a las actuaciones en salud pública en el diálogo sobre políticas de salud y financiación, con lo que se obtiene una mejor definición de metas para mejorar la salud, basadas más bien en las características de su sistema sanitario, infraestructura y capacidad institucional de respuesta a las necesidades de la población, que en los problemas sanitarios específicos.

El nivel de desempeño de las FESP permite poner a prueba los efectos de las políticas y de los programas de salud, lo que contribuye a identificar y fundamentar cómo y por qué los esfuerzos no logran el desempeño esperado y, de este modo, se pueden ajustar las políticas y los programas de actuación cuando sea necesario.

También es posible utilizar los resultados de la medición de las FESP para efectuar el seguimiento y evaluar la formulación y puesta en funcionamiento de las estrategias de salud destinadas a reducir la pobreza, especialmente las relativas a la garantía de igualdad en el acceso y a la calidad de los servicios de la salud.

Midiendo las FESP es posible identificar las brechas en el conocimiento, los recursos, el capital humano y la capacidad institucional para responder a los desafíos sanitarios de los países, contribuyendo a una mejor cuantificación de los recursos necesarios para asegurar una adecuada infraestructura de la salud pública.

Desarrollo de políticas de salud

Las áreas que es necesario fortalecer se relacionan con la capacidad de definir objetivos nacionales en materia de salud en conjunto con actores que intervienen en la mejora de la salud; asimismo, es necesario que estos objetivos sean coherentes con las decisiones sobre la estructuración del sistema de la salud. Es particularmente importante destacar que una de las debilidades más importantes es la falta de *definición de indicadores* que permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos nacionales en el tiempo. A pesar de que se cuenta con conocimientos y capacidades institucionales para llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de las políticas de salud, estos esfuerzos siguen centrados en mirar lo que hace el sector público, sin considerar la existencia y los aportes que pueden realizar los otros a las políticas de salud (sector privado, seguridad social y otros). Un tema crítico de la Región de las Américas se encuentra en la falta de capacidad de la ASN para responder al desafío de garantía de calidad de los servicios de salud, tanto individuales como colectivos, siendo especialmente débil la capacidad de definir estándares que permitan su evaluación posterior. La preocupación por el desarrollo de estrategias destinadas a incluir la satisfacción de los usuarios como un elemento determinante en las actuaciones de mejoramiento de los sistemas de salud es un desafío pendiente.

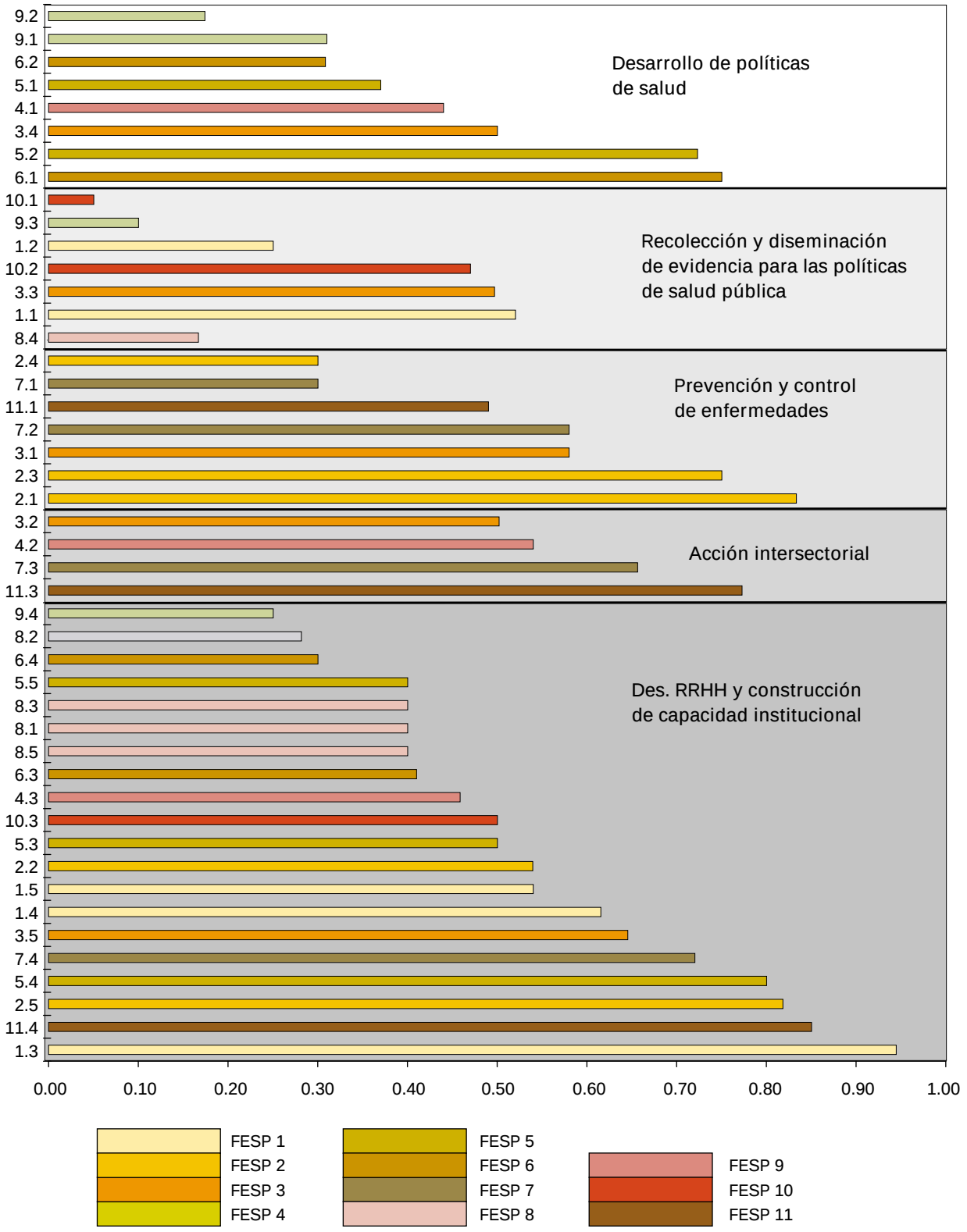
Recopilación y diseminación de pruebas de orientación de las políticas, estrategias y actuaciones en salud pública.

Un área crítica que es necesario fortalecer es la definición de un *programa de investigación prioritario* en materia de salud para los países de la Región de las Américas y promover una mayor *interacción con las comunidades científicas y con otros actores* capaces de aportar datos que sirvan para respaldar la toma de decisiones. La Región de las Américas presenta un incipiente desarrollo de estrategias y actuaciones de gestión tecnológica y de evaluación de las tecnologías sanitarias que, efectivamente, podrían contribuir a mejorar las políticas de salud pública. También se debe considerar que muchos países no han desarrollado una práctica sistemática *de evaluación de la calidad de la información* recopilada por las autoridades nacionales sanitarias, una debilidad que es muy importante corregir si se piensa que el panorama cambiante de las prioridades nacionales hace necesario abordar permanentemente la necesidad de nuevos datos en el ámbito de los daños y de los factores de riesgo, así como en lo relativo al uso y acceso a los servicios de salud. El seguimiento y evaluación del estado de salud en muchos países no incorpora el análisis de factores de riesgo, variables pertinentes para nuevas enfermedades y para identificar tendencias sobre problemas epidemiológicos que hoy resultan prioritarios. Una especial debilidad se observa en los temas relacionados con la salud mental, con los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y con la salud ocupacional, entre otros.

Prevención y control de enfermedades

Es importante destacar que se observan, en más de la mitad de los países participantes, insuficiencias en la *integridad de las fuentes de información sobre la prevención y el control de las enfermedades.* Los datos siguen estando centrados en el sector público, pese al creciente papel que asume el sector privado —con y sin fines de lucro— en materia de prestación de servicios y, que por tanto, hace necesaria esta información para vigilar los daños a la salud pública. En lo que respecta a las nuevas áreas de desarrollo, las principales carencias se observan en

Gráfica 38 Desempeño de los indicadores del las FESP según las áreas de intervención propuestas por el Banco Mundial



la vigilancia de *daños a la salud mental, daños derivados del ambiente laboral y enfermedades o factores de riesgo de enfermedades crónicas.* En materia de servicios de salud es preocupante el hecho de que las evaluaciones del acceso de la población a los servicios son *poco utilizadas* para corregir las políticas y los planes dirigidos a acercar a los servicios a las poblaciones mal atendidas. En la mayoría de los países, la ASN atribuye las prioridades por actuaciones directas dirigidas a corregir las brechas en las poblaciones de mayor riesgo, y es menor el esfuerzo por abogar para que otros actores responsables del tema asuman su función y responsabilidad ante al problema.

Desarrollo de los recursos humanos y construcción de una capacidad institucional

En esta área es necesario fortalecer la capacidad institucional para el desempeño de las funciones de salud pública llamadas "emergentes", tales como la garantía de calidad, el desarrollo de las estrategias destinadas a acercar los servicios de salud a las personas y el apoyo a los niveles subnacionales con el fin de aumentar la promoción y la participación social en la salud. Tal como se ha mencionado previamente, la mayoría de los países presenta, en general, un desempeño bajo con respecto al desarrollo de los recursos humanos destinados a la salud pública, lo que constituye un grave riesgo para el mejoramiento de las FESP en la Región de las Américas.

1.4 Análisis de exploración inicial sobre el desempeño de las FESP y su relación con otros indicadores

A continuación se presenta un primer análisis de exploración de la relación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública con algunas características de importancia de los países participantes:

Aunque no es el principal propósito de esta evaluación, se ha considerado interesante analizar el comportamiento de las FESP en función de algunos de los indicadores, con la finalidad de identificar si existen diferencias entre los perfiles de las FESP asociadas a estas variables.

Es importante señalar que este análisis solamente pretende mostrar las relaciones que se observan y no trata de explicar las relaciones observadas y menos aún establecer relaciones de causalidad, ya que avances en tal sentido van más allá del propósito de esta evaluación. Sin embargo, se espera que a partir de los resultados que se muestran a continuación, se abran nuevas líneas de investigación que permitan avanzar en tal sentido.

Los indicadores seleccionados son los siguientes:

Características demográficas y socioeconómicas de los países

Se entienden por tales las variables que son independientes del desempeño de la salud pública y que podrían ser determinantes de los resultados obtenidos por los países en esta medición.

- Población
- Porcentaje de ruralidad
- Producto interno bruto por habitante
- Igualdad de ingresos de la población: 20% ingreso superior/20% ingreso inferior
- Gasto total en salud por habitante

Tipo de organización de los países. Se refiere especialmente a las modalidades de organización de los gobiernos y de los sistemas de salud.

- Estados federales/estados unitarios
- Tipo de sistema de salud: público integrado, mixto regulado y segmentado.

Indicadores de resultados en la salud y la calidad de vida. Son variables que pueden estar influidas por el desempeño de las funciones de salud pública.

- Mortalidad infantil
- Mortalidad materna
- Mortalidad por enfermedades infecciosas
- Esperanza de vida al nacer
- Indice de desarrollo humano

Para todo el análisis que se presenta a continuación, se ha utilizado como medida de resumen del desempeño de las FESP la mediana de los diferentes grupos de países que se utilizan para evaluar el desempeño.[6]

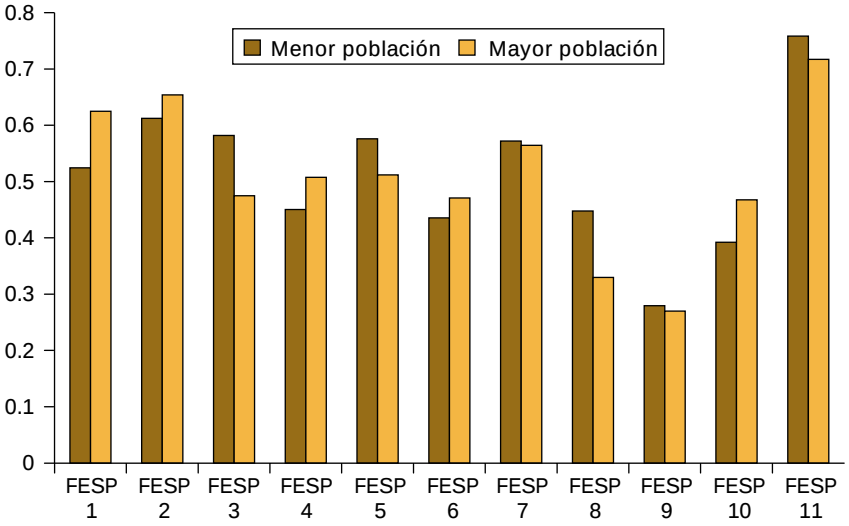
1.4.1 Las FESP y las características demográficas y socioeconómicas de los países

Las FESP y la población

Al comparar el desempeño de cada función esencial entre el grupo de países que tiene menor población (menos de 120.000 habitantes) con el grupo de mayor población (más de 10 millones de habitantes), en general se observa un perfil de desempeño similar. Para las FESP 3 (promoción de la salud), FESP 5 (políticas y gestión en salud pública), FESP 8 (desarrollo de RH) y FESP 11 (reduc-

[6] Los países de la Región se han agrupado por cuartiles y terciles para analizar los grupos con mayor o menor indicador.

Gráfica 39 Desempeño de las FESP según tamaño de población de los países de la Región



ción de desastres), el desempeño de los países más pequeños en general es levemente superior al de los países más grandes. Una situación inversa se observa para el resto de las funciones y se da el caso de que el desempeño es muy similar en cuanto a la FESP 9 (garantía de calidad) y a la FESP 7 (garantía de acceso).

Al analizar el comportamiento de la FESP 8[7] por cuartiles de población, aunque se observa una tendencia inversa entre población de desempeño FESP, esta situación se modifica para el tercer cuartil (países con población entre 2 y 10 millones de habitantes). Dejando aparte este dato, se podría afirmar que la posibilidad de un mayor desempeño de esta función puede estar condicionada por el tamaño de los países. En general, los países más concentrados geográficamente, que, para efectos de este análisis, corresponden a los países más pequeños del Caribe, podrían alcanzar mejor desempeño en el desarrollo de RH debido a que la inversión necesaria para ello es mucho menor que en los países de mayor tamaño. Lo anterior se ratifica por el hecho de que también existe una correlación positiva entre el desempeño de esta función y el nivel educacional de la población, ya que los países pequeños del Caribe son los que también presentan un mayor porcentaje de alfabetización.

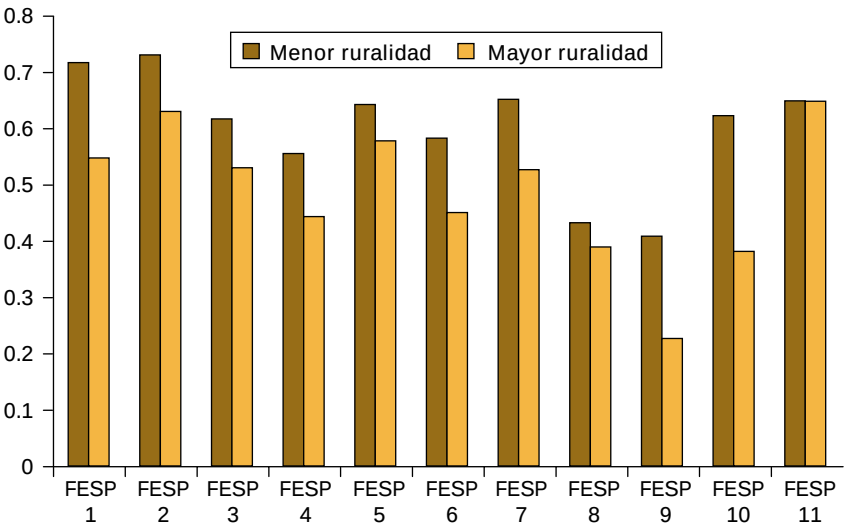
[7] Que corresponde a la FESP que presenta una mayor diferencia en ambos grupos.

Las FESP y la ruralidad

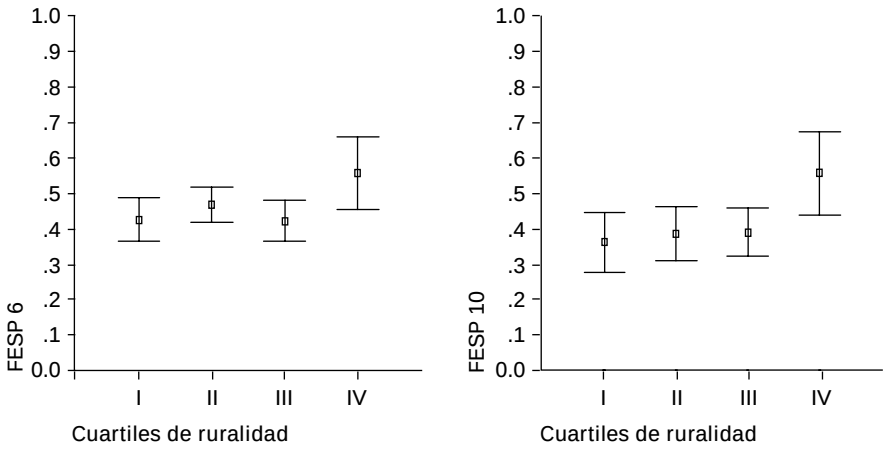
Al analizar el desempeño de las FESP en los países agrupados según el porcentaje de ruralidad de su población, se observa que para todas las funciones (con excepción de la FESP 11) la puntuación media alcanzada por el grupo de menor ruralidad (con menos del 25% de población rural) es significativamente superior al del grupo de países con mayor ruralidad (con más del 53% de población rural), como se observa en la gráfica 40.

Si se analiza el desempeño de los países en los cuartiles de ruralidad, se puede afirmar que, en general, el grupo de países con menor ruralidad presenta un perfil de nivel de éxito significativamente mejor que el resto de los grupos, tal como se presenta más adelante (véase la gráfica 41).

Gráfica 40 Desempeño de las FESP según el porcentaje de ruralidad de los países de la Región



Gráfica 41 Desempeño de las FESP según cuartiles de ruralidad de los países de la Región



Por lo anterior, es importante tener en consideración que los resultados son más difíciles de alcanzar en países con mayor ruralidad, y además se observa que el punto de ruptura se produce alrededor del 25% de población rural (último cuartil).

Las FESP y el producto interno por habitante

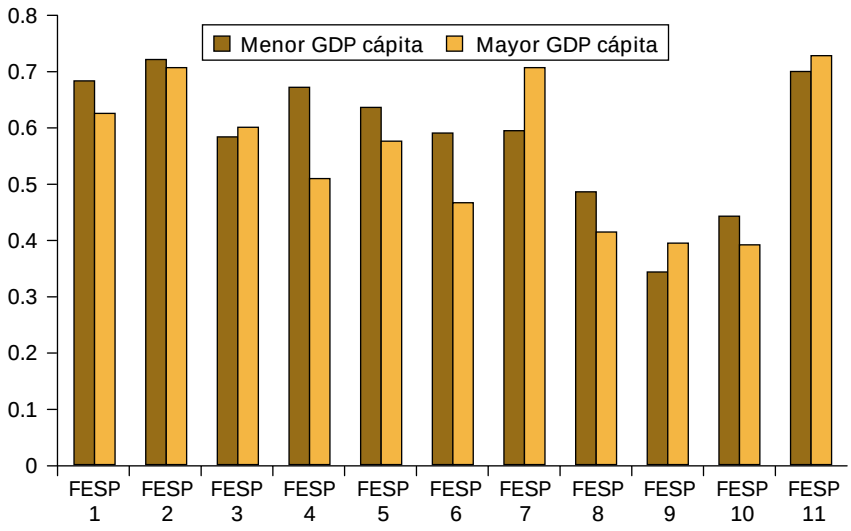
El perfil de desempeño de las FESP entre los grupos que tienen un mayor PIB por habitante (superior a US$ 8.400) respecto de los que lo tienen inferior (hasta US$ 3.800) es heterogéneo. Sobre todo la FESP 7 y, en menor medida, las FESP 9 y 11 tienen una correlación positiva con el gasto; es decir, que el grupo con mayor nivel de gasto por habitante también presenta un mejor desempeño de estas funciones. Por otro lado, para la FESP 4 y, con diferencias no significativas para las FESP 1, 5, 6, 8 y 10, se da la situación inversa. Las FESP 2 y 3 prácticamente no presentan diferencias entre ambos grupos.

El mejor desempeño de la función de participación social en salud (FESP 4) en el grupo de los países más pobres es consistente con los importantes esfuerzos y éxitos alcanzados por parte de los gobiernos de estos países. Estos esfuerzos iban destinados a promover, en general, una mayor participación ciudadana y, en particular, en salud y eran apoyados, en muchas ocasiones, por organismos no gubernamentales y por programas de cooperación internacional.

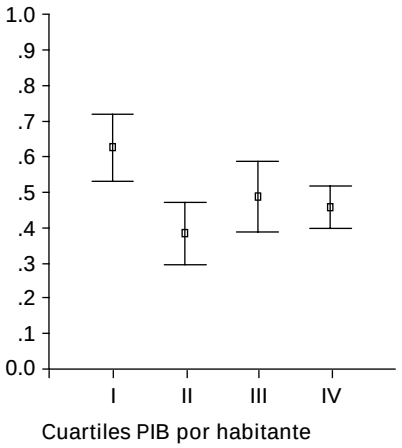
En la gráfica 43 se muestra el perfil de esta FESP en los países participantes, agrupados por cuartiles. El cuartil de países más pobres claramente destaca del resto de los grupos, donde el desempeño de esta función va mejorando en función del crecimiento del producto interno por habitante, lo que confirma lo señalado previamente, ya que es precisamente en los países más pobres del mundo donde los organismos de cooperación internacional centran sus intervenciones.

Por otra parte, el desempeño de la función de garantía para el acceso equitativo a los servicios de salud (FESP 7) muestra la situación inversa, donde el grupo de países más ricos presentan un mejor resultado en esta área. Esto es, en parte, reflejo de un mejor nivel de vida de la población en general; por lo tanto son usuarios más exigentes que, probablemente, piden a la autoridad sanitaria un mayor compromiso con esta tarea fundamental para la población y que también poseen más recursos para salud.

Gráfica 42 Desempeño de las FESP según nivel del PIB por habitante



Gráfica 43 Desempeño de la FESP 4 según el nivel del PIB por habitante



Aunque el grupo de países más pobres presenta un promedio levemente superior al cuartil que le sigue, a pesar de la variabilidad de los resultados observados en los países de este grupo, en parte esto podría ser reflejo de los esfuerzos de los organismos multilaterales en las últimas décadas, que precisamente han invertido en proyectos orientados a mejorar el nivel de acceso a los servicios de salud de la población en general y, en particular, de los que tienen menos posibilidades económicas.

Las FESP y la equidad en la distribución de ingresos

Para este análisis se ha utilizado como indicador el coeficiente entre el nivel de ingresos del 20% más rico y el nivel de ingresos del 20% más pobre, por ser un estimador internacionalmente aceptado para medir equidad y porque era un dato disponible para la mayoría de los países de la Región de las Américas.

Al comparar el desempeño de las FESP entre los países con menor equidad en la distribución de los ingresos respecto de aquellos con mayor equidad,[8] se observa que existe un mejor desempeño en el grupo con menor equidad (excepto para la FESP 11). Considerando que los sistemas de salud y, en particular, la salud pública debe priorizar sus esfuerzos para atender a los grupos de mayor riesgo en salud, y la pobreza como consecuencia de la inequidad en el nivel de ingresos es un factor de riesgo importante para la salud de la población, es posible concluir que el desempeño de los países y, en particular del Estado, ha ido en la dirección correcta, en relación con las funciones de la salud pública.

Al analizar el perfil de desempeño de diversas FESP para los países de la Región de las Américas agrupados según cuartiles de equidad en la distribución de los ingresos, siempre se observa una tendencia de los países a ir mejorando su desempeño cuando presentan una menor equidad en la distribución de ingresos, particularmente en el cuarto cuartil, que agrupa a los países con menor equidad en la Región de las Américas.

Este hallazgo permite ver (o al menos no puede descartar) que aquellos países que tienen una mayor población de riesgo han llevado a cabo mayores esfuerzos en el campo de la salud pública.

Las FESP y el gasto total en salud

Se ha analizado la relación entre el desempeño de las FESP y el nivel de gasto total en salud por habitante y se ha observado que, en general, el desempeño medio del grupo de países con un mayor nivel de gasto en salud es mejor al del grupo de países que disponen de un menor gasto (véase la gráfica 45).

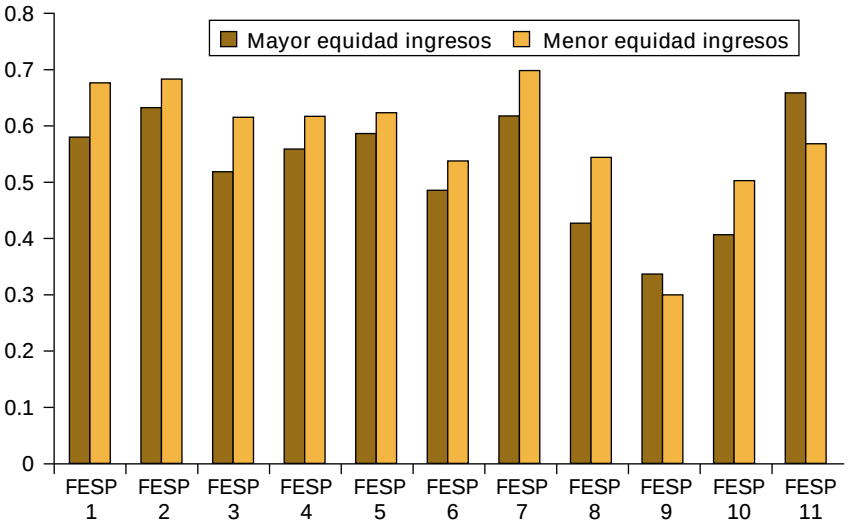
La mayor diferencia entre ambos grupos se observa en relación al desempeño de la FESP 7 (garantía de acceso a los servicios de salud), lo que es razonable dado que, en general, los países que invierten más en salud lo hacen en servicios de salud que atiendan las demandas de la población, y por ello es de esperar que se observe un mejor desempeño en los países que disponen de un mayor nivel de gasto en salud. En una situación similar se encuentra la FESP 10 (investigación en salud pública), probablemente debido a que los países con mayores recursos en salud también pueden invertir en investigación. Esto no ocurre en los países que tienen mayor restricción financiera en salud, donde seguramente las prioridades de asignación se orientan principalmente a tratar de resolver problemas básicos del acceso a la salud de su población.

En particular, al analizar el desempeño medio de la FESP 7 en los cuartiles de países diferenciados por nivel de gasto en salud, se observa una correlación positiva (a mayor gasto, mejor desempeño) en los primeros tres cuartiles, mientras que se reduce para el grupo de países con mayor disponibilidad de recursos en salud. Lo observado coincide con otros estudios sobre variables de salud que han demostrado que hasta un cierto nivel de gasto en salud su incremento es significativo, mientras que por encima de él los resultados no son mejorados sólo con un aumento del gasto (gráfica 46).

Una situación inversa se observa con respecto al desempeño de la FESP 4 (participación social en salud), lo que indica que los resultados del análisis de

[8] Es importante señalar que la comparación es entre los países de la Región, lo que implica que la calificación de "mayor equidad" puede diferir si se evalúa este indicador con todos los países del mundo.

Gráfica 44 Desempeño de las FESP según grado de equidad en la distribución de ingresos en los países de la Región



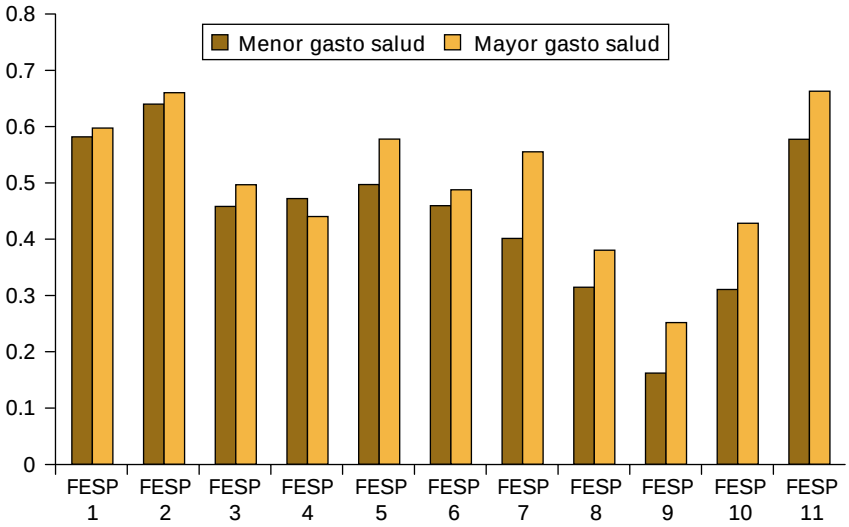
esta función no están necesariamente asociados a la disponibilidad de recursos y, por lo tanto, es posible que países con menores recursos en salud puedan (si lo desean) obtener mejores resultados en esta área. Este desempeño es también coincidente con lo observado sobre el producto interno por habitante.

1.4.2 Las FESP y el tipo de organización de los países

Las FESP y la condición administrativa de los Estados

Resulta interesante evaluar las diferencias en el perfil de desempeño de las FESP en países unitarios y compararlas con las de los países federales, cuyos resultados se presentan en la gráfica 47.

Gráfica 45 Desempeño de las FESP según el nivel de gasto total en salud por habitante en los países de la Región



En general el perfil de desempeño de los países federales para todas las funciones es superior al de los países unitarios, además que se encuentran mayores diferencias en las FESP 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 10, las que requieren para su desempeño de una capacidad institucional importante, tanto en términos de infraestructura como en términos de desarrollo organizativo. Estos resultados reflejan de algún modo lo que ocurre también con otras instituciones del Estado, en las que, por la condición de estados federales, se obliga a un mayor desarrollo institucional en el ámbito descentralizado, al no ser suficiente contar con las capacidades en el nivel central.

Las FESP 8 y 9 no presentan diferencias significativas, lo que puede ser reflejo del retraso en el desarrollo de esta función en general para todos los países de la Región de las Américas, independientemente de esta variable del análisis. Aún existiendo mayor capacidad institucional para la salud pública en los países federales, el tema del fortalecimiento de los recursos humanos en salud pública y la garantía de calidad de los servicios presentan aún un desarrollo incipiente.

Las FESP y el tipo de sistema de salud

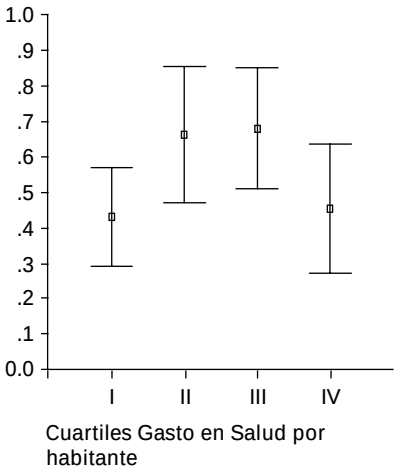
Los sistemas de salud de los países de la Región de las Américas se han agrupado en función de la similitud de sus sistemas de salud en las categorías definidas por la OPS: 1) sistema público integrado, 2) sistema mixto regulado y 3) sistema segmentado.

En general el desempeño de las FESP en los países con sistemas públicos integrados es mejor (o muy similar en el caso de la FESP 2) que el de los otros sistemas de salud, mientras que el sistema mixto regulado es el que presenta un nivel de desempeño de las funciones de salud pública inferior (a excepción de la FESP 11).

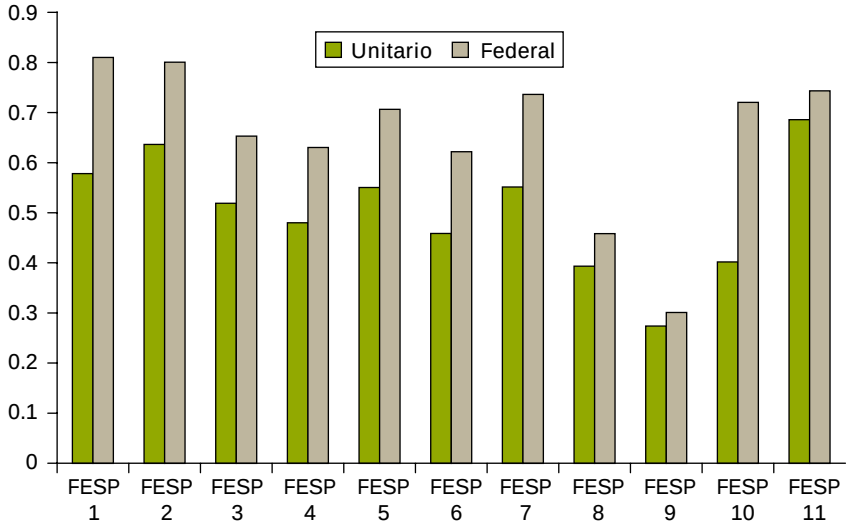
Esta afirmación es consistente con los resultados del desempeño global de las funciones de salud pública, presentados previamente, que dan cuenta de unos modelos de gestión de la salud pública más tradicionales, con la asignación de un papel importante a los niveles centrales de la autoridad sanitaria.

Ante esta evidencia, es necesario revisar con mayor profundidad lo relativo a la forma en que se ha afectado el desempeño de la salud pública, especialmente lo relacionado con las reformas de los sistemas de salud puestas en marcha en la Región de las Américas, orientadas a sistemas mixtos (público-privados) donde el papel del Estado es principalmente de reglamentación.

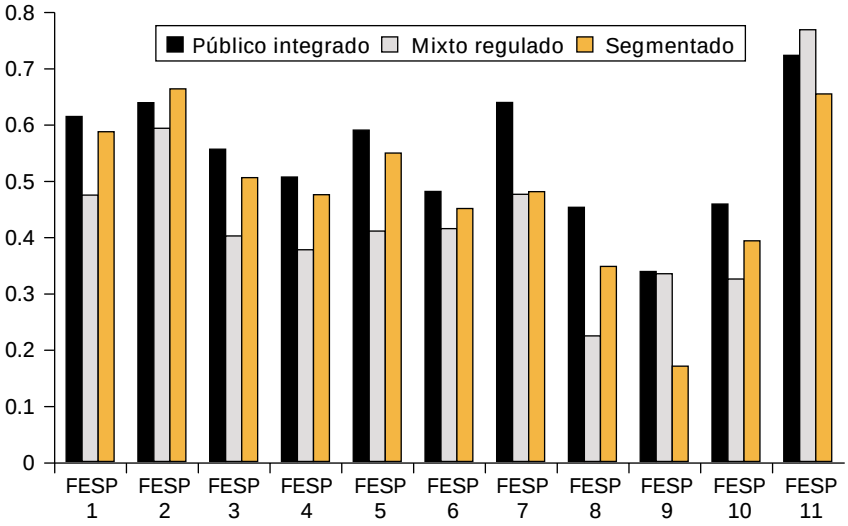
Gráfica 46 Desempeño de la FESP 7 según el nivel de gasto total en salud de los países participantes



Gráfica 47 Perfil de desempeño de las FESP en países unitarios y federales



Gráfica 48 Desempeño de las FESP según el tipo de sistema de salud de los países

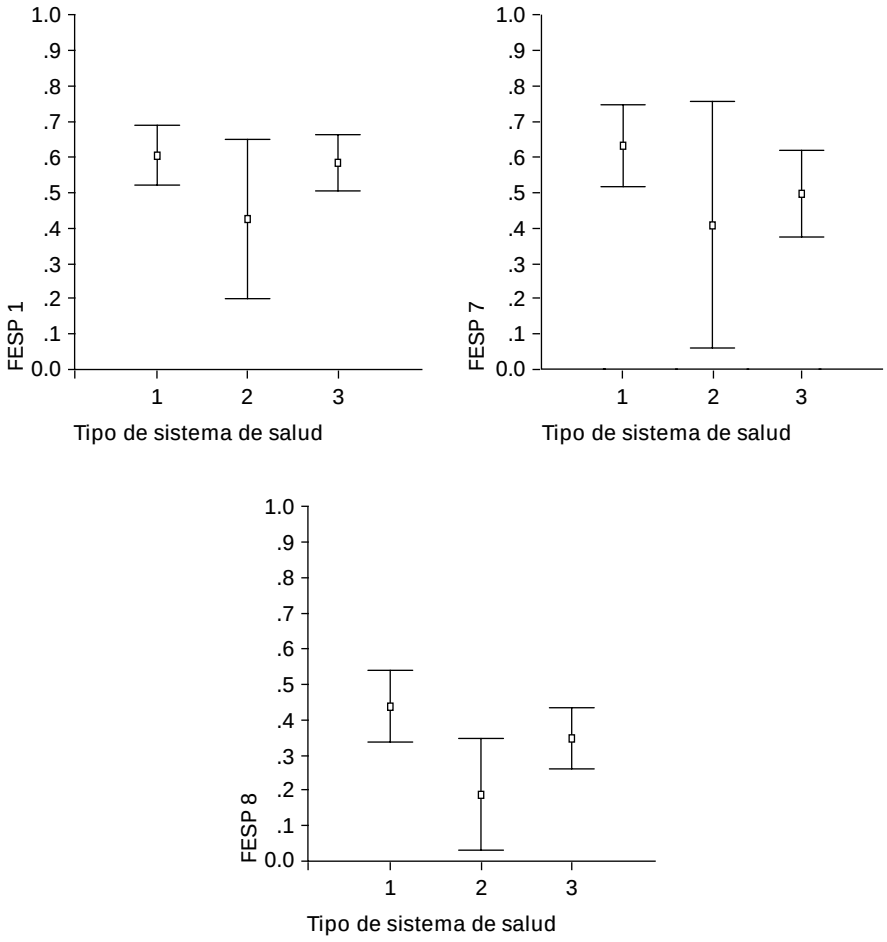


Es sabido que la separación de funciones en salud, concentrando a la autoridad sanitaria en un papel regulador y supervisor del buen desempeño de los demás actores del sistema de salud (seguros y prestadores de servicios), ha sido un proceso difícil que aún está muy lejos de lograr un desempeño óptimo, lo que en este caso también afecta al desempeño de la salud pública. Este hallazgo aparece tanto en funciones consideradas como tradicionales (p.ej. la FESP 1 de seguimiento del estado de

salud) como en otras funciones, mientras que es de especial significación el desempeño bajo de este grupo (mixto regulado) en la FESP 8 (desarrollo de *RH*) que sin duda afecta —o afectará en el futuro— a la posibilidad de un mayor desarrollo de las capacidades institucionales para la salud pública. En el caso de la FESP 7 (Garantía de acceso a servicios de salud) se presenta una gran dispersión en el desempeño de los países con sistemas de salud mixtos regulados lo que revela la variabilidad respecto de un área que ha tenido énfasis en los procesos de reforma (véase la gráfica 49).

Por otra parte, el desempeño de la FESP 9 (garantía de calidad) se encuentra en un nivel inferior en el grupo de países que tienen un sistema de salud segmentado, con respecto al resto de la Región. Esto podría explicarse por la mayor debilidad que tiene la autoridad sanitaria en este tipo de sistemas, ya que ésta es la entidad responsable del desarrollo de estándares y de la acreditación y evaluación del desempeño de los prestadores de servicios con relación a la calidad de los servicios de salud entregados. Probablemente si hubiera que priorizar alguna de las funciones de la salud pública para este grupo de países, ésta debería constituirse en una prioridad. La mayor dispersión en el desempeño de esta función en los países con sistema de salud mixto regulado debería estudiarse con mayor profundidad para obtener datos de utilidad de aquellos países que logran un mejor desempeño.

Gráfica 49 Desempeño de las FESP 1, 7 y 8 según el tipo de sistema de salud de los países



(1) sistema público integrado; (2) sistema mixto regulado, y (3) sistema segmentado

1.4.3 Las FESP y los indicadores de resultado en salud y calidad de vida

Se han seleccionado algunos indicadores de resultado en salud y de medición de la calidad de vida y se han escogido los que con mayor frecuencia están disponibles para todos los países de la Región de las Américas.

Teniendo en consideración que los resultados en salud y específicamente cualquiera de los indicadores que se utilizan en este análisis son de origen multicausal, no se pretende afirmar aquí que sea necesariamente el mejor o peor desempeño de las funciones esenciales la causa del resultado en salud, aunque sí puede influir en él. Por ello, para esta parte del análisis se evaluará el comportamiento de determinadas funciones en relación con estos indicadores y se seleccionarán aquellas FESP en las que se observan diferencias importantes.

Las FESP y la mortalidad infantil

El desempeño medio de la FESP 7 (garantía de acceso) y la FESP 9 (garantía de calidad) presentan una correlación inversa con los grupos de países agrupados en cuartiles. Los países que presentan una menor tasa de mortalidad infantil (menos de 12,8 por 1.000 nacidos vivos) tienen un mejor desempeño relativo en ambas funciones, comparado con el grupo que tiene una mayor tasa

de mortalidad (mayor de 23,5 por 1.000 nacidos vivos), como se observa en la gráfica 50. Aunque el resultado de la mortalidad infantil está afectado por un conjunto de factores, es posible señalar que existe una relación entre el desempeño de estas funciones y este indicador, lo que confirma la importancia de mejorar su desempeño, en especial con respecto a la garantía de calidad de los servicios de la salud, cuyo desempeño es insuficiente para toda la Región.

Las FESP y la mortalidad materna

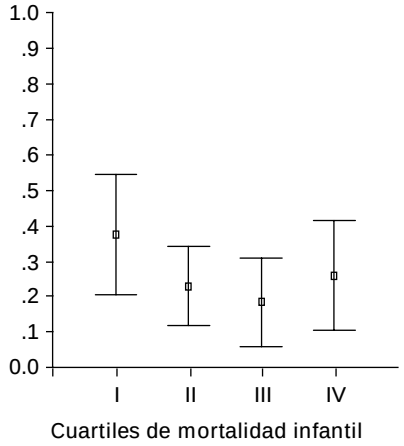
Una situación muy similar a la anterior, pero con diferencias menos significativas, se observa al relacionar el desempeño de las FESP 7 y 9 con la tasa de mortalidad materna (véase la gráfica 51). Este mismo perfil también se presenta con respecto al desempeño de la FESP 11 (reducción de desastres).

Las FESP y la mortalidad por enfermedades infecciosas

Al analizar el perfil de desempeño de las FESP según la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, se comprueba que en general el perfil de las funciones de salud pública (exceptuando las FESP 3 y 10) es mejor en el grupo de países que presenta una menor tasa (menor de 41.8 por 100.000 personas), comparado con el grupo de países con una tasa más elevada (por encima del 82), como se muestra en gráfica 52.

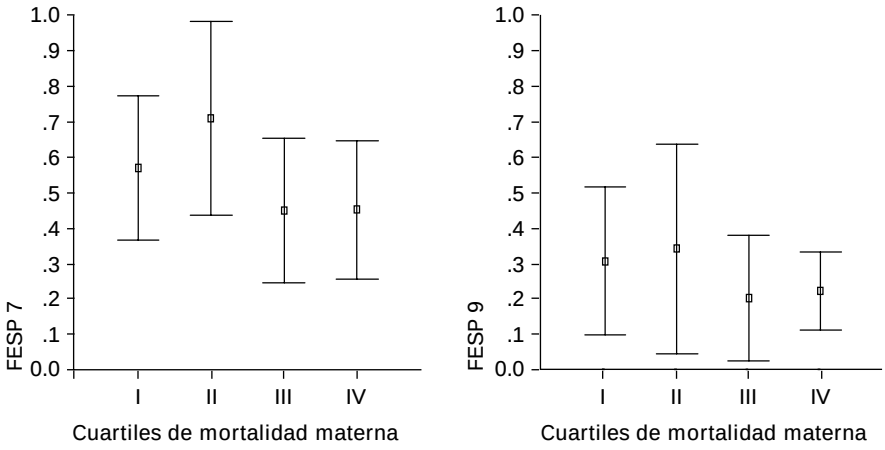
Nuevamente, las mayores diferencias se observan en el desempeño de las FESP 7 y 9.

Gráfica 50 Desempeño de la FESP 9 según el nivel de la mortalidad infantil



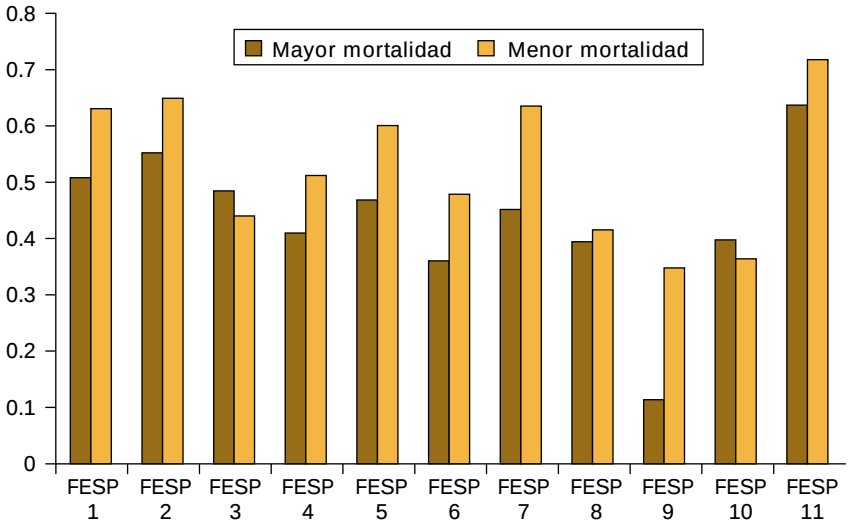
Nota: el cuartil 1 es el de menor mortalidad infantil y el cuartil 4 el de mayor.

Gráfica 51 Desempeño de las FESP 7 y 9 según el nivel de mortalidad materna

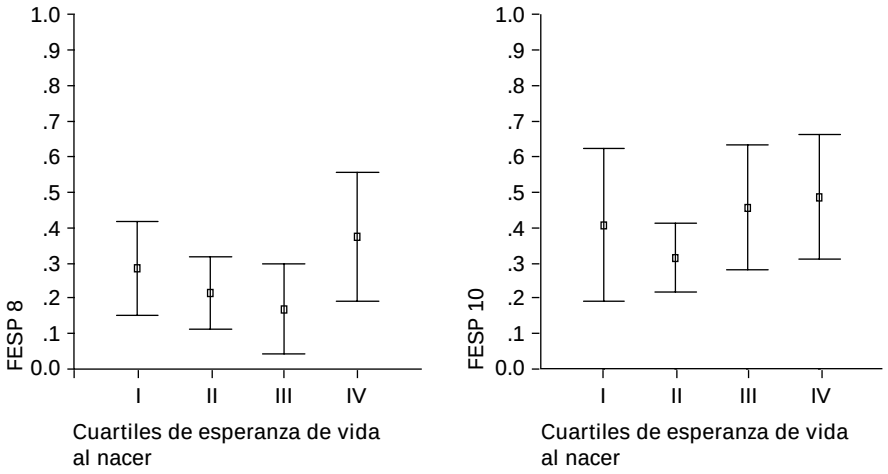


Nota: el cuartil 1 es el de menor mortalidad materna y el cuartil 4 el de mayor.

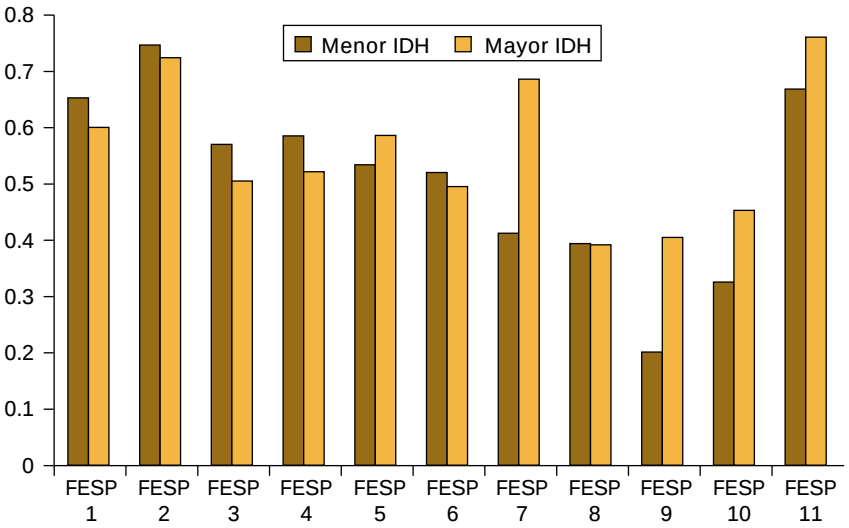
Gráfica 52 Desempeño de las FESP según el nivel de mortalidad por enfermedades infecciosas



Gráfica 53 Desempeño de las FESP 8 y 10 según el nivel de esperanza de vida al nacer en los países de la Región



Gráfica 54 Desempeño de las FESP según el nivel de desarrollo humano en los países de la Región



Las FESP y la esperanza de vida al nacer

Al analizar el perfil de las FESP de los países participantes en el estudio en función de la esperanza de vida al nacer, se observa una correlación positiva en el caso de las FESP 7 y 9, lo que es una señal más de las conclusiones ya encontrados con respecto a la mortalidad infantil y a las enfermedades infecciosas, ya que para los países de la Región de las Américas, la esperanza de vida está fuertemente determinada por la tasa de muertes en niños, especialmente en los menores de un año.

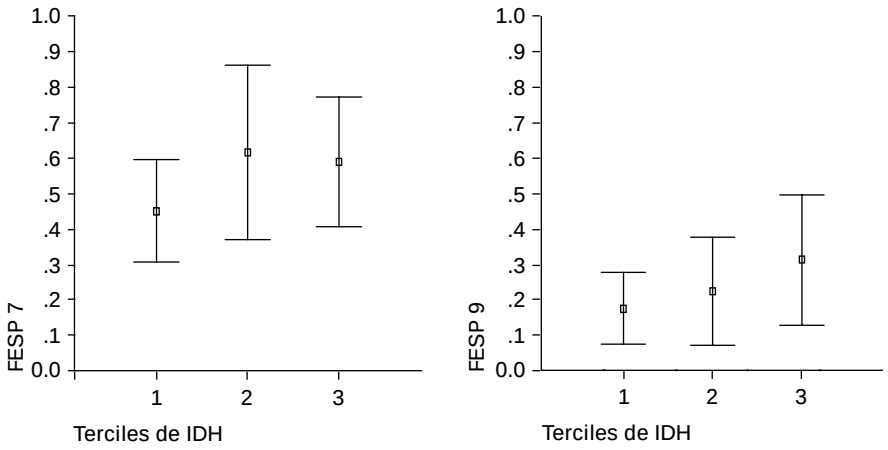
Asimismo, se encuentra también una correlación positiva con respecto a otras funciones de salud pública que más bien son expresión del nivel de desarrollo general de los países. En este sentido, el mejor desempeño en las FESP 8 (desarrollo de *RH)* y FESP 10 (investigación en salud pública) asociado a países que presentan mayor esperanza de vida puede ser reflejo de esto, porque es probable que los países que presentan un mejor nivel de desarrollo en general inviertan más en estas áreas de la salud pública debido a que cuentan con infraestructura y capacidad institucional para hacerlo (centros de formación, recursos humanos y financieros para la investigación, etc.). Las diferencias se acentúan en el cuartil 4 que agrupa a los países con mayor esperanza de vida dentro de la Región.

Las FESP y el índice de desarrollo humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es otra medida utilizada para medir el nivel de desarrollo de los países. Este indicador resulta del promedio simple de tres indicadores que reflejan el éxito de los países para alcanzar un estado de salud y longevidad de su población (medido a través de la expectativa de vida y de los nacimientos), un nivel de educación (medido a través del nivel educacional de la población adulta) y un estándar de vida (medido a través del Producto Interno Bruto por habitante, corregido por paridad en el poder adquisitivo). Dicho indicador pone en evidencia lo lejos que están los países de alcanzar las siguientes metas: 1) 85 años de expectativa de vida, 2) 100% de la población adulta alfabetizada y 3) un PIB real por habitante de US$ 40.000.

En la relación entre las FESP y el IDH ocurren dos fenómenos que no son fáciles de diferenciar: a) por una parte, al incluir indicadores de resultado en salud (expectativas de vida), se podría

Gráfica 55 Desempeño de las FESP 7 y 9 según el nivel de desarrollo humano en los países de la Región



decir que el desempeño de las FESP puede contribuir a un mejor nivel del indicador y 2) el IDH como medida de resumen del desarrollo del país puede afectar de algún modo al nivel de desarrollo de la autoridad sanitaria y en consecuencia a su posibilidad de conseguir un buen desempeño de las FESP.

Como se muestra en la gráfica anterior, el perfil de las FESP para la mayoría de las funciones es relativamente similar para el cuartil que presenta el menor IDH con respecto del grupo de países con mayor IDH. Incluso para algunas funciones como las de promoción de la salud y participación, el perfil se invierte, lo que al menos permite inferir que su desempeño está afectado por otros factores externos.

Sin embargo, para las FESP 7, 9 y 10, se observa que sí existe una correlación positiva, es decir, a mayor IDH, mejor desempeño de dichas funciones. Tal como se muestra en el cuadro siguiente (gráfica 55), en el caso de la FESP 7 (garantía de acceso a los servicios), el menor desempeño se observa en los países que están en el primer tercil, con un IDH por debajo de 0,72; en cambio para el caso de la salud función de garantía de calidad (FESP 9), se observa un crecimiento sostenido para cada tercil en relación directa con la mejora del IDH.

1.5. Correlaciones del desempeño entre funciones

También se realiza a continuación el estudio del análisis de la correlación[9] de los resultados obtenidos por los distintos países entre las FESP. Este análisis muestra una alta correlación entre las diversas funciones (gráfica 56), con excepción de la FESP 11 (reducción del impacto en caso de desastres), cuyo perfil de desempeño presenta una correlación muy baja y no significativa con el

[9] Utilizando el método de correlación de Pearson, que se explica brevemente al final del capítulo.

Gráfica 56 Correlación del desempeño entre las FESP

	FESP 1	FESP 2	FESP 3	FESP 4	FESP 5	FESP 6	FESP 7	FESP 8	FESP 9	FESP 10	FESP 11
FESP 1		0.733	0.502	0.500	0.512	0.609	0.476	0.475	0.496	0.622	0.036
FESP 2	0.733		0.559	0.608	0.577	0.599	0.360	0.478	0.436	0.350	0.146
FESP 3	0.502	0.559		0.662	0.670	0.511	0.676	0.668	0.523	0.372	0.049
FESP 4	0.500	0.608	0.662		0.663	0.663	0.640	0.703	0.650	0.367	0.161
FESP 5	0.512	0.577	0.670	0.663		0.702	0.532	0.611	0.524	0.393	0.169
FESP 6	0.609	0.599	0.511	0.663	0.702		0.407	0.614	0.637	0.449	0.120
FESP 7	0.476	0.360	0.676	0.640	0.532	0.407		0.626	0.553	0.430	0.262
FESP 8	0.475	0.478	0.668	0.703	0.611	0.614	0.626		0.589	0.352	0.194
FESP 9	0.496	0.436	0.523	0.650	0.524	0.637	0.553	0.589		0.345	0.242
FESP 10	0.622	0.350	0.372	0.367	0.393	0.449	0.430	0.352	0.345		0.157
FESP 11	0.036	0.146	0.049	0.161	0.169	0.120	0.262	0.194	0.242	0.157	

Grafica 57 Resumen de las principales medidas de tendencia central y distribución del desempeño de las FESP en los países de la Región

	FESP 1	FESP 2	FESP 3	FESP 4	FESP 5	FESP 6	FESP 7	FESP 8	FESP 9	FESP 10	FESP 11
Número países	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
Promedio	0.58	0.63	0.52	0.48	0.56	0.46	0.55	0.38	0.26	0.42	0.68
Mediana	0.57	0.63	0.54	0.46	0.53	0.44	0.56	0.36	0.21	0.35	0.71
Desviación estándar	0.17	0.17	0.19	0.20	0.18	0.18	0.25	0.20	0.21	0.23	0.19
Percentil 25	0.46	0.52	0.41	0.33	0.49	0.34	0.33	0.21	0.08	0.24	0.54
Percentil 75	0.64	0.75	0.64	0.60	0.70	0.56	0.73	0.51	0.39	0.54	0.87

Nota: se ha definido como muy alta correlación un $p < 0,01$ y como alta correlación un $p < 0,05$

resto de las funciones esenciales. La FESP 10 (investigación en salud pública) sólo presenta una correlación significativa con el desempeño de la FESP 1 (seguimiento del estado de salud).

Entre las correlaciones observadas destaca la fuerte asociación que presenta el desempeño de la FESP 5 (políticas y gestión en salud) con la gran mayoría de las funciones, especialmente con el desempeño de la promoción de la salud (FESP 3) y con el fortalecimiento de la capacidad de reglamentación y fiscalización (FESP 6), lo que confirma la importancia de concentrar más esfuerzos en mejorar las áreas críticas que presenta esta función para la Región de las Américas.

Un aspecto de la salud pública que constituye una responsabilidad primordial de la autoridad sanitaria es el relativo a asegurar el acceso a los servicios de salud, especialmente para los sectores de población más necesitados. Su elevada correlación con el desempeño de otras funciones consideradas como "emergentes" (promoción de la salud, participación en salud, garantía de calidad de los servicios) permite afirmar que, en la situación actual, el reforzar estas nuevas funciones de salud pública tiene una función fundamental en la garantía del acceso a la salud. Asimismo, su correlación con el desarrollo de los recursos humanos en salud pública (FESP 8) obliga a los países participantes a continuar sus esfuerzos destinados al desarrollo de estas capacidades, como un paso esencial para mejorar su desempeño y dar una mayor garantía de acceso a la salud.

2. Análisis Subregionales

De manera complementaria al análisis de la Región, a continuación se presentan los resultados de la medición de los países agrupados en subregiones: Centroamérica, Caribe, Area Andina, Cono Sur y México. Los criterios utilizados para esta agrupación están basados, por un lado, en la posibilidad de facilitar que en el futuro se lleven a cabo entre los países estrategias y acciones de cooperación; por ejemplo, países que forman parte de acuerdos o actividades de cooperación previas como lo son: La Red de Servicios de Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), El Pacto Andino y El Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR). Por otro lado, está el sentido de agrupación por la existencia de rasgos o características comunes como son el caso de la agregación de México con los países del Cono Sur, Belice con los países del Caribe y Cuba, República Dominicana, Puerto Rico y Haití con la subregión de Centroamérica. Todo ello bajo la perspectiva de identificar o construir estrategias de cooperación entre países.

2.1 Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití

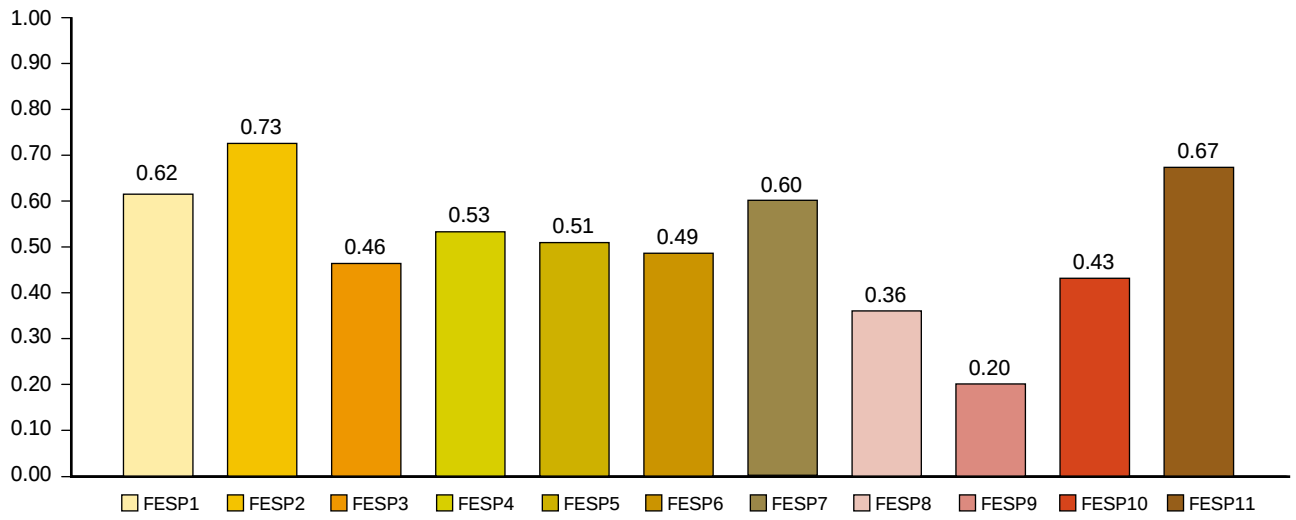
2.1.1 Resultados generales de la medición

A continuación se presentan los resultados de la medición en los siguientes países: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana.

Con el fin de dar cuenta del resultado obtenido por la subregión respecto del desempeño de las FESP, a continuación se presenta un gráfico del resumen del promedio obtenido por este conjunto de países (gráfica 58). Se ha elegido este promedio como medida de resumen, a fin de evitar la influencia de los valores extremos en una serie pequeña de observaciones como la que corresponde a los nueve países evaluados.

En términos generales, se observa un perfil de desempeño relativo mejor en algunas funciones: vigilancia de la salud pública (FESP 2) y reducción del impacto de las emergencias y desastres (FESP 11).

Gráfica 58 Desempeño de las FESP en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



Con un desempeño menor se presentan las funciones de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (FESP 9) y desarrollo de recursos humanos para la salud pública (FESP 8).

Las funciones de un nivel de desempeño intermedio superior son: seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (FESP 1); promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7); participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4); desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión de la salud pública (FESP 5), y fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública (FESP 6).

En un perfil de desempeño intermedio inferior se encuentran la promoción de la salud (FESP 3) y la investigación en salud pública (FESP 10).

En general, el perfil de las FESP para Centroamérica presenta un mejor desempeño en las funciones que pueden considerarse parte de la "tradición" del desarrollo de la salud pública (FESP 2 y 11) y un peor desempeño en las funciones emergentes (FESP 9).

Además, es importante señalar como un área de preocupación el bajo desempeño observado en la función de desarrollo de recursos humanos (FESP 8), dato muy importante para tener en cuenta si se considera que el futuro fortalecimiento de la salud pública en la subregión pasa por el desarrollo de las competencias de los recursos humanos, en los que se asienta la fortaleza institucional de la ASN.

Si se analiza la variabilidad de los resultados obtenidos para Centroamérica (gráfica 58), se observa que la FESP 9 (garantía y mejoramiento de la calidad), que presenta el menor nivel de desempeño, al igual que la FESP 8 (desarrollo de los recursos humanos), representan una debilidad en todos los países de la subregión.

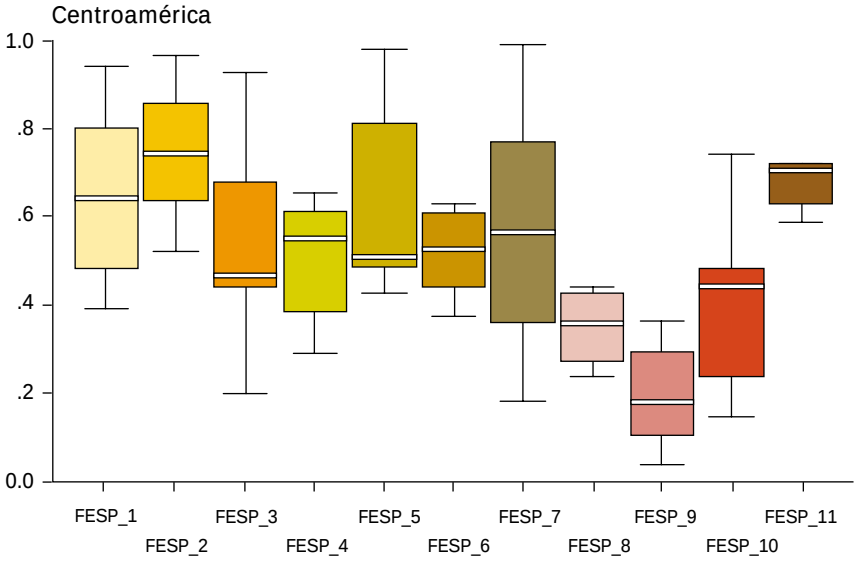
Por otra parte, la FESP 10 (investigación en salud pública), si bien representa una debilidad en la subregión, su mayor grado de dispersión indica que, en algunos países, constituye una fortaleza. Se observa una situación similar en las FESP 5 (políticas y gestión en materia de salud pública) y 7 (garantía de acceso a los servicios de salud), para las que en algunos países se observa un desempeño adecuado, mientras que en otros son áreas críticas que requieren intervención.

Al realizar un análisis del perfil del desempeño de los países en las Funciones Esenciales de la Salud Pública, se puede observar que, con excepción de un país que en general presenta un buen desempeño de todas las funciones, el resto de los países de la subregión[10] registran ámbitos con un mejor desempeño y otras áreas más críticas, que varían en los distintos países.

La FESP que se refiere a la reducción de las emergencias y desastres (FESP 11), presenta un mejor desempeño y baja va-

[10] En adelante la subregión se refiere a Centroamérica y a los países previamente mencionados.

Gráfica 59 Distribución del desempeño de cada FESP en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



riabilidad, lo que indica que, en términos generales, es un área de mayores fortalezas para Centroamérica en su conjunto.

Por otra parte, las FESP 8 (desarrollo de recursos humanos) y 9 (garantía de calidad de los servicios de salud), que presentan un bajo desarrollo, tienen un comportamiento homogéneo en toda la subregión, lo que implica una debilidad en todos los países.

Algunas funciones que presentan un desempeño intermedio tienen también un comportamiento similar entre los países de Centroamérica, como la participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4), y la reglamentación y fiscalización (FESP 6).

Por último, las FESP 5 (políticas y gestión de la salud pública) y 7 (promoción del acceso equitativo a los servicios de salud) son las que presentan la mayor variabilidad de resultados entre países, lo que abre la posibilidad de cooperación de aquéllos que han logrado mayores avances con los que aún registran una importante debilidad en estas áreas.

2.1.2 Resultados por función de la medición

A continuación se resumen las principales conclusiones que es posible extraer a partir del análisis de cada una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el contexto de la Subregión.

FESP 1. *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud*

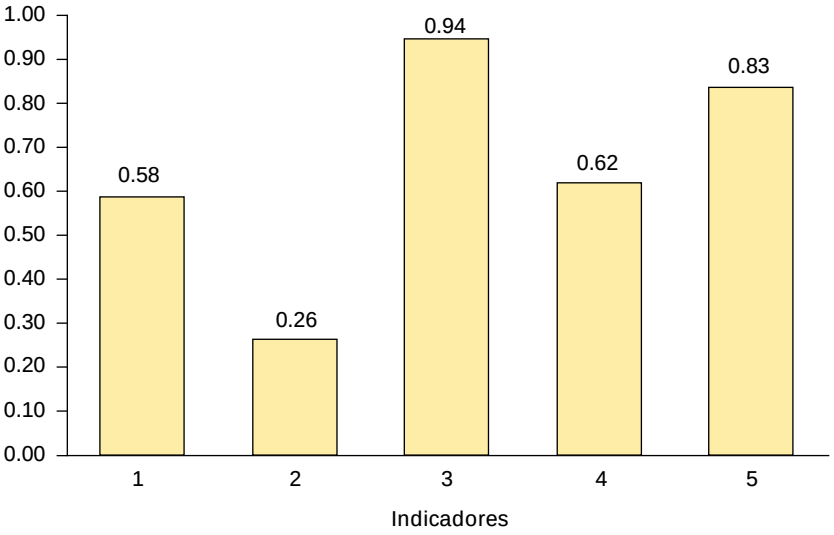
El buen desempeño relativo de la FESP 1, con un promedio de 0,64 para la subregión, representa un aspecto fundamental para la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria sobre la base de una información sólida, enfocada a las prioridades de la política nacional en materia de salud. Pese a que el desempeño de esta función presenta un nivel de cumplimiento medio superior, existen algunas debilidades comunes en el conjunto de la subregión.

En primer lugar, resulta necesario destacar que los países no han establecido una práctica sistemática de evaluación de la calidad de la información recopilada por las autoridades nacionales de salud, debilidad que es muy importante corregir si se piensa que el panorama cambiante de las prioridades nacionales hace necesario abordar permanentemente la necesidad de nuevos datos en el ámbito de los daños y factores de riesgo, así como en la utilización de los servicios sanitarios y el acceso a éllos. Por otra parte, dado que los procesos de reforma implican una separación cada vez más nítida entre las funciones de prestación de servicios y las de financiación y reglamentación del sistema de salud, es importante establecer pautas claras de recopilación y evaluación de la calidad de la información que se recoge, así como evaluar también la utilidad real de la misma para adoptar decisiones. En la mayoría de los países, no se dispone de pautas o guías claras para que este propósito se cumpla en los diversos niveles de ejercicio de la autoridad sanitaria y en el conjunto de los actores dedicados a la prestación de servicios.

También es importante señalar que, pese a que los países de la Región declaran su preocupación primordial por mejorar la equidad en el acceso a la salud, la mayor debilidad de los sistemas de información está precisamente en su capacidad de evaluar sistemáticamente la distribución del acceso a la salud, sobre todo la de aquellos grupos más postergados.

En lo que respecta a la gestión del sistema de seguimiento, la escasa coordinación del mismo con los sistemas nacionales de estadísticas aparece también como una falencia que requiere atención

Gráfica 60 Desempeño de los indicadores de la FESP 1 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



y que resulta fundamental para abordar la medición de la situación de salud desde una perspectiva intersectorial.

Otro aspecto digno de destacar, dado el papel cada vez más importante de las personas en lo que respecta al cuidado de su salud y en relación con su participación en la adopción de decisiones de los sistemas de salud, es el refuerzo de las competencias para la comunicación adecuada de los resultados del seguimiento de la situación de salud a los distintos actores sociales y a la ciudadanía en general.

En general, no se observan debilidades importantes en los conocimientos y aptitudes de los recursos humanos para el seguimiento y análisis de la situación de salud, incluso en los niveles intermedios, lo que pone de manifiesto el buen desempeño de este indicador (indicador 3). A pesar de que los países han ido abordando la cuestión del apoyo informático con diversas iniciativas en los últimos años (indicador 4), las mayores debilidades se observan en el terreno del equipo y las tecnologías en materia de aplicaciones informáticas en los niveles locales, y una deficiencia generalizada en la falta de mantenimiento del equipo.

Indicadores

1. Pautas y procesos de seguimiento y evaluación del estado de salud

2. Evaluación de la calidad de la información

3. Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud

4. Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública

FESP 2. *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

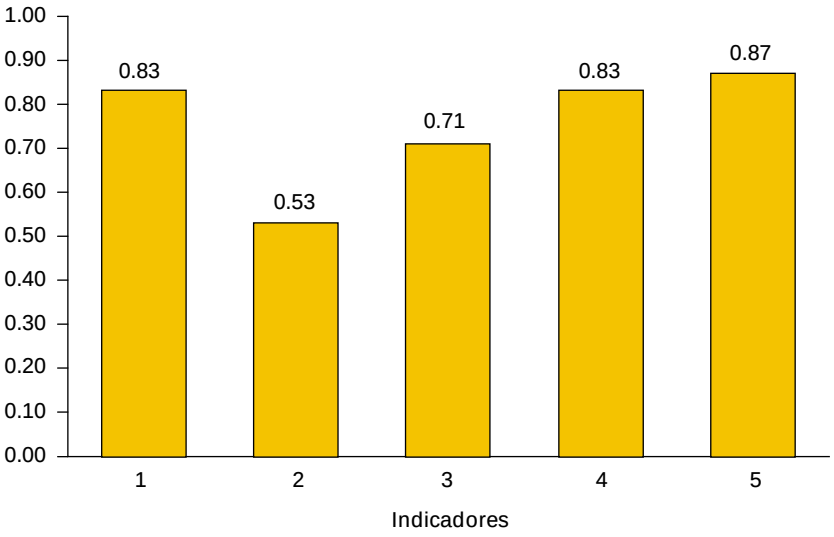
La FESP 2 es la mejor evaluada en la subregión, con un nivel de desempeño del 0.74. A pesar de ello es posible identificar algunas áreas que requieren mayor refuerzo con el fin de adaptar el buen cumplimiento de una función "tradicional" de los sistemas de salud pública al panorama epidemiológico de la salud pública actual y de la salud pública en su conjunto.

La mayor dispersión de los resultados de la medición de esta FESP en la subregión se da en aquellos indicadores diseñados para evaluar la capacidad de respuesta oportuna para el control de daños a la salud pública. Dada la trascendencia de esta capacidad, que es la que da sentido a la información e investigación de los riesgos y daños, es importante recalcar que es aquí donde deberíamos centrar los esfuerzos de fortalecimiento en materia de vigilancia.

Al igual que en la FESP 1, también es posible apreciar carencias en lo que respecta a la evaluación de la calidad de la información recopilada en los programas de vigilancia, lo que resulta esencial fortalecer para asegurar la protección de la población frente a amenazas derivadas de daños conocidos o de enfermedades emergentes. También es importante destacar que, en algunos países, se observan deficiencias en materia de integridad de las fuentes de información, que siguen centralizadas en el sistema público pese al creciente papel del sector privado, con y sin fines de lucro en materia de suministro de servicios y, por ende, de la información necesaria para vigilar los daños a la salud pública.

En relación con las nuevas áreas de desarrollo, las principales carencias se aprecian en la capacitación de los equipos responsables de la vigilancia de la búsqueda y el análisis de información sobre daños a la salud mental, daños

Gráfica 61 Desempeño de los indicadores de la FESP 2 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



derivados del ambiente laboral y enfermedades, o factores de riesgo de enfermedades crónicas.

En materia de gestión del sistema de vigilancia, es importante destacar que se aprecian deficiencias en la coordinación de las redes de laboratorios de salud pública en el plano nacional e internacional. Por último, en la evaluación del desempeño de esta función ha quedado en evidencia la falta de un sistema de incentivos destinado a fomentar el rendimiento de los equipos humanos, de los que dependen la vigilancia y la protección de la salud de la población ante daños susceptibles de controlarse gracias a estos sistemas de alerta.

Indicadores

1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública

2. Capacidad y pericia en epidemiología

3. Capacidad de los laboratorios de salud pública

4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública

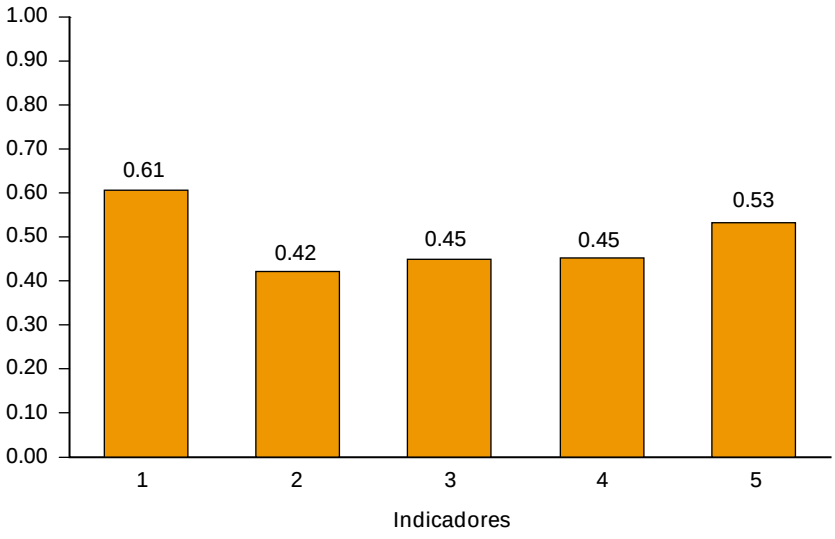
FESP 3. *Promoción de la salud*

El panorama de la subregión en materia de desempeño de esta FESP es claramente más heterogéneo. En algunos de los países se aprecia un mayor desarrollo de la promoción de la salud que en otros y, en general, se observan debilidades en las siguientes áreas.

En primer lugar, un escaso desarrollo en lo que respecta a la participación de la autoridad sanitaria en el diseño de políticas públicas de reconocido impacto en la salud de la población. Si bien es cierto que, en general, existe algún tipo de comisión intersectorial destinada al desarrollo de planes promocionales, es menester fortalecer el esfuerzo sistemático del ámbito de la sanidad para influir en las políticas de educación, vivienda, obras públicas, transporte y otros sectores, especialmente en relación con la evaluación de los efectos que tienen tales políticas sobre la salud.

Dada la trascendencia que tienen las instancias de comunicación y educación de

Gráfica 62 Desempeño de los indicadores de la FESP 3 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



los ciudadanos en materia sanitaria para lograr mejores condiciones de salud de la población, es importante destacar que la medición en la subregión pone de manifiesto una debilidad en la evaluación del impacto de estas instancias en la salud de la población, esencial para la adopción de decisiones en este terreno.

Si bien todos los países suscriben las recomendaciones surgidas de las conferencias mundiales en materia de promoción de salud, una de las áreas más débiles está relacionada con una de esas recomendaciones, concretamente con la importancia de adaptar los servicios sanitarios individuales a la promoción de la salud. Prácticamente ninguno de los países declara contar con una política de incentivos claros destinados a reorientar los servicios hacia la promoción.

Por último, es importante destacar que, en cuanto a la promoción, en la subregión se aprecia una carencia generalizada en materia de desarrollo de planes de promoción en los niveles subnacionales que cuenten con el apoyo central de los ministerios de salud.

Indicadores

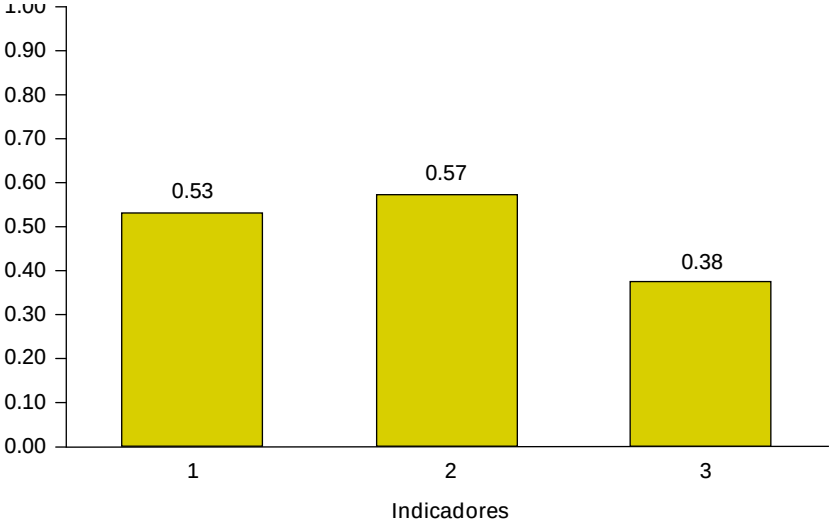
1. Apoyo a las actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones destinadas a favorecer comportamientos y ambientes saludables

2. Establecimiento de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud

3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud

4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción

Gráfica 63 Desempeño de los indicadores de la FESP 4 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de la salud

***FESP 4**. Participación de los ciudadanos en la salud*

Esta función esencial también presenta un desempeño intermedio, pero es posible apreciar variaciones importantes en la subregión. Todos los países señalaron poseer alguna instancia del tipo "defensor del ciudadano" capaz de velar por los derechos de las personas en materia sanitaria. Sin embargo, llama la atención la ausencia de cauces formales de participación social que aseguren la recepción y la respuesta a las inquietudes y opiniones ciudadanas respecto al funcionamiento de las políticas sanitarias y la organización de los servicios. Tampoco se percibe con claridad la preocupación de las autoridades nacionales sanitarias por analizar y canalizar las contribuciones de la ciudadanía en la definición de metas y estrategias sectoriales.

La educación de la ciudadanía acerca de sus derechos sanitarios es una carencia destacable. Al igual que en otras funciones, también es posible apreciar debilidades en la evaluación sistemática de la participación social en materia de salud.

Por último, el apoyo de la autoridad nacional a los niveles descentralizados para el desempeño de esta función es el indicador de menor desempeño, lo que implica una debilidad del sistema si se considera que el ámbito local es el lugar privilegiado para establecer contacto entre la ciudadanía y los sistemas de salud.

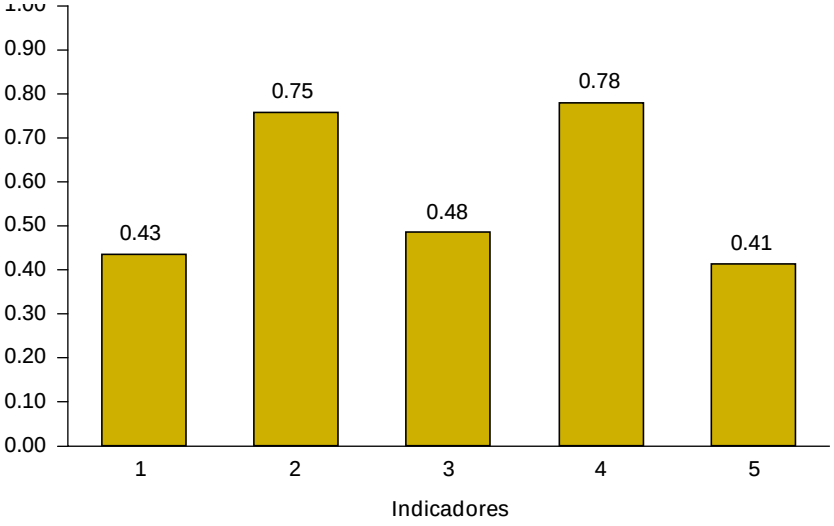
Indicadores

1. Fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública

2. Fortalecimiento de la participación social en la sanidad

3. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer

Gráfica 64 Desempeño de los indicadores de la FESP 5 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



la participación social en materia de salud

***FESP 5**. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública*

Si bien hay tres países de la subregión que presentan un mayor desarrollo en la elaboración de políticas de salud pública, es necesario evaluar estos resultados teniendo en cuenta que, por lo menos dos de ellos, hoy por hoy, están inmersos en procesos de reforma de sus sistemas de salud que han marcado un hito en materia de definición de nuevas leyes sanitarias. En ellos se tiende a evaluar positivamente la capacidad de su ministerio de salud en cuanto al desarrollo de políticas, capacidad que puede estar influida directamente por el éxito de la mencionada reforma.

Las áreas en las que se aprecian carencias específicas están relacionadas con la capacidad de definir objetivos nacionales de salud vinculados a las decisiones tomadas en materia de estructuración del sistema sanitario. Resulta especialmente importante destacar que una de las debilidades más significativas en este terreno es la relacionada con la falta de definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos nacionales a lo largo del tiempo.

Es fundamental destacar que prácticamente todos los esfuerzos políticos en el área de la salud pública guardan relación con el desarrollo del sector público. Si bien es lógico prever que éste sea el sector pertinente cuando evaluamos el desempeño de la autoridad sanitaria en sus competencias rectoras, es importante destacar que el sector privado está prácticamente ausente de las decisiones nacionales en materia de salud de la población.

Por último, es posible apreciar en la totalidad de los países que el esfuerzo para basar en los datos las decisiones políticas en materia de salud pública requiere un importante fortalecimiento. Asimismo, es esencial señalar que los países reconocen insuficiencias en relación con el desarrollo organizativo, que no se definen estándares ni se evalúa el desempeño institucional en materia de salud pública.

Indicadores

1. Definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública

2. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública

3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de sistemas de salud pública

4. Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública

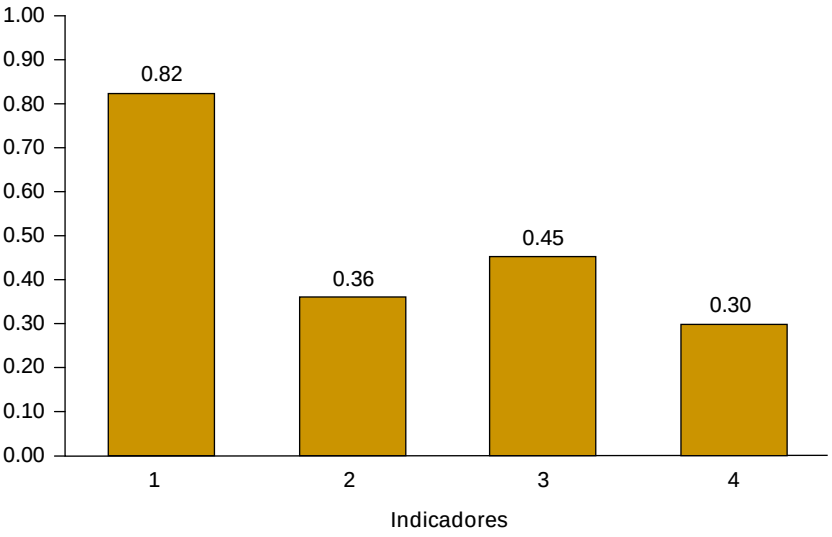
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

***FESP 6.** Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública*

El desempeño de esta FESP puede considerarse de nivel intermedio. En general, es mejor en cuanto a la capacidad del personal vinculada al desarrollo de instrumentos de reglamentación, que en lo relativo a velar por el cumplimiento de las normas existentes. Si bien los equipos están adecuadamente capacitados para la fiscalización, se señala la carencia de recursos humanos y financieros como la principal falencia en materia de hacer cumplir el marco reglamentación.

Los países no revisan con regularidad sus normativas de reglamentación del sistema y tienden a basarlas, sobre todo, en la definición de leyes y reglamentos más que en la definición de incentivos

Gráfica 65 Desempeño de los indicadores de la FESP 6 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



destinados al cumplimiento ético de las reglamentaciones.

Cabe destacar que no parece haber una preocupación específica por la definición de políticas con el fin de prevenir la corrupción de los funcionarios y los abusos de autoridad en que pueden incurrir. En todos los países se reconoce como una carencia muy importante, dada la exposición de los fiscalizadores a estas faltas administrativas y jurídicas.

Indicadores

1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco de reglamentación

2. Hacer cumplir la normativa en materia de salud

3. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco de reglamentación

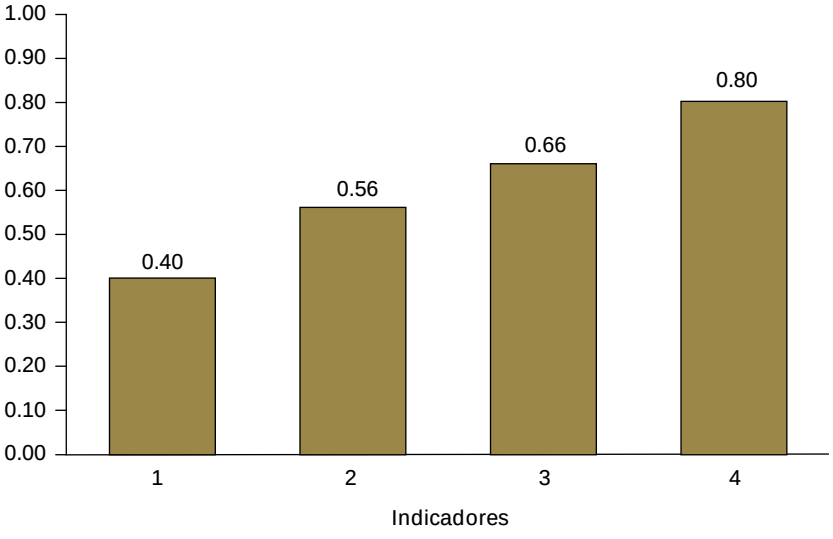
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos

FESP 7. *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*

Se trata de una función de desempeño muy variable en la subregión. En general, se aprecia un mayor cumplimiento en lo que respecta a velar por el acceso de la población a los servicios sanitarios. En materia de servicios individuales, es digno de mención el hecho de que las evaluaciones del acceso de la población a dichos servicios se utilizan poco para corregir las políticas y planes destinados a acercar los servicios a las poblaciones subatendidas.

Preocupa especialmente la dificultad de la ASN para incrementar su papel en la tarea de acercar los servicios sanitarios, en un panorama en el cual se separa la función rectora de la función proveedora. De este diagnóstico se infiere que, en los países de la subregión, la ASN aún mantiene su papel de dispensador de servicios (principalmente destinados a los más pobres), a través del cual procura resolver el problema. La falta de comprensión de los elementos culturales ligados al acceso a los servicios ofrecidos constituye una debilidad que es necesario abordar, especialmente en los países que presentan una heterogeneidad cultural importante.

Gráfica 66 Desempeño de los indicadores de la FESP 7 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



Los países señalan también como carencia importante la experiencia del personal en materia de técnicas y conocimientos que permitan acercar los servicios de salud adecuados a dichas poblaciones, en especial la falta de competencias que permitan adaptar los servicios a las características culturales de la población.

Es importante destacar también que los países reconocen dificultades para promover el mejoramiento del acceso de la población a los servicios de salud ante otros órganos de decisión que puedan influir en este tema. Dada la importancia que el acceso a los servicios tiene para los procesos de reforma sanitaria, es significativo el hecho de que los países, frente a uno de los temas que marcan las tendencias centrales de dichos cambios, es decir, la definición de planes garantizados de beneficios sanitarios, manifiesten dificultades para evaluar el grado de cumplimiento del acceso a tales planes en el contexto de sus países.

Indicadores

1. Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios

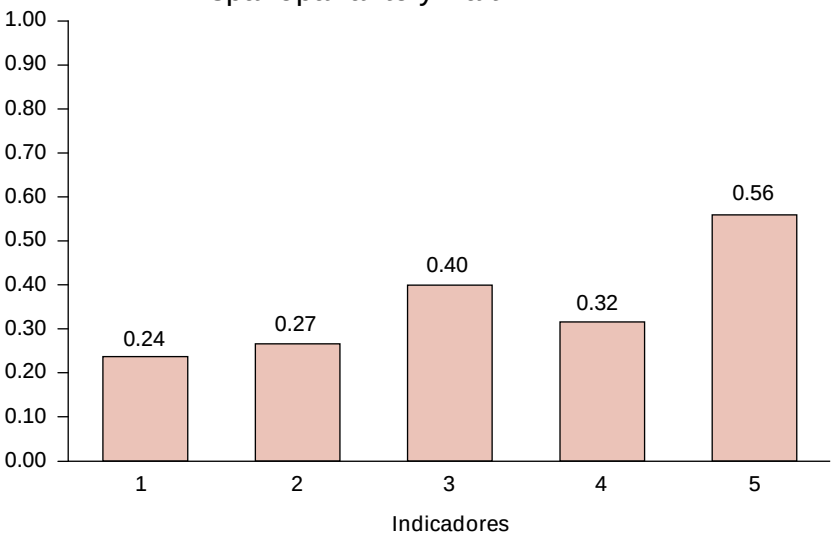
2. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población

3. Fomento y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

FESP 8. *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*

Gráfica 67 Desempeño de los indicadores de la FESP 8 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



El bajo desempeño en relación con el desarrollo de los recursos humanos para la salud pública constituye uno de los principales problemas que los países deben abordar. Esta insuficiencia pone en peligro el capital acumulado para el adecuado desempeño de las FESP, con lo cual se arriesga la inversión realizada durante años en esta materia. El bajo desempeño obtenido por los países en el desarrollo de recursos humanos para la salud pública es una señal de alerta para la ASN de estos países en el sentido de perder el liderazgo en los desafíos de reforma sectorial.

Prácticamente, en ninguno de los países se hacen esfuerzos para establecer las características de la fuerza de trabajo necesaria para las responsabilidades actuales de la salud pública, de manera que se incluyan los requisitos en materia de competencias y formación profesional.

También destaca la deficiencia en materia de interacción entre la autoridad sanitaria y los centros de formación de recursos humanos para establecer planes y programas de capacitación y formación continua.

En lo que respecta a la retención y desarrollo de los recursos humanos, es manifiesta la carencia de incentivos al desempeño de los trabajadores de la salud pública.

Por último, deben destacarse las carencias en materia de capacitación de los trabajadores sanitarios para la interacción con poblaciones de culturas diversas, diferentes a la dominante en cada uno de los países.

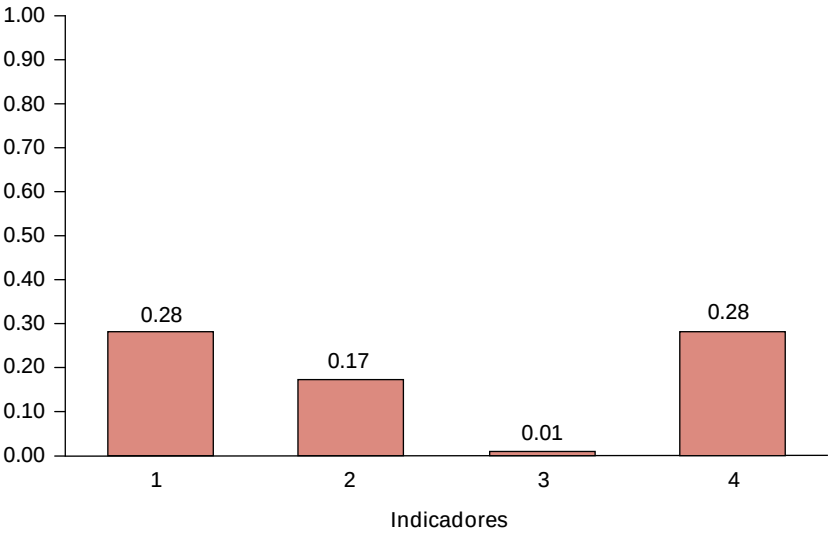
Indicadores

1. Descripción de la fuerza de trabajo de salud pública

2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo

3. Educación continua y de posgrado en salud pública

Gráfica 68 Desempeño de los indicadores de la FESP 9 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



4. Perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos

FESP 9. *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*

Un tema crítico que constituye una importante debilidad de la subregión es el relacionado con la capacidad de la ASN para responder al desafío de la garantía de calidad de los servicios de salud, tanto individuales como colectivos.

Las deficiencias se aprecian en la capacidad para asegurar la calidad de los servicios individuales y colectivos, siendo mayor el déficit que se aprecia en estos últimos.

Más de la mitad de los países no señala desarrollo alguno en la gestión de tecnologías de la salud, como herramienta fundamental para aumentar la calidad de ambos tipos de servicios. También debilita la capacidad de las ASN en esta materia la dificultad que se aprecia en la definición de estándares de calidad de los servicios de salud.

La preocupación sistemática por la evaluación y la mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, es una de las debilidades más notorias que resulta de la evaluación subregional.

Indicadores

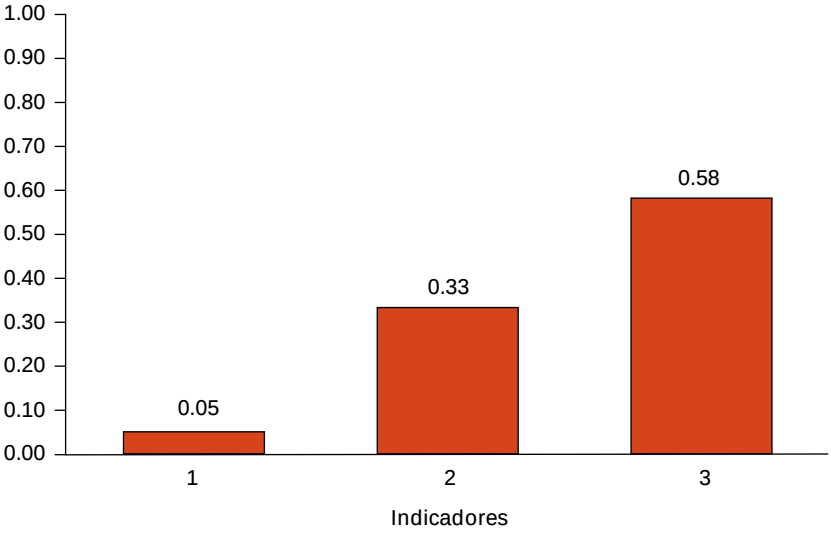
1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

2. Mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

3. Sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en materia sanitaria para apoyar la adopción de decisiones con respecto a la salud pública

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud para asegurar la calidad de los servicios

Gráfica 69 Desempeño de los indicadores de la FESP 10 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



FESP 10. *Investigación en salud pública*

La capacidad de investigación, junto con las FESP 9 y 8, presenta un bajo desempeño en el conjunto de la subregión. Cabe destacar la falta de definición de un programa de investigación prioritario en materia de salud en todos los los países y la deficiente interacción de los ministerios con las comunidades científicas del ámbito de la salud pública, tanto en el plano nacional como internacional.

Los países reconocen como áreas de gran carencia en materia de investigación la evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a la salud de la población y la falta de estudios sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas según la realidad de los países. La investigación de sistemas y servicios de salud presenta también un escaso desarrollo.

Indicadores:

1. Desarrollo de un programa de investigación en materia de salud pública
2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación
3. Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de la salud pública

FESP 11. *Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud*

Se aprecia un buen cumplimiento relativo de esta función en los países de la subregión. Sin perjuicio de esta constatación, es importante señalar la necesidad de mejorar la coordinación interior del sector de la salud de los países con el fin de abordar de forma eficaz las emergencias y su impacto en la salud.

La vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria y la debilidad de las políticas y planes destinados a su mejor evaluación, asi como la corrección de las deficiencias que ésta presenta para enfrentarse a emergencias que pueden dañarla y dificultar su capacidad de reducir el daño general producido por las catástrofes, es una área especialmente sensible, susceptible de mejoras en la totalidad de los países de la subregión.

Indicadores:

1. Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres
2. Desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud
3. Coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

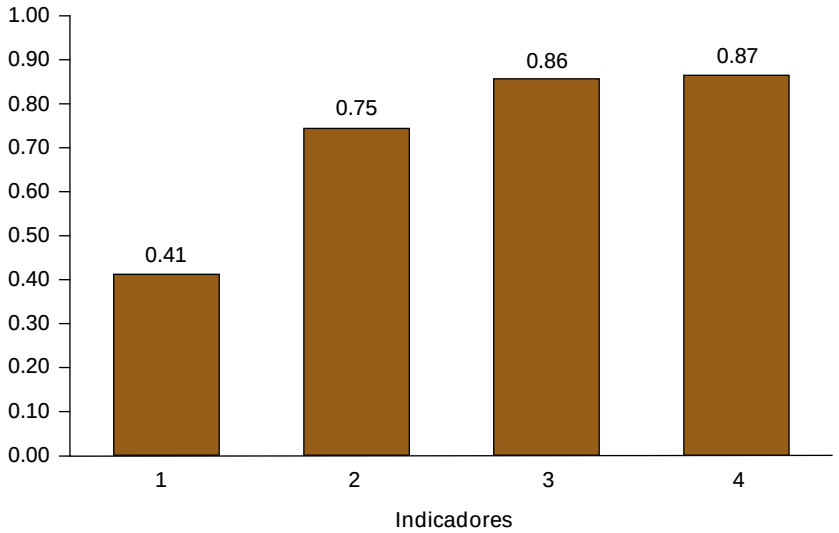
2.1.3 Identificación de áreas de intervención prioritarias

2.1.3.1 Desempeño del total de indicadores

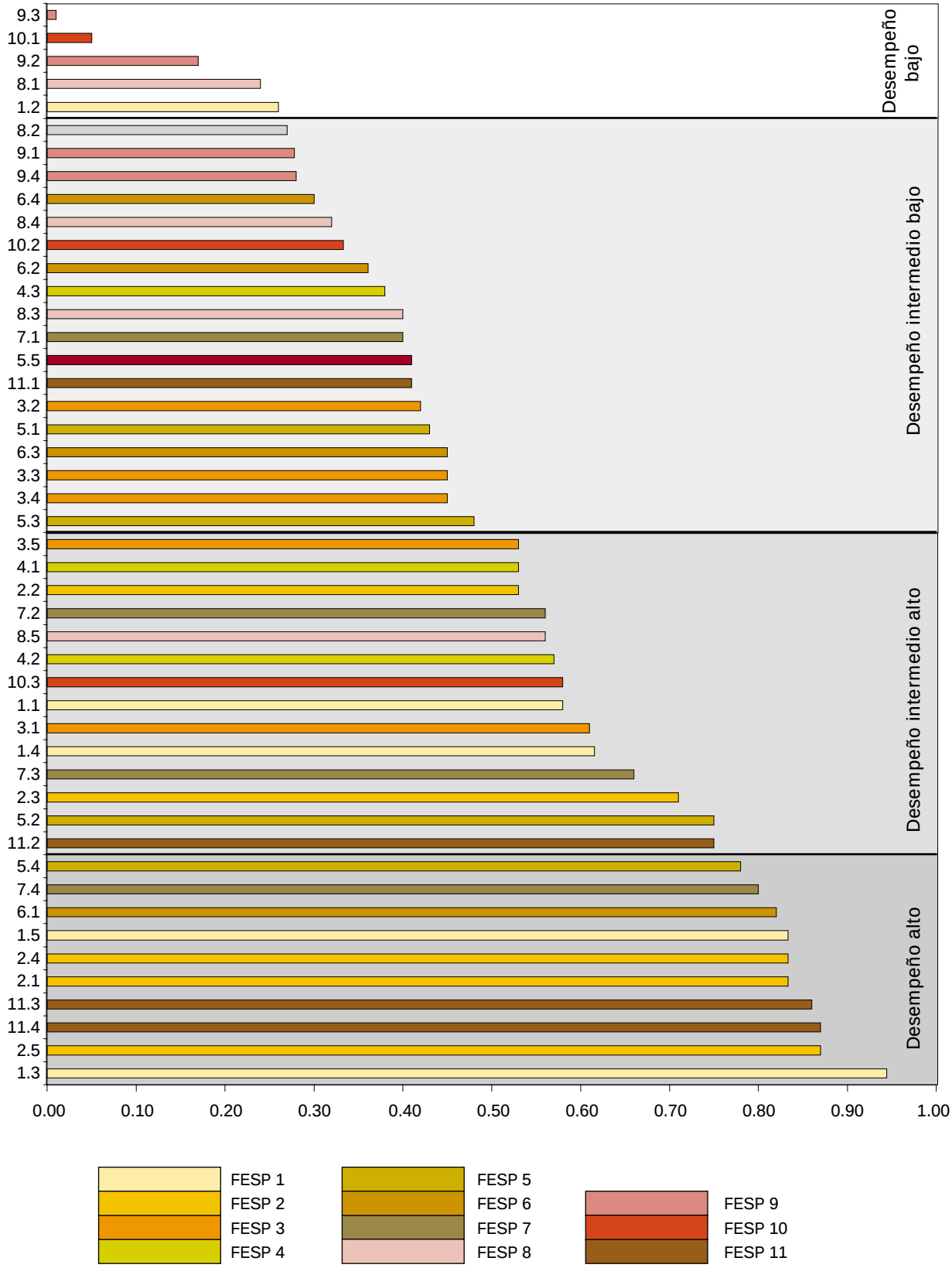
A continuación se presenta el perfil de todos los indicadores calificados como fortalezas o debilidades de la subregión. Para facilitar el análisis se han diferenciado por color según los indicadores correspondientes a cada función (véase gráfica 71).

De acuerdo con el perfil general de las funciones, las principales debilidades se encuentran en todos los indicadores de la FESP 9 (garantía de calidad de los servicios); especialmente se reconoce la falta de avances en el área de evaluación de tecnologías sanitarias. La FESP 8 (desarrollo de recursos humanos) concentra sus indicadores en un desempeño bajo, con excepción de la educación continua y de posgrado, que está en un nivel intermedio.

Gráfica 70 Desempeño de los indicadores de la FESP 11 en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití



Gráfica 71 Desempeño del total de indicadores de las FESP en la Subregión Centroamérica Caribe Hispanoparlante y Haití



También se reconocen escasos avances en la definición de un programa nacional de investigación en materia de salud pública y hay un nivel de desarrollo insuficiente de la capacidad de investigación directa de la ASN.

Si bien se alcanza un desempeño adecuado con respecto a la elaboración de marcos de reglamentación en materia de salud, éste contrasta con una consecución muy baja en la capacidad de hacer cumplir las normativas existentes.

Por otro lado, la subregión presenta fortalezas evidentes en lo relativo a la gestión de emergencias y desastres, en el desarrollo de sistemas de vigilancia en materia de salud pública y en la capacidad de respuesta oportuna a amenazas.

2.1.3.2 Desempeño por área de intervención

Las principales ***fortalezas*** —considerando un nivel de desempeño igual o superior al 70% del estándar establecido— que presentan la mayoría de los países de Centroamérica en el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública y que el plan subregional debe mantener, son las siguientes (Véase gráfica 72):

- En el ámbito de la intervención en procesos pertinentes: sistemas de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública; capacidad de respuesta oportuna y eficaz, destinada al control de problemas de salud pública; desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública; revisión, evaluación y modificación del marco de reglamentación en materia de salud pública; desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres; y capacidad de coordinación y alianzas con otros organismos e instituciones para la gestión de emergencias y desastres.

- En el ámbito de la intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: existencia de capacidad y apoyo experto para el seguimiento y evaluación del estado de salud; capacidad de los laboratorios de salud pública; y capacidad de gestión de la cooperación internacional.

- En el ámbito del desarrollo de competencias descentralizadas para el desempeño de la salud pública: apoyo de la ASN a los niveles subnacionales para el desempeño de las funciones; seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños; evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; y, reducción del daño de las emergencias y desastres.

Teniendo en cuenta un nivel de desempeño igual o inferior al 40% del estándar establecido, las principales ***debilidades*** que presenta la Subregión y que deberían formar parte de un programa de fortalecimiento de la salud pública en Centroamérica son las siguientes:

- En el ámbito de la intervención en procesos pertinentes: evaluación de la calidad de la información para el seguimiento del estado de salud de la población; definición de objetivos nacionales y subnacionales de salud pública; vigilancia del cumplimiento de la normativa de salud; descripción de las características de la fuerza de trabajo de salud; educación continua en salud pública; definición de estándares y evaluación de la calidad para el mejoramiento de los servicios sanitarios individuales y colectivos; mejoramiento del grado de satisfacción de los usuarios; y, desarrollo de un programa de investigación en salud pública.

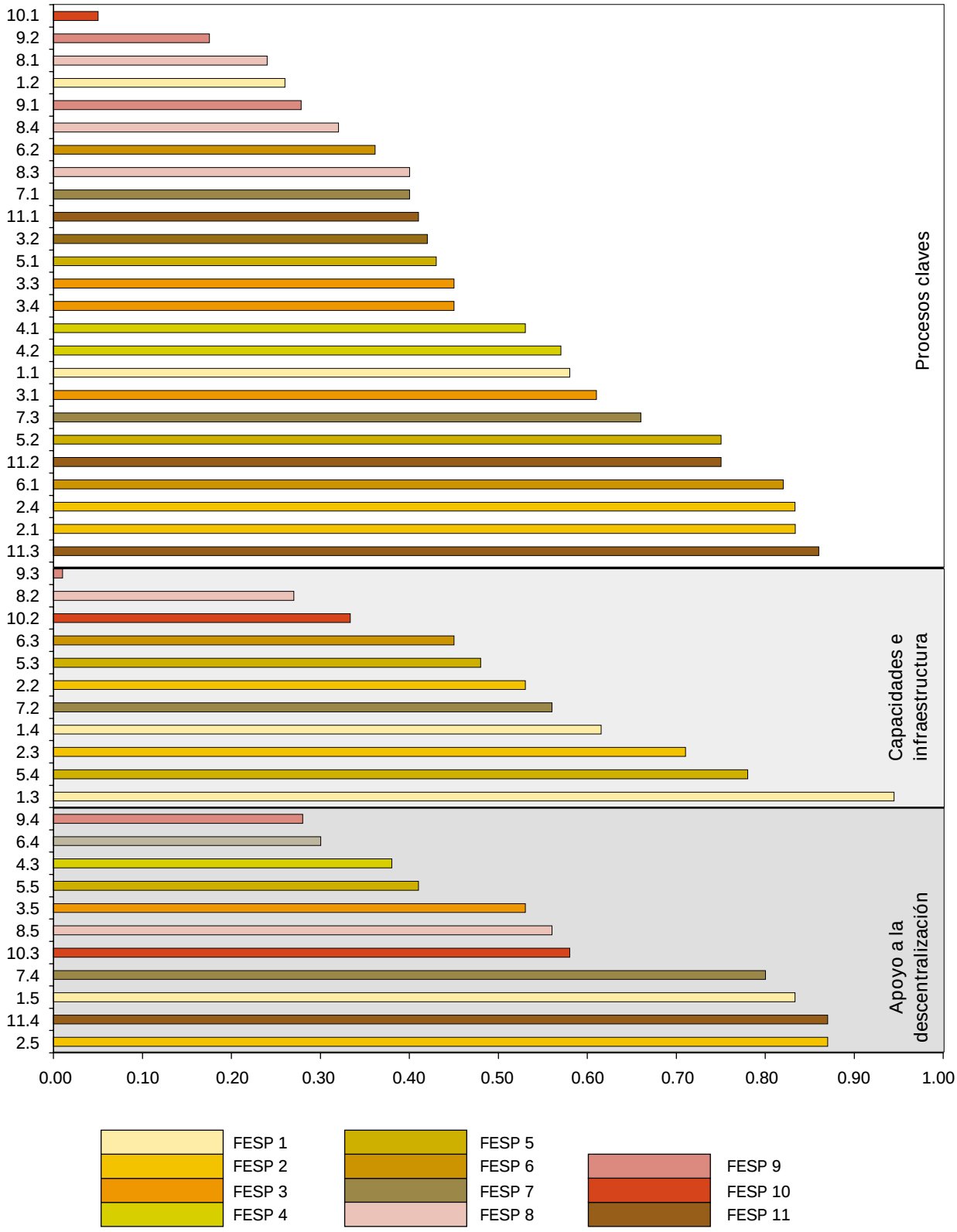
- En el ámbito de la intervención en el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: mejoramiento de la calidad de los recursos humanos en salud pública; perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de la población; desarrollo de sistemas de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías de la salud para apoyar la adopción de decisiones; y, desarrollo de la capacidad institucional de investigación en salud pública.

- En el ámbito del desarrollo de competencias descentralizadas para el desempeño de la salud pública; apoyo de la ASN a los niveles subnacionales para el desempeño de las funciones; asesoramiento y apoyo a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública; asesoramiento y apoyo a los niveles subnacionales para la fiscalización de leyes y reglamentos; y, garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios individuales y colectivos.

2.1.3.3 Desempeño según las prioridades de acción del Banco Mundial

Con el propósito de que los resultados de la medición de las FESP sean operativos, dentro del marco de las estrategias de financiación y cooperación internacional, se ha realizado una reagrupación de los indicadores. El objetivo es identificar las prioridades de acción en función de: *a*) diferencias significativas del perfil de la salud pública en los países, y *b*) necesidades de inversión. A continuación

Gráfica 72 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití según áreas prioritarias de intervención



se enumeran las categorías examinadas y el resultado del análisis:

- Desarrollo de políticas de salud
- Recopilación y divulgación de datos para orientar las políticas públicas, las estrategias y las acciones en materia de salud pública
- Prevención y control de enfermedades
- Acción intersectorial para mejorar el nivel de salud
- Desarrollo de recursos humanos y creación de competencias institucionales para la salud pública

a) Desarrollo de políticas de salud

Las áreas en que es posible apreciar carencias específicas se relacionan con la capacidad de definir objetivos nacionales de salud vinculados a las decisiones adoptadas en materia de estructuración del sistema sanitario. Es especialmente importante destacar que una de las debilidades más graves en esta materia, guarda relación con la falta de definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos nacionales a lo largo del tiempo.

A pesar de que se dispone de conocimientos y capacidades institucionales para efectuar el seguimiento y evaluar las políticas de salud, el enfoque se concentra en el examen de la actividad del sector público, sin tener en cuenta la existencia de políticas de salud ni lo que pueden aportar otros (sector privado, seguridad social, etc.) a esas políticas. También se observa como carencia de la Subregión la limitación en los esfuerzos destinados a incorporar a otros actores en la definición y el diseño de las políticas de salud.

Una cuestión crítica que constituye una importante debilidad de la Subregión es la de las capacidades de la ASN para responder al desafío de la garantía de calidad de los servicios de salud, tanto individuales como colectivos, en particular la capacidad de definir estándares que permitan su evaluación posterior.

La preocupación por el desarrollo de estrategias destinadas a incluir la satisfacción de los usuarios como un elemento esencial de las acciones de mejoramiento de los sistemas de salud sigue siendo un desafío pendiente.

b) Recopilación y divulgación de datos para orientar las políticas públicas, las estrategias y las acciones en materia de salud pública

Merece destacarse la falta de definición de un programa de investigación prioritario de salud en los países de la Subregión y la débil interacción entre las comunidades científicas y otros actores capaces de suministrar datos para mejorar los procesos de adopción de decisiones.

Las estrategias y acciones de gestión tecnológica y de evaluación de las tecnologías sanitarias, que efectivamente podrían contribuir a mejorar las políticas de salud pública, presentan un desarrollo incipiente.

También hay que tener en cuenta que muchos países no han establecido una práctica sistemática de evaluación de la calidad de la información recopilada por la autoridad nacional sanitaria, deficiencia que es muy importante corregir si se piensa que, en el panorama cambiante de las prioridades nacionales, es menester abordar de forma permanente la necesidad de nuevos datos sobre daños y factores de riesgo, así como el uso y el acceso a los servicios de salud.

En muchos países, en el seguimiento y evaluación del estado de salud no se incorpora el análisis de los factores de riesgo, variables pertinentes de las enfermedades emergentes que permiten identificar tendencias en relación con problemas epidemiológicos que hoy resultan prioritarios (se observa, en especial, una debilidad en aspectos relativos a la salud mental, los factores de riesgo de enfermedades crónicas y la salud ocupacional, entre otros).

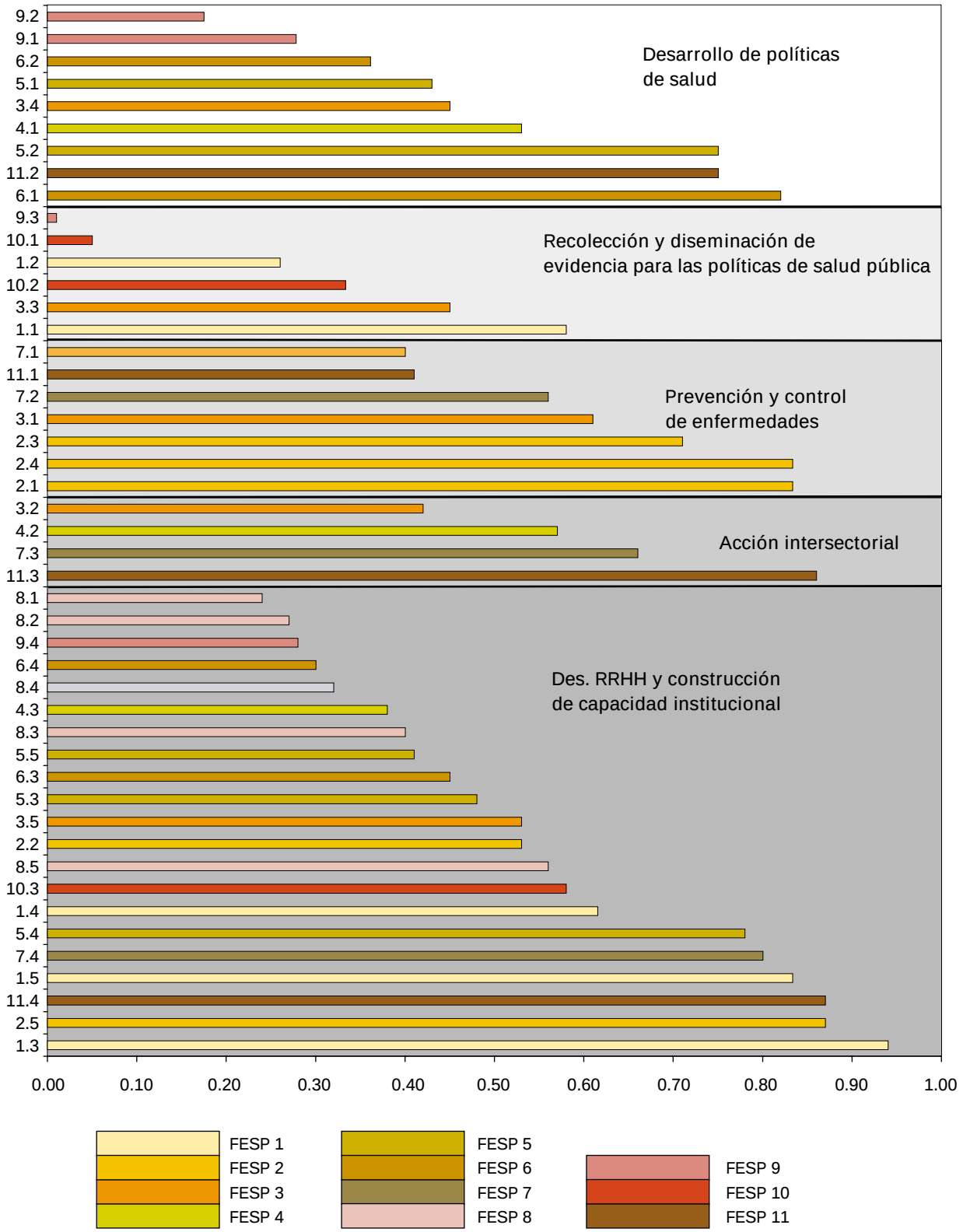
c) Prevención y control de enfermedades

Es importante destacar que, en más de la mitad de los países, se observan carencias en materia de integridad de las fuentes de información, que siguen centradas en el sistema público pese al creciente papel del sector privado, con y sin fines de lucro, en materia de prestación de servicios y, por ende, poseedor de información necesaria para vigilar los daños a la salud pública.

En lo que respecta a nuevas áreas de desarrollo, las principales carencias se observan en la vigilancia acerca de daños a la salud mental, daños derivados del ambiente laboral y enfermedades o factores de riesgo de enfermedades crónicas.

En materia de servicios sanitarios se observa el hecho de que las evaluaciones del acceso de la población a tales servicios se utilizan poco para corregir políticas y planes destinados a acercar los servicios a las poblaciones subatendidas. En general, en la mayoría de los países, la ASN, por sí sola, establece como prioridad las acciones destinadas a corregir las diferencias en poblaciones de

Gráfica 73 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión de Centroamérica, Caribe Hispanoparlante y Haití según las áreas de intervención propuestas por el Banco Mundial



mayor riesgo, pero es menor el esfuerzo para fomentar la participación de otros actores responsables con miras a que asuman su papel y responsabilidad frente al problema.

d) Acción intersectorial para mejorar el nivel de salud

En general, la subregión presenta un desempeño adecuado en este aspecto, pero el establecimiento de alianzas para la promoción de la salud sigue siendo un área crítica. Es posible que los países puedan aprender del proceso de establecimiento de alianzas para la gestión de casos de emergencias y desastres, que presenta el mejor desempeño dentro de esta categoría.

e) Desarrollo de recursos humanos y de competencias institucionales

Las principales carencias en materia de desarrollo de la capacidad institucional se localizan en el desempeño de las funciones de la salud pública llamadas "emergentes", como la garantía de calidad, el desarrollo de estrategias para acercar los servicios de salud a las personas, y el apoyo a los niveles subnacionales para la promoción y participación social en salud.

La mayor parte de los países presenta un desempeño menor en lo relativo al desarrollo de los recursos humanos para la salud pública, lo que constituye un grave riesgo para el mejoramiento de las FESP en la región.

2.1.4 Conclusiones

Los resultados de esta primera medición del desempeño de las FESP en la subregión de Centroamérica tienen un carácter eminentemente *descriptivo*, sin perjuicio de que a partir de los hallazgos sea posible hacer un análisis de las grandes tendencias de la situación de los países en relación con el desempeño de las FESP.

A partir de esta medición, cada país dispone de un detallado análisis de la realidad del desempeño de la salud pública a nivel de la autoridad sanitaria nacional. Este perfil del estado actual de la infraestructura sanitaria puede ser de gran utilidad para la adopción de decisiones en materia de fortalecimiento de capacidades básicas para ejercer la función rectora sobre el conjunto del sistema de salud. Como han reconocido categóricamente los participantes en los ejercicios de medición, la riqueza del instrumento utilizado no estriba en su perfección en cuanto a prueba diagnóstica, sino en su capacidad de promover una discusión *propositiva* acerca del estado actual de la salud pública nacional, de las razones que explican este estado y de las fórmulas adecuadas para superar las debilidades y apoyar las fortalezas.

Al revisar transversalmente el desempeño de todas las funciones se detectan algunas áreas críticas comunes que afectan a un conjunto de funciones esenciales de la salud pública y que deberían constituirse en prioridades para el fortalecimiento del desempeño de las ASN en los países.

Estas áreas críticas son:

- Fortalecimiento de la capacidad de evaluación periódica de las medidas y estrategias aplicadas (incluida la retroalimentación de los actores pertinentes: niveles descentralizados de las funciones de la ASN, otros actores y la comunidad en general),

- diseño y aplicación de una política de estímulos o incentivos orientados a la consecución de resultados en salud pública, y

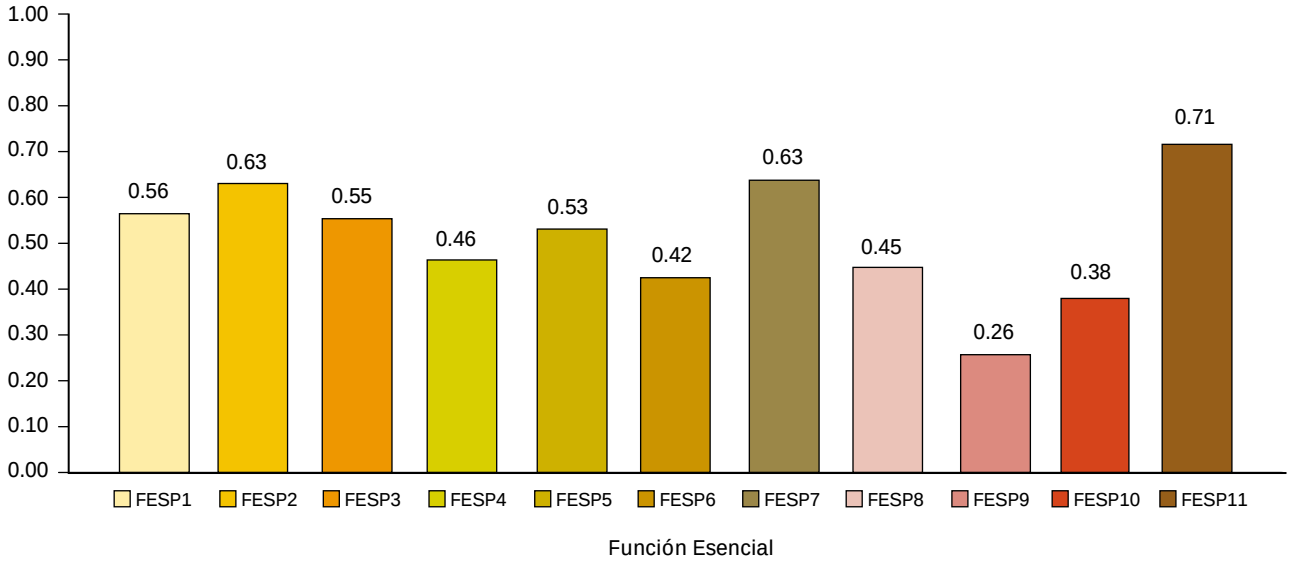
- mejora de los sistemas de información en salud pública especialmente orientados a apoyar la adopción de decisiones basada en los datos.

Desde la perspectiva subregional, este ejercicio ha permitido sacar algunas conclusiones acerca de las áreas comunes de debilidad y fortaleza, que pueden ser de gran utilidad para fundamentar el esfuerzo de los ministerios de salud y fomentar en las instancias decisorias de cada uno de los gobiernos el apoyo necesario para desarrollar sus capacidades sanitarias. Este primer diagnóstico también debería servir de marco de referencia para todas aquellas instituciones interesadas en cooperar con estos esfuerzos nacionales.

Se puede concluir que, en general, las áreas críticas en el desempeño de las FESP de la subregión son: el fortalecimiento de las funciones de garantía de calidad de los servicios de salud (especialmente en cuanto a consideración de la satisfacción de los usuarios como indicador de calidad); el desarrollo de los recursos humanos de salud pública; el fortalecimiento de la capacidad de fiscalización para el cumplimiento de las normativas en materia de salud pública; y el desarrollo de programas nacionales de investigación en salud pública. Todas ellas son susceptibles de mejora mediante acciones concertadas para el conjunto de estos países. Un área que requiere especial atención para su desarrollo es la gestión y evaluación de tecnologías de la salud para orientar con datos a las instancias decisiorias de ámbitos tan destacados como las inversiones, y a los clínicos en la aplicación de protocolos clínicos que mejoren la práctica sanitaria.

Para el resto de las funciones esenciales, las prioridades del programa dependerán del análisis que realice cada país en

Gráfica 74 Desempeño de las FESP en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



particular respecto de su propio perfil de desempeño, lo que en definitiva orientará sus prioridades nacionales para el fortalecimiento de la salud pública.

2.2 Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas

En este informe se presentan los resultados de la medición de los veinte países que constituyen la región del Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Bahamas, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente, Suriname, Turks y Caicos y Trinidad y Tobago.[11]

2.2.1 Resultados generales de la medición

A continuación (gráfica 74) se presenta el desempeño global obtenido por los países de la subregión con respecto a cada una de las FESP evaluadas. Para ello, se utiliza el promedio como medida de resumen, a fin de evitar la influencia de los valores extremos.

El desempeño general es de moderado a bajo. En esta subregión, sólo la función de reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud (FESP 11) podría considerarse de desempeño adecuado.

Las funciones relacionadas con la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7); la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (FESP 2); el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud (FESP 1); la promoción de la salud (FESP 3) y el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública (FESP 5) podrían considerarse en un nivel moderado superior.

Las funciones que presentan un desempeño moderado bajo son: participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4); desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública (FESP 8); fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública (FESP 6).

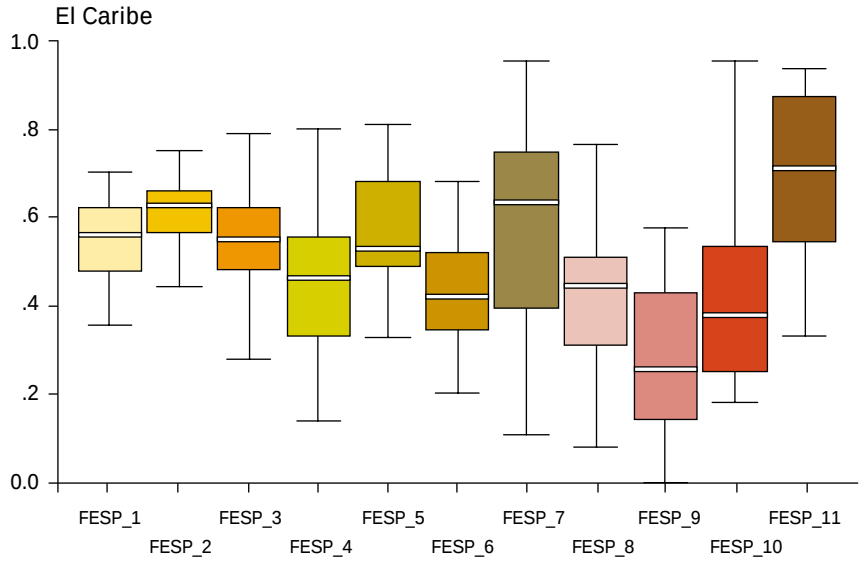
El menor desempeño de los países de la subregión se presenta en la Investigación en salud publica (FESP 10) y en la FESP 9, que corresponde a la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

Este perfil muestra que los países del Caribe no han logrado, en general, niveles de desempeño de funciones esenciales de salud pública satisfactorios en las áreas consideradas más tradicionales. Sin embargo, hay avances en otras de impulso más reciente gracias a los procesos de reforma, como la evaluación del acceso equitativo a los servicios de salud y la promoción de la salud, así como el fortalecimiento de la capacidad de gestión institucional para la salud pública.

Se demuestra la necesidad de fortalecer las funciones relacionadas con la capacidad rectora del sector, la gestión de los recursos y, especialmente, la garantía

[11] Aunque Belice geográficamente pertenece a Centroamérica, se ha incluido en este grupo por sus características político-sanitarias, más cercanas al perfil de un país del Caribe.

Gráfica 75 Distribución del desempeño de las FESP en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



de calidad de los servicios ofrecidos a la población.

Para profundizar en este comportamiento global, es necesario analizar la dispersión existente en el desempeño de cada una de las FESP en los países de la subregión. Para ello, la gráfica 75 indica el valor promedio, la primera desviación estándar (que representa al 66% de los países) y los valores máximos y mínimos[12] para cada función.

El perfil de desempeño de los países del Caribe en relación con las once funciones esenciales de la salud pública muestra la existencia de un patrón relativamente homogéneo entre todos los países analizados (gráfica 75). En general, los países presentan desempeños que varían entre el 40 y el 80% para las funciones 1 a 6. A partir de allí, se evidencia una mayor dispersión de los valores, con una marcada tendencia a valores inferiores para la FESP 9.

Aún cuando la función de reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (FESP 11) presenta el mejor desempeño de la subregión, se observa una alto grado de dispersión entre los países, lo que en algunos casos puede constituir una debilidad.

Las dos funciones de menor desempeño global (FESP 9 y 10) también muestran una alta dispersión y los valores más altos no alcanzan a convertirlas en una fortaleza para algunos países de la subregión.

Entre las funciones de desempeño moderado alto, llama la atención la escasa dispersión entre países en el desempeño de la FESP 2 (vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública) y, por el contrario, la alta dispersión en el cumplimiento de la FESP 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios). En este último caso, esta función representa una fortaleza en algunos países de la subregión.

2.2.2 Resultados de la medición por función

Se analiza el desempeño de cada una de las funciones esenciales de la salud pública en el contexto de la subregión, identificando y describiendo sus elementos constitutivos.

FESP 1: *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud*

En el Caribe, esta función tiene un desempeño que, de acuerdo con el valor promedio, alcanza el 56% del estándar óptimo preestablecido para esta medición.

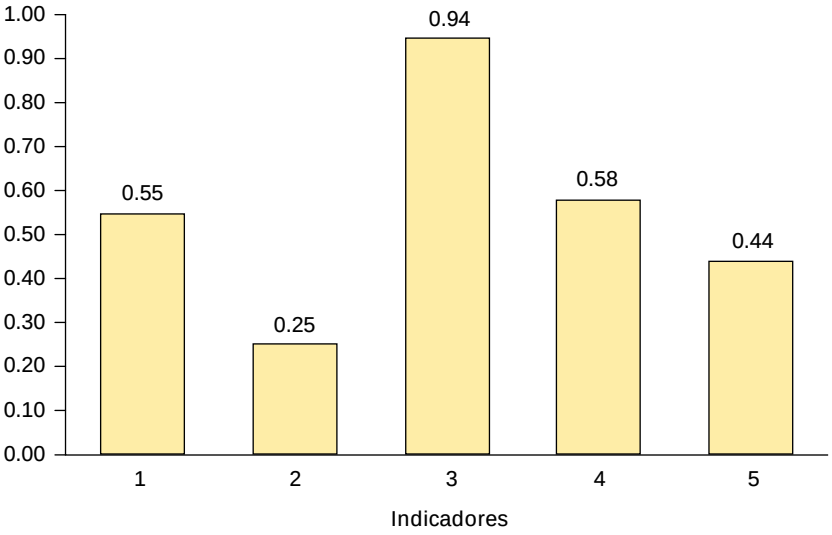
En el cumplimiento de esta función sólo destaca la capacidad institucional para efectuar el seguimiento y evaluación del estado de salud (indicador 3), gracias a la existencia de recursos humanos con buenos niveles de capacitación.

En las áreas de elaboración de pautas y procesos para el cumplimiento de esta función, así como de soporte tecnológico y apoyo a los niveles subnacionales, el índice alcanzado en la subregión es sólo moderado.

Respecto de la información disponible, ningún país cuenta con información sobre los obstáculos de acceso a la atención sanitaria y son escasos los países que incluyen el seguimiento de los factores de riesgo pertinentes en su perfil epidemiológico, lo cual impide que el perfil del estado de salud contribuya a resolver tanto los problemas de inequidad como a evaluar el impacto de las iniciativas tendentes a controlar o modificar los factores de riesgo para la salud.

[12] En este análisis se han excluido algunos resultados que son identificados en el análisis estadístico como “outliers” (elementos externos).

Gráfica 76 Desempeño de los indicadores de la FESP 1 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



Aunque se elabora material adecuado, hay fallas en el proceso de divulgación del mismo. En el diseño de estos instrumentos no se toma en cuenta el público al que están dirigidos y hay deficiencias en cuanto a la oportunidad con la que se divulga la información.

El grado de menor desempeño se presenta en la evaluación de la calidad de la información. Esto se debe a que en la mayoría de los países de la subregión no existe una instancia al nivel de la autoridad sanitaria responsable de llevar a cabo esta función, ni se efectúan auditorías para evaluar la calidad de los datos. También se presentan deficiencias en la coordinación intersectorial para recopilar la información pertinente sobre estadísticas vitales que requiere el seguimiento del estado de salud. A pesar de lo anterior, todos los países registran un buen desempeño en lo relativo a la certificación médica de las defunciones.

Indicadores

1. Pautas y procesos de seguimiento y evaluación del estado de salud
2. Evaluación de la calidad de la información
3. Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud
4. Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

FESP 2: *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.*

Esta función tiene un desempeño moderado en la subregión, con un promedio del 63% respecto del estándar óptimo definido.

Destaca por su escaso desempeño la capacidad de respuesta oportuna y eficaz a los problemas de salud pública (indicador 4) y el desarrollo insuficientemente experto en epidemiología a nivel de la ASN (indicador 3).

Indicadores

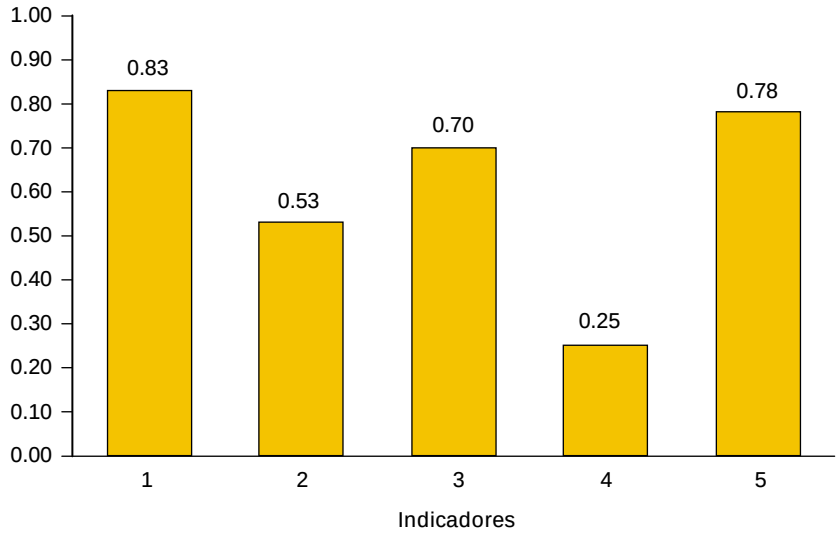
1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública
2. Capacidad y pericia en epidemiología
3. Capacidad de los laboratorios de salud pública
4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

La mayoría de los países dispone de un buen sistema de vigilancia para identificar las amenazas y daños a la salud pública que incluye una red de laboratorios de apoyo, pero cuya calidad, en general, no es evaluada regularmente.

Aunque en la subregión se asesora de manera relativamente adecuada a los niveles subnacionales para apoyar la capacidad de vigilancia, la autoridad sanitaria no cuenta, en general, con mecanismos apropiados y oportunos de retroalimentación de la información producida en dichos niveles.

En relación con la pericia en epidemiología, la subregión dispone de personal

Gráfica 77 Desempeño de los indicadores de la FESP 2 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



capacitado y con experiencia. Destacan las fortalezas en el ámbito de la salud mental, y sus principales deficiencias se asocian a la falta de evaluación regular de los sistemas de vigilancia, así como a las debilidades en cuanto a la vigilancia de accidentes y salud ocupacional.

Por último, a pesar de la existencia de personal capacitado y de protocolos de actuación que permitirían a la autoridad sanitaria tener una buena capacidad de respuesta frente a las amenazas y daños a la salud pública, no se estimula ni evalúa periódicamente la capacidad de respuesta oportuna, ni se han definido estímulos para mejorar el desempeño del personal que trabaja en vigilancia de la salud pública.

FESP 3: *Promoción de la salud*

El desempeño de la subregión para esta función es de moderado a bajo, con un promedio que alcanza al 55% del desempeño óptimo.

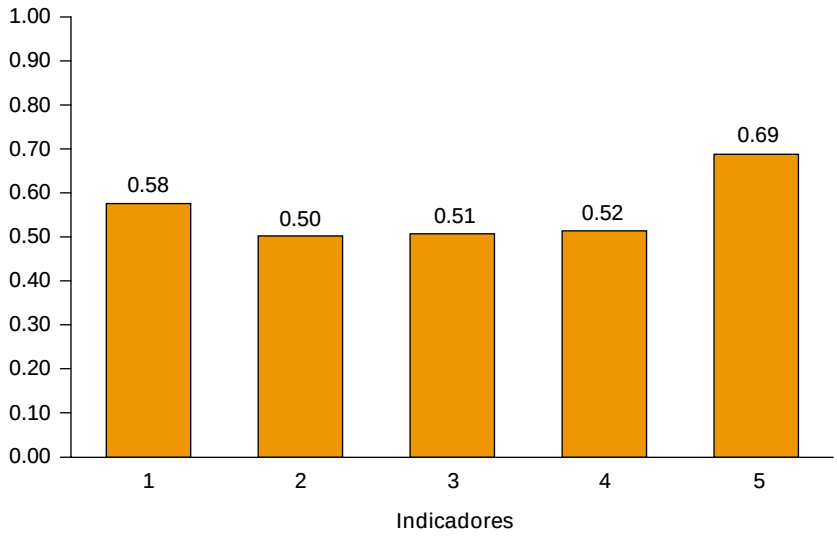
La subregión registra un desempeño moderado y relativamente homogéneo para todos los indicadores, siendo levemente mejor el relacionado con el asesoramiento a los niveles subnacionales (gráfica 78).

En la subregión se registran niveles diversos de apoyo a las actividades de promoción, a pesar de que la mayoría de los países pone de manifiesto su importancia a través de políticas de promoción escritas.

En general, los niveles de participación de otros sectores y actores de la sociedad son bajos. Se han logrado avances en la promoción de comportamientos y ambientes saludables, sin embargo no se dispone de mecanismos que permitan evaluar el impacto de las políticas sociales y económicas.

La autoridad sanitaria de los países del Caribe no cuenta con una buena capacidad de convocatoria y aun menos de alianzas con otros sectores, especialmente por la baja retroalimentación que

Gráfica 78 Desempeño de los indicadores de la FESP 3 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



se recibe de los esfuerzos que realizan en conjunto.

A pesar de lo anterior, la mayoría de los países de la subregión han preparado programas de divulgación y educación de la población en temas promocionales. Algunos han realizado campañas de promoción, que no han sido evaluadas, o establecido instancias con el fin de divulgar estos temas entre la población.

Es frecuente la discusión de la promoción en los órganos de decisión de la subregión. Además, se está reforzando la atención primaria y se realizan esfuerzos de capacitación de los recursos humanos en este ámbito. En general, los países aún no han desarrollado acciones tendentes a reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción.

Aunque se dispone de capacidad para apoyar a los niveles subnacionales y se ha logrado fortalecer el uso de herramientas para mejorar el acceso de la población a la promoción, la mayor parte de los países de la subregión desconoce las necesidades de personal capacitado.

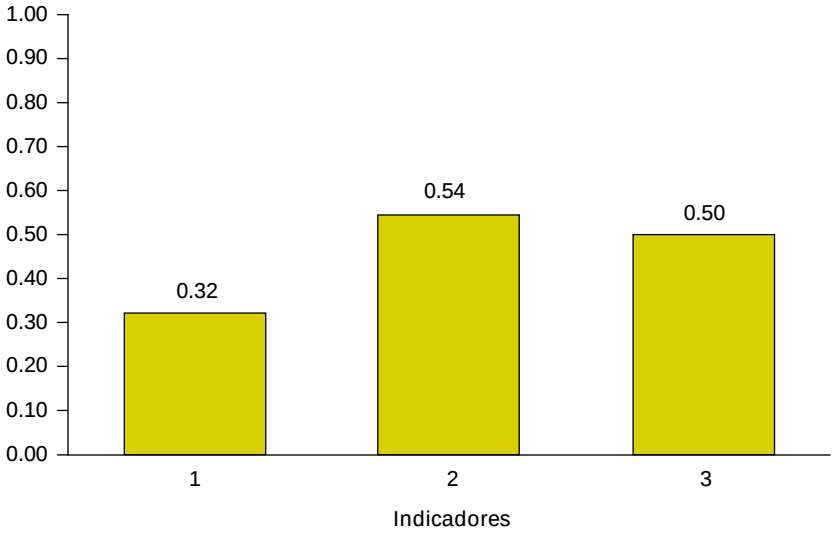
Indicadores

1. Apoyo a las actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones destinadas a favorecer comportamientos y ambientes saludables

2. Establecimiento de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud

3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud

Gráfica 79 Desempeño de los indicadores de la FESP 4 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de la salud

FESP 4: *Participación de los ciudadanos en la salud*

Esta es una función que presenta un desempeño de moderado a bajo en los países del Caribe, de acuerdo con el valor promedio (46%).

El aspecto que presenta un mejor, aunque moderado, desarrollo en el ejercicio de esta función es el relacionado con el fortalecimiento de la participación social en la salud (gráfica 79).

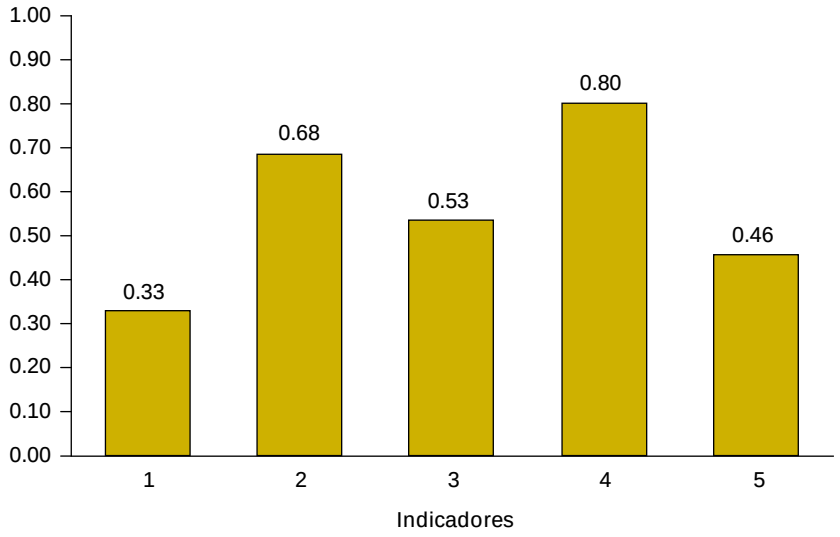
En cuanto al fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública, existe cierto grado de avance gracias a la puesta en práctica de mecanismos de consulta ciudadana, aunque éstos son generalmente de carácter informal y no se recogen sus aportes en el diseño de las políticas de salud.

La gráfica del defensor del ciudadano y la rendición pública de cuentas son elementos de incipiente aparición.

El fortalecimiento de la participación social en materia sanitaria es un aspecto de desarrollo irregular en la subregión y, aunque en casi todos los países la participación ciudadana es un elemento de la política, su aplicación es informal. Lo habitual es que no se hayan establecido instancias para tener en cuenta la opinión ciudadana en la toma de decisiones y que la información a la comunidad sobre sus derechos en materia de salud sea limitada.

No obstante lo anterior, la mayor parte de los países cuentan con personal capa-

Gráfica 80 Desempeño de los indicadores de la FESP 5 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



citado para trabajar en estos temas y han asignado financiación específica para el desarrollo de acciones. Falta, sin embargo, la evaluación de estos aspectos.

Por último, aunque el apoyo a los niveles subnacionales se lleve a cabo con cierta regularidad, sus alcances son limitados.

Indicadores

1. Fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública

2. Fortalecimiento de la participación social en la sanidad

3. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en materia de salud

FESP 5: *Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública.*

El desempeño de esta función en la subregión es moderado y alcanza un valor promedio del 53%.

En el desarrollo de esta función, destaca, por un lado, el buen nivel logrado en la gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública, y, por el otro, el bajo nivel en la capacidad para definir los objetivos de salud pública, tanto a nivel nacional como subnacional (gráfica 80).

El bajo nivel que presenta la subregión con respecto al desarrollo de planes con metas y objetivos relacionados con las prioridades sanitarias se debe a que, si bien es un proceso liderado por la autoridad sanitaria, no existe un perfil bien definido del sistema de salud en el cual basarse, falta financiación para la ejecución de planes y programas, y no se ha logrado diseñar los indicadores adecuados para la evaluación del desempeño o el logro de los objetivos, ni desarrollado adecuadamente la capacidad para reconocer los aliados necesarios para la consecución de los mismos.

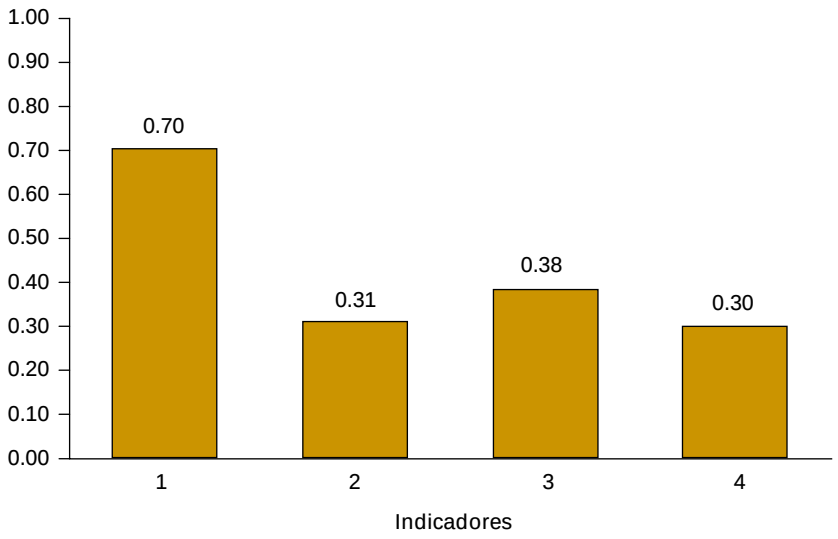
La autoridad sanitaria de los países asume el liderazgo del proceso de desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública a través de un programa que dispone del apoyo de todos los poderes del Estado, pero con escasa participación de otros sectores. Y, aunque se han puesto en práctica políticas que se traducen en cuerpos de leyes, para lo que se dispone de personal capacitado, no todos han evaluado su impacto.

La mayor parte de los países de la subregión, aún disponiendo de la capacidad de recursos humanos en el área de gestión en materia de salud pública, presenta poca capacidad para ejercer el liderazgo en ella y tiene debilidades en los mecanismos de supervisión. Existe escasa capacidad institucional para tomar decisiones basadas en los datos, principalmente por el limitado acceso a sistemas de información de apoyo y de manejo de dicha información. En relación con el uso de la planificación estratégica para la gestión, la mayoría de los países actúa en ese ámbito, pero no de manera sistemática. Hay poco desarrollo organizativo y escasa capacidad institucional para la gestión de recursos, especialmente ligado a la carencia de personal cualificado.

En lo que se refiere a la gestión de la cooperación internacional, la mayoría de los países del Caribe dispone de recursos, tecnología y competencias para efectuar y negociar los procesos, y conoce los mecanismos y requisitos de las diferentes organizaciones internacionales para la asignación de recursos.

En cuanto al asesoramiento a nivel subnacional, los países disponen de personal

Gráfica 81 Desempeño de los indicadores de la FESP 6 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



capacitado, pero existen limitaciones a la práctica del mismo relacionadas con las políticas, la planificación y gestión de las actividades en materia de salud pública, la capacitación continua y la disponibilidad de recursos, a lo que se suma una incapacidad para detectar las necesidades de asesoramiento a esos niveles.

Indicadores

1. Definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública

2. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública

3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública

4. Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

FESP 6: *Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública*

Esta FESP tiene un nivel de desempeño bajo en la subregión, con un valor promedio de un 46%.

En el grupo de países que integran la subregión, sólo destaca, en un nivel de desarrollo moderado, la capacidad de establecer marcos de reglamentación en materia de salud. Las demás áreas presentan un desarrollo limitado (gráfica 81).

Indicadores

1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco de reglamentación

2. Hacer cumplir la normativa en materia de salud

3. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco de reglamentación

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos

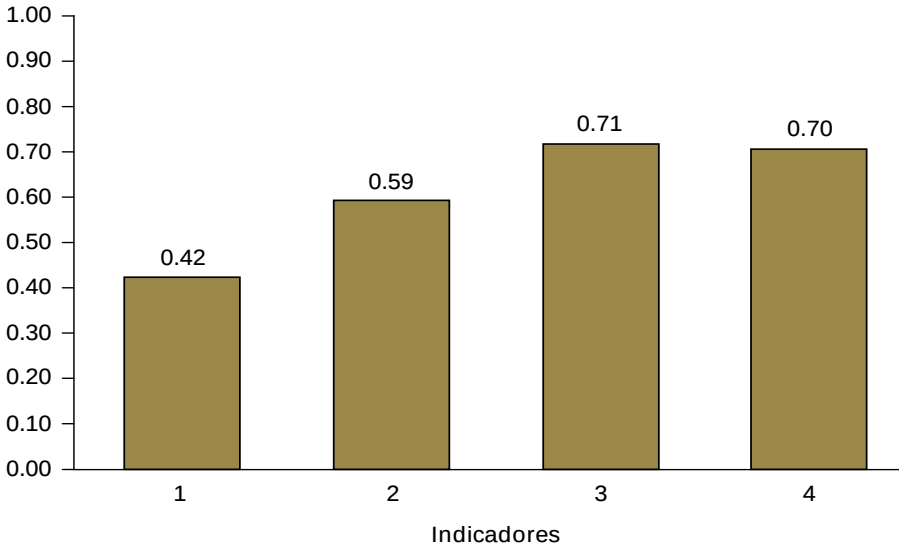
La mayor parte de los países del Caribe, para ejercer la función de reglamentación y fiscalización en salud pública, disponen de los recursos y el asesoramiento adecuados para desarrollar los mecanismos pertinentes, pero presentan limitaciones en cuanto a la oportunidad y periodicidad con que estas funciones se realizan.

Aunque la mayoría de los países ha diseñado pautas e identificado a los responsables del proceso para hacer cumplir la normativa, no disponen, en general, de mecanismos de supervisión de los procedimientos. Se educa a aquellos que ejercen la fiscalización, pero no se incentiva el cumplimiento. Por otra parte, la aplicación de mecanismos de prevención de la corrupción no es una práctica frecuente.

La capacidad institucional para ejercer la función normativa y fiscalizadora registra un desempeño irregular en la subregión, principalmente por las limitaciones de capacidad técnica y recursos, tanto para ejercer la función como para hacer cumplir la normativa establecida por la autoridad sanitaria. La capacitación del personal es incompleta y, en general, no se han establecido mecanismos de evaluación de sus necesidades de formación.

Como consecuencia de lo anterior, la asistencia a los niveles subnacionales es reducida y generalmente se circunscribe al apoyo en materia de fiscalización. No

Gráfica 82 Desempeño de los indicadores de la FESP 7 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



existe un proceso de evaluación de la calidad de la asistencia técnica o de su impacto.

FESP 7: *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*

Esta es una función de desempeño moderado, con un valor promedio que alcanza el 63%.

Los países de la subregión han hecho avances en el cumplimiento de esta función en lo que se refiere al fomento y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios y el asesoramiento a los niveles subnacionales. En los otros aspectos su nivel de desempeño es menor, especialmente en el seguimiento y evaluación del acceso a los servicios sanitarios (gráfica 82).

Indicadores

1. Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios
2. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población
3. Fomento y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios sanitarios

El seguimiento y evaluación del acceso a los servicios necesarios es un proceso que, en la mayoría de los países, efectúa la autoridad sanitaria respectiva, pero de manera más o menos centralizada, lo que se traduce en un análisis incompleto de los niveles de acceso de la población, especialmente por las dificultades para identificar los obstáculos a dicho acceso. En consecuencia, no se cuenta con los elementos de juicio necesarios para promover la equidad en el acceso a los servicios esenciales.

En la mayoría de los países, la autoridad sanitaria conoce el patrón de utilización de los servicios de salud por parte de la población, pero con limitaciones debidas a las deficiencias ya mencionadas y, por lo tanto, con una reducida capacidad de acercamiento a la comunidad para influir sobre su comportamiento. A esto se suma que el personal, aunque capacitado en diversos ámbitos, no está sujeto a una evaluación periódica, ni se mide el impacto de su actuación.

En la subregión, las acciones de fomento para la mejora del acceso de la población a los servicios de salud se llevan a cabo con diferentes grados de éxito y se acompaña, en la mayoría de los casos, con acciones concretas no siempre evaluadas. Asimismo, existe una debilidad en la aplicación de mecanismos para incentivar en los prestadores la promoción del acceso a los servicios sanitarios.

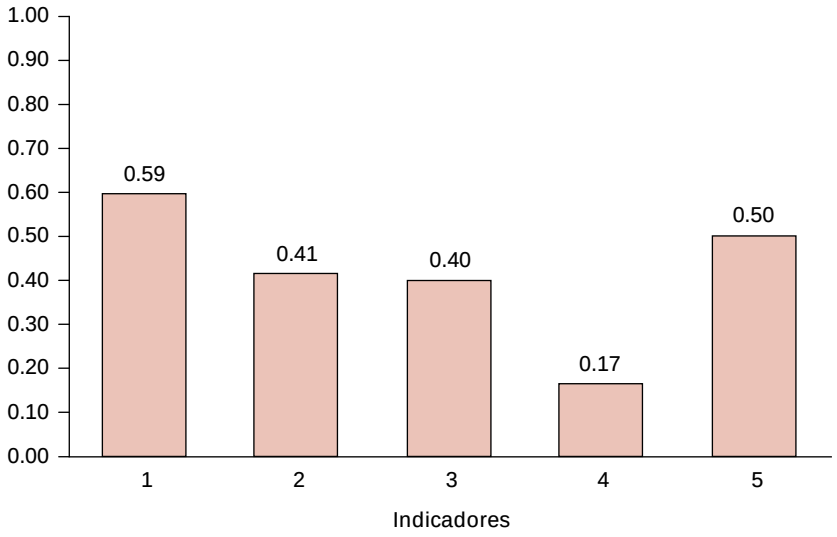
El apoyo a los niveles subnacionales se realiza de manera variable, según los diferentes países de la subregión, con mayor éxito en las áreas de coordinación y divulgación de información, pero con grandes falencias en la capacidad de detección de obstáculos, tal como sucede a nivel de la autoridad sanitaria.

FESP 8: *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*

Esta función tiene un nivel de desempeño bajo, con un valor promedio del 45%.

En el Caribe, el nivel de desempeño de cada uno de estos aspectos es limitado, especialmente el vinculado al perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios (gráfica 83).

Gráfica 83 Desempeño de los indicadores de la FESP 8 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



La mayoría de los países de la subregión han tomado medidas tendentes a definir las características de la fuerza de trabajo, como las competencias requeridas para ejercer funciones esenciales y servicios colectivos de salud pública, pero se presentan dificultades en el momento de identificar las diferencias.

La evaluación no siempre se realiza con la periodicidad adecuada, no se mantiene un inventario actualizado de la oferta ni se realizan previsiones de necesidades futuras. Tampoco se hace participar a otro tipo de instituciones en este proceso.

Indicadores

1. Descripción de la fuerza de trabajo en salud pública

2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo

3. Educación continua y de posgrado en salud pública

4. Perfeccionamiento de los RH para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de los recursos humanos

Las estrategias para mejorar la fuerza de trabajo son limitadas, principalmente en los aspectos que hacen al desarrollo de la carrera funcionarial, la formación ética y el fortalecimiento de liderazgo.

La mayoría de los países de la subregión dispone de sistemas de evaluación del desempeño funcionarial, pero esta información raramente se utiliza para la mejora de la toma de decisiones. Asimismo, existe una marcada limitación en los planes de educación continua.

El aspecto más carente es el perfeccionamiento de la fuerza de trabajo en función de las características socioculturales de los usuarios, tanto a nivel de la autoridad sanitaria como a nivel subnacional. En este ámbito, sin embargo, en la mayoría de los países se apoya la puesta en práctica de planes de desarrollo y gestión descentralizada de los recursos humanos.

FESP 9: *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*

Ésta es la función con menor nivel de desempeño entre los países del Caribe, con un valor promedio sólo del 26%.

El desempeño de los países de esta subregión es bajo para todos los aspectos mencionados, especialmente con respecto a la mejora del grado de satisfacción de los usuarios (gráfica 84).

Indicadores

1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

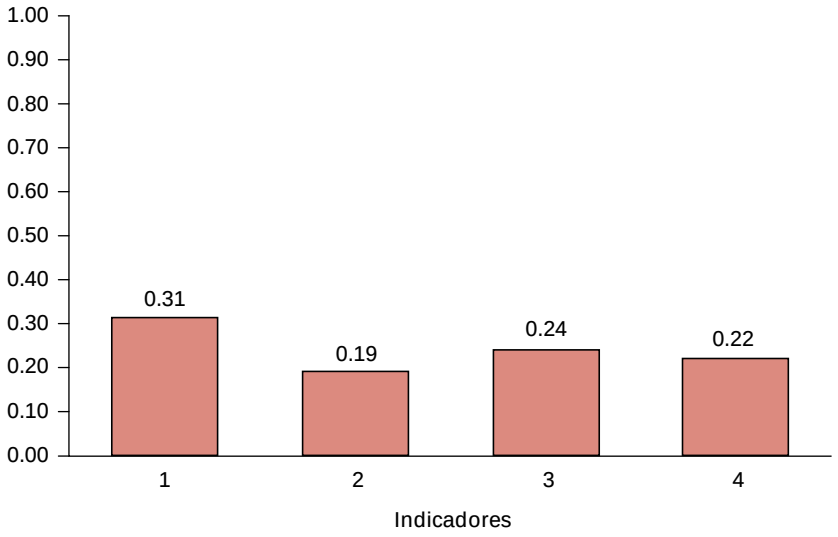
2. Mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

3. Sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en materia sanitaria para apoyar la toma de decisiones con respecto a la salud pública

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud para asegurar la calidad de los servicios

Para el cumplimiento de la función de definición de estándares y evaluación con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, sólo la autoridad sanitaria de algunos países de la subregión aplica una política de mejora continua de la cali-

Gráfica 84 Desempeño de los indicadores de la FESP 9 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



dad de los servicios de salud. No es frecuente la elaboración de estándares ni la evaluación periódica de su cumplimiento, tanto en lo que se refiere a servicios colectivos como individuales, excepto en cuestiones relacionadas con la fiscalización.

Los esfuerzos para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos son muy limitados. Generalmente se realiza a través de encuestas a la población atendida y sobre los servicios individuales, raramente sobre servicios colectivos.

En la subregión, no es frecuente que la autoridad sanitaria impulse la gestión tecnológica y la evaluación de tecnologías; esta última, cuando se realiza, por lo general se limita a aspectos de seguridad y eficacia. En consecuencia, las decisiones en materia de tecnología no suelen basarse en los datos disponibles. Además, es infrecuente que la autoridad sanitaria evalúe su capacidad en esta área.

A nivel subnacional, el apoyo para el desarrollo tecnológico y la evaluación de la calidad de los servicios, tanto colectivos como individuales, es limitado. Generalmente limita a aspectos de estructura organizativa y capacidad global.

FESP 10: *Investigación en salud pública*

La función de investigación en salud pública presenta el segundo más bajo desempeño en la subregión, con un valor promedio del 38%.

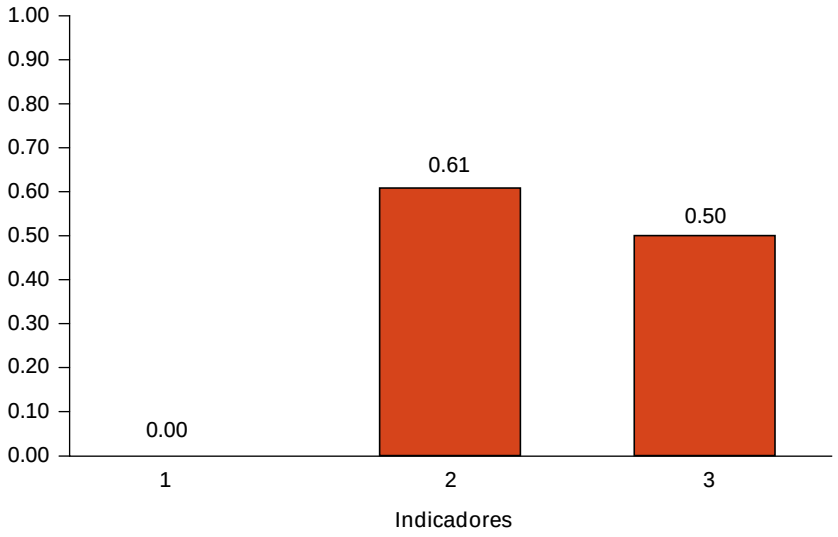
De los tres aspectos, el que registra menor progreso es el que se refiere al desarrollo de un programa de investigación. Los aspectos de capacidad institucional y asesoramiento a los niveles subnacionales, tienen un nivel de desempeño intermedio (gráfica 85).

Indicadores

1. Desarrollo de un programa de investigación en materia de salud pública

2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación

Gráfica 85 Desempeño de los indicadores de la FESP 10 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



3. Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública

La ausencia generalizada en la subregión de un programa de investigación en materia de salud pública es la principal debilidad en el desempeño de esta función.

No obstante, existe cierto nivel de desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para la investigación autónoma, gracias a la disponibilidad de equipos técnicos capacitados y de equipamiento informático para apoyar el análisis de la información de manera adecuada.

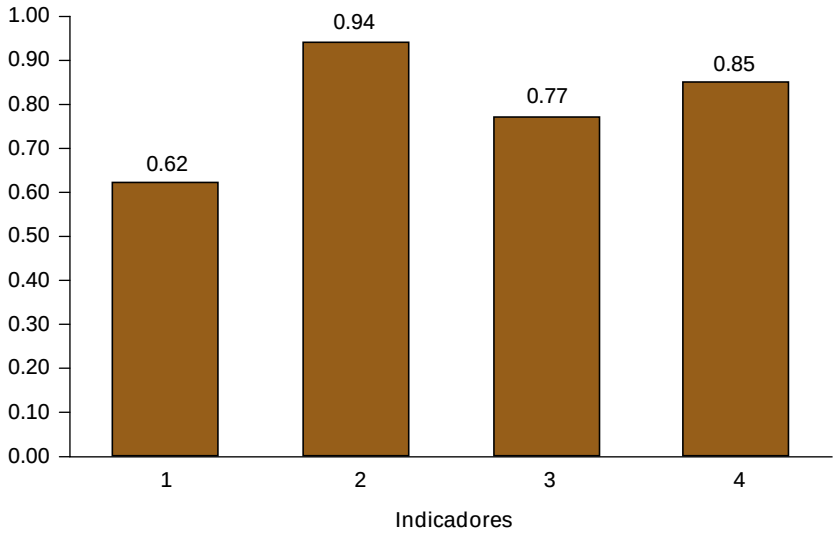
Asimismo, se ofrece cierto asesoramiento a los niveles subnacionales en metodología de investigación operativa y reciben apoyo para interpretar los resultados. Lamentablemente, aunque se estimula a los profesionales de estos niveles para participar en investigaciones de alcance nacional, no es frecuente que los resultados se divulguen entre ellos o al resto de la comunidad científica.

FESP 11: *Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud*

Esta es la función de mejor desempeño en los países del Caribe, con un valor promedio del 71%.

De todos estos aspectos, el de mayor nivel de desarrollo es la elaboración de normas y directrices, mientras que el de menor desempeño es el de gestión. Los demás han alcanzado, en general, niveles de moderados a altos (gráfica 86).

Gráfica 86 Desempeño de los indicadores de la FESP 11 en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



Indicadores

1. Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres

2. Desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

3. Coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

La gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres es limitada en la subregión debido a que no todos los países disponen de un plan nacional institucional para enfrentarse a estas situaciones, hecho, en general, asociado a la falta de una unidad específica dentro de la autoridad sanitaria que, además, disponga de una partida presupuestaria específica.

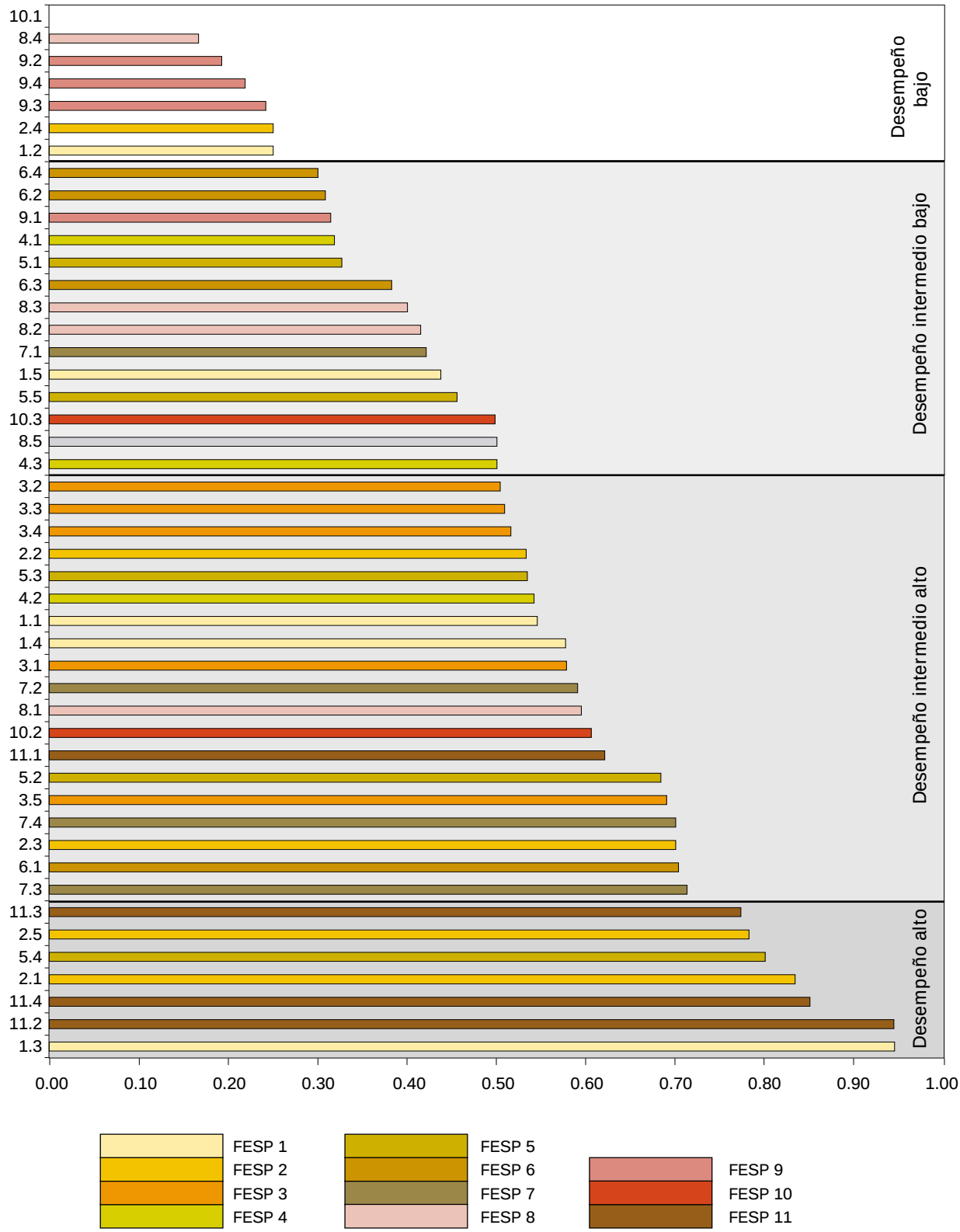
El nivel de capacitación del personal de la subregión asignado a estas funciones es relativamente alto, pero no es habitual que se incluyan contenidos relacionados con el control de estas situaciones en los programas de formación profesional.

La normativa y la elaboración de directrices para enfrentarse al impacto y las consecuencias de situaciones de emergencia y desastres es claramente una fortaleza de la subregión y abarca todos los aspectos, salvo el impacto sobre la salud mental.

En los países del Caribe, es frecuente la coordinación de la autoridad sanitaria con otros organismos o instituciones, tanto a nivel nacional como internacional, para afrontar este tipo de situaciones. A esto se suma la presencia de protocolos para divulgar la información pertinente a través de los medios de comunicación.

La asistencia a los niveles subnacionales en este ámbito tiene un amplio desarrollo en la subregión, especialmente en lo

Gráfica 87 Desempeño del total de indicadores de las FESP en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas



que se refiere al fortalecimiento de la capacidad técnica y de gestión de recursos, gracias a una evaluación de necesidades a estos niveles.

2.2.3 Identificación de áreas de intervención prioritarias

2.2.3.1 Desempeño del total de indicadores

Para identificar las áreas de intervención prioritarias y evaluar su nivel de desarrollo, a continuación se presenta un perfil de todos los indicadores de las FESP de la subregión, en orden creciente, clasificados según su nivel de desempeño de bajo, moderado bajo, moderado superior y alto. Para facilitar el análisis, se han diferenciado por color los indicadores correspondientes a cada función (Véase gráfica 87).

Las principales áreas críticas de la subregión se observan en todos los indicadores de la función de garantía de calidad de los servicios, en la mayor parte de los aspectos evaluados relativos al desarrollo de recursos humanos y en relación con las capacidades de orientación y reglamentación, con excepción de la capacidad de desarrollo del marco de reglamentación. Por otra parte, ningún país registra avances en la elaboración de un programa nacional de investigación en salud pública.

En relación con los ámbitos más tradicionales del desempeño de la salud pública, se observan debilidades importantes en la capacidad de respuesta oportuna frente a amenazas para la salud pública.

La evaluación de la calidad de la información para el seguimiento del estado de salud también constituye un área crítica que debe ser fortalecida.

Por otra parte, las principales fortalezas de la subregión se encuentran en los aspectos relacionados con la gestión de emergencias y desastres, la existencia de sistemas de vigilancia de la salud pública y la pericia en epidemiología a nivel de las ASN.

2.2.3.2 Desempeño por área de intervención

Las principales ***fortalezas*** de la mayoría de los países del Caribe para el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, que el plan subregional debe mantener, según las áreas ya identificadas son:

- En el ámbito de intervención en procesos relevantes: el desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud; el sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública; la coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones; el fomento y la acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios, y la revisión periódica, evaluación y modificación del marco de reglamentación.

- En el ámbito de intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: el apoyo experto y los recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud; y la gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

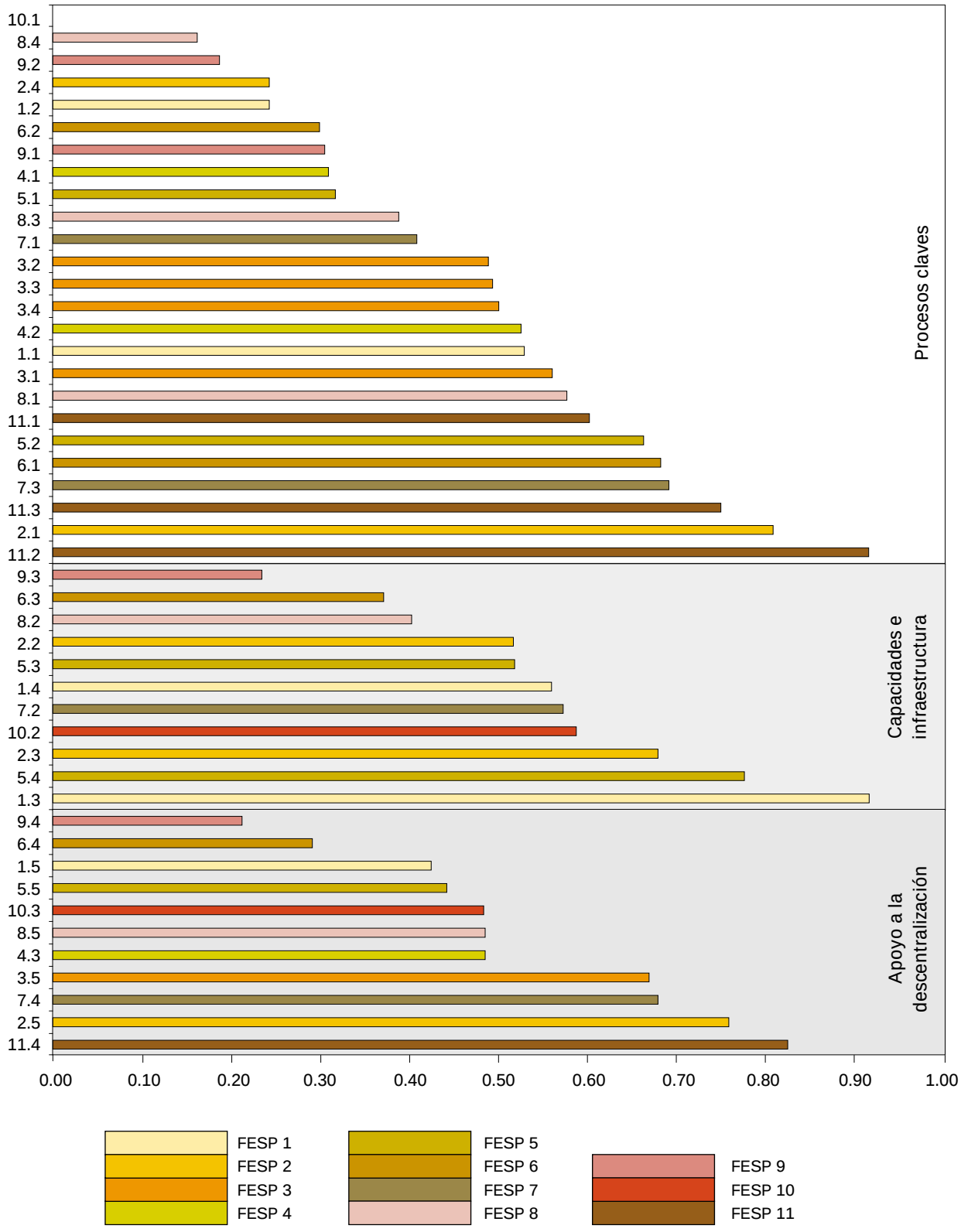
- En el ámbito de desarrollo de competencias descentralizadas: el asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud; y el asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en materia de vigilancia de la salud pública.

Por el contrario, las principales ***debilidades*** que presenta la subregión y que deberían formar parte de un programa de fortalecimiento de la salud pública en el Caribe, según los ámbitos ya indicados, son:

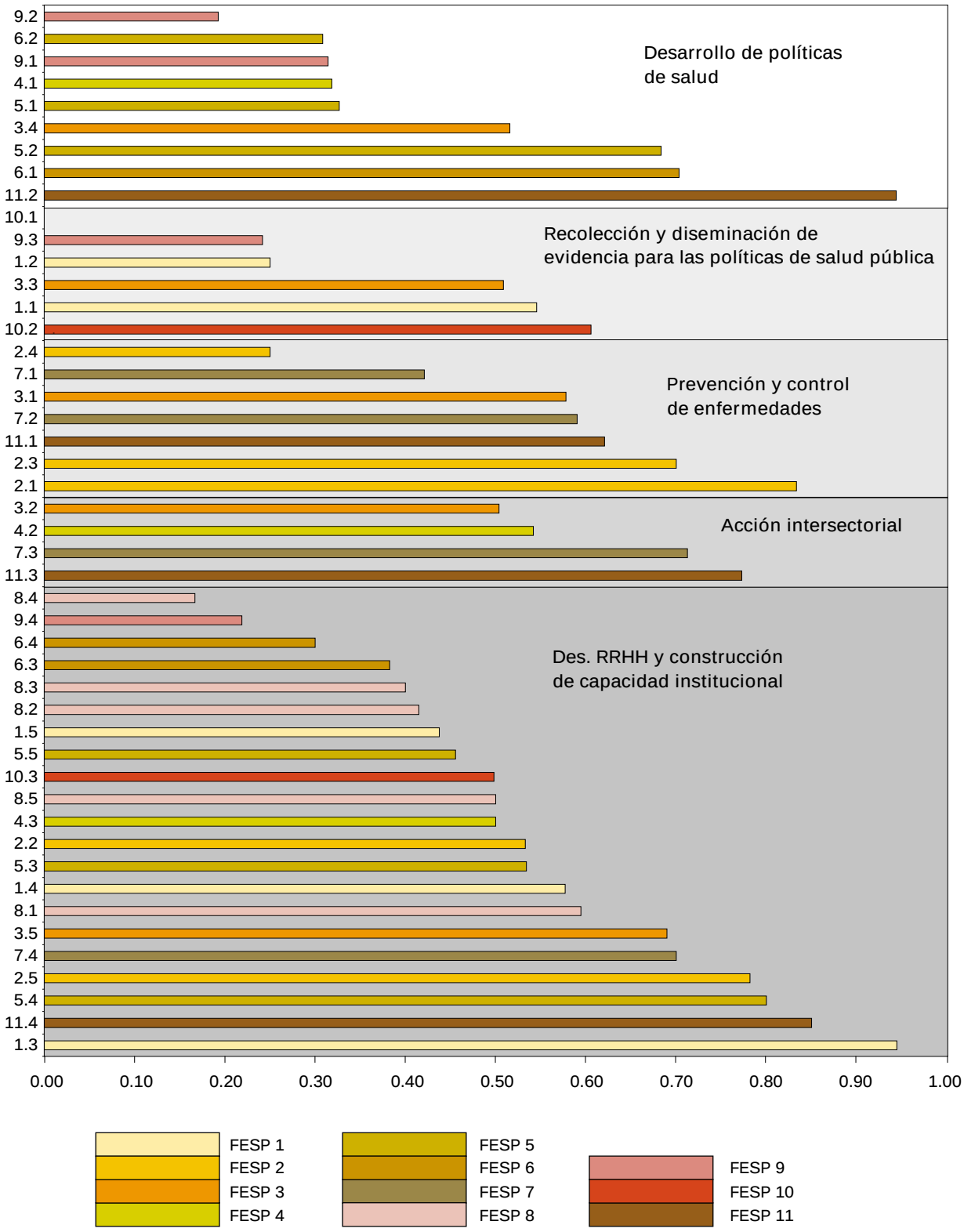
- En el ámbito de intervención en procesos relevantes: el desarrollo de un programa de investigación en salud pública; el perfeccionamiento de los RH para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios; la mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud; la evaluación de la calidad de la información; la capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de los problemas de salud pública; el cumplimiento de la normativa en materia de salud; la definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; el fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública; la definición nacional y subnacional de objetivos en salud pública; y la educación continua y de posgrado en salud pública.

- En el ámbito de intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: el sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías de la salud para apoyar la toma de decisiones en materia de salud pública; y los conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar,

Gráfica 88 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas según las prioridades de intervención



Gráfica 89 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión del Caribe Anglófono y Antillas Nerlandesas según las áreas de intervención propuestas por el Banco Mundial



perfeccionar y hacer cumplir el marco de regulación.

- En el ámbito de desarrollo de competencias descentralizadas: el asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios; y el asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos.

2.2.3.3 Desempeño según las prioridades de acción del Banco Mundial

Con el propósito de que los resultados de la medición de las FESP sean operativos y, dentro del marco de las estrategias de financiación y cooperación internacional, se ha realizado una reagrupación de los indicadores. El objetivo es identificar las prioridades de acción en función de: a) diferencias significativas del perfil de la salud pública en los países y b) necesidades de inversión. A continuación se enumeran las categorías consideradas y el resultado del análisis:

a) Desarrollo de políticas de salud

En este ámbito, la subregión ha avanzado en la definición de los objetivos de salud pública y en la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones en este aspecto.

Sin embargo, es necesario fortalecer la autoridad sanitaria de los países del Caribe en aspectos relacionados con la calidad de los servicios, la satisfacción de los usuarios y la capacidad para hacer cumplir la normativa.

b) Recopilación y divulgación de datos para políticas públicas en materia de salud

Aunque existe un buen nivel de avance en los aspectos de regulación ligados al seguimiento y evaluación de la situación de salud y de la capacidad institucional para la investigación, no se han complementado con una adecuada evaluación de la calidad de la información.

Las áreas que requieren un mayor fortalecimiento por parte de la autoridad sanitaria se relacionan con la gestión de tecnologías y, especialmente, con la elaboración de un programa de investigación en salud pública.

c) Prevención y control de enfermedades

La subregión presenta un buen desarrollo de la capacidad de vigilancia de los daños a la salud pública, ligado a un buen apoyo de laboratorio.

No obstante, para cumplir adecuadamente las funciones de prevención y control de enfermedades, es necesario que la autoridad sanitaria sea capaz de responder de manera oportuna y adecuada a los daños detectados.

d) Acción intersectorial para mejorar la salud

La acción intersectorial es, en general, un área de desarrollo relativamente buena en la Región del Caribe, especialmente en lo que se refiere a las acciones que realiza la autoridad sanitaria para promover un acceso adecuado a los servicios necesarios y para coordinarse con otros organismos e instituciones.

Sin embargo, el establecimiento de alianzas para la promoción de la salud y los esfuerzos para estimular la participación ciudadana en materia de salud presentan importantes debilidades.

e) Desarrollo de recursos humanos y creación de competencias institucionales para la salud pública

En la subregión del Caribe, las autoridades sanitarias han logrado un avance en el apoyo a los niveles subnacionales para la ejecución de la mayor parte de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Sin embargo, destaca la insuficiencia de estas aciones en los ámbitos de la reglamentación y fiscalización, especialmente en el desarrollo de aptitudes y competencias.

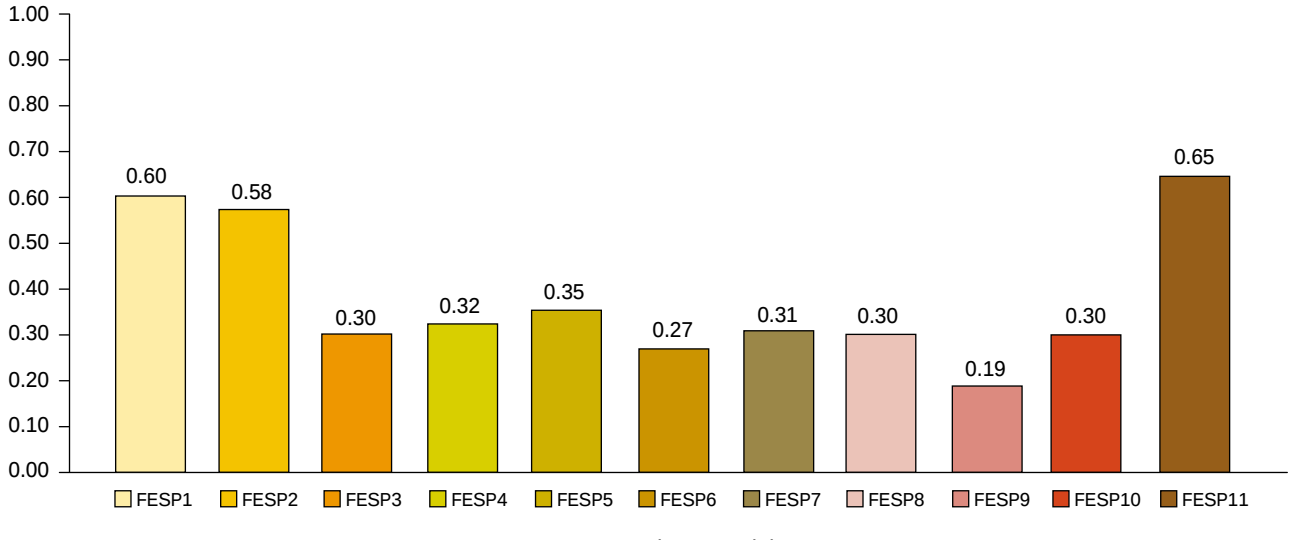
Los ámbitos en los que se requiere esfuerzos importantes guardan relación con la capacitación y formación continua en salud pública, el desarrollo de capacidades para evaluar la calidad de los servicios y, especialmente, la adecuación de los recursos humanos a las características socioeconómicas de la población.

2.2.4 Conclusiones

El análisis del desempeño de las FESP en la Región del Caribe demuestra que, aunque existen diferencias entre los países que la componen, hay áreas comunes de debilidad, como los aspectos relacionados con la reglamentación y planificación, la gestión de recursos y el apoyo a los niveles subnacionales para desempeñar las funciones esenciales de salud pública.

La insuficiente capacidad para evaluar y elaborar la información necesaria para la toma de decisiones limita el proceso de formulación de políticas y planes que se adapten a los cambios que plantean el perfil epidemiológico y los problemas sanitarios emergentes.

Gráfica 90 Desempeño de las FESP en la Subregión Andina



La escasez de recursos humanos capacitados dificulta el cumplimiento de las funciones, y esta limitación se refleja especialmente en la capacidad de hacer cumplir la normativa sanitaria y, por ende, asegurar el respeto a los derechos de la población en materia de salud. En este ámbito, deben hacerse esfuerzos por mejorar cualitativamente los recursos humanos y la infraestructura para la gestión, así como para potenciar los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales.

Dos elementos en especial requieren un esfuerzo mayor por parte de las autoridades sanitarias de los países del Caribe: la incorporación de la medición del grado de satisfacción de los usuarios como una variable que evalúe los resultados del sistema de salud y la adecuación de los servicios de salud a las características socioculturales de la población usuaria.

Por último, la falta de avances en materia de definición de una agenda nacional de investigación en salud pública hace de éste un ámbito prioritario que hay que fortalecer, de modo que las capacidades disponibles de investigación estén mejor orientadas y se dirijan a los principales objetivos sanitarios que preocupan a estos países.

2.3 Área Andina

2.3.1 Resultados generales de la medición

A continuación se presentan los resultados de la medición de los países del Área Andina, constituida por Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia.

El desempeño global obtenido por los países de la subregión con respecto a cada una de las FESP evaluadas se ofrece en la gráfica 89. Para ello, se utiliza el promedio como medida de resumen, a fin de evitar la influencia de los valores extremos en un grupo de sólo cinco observaciones.

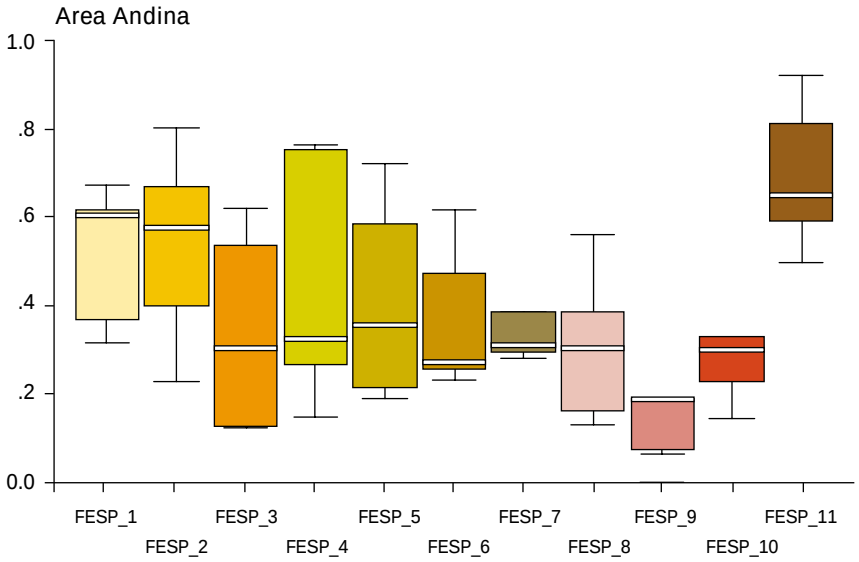
En general, la mayoría de las funciones presenta un nivel de desempeño que no supera el 40% del estándar definido para esta medición.

Las FESP con un mejor desempeño corresponden a aquéllas relacionadas con la reducción del impacto de la emergencias y desastres en la salud (FESP 11); seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud (FESP 1); y vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (FESP 2).

Por otro lado, el menor desempeño de los países de la subregión se presenta en la FESP 9, que corresponde a garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

El resto de las FESP presentan un discreto nivel de desempeño, de valores relativamente semejantes. Estas funciones son: promoción de la salud (FESP 3), participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4); desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública (FESP 5); fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública (FESP 6); evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7); desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública (FESP 8), e investigación en salud publica (FESP 10).

Gráfica 91 Distribución del desempeño de las FESP en la Subregión Andina



Este perfil demuestra que, desde una perspectiva global, los países del Área Andina ejercen de manera más satisfactoria las funciones asumidas tradicionalmente por la salud pública. Sin embargo, el nivel de desempeño relativamente bajo de las funciones relacionadas con el papel rector de la autoridad sanitaria, como la planificación y reglamentación, entre otras, coloca a los países de esta subregión en una situación de mayor debilidad ante el desafío que implica el proceso de reforma sectorial que se viene desarrollando en todo el continente.

En ese mismo contexto, es preocupante observar la debilidad de los países en el ejercicio de funciones relacionadas con la promoción y la participación ciudadana, elementos sustantivos para alcanzar una mejora de las condiciones de salud de la población. Lo mismo se observa en la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Si se considera que para el fortalecimiento de la salud pública es esencial el desarrollo de la capacidad de los recursos humanos, resulta preocupante observar el escaso desempeño de esta función en la subregión.

El comportamiento global del grupo presenta diferencias si se analiza la dispersión que existe en el desempeño de cada una de las FESP en los cinco países que integran la subregión. Los resultados de los países del Área Andina muestran que para las primeras siete FESP, se perfilan dos subgrupos de países, uno con un nivel de desempeño que en general supera el 50%, y otro con cifras de desempeño cercanas o inferiores al 40%. No obstante, esta diferencia se reduce en el caso de las FESP 8 a 11. Asimismo, el desempeño de cada país varía en relación con cada una de las FESP analizadas, lo que da cuenta de que si bien en algunos países algunas áreas resultan críticas, en otros, estos mismos aspectos se encuentran en un estado de desarrollo relativamente mayor.

La gráfica 90 muestra los valores del promedio, la primera desviación estándar (que representa al 66% de los países) y los valores máximos y mínimos[13] para cada función en la subregión.

De acuerdo con la gráfica, de las funciones que, como grupo, presentan un mejor desempeño, la más coherente es la FESP 11 (reducción del impacto de las emergencias y desastres). En el caso de las FESP 1 (seguimiento de situación de la salud) y 2 (vigilancia de la salud pública), hay países en los cuales su desempeño representa una debilidad.

En el grupo de FESP consideradas para la subregión como de desempeño discreto, destacan las de promoción de la salud (FESP 3), participación ciudadana (FESP 4) y desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión (FESP 5), entre las de mayor dispersión. De modo que en algunos países, especialmente en el caso de la participación, el nivel de desempeño puede considerarse una fortaleza.

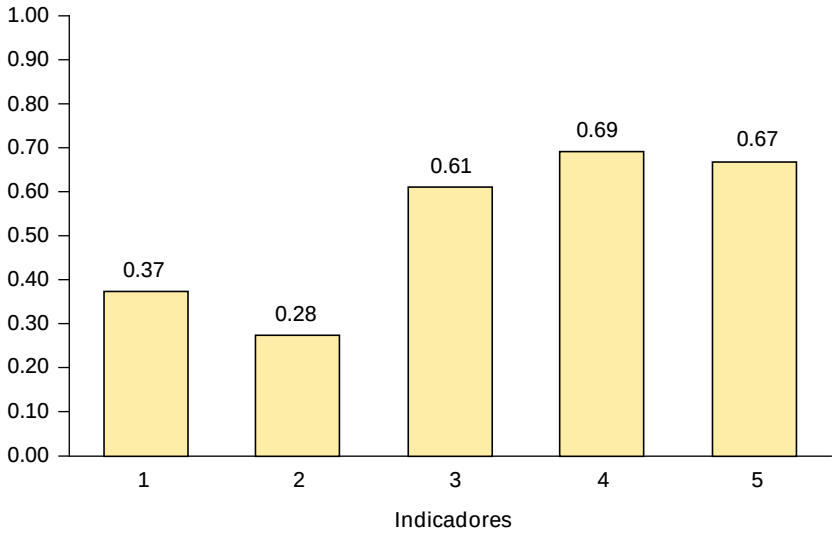
Por otra parte, las FESP 9 (garantía de calidad de los servicios), 10 (investigación en materia de salud publica) y 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios), presentan un comportamiento relativamente semejante, lo que indica su debilidad en toda la subregión.

2.3.2 Resultados de la medición por función

A continuación se analiza el desempeño de cada una de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el contexto de la subregión, identificando y describiendo sus elementos constitutivos.

[13] En este análisis se han excluido algunos resultados que son identificados en el análisis estadístico como valores aberrantes.

Gráfica 92 Desempeño de los indicadores de la FESP 1 en la Subregión Andina



FESP 1: *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud*

En el Área Andina, la función de seguimiento, análisis y evaluación de la situación de salud de la población tiene un desempeño que, de acuerdo con el valor promedio, alcanza el 60%.

Los aspectos de mayores logros de esta función son el soporte tecnológico, el asesoramiento técnico y el apoyo a los niveles subnacionales de la salud pública, así como la capacidad institucional de apoyo experto y recursos (gráfica 92). De hecho, todos los países cuentan con acceso a equipos informáticos para la gestión de la información sobre la situación de salud de manera oportuna y actualizada.

Indicadores

1. Pautas y procesos de seguimiento y evaluación del estado de salud

2. Evaluación de la calidad de la información

3. Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud

4. Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública

Aunque se ha avanzado en la formulación de pautas y en el diseño de procesos para la evaluación y seguimiento, esta función no está desarrollada completamente en todos los países de la subregión, y se registran las principales deficiencias en el desarrollo de pautas para el ámbito local. No existen metodologías que permitan la normalización y actualización de la información recogida, no se suministra información a los ciudadanos en forma periódica ni existe una preocupación genuina por proteger la confidencialidad de los datos individuales.

Asimismo, y a pesar de que todos los países de la Región disponen de personal con experiencia y capacitación en epidemiología y estadística, la capacidad para divulgar información sobre el estado de salud de la población es limitada.

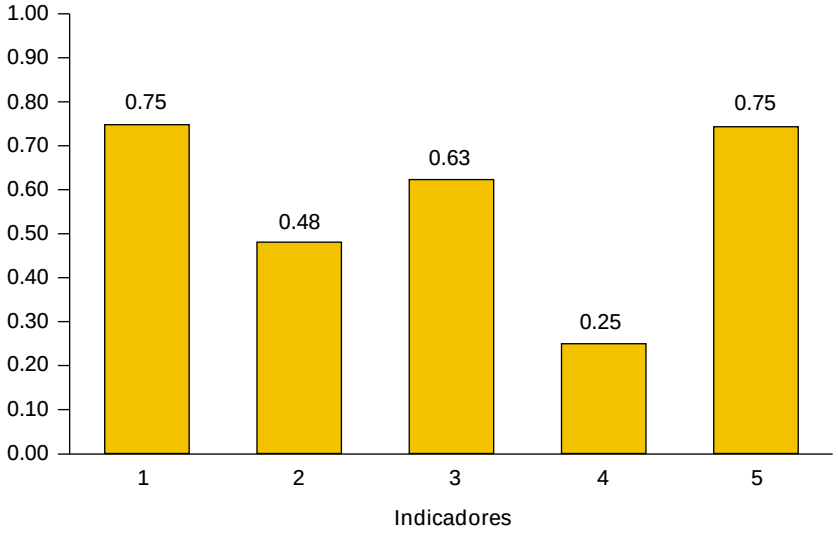
El elemento de menor desarrollo global en los países del Área Andina es la evaluación de la calidad de la información, principalmente por la inexistencia de una instancia dedicada a ello y la falta de auditorías periódicas para evaluar la calidad de los datos. Un elemento que refuerza las deficiencias en este sentido es que, en la mayoría de los países, no es fiable la información con respecto de la certificación de defunciones.

FESP 2: *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

Esta función tiene un desempeño que, aunque moderado, está entre los mejores de la subregión, con un valor promedio del 58%.

Los aspectos de mayor fortaleza en la subregión vienen dados por la existencia de sistemas de vigilancia y el asesoramiento y apoyo técnico que se realizan a los niveles subnacionales (gráfica 93). Los sistemas de vigilancia están en condiciones de identificar las amenazas que requieren la respuesta de la salud pública, cuentan con responsables en todos lo niveles y desarrollan mecanismos adecuados de divulgación. La fortaleza del apoyo técnico a los niveles subnacionales se basa en el conocimiento que sus integrantes tienen de la red, el acceso a la capacitación, la existencia de estándares de comunicación y una adecuada divulgación de los resultados de la vigilancia.

Gráfica 93 Desempeño de los indicadores de la FESP 2 en la Subregión Andina



Indicadores

1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública
2. Capacidad y pericia en epidemiología
3. Capacidad de los laboratorios de salud pública
4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública

Por el contrario, la mayor debilidad que presentan los países del Área Andina se relaciona con la oportunidad y eficacia de la respuesta para controlar los problemas detectados. No existe, en general, un desarrollo adecuado de las capacidades para analizar las amenazas y peligros, no se han elaborado protocolos ni se evalúa con regularidad la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia frente a las emergencias. Tampoco se ha desarrollado adecuadamente un seguimiento regular de las tendencias de las respuestas de seguridad.

Asimismo, en lo referido a los laboratorios de salud pública, existe una escasa reglamentación y certificación de la calidad de los mismos en la subregión.

FESP 3: *Promoción de la salud*

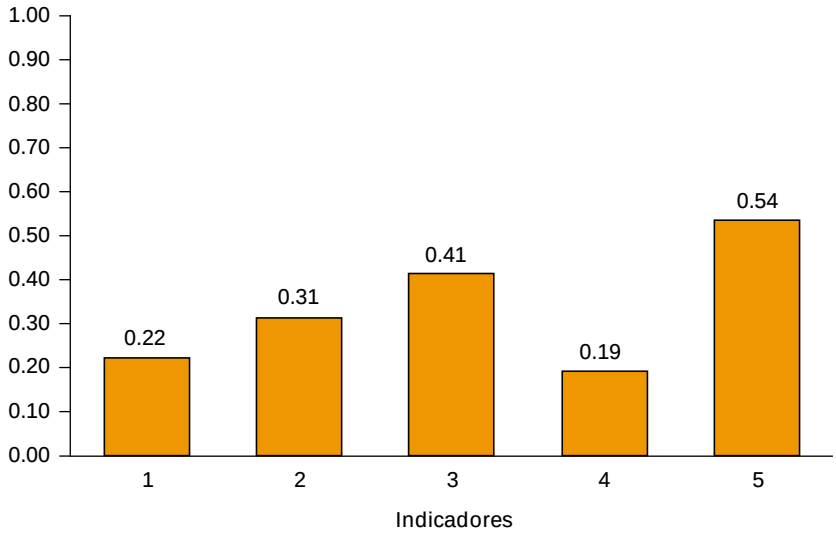
El desempeño de la subregión para esta función es, en general, bajo; pero su comportamiento, muy heterogéneo entre los países.

En general, la subregión presenta debilidades importantes en todos los aspectos evaluados. No obstante, existe un mayor nivel de desarrollo en el área de asesoramiento a los niveles subnacionales (gráfica 94).

Indicadores

1. Apoyo a las actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones destinadas a favorecer comportamientos y ambientes saludables
2. Establecimiento de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud
3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, edu-

Gráfica 94 Desempeño de los indicadores de la FESP 3 en la Subregión Andina



cación y comunicación social para la promoción de la salud

4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de la salud

En el cumplimiento de esta función, los países del Área Andina no han logrado avances significativos en lo que se refiere al reconocimiento de la importancia de la promoción de la salud, lo que se traduce en que la mayor parte de ellos presentan debilidades en la formulación de políticas de promoción, en el impulso de la participación en actividades relacionadas con el tema y en la creación de ambientes y comportamientos saludables. No obstante, se han hecho eco de las pautas señaladas por las conferencias internacionales y se comienzan a utilizar herramientas que permitan potenciar en la población el impacto de y la accesibilidad a la promoción de la salud.

Existe debilidad en la coordinación intersectorial y con la sociedad civil. Las funciones de fomento de políticas sociales y económicas a favor de la salud son un área de desarrollo incipiente en la subregión. Hay escasa planificación y coordinación de estrategias para la comunicación de aspectos relacionados con la promoción, lo que se refleja en la inexistencia de instancias dedicadas al suministro de información y material educativo al público en general, que tiende a ser escaso.

Asimismo, y de manera incipiente, empiezan a elaborarse estrategias para la reorientación de los servicios centrados en la promoción, para lo cual la mayor parte de los países está elaborando protocolos clínicos destinados a la práctica de acciones de promoción de la salud a nivel individual. Aún no se han tomado medidas tendentes al fortalecimiento de la atención primaria ni de los recursos humanos.

FESP 4*: *Participación de los ciudadanos en la salud

Esta función presenta un desempeño bajo entre los países del Área Andina, de acuerdo con el valor promedio (32%), aunque para algunos países representa una fortaleza.

Los aspectos que registran un desarrollo mejor, aunque limitado, en el ejercicio de esta función están relacionados con el fortalecimiento de la participación social en la salud (gráfica 95).

Indicadores

1. Fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública

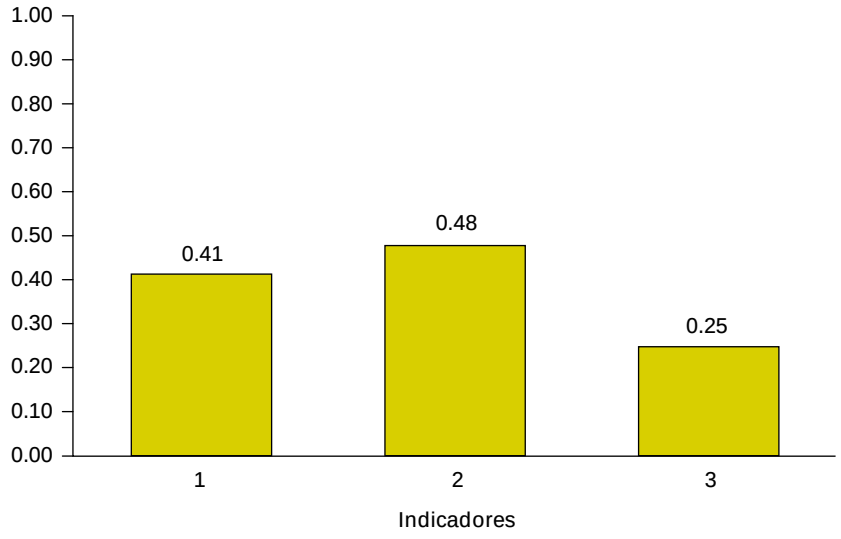
2. Fortalecimiento de la participación social en la sanidad

3. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en materia de salud

La mayor parte de los países de la subregión dispone de instancias formales de consulta y participación ciudadana y alguna institución autónoma del Estado que ejerce las funciones de defensor del ciudadano, con atribuciones en materia de salud. También se han desarrollado programas de información y educación a la ciudadanía con respecto a sus derechos en materia de salud.

En los diferentes niveles, la mayoría de los países del Área Andina cuenta con redes de participación en la comunidad y personal capacitado para promover la participación comunitaria en programas de salud colectivos e individuales.

Gráfica 95 Desempeño de los indicadores de la FESP 4 en la Subregión Andina



Sin embargo, aún es débil el desarrollo de políticas orientadas a tener en cuenta la participación ciudadana como eje para la definición y aplicación de los objetivos y metas de salud pública. De hecho, tanto la capacidad de los países para rendir cuentas a la ciudadanía sobre el estado de salud y la gestión de los servicios sanitarios, a nivel individual y colectivo, como los mecanismos para utilizar la opinión ciudadana con respecto a estos temas, son limitados. Otro de los aspectos de escaso desarrollo es el fomento de las buenas prácticas de participación social en materia de salud, acentuado por la dificultad para evaluar la capacidad que tiene la autoridad sanitaria para impulsarlas y para asesorar y apoyar a los niveles subnacionales en el fortalecimiento de los mecanismos de participación social que permitan tomar decisiones en materia de salud.

FESP 5: *Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública*

El desempeño de esta función en la subregión es bajo, con un valor promedio de un 35%. La subregión presenta un perfil variable para el desempeño de esta función, con países que reconocen avances importantes, mientras que otros la evalúan como una debilidad significativa.

En el desarrollo de esta función por parte de los países del Área Andina, destaca el alto nivel logrado por la gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública, mientras que se evidencia una limitación de la capacidad para definir los objetivos de la salud pública, tanto a nivel nacional como subnacional (gráfica 96).

Indicadores

1. Definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública

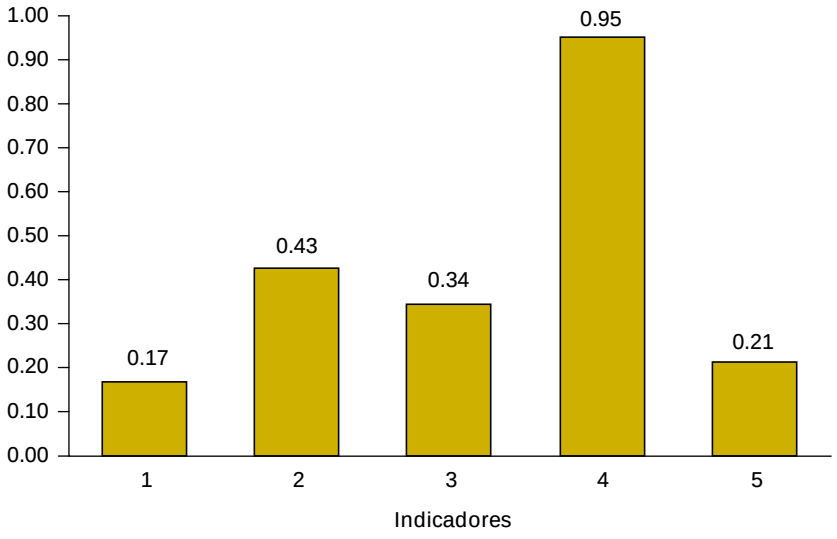
2. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública

3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública

4. Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Gráfica 96 Desempeño de los indicadores de la FESP 5 en la Subregión Andina



La mayor parte de las autoridades sanitarias de los países de la subregión desarrolla planes con metas y objetivos relacionados con las prioridades sanitarias, basados en el perfil del sistema de salud, y ha identificado a los responsables de los diferentes niveles para su aplicación. No obstante, hay deficiencias en lo que se refiere al ejercicio del liderazgo en el proceso de mejoramiento de la salud, dificultad para desarrollar mecanismos de financiación que permitan ejecutar dichos planes y programas, así como limitaciones en el diseño y utilización de indicadores para medir el cumplimiento de los objetivos planteados.

Todos los países de la subregión han puesto en práctica políticas que se traducen en cuerpos de leyes, para lo cual disponen de personal capacitado. En el desarrollo del plan nacional de políticas de salud pública, la autoridad sanitaria, aunque solicite y considere la opinión de otros actores y reconozca la importancia nacional de los acuerdos, por lo general tiene poca capacidad de liderar este proceso y, en la práctica, la participación de los demás sectores es limitada.

En la mayor parte de los países de la subregión, aunque se disponga de recursos humanos en el área de gestión de la salud pública, se observa poca capacidad para ejercer el liderazgo en este terreno. La capacidad institucional para la adopción de decisiones basadas en los datos es escasa, principalmente por el acceso limitado a sistemas de informa-

ción de apoyo. En relación con el uso de la planificación estratégica para la gestión, la mayoría de los países realiza acciones en este ámbito, a pesar de que se reconoce que no se hace un uso sistemático de esta metodología. En cuanto a la gestión de los recursos, el nivel de desarrollo es moderado, y la mayor parte de los países no dispone de capacidad de reasignación de los mismos en función de las prioridades y los cambio que se necesitan.

En cuanto a la gestión de la cooperación internacional, todos los países del Área Andina disponen de recursos, tecnología y capacidades, y conocen los mecanismos y requisitos de las diferentes organizaciones internacionales para la asignación de recursos. Sin embargo, en todos se registran deficiencias en los procesos de evaluación sistemática de los resultados con sus homólogos.

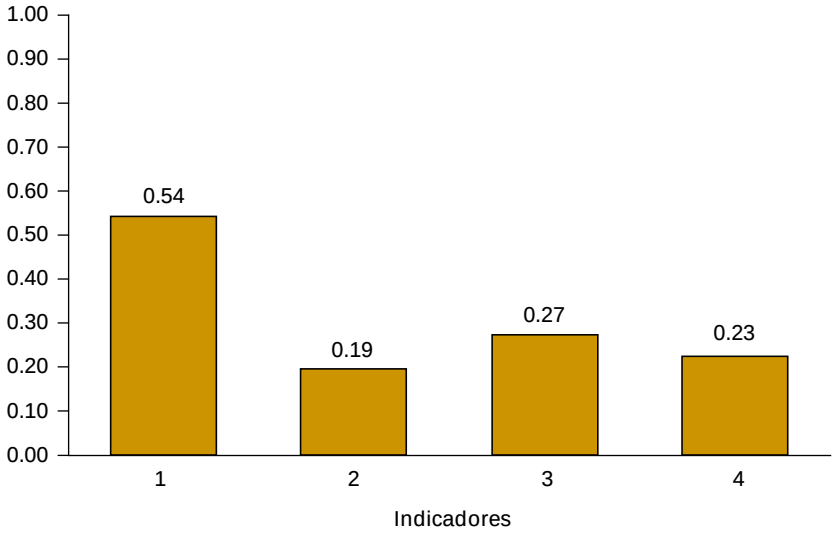
Los países disponen de personal capacitado para el asesoramiento a nivel subnacional, pero existen serias limitaciones para la práctica del mismo relacionadas con las políticas, planificación y gestión de las actividades de salud pública, a las que se suma la incapacidad de detectar las necesidades de asesoramiento a esos niveles.

FESP 6: *Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública*

Esta FESP tiene un nivel de desempeño bajo en la subregión, con excepción de uno de los países que la integra, en el cual esta función puede considerarse un área suficientemente desarrollada.

En el grupo de países que componen la subregión, sólo destaca, en un nivel de desarrollo moderado, la capacidad de la ASN para elaborar los marcos de reglamentación en materia de salud. Las demás áreas presentan un desarrollo limitado (gráfica 97).

Gráfica 97 Desempeño de los indicadores de la FESP 6 en la Subregión Andina



Indicadores

1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco de reglamentación

2. Hacer cumplir la normativa en materia de salud

3. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco de reglamentación

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos

La mayor parte de los países del Área Andina, para ejercer la función de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública, dispone de los recursos y el asesoramiento adecuados para la elaboración de normativas, aunque éstas no siempre se revisan oportuna y periódicamente para estudiar el impacto o los efectos adversos de las reglamentaciones establecidas. En todos los países se reconoce como debilidad el hecho de que las revisiones al marco de reglamentación, así como sus modificaciones, no se efectúen de manera oportuna, sino que, en general, suelan ser una respuesta a las presiones externas.

Aunque en la subregión se ha identificado a los responsables de las tareas de fiscalización, la autoridad sanitaria no dispone de procesos sistemáticos para hacer cumplir la normativa. Esto queda de manifiesto en la ausencia de pautas para el apoyo al proceso de fiscalización, en el desarrollo irregular de instancias de capacitación y educación sobre el cumplimiento de la normativa y en la falta de incentivos al cumplimiento. En general, no se han desarrollado políticas y planes dirigidos a la prevención de la corrupción en el sistema de salud pú-

blica ni a evitar el abuso de autoridad por parte de los fiscalizadores.

No obstante, aunque la mayor parte de los países registran suficiente capacidad institucional para ejercer las funciones normativa y fiscalizadora, para lo cual disponen de equipos competentes y cualificados, así como de recursos institucionales, presentan importantes limitaciones en el acceso a los recursos financieros necesarios para hacer cumplir el marco de reglamentación. Con respecto a los agentes fiscalizadores, se realizan actividades de orientación, pero no hay planes de capacitación continua.

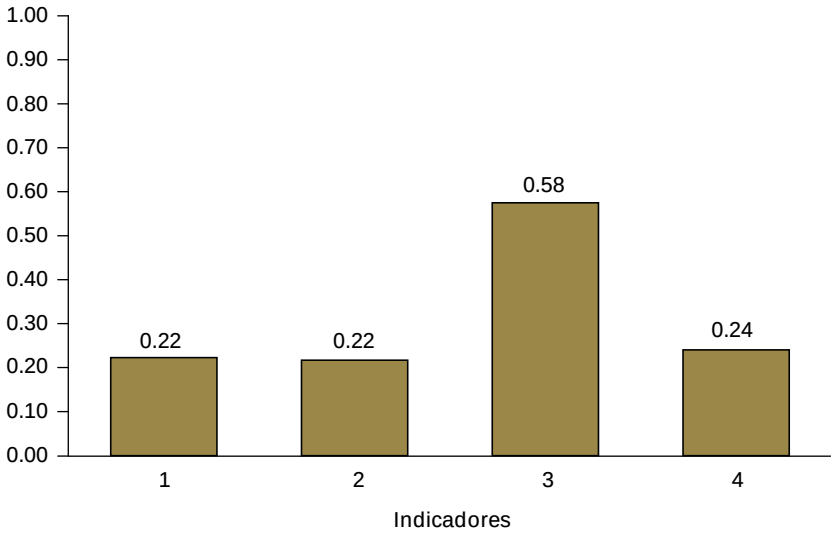
La autoridad sanitaria de la mayor parte de los países del Área Andina, en su relación con los niveles subnacionales, ha desarrollado mecanismos de apoyo para situaciones de fiscalización complejas, pero por lo general no existe asesoramiento para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos, no se han desarrollado protocolos que apoyen la gestión a nivel subnacional, ni se realiza periódicamente una evaluación de la asistencia técnica prestada.

FESP 7: *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*

Ésta es una función de escaso desempeño en todos los países del Área Andina, con un promedio del 37% en relación a los valores óptimos definidos para su medición.

En el cumplimiento de esta función, los países de la subregión han logrado avances moderados en el fomento del acceso a los servicios de salud necesarios y en las acciones para mejorarlo, pero no muestran niveles de desarrollo aceptables en los demás aspectos (gráfica 98).

Gráfica 98 Desempeño de los indicadores de la FESP 7 en la Subregión Andina



Indicadores

1. Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios

2. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población

3. Fomento del acceso a los servicios de salud necesarios y acción para mejorarlo

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

A pesar de que en la mayoría de los países de la subregión se dispone de información, la autoridad nacional ejerce una dirección débil de la evaluación a nivel nacional del acceso a los servicios de salud colectivos e individuales. Muchos de ellos no disponen de indicadores y presentan una limitada capacidad para identificar los obstáculos de acceso a la atención sanitaria.

En cuanto a la capacidad para acercarse a la comunidad y guiar a la población sobre la utilización de los servicios sanitarios, sólo algunos de los países disponen de personal capacitado para ello.

Los países de la subregión desarrollan acciones de fomento de políticas o reglamentaciones destinadas a incrementar el acceso de la población más necesitada, para lo cual se han formalizado alianzas estratégicas con otros sectores e instituciones, especialmente en aspectos de recursos humanos, sobre los que se conocen, en general, las deficiencias. En este campo, algunos países han establecido incentivos a los proveedores de servicios destinados a disminuir la desigualdad de acceso a los servicios. Además, en la mayoría de los países existen programas nacionales orientados a resolver los problemas de acceso.

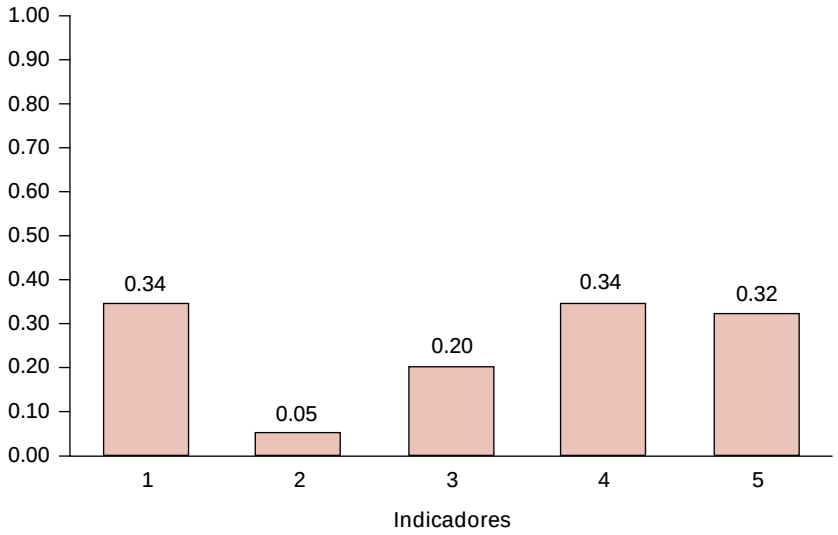
Los países del Área Andina han identificado de manera parcial un conjunto básico de servicios individuales y colectivos que deben estar a disposición de toda la población, y han desarrollado programas complementarios de acercamiento a la comunidad para el fomento del acceso equitativo a los servicios; sin embargo, la asistencia a los niveles subnacionales en la promoción de estas iniciativas es escasa.

FESP 8: *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*

Esta función tiene un nivel de desempeño bajo, situación relativamente similar para todos los países de la subregión.

En el Área Andina, el nivel de desempeño de cada uno de los aspectos de la función es limitado, especialmente con respecto al mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo que aparece como la mayor debilidad de esta función (gráfica 99).

Gráfica 99 Desempeño de los indicadores de la FESP 8 en la Subregión Andina



Indicadores

1. Descripción de la fuerza de trabajo de salud pública
2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo
3. Educación continua y de posgrado en salud pública
4. Perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos

Algunos de los países de la subregión han emprendido acciones tendentes a establecer las características de la fuerza de trabajo, definiendo las competencias requeridas para ejercer funciones esenciales y los servicios colectivos de salud pública. Lo mismo sucede en relación con la identificación de las diferencias que hay que superar en materia de composición y disponibilidad de la fuerza de trabajo.

No obstante, todos los países del Área Andina, con mayores o menores limitaciones, tienden a evaluar periódicamente las características de la fuerza de trabajo de salud pública existente, aunque sólo uno de ellos ha efectuado un análisis cualitativo de la misma. Ninguno ha elaborado un perfil de los puestos de trabajo.

Casi todos los países han desarrollado estrategias para el mejoramiento de la calidad de los recursos humanos en salud pública, pero con las limitaciones dadas por la falta de normas de acreditación y de garantías de los niveles de capacitación. No se han establecido incentivos a la carrera funcionarial en la subregión ni puesto en práctica planes que incorporen aspectos éticos. Tampoco se han aplicado sistemas de evaluación del desempeño.

En cuanto a la educación continua, no es frecuente su promoción ni la evaluación de su impacto.

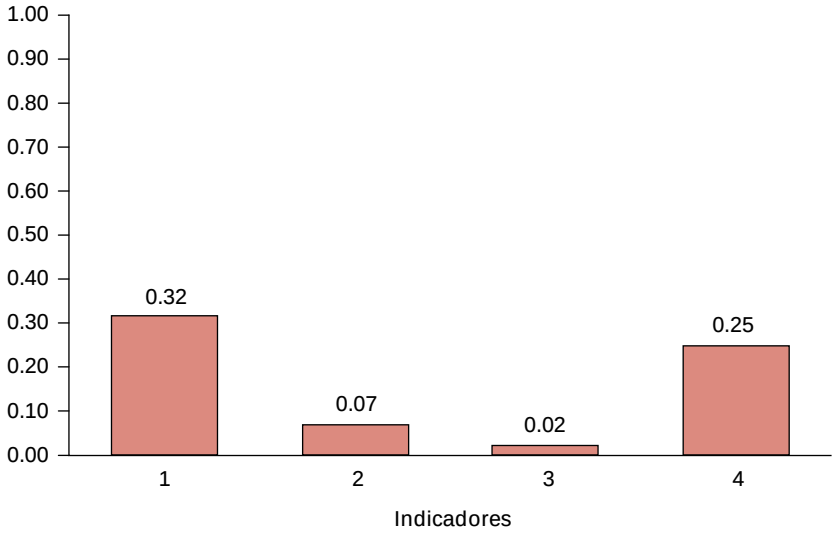
Para el perfeccionamiento de la fuerza de trabajo de salud pública, la mayor parte de los países asume la dirección del proceso de adecuación de los recursos humanos a los servicios, considerando las características de los usuarios, principalmente sus condiciones socioculturales.

En la subregión, se apoya de forma parcial a los niveles subnacionales en el desarrollo de los recursos humanos, especialmente mediante mecanismos de gestión descentralizada.

FESP 9: *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*

Ésta es la función con menor nivel de desempeño entre los países del Área An-

Gráfica 100 Desempeño de los indicadores de la FESP 9 en la Subregión Andina



dina, con un promedio de logros del 19% con respecto al estándar óptimo establecido para esta medición.

El desempeño de los países de esta subregión es bajo en todos los aspectos mencionados, pero principalmente en el de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías que apoyen la adopción de decisiones en materia de salud pública y de mejora del grado de satisfacción de los usuarios (gráfica 100).

Indicadores

1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

2. Mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

3. Sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en materia sanitaria para apoyar la adopción de decisiones con respecto a la salud pública

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud para asegurar la calidad de los servicios

En algunos países del Área Andina, existe un desarrollo parcial de una política de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios. El desarrollo de estándares es insuficiente y no se establecen metas nacionales de desempeño para servicios de carácter colectivo. Con respecto a los servicios individuales, su calidad se acredita y fiscaliza con cierta regularidad. Sin embargo, el uso de instrumentos de medición de los resultados es limitado y por lo general éstos no se divulgan. Ningún país dispone de un organismo independiente para la acreditación y evaluación de la calidad.

En lo relativo a la evaluación del grado de satisfacción del usuario, algunos países han desarrollado mecanismos para conocer la respuesta general de la población, mediante encuestas. Estas evaluaciones no se dirigen a servicios específicos, ya sean colectivos o individuales. Lamentablemente, en los escasos esfuerzos realizados para este fin, los resultados no se utilizan para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con el mejoramiento de los servicios de salud o el perfeccionamiento del personal sanitario.

Las actividades tendentes a desarrollar sistemas de gestión tecnológica o mecanismos de evaluación de tecnologías de la salud presentan un desarrollo muy incipiente en toda la subregión.

En el Área Andina, el asesoramiento a los niveles subnacionales para la recopilación y análisis de la información sobre calidad de los servicios sanitarios colectivos se realiza parcialmente y las acciones de asesoramiento técnico sobre evaluación de tecnologías son escasas.

FESP 10: *Investigación en salud pública*

La función de investigación en salud pública presenta un desempeño bajo en la región, con un valor promedio del 30%, nivel compartido por cuatro de los cinco países que forman el Área Andina.

De estos tres aspectos, el de menor avance es el que se refiere al desarrollo de un programa de investigación. Los aspectos relacionados con la capacidad institucional y el asesoramiento a los niveles subnacionales tiene un nivel de desempeño intermedio (gráfica 101).

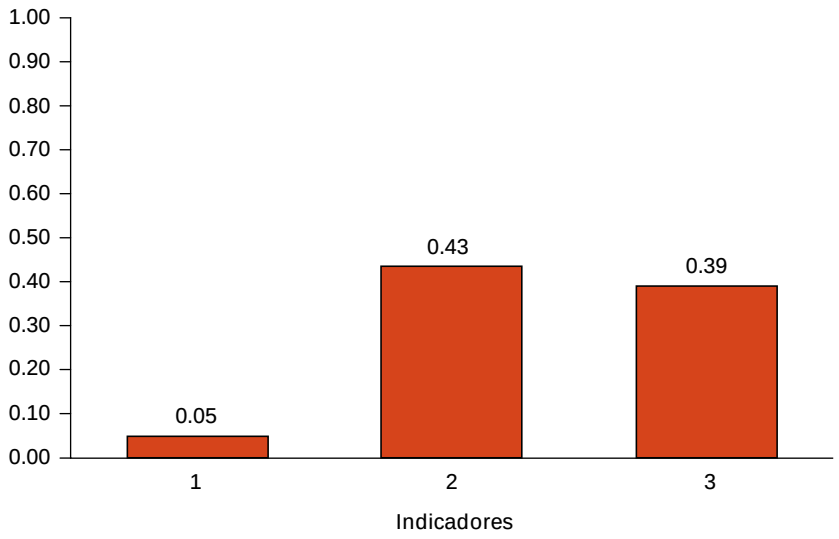
Indicadores

1. Desarrollo de un programa de investigación en materia de salud pública

2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación

3. Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública

Gráfica 101 Desempeño de los indicadores de la FESP 10 en la Subregión Andina



Respecto al desarrollo de un programa de investigación en salud pública, ciertos países de la subregión sólo logran identificar alguna instancia en la estructura de la autoridad sanitaria con capacidad para ocuparse de dicho programa, y, salvo excepciones, no se han elaborado planes nacionales de investigación con participación amplia de los afectados ni se evalúa su cumplimiento.

Todos los países de la subregión han puesto en práctica, en alguna medida, estrategias para el desarrollo de la capacidad institucional de investigación, pero sólo tres están en condiciones de mantener un diálogo con otros organismos de investigación. La mayoría reconoce su capacidad autónoma para efectuar investigaciones sobre temas pertinentes de salud pública, proceso que ha sido protocolizado parcialmente en dos de ellos, para lo cual cuenta con equipos y programas informáticos. La limitación se da en el terreno de los recursos humanos capacitados para el análisis y actualización de la información de que se dispone.

A nivel subnacional, la autoridad sanitaria de los países del Área Andina tiene capacidad para asesorar sobre metodología de investigación, en mayor o menor grado, principalmente sobre temas vinculados a los brotes epidémicos. El asesoramiento sobre investigación de la eficacia de las intervenciones a nivel colectivo, servicios sanitarios o salud comunitaria se realiza sólo en uno o dos países de la subregión.

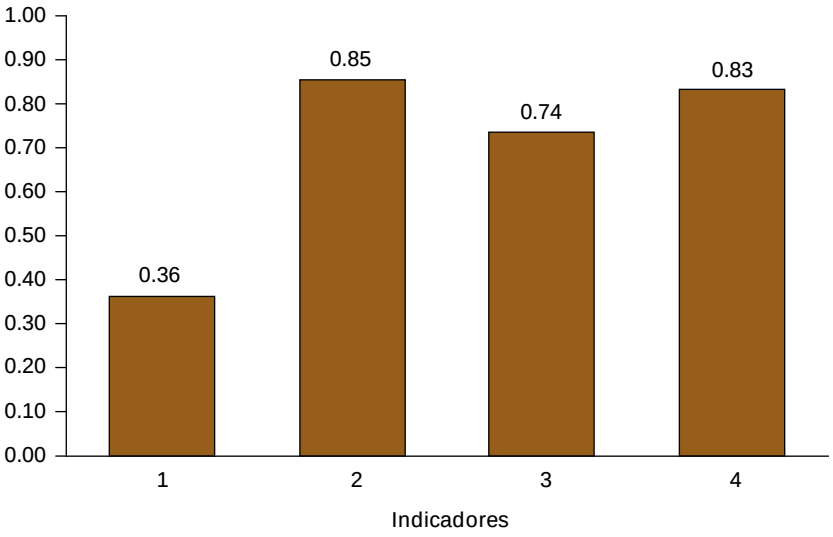
Lo mismo sucede en relación con la interpretación de los resultados. El impulso que se da a nivel subnacional a la investigación es limitado, así como el fomento del uso de los resultados para mejorar las prácticas de la salud pública.

FESP 11: *Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud*

Esta es la función de mejor desempeño en los países del Área Andina, alcanzando en algunos de ellos niveles muy satisfactorios.

De todos los aspectos, el que presenta menor nivel de desarrollo es el de gestión. Los demás llegan, en general, a niveles más que moderados (gráfica 102).

Gráfica 102 Desempeño de los indicadores de la FESP 11 en la Subregión Andina



Indicadores

1. Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres

2. Desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

3. Coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Aunque todos los países de la subregión disponen de un plan nacional institucionalizado de reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud y con una unidad responsable a nivel de la autoridad sanitaria, su calidad y cobertura son variables. Esto se debe, principalmente, a las deficiencias de coordinación sectorial y de los mecanismos de evaluación periódica del plan.

El personal sanitario recibe capacitación en la materia, pero estos contenidos aún no forman parte del programa de formación profesional.

Todos los países de la subregión han diseñado estrategias y elaborado normas sanitarias para el plan nacional de emergencias, que abarcan la mayor parte de los aspectos pertinentes, excluido, por lo general, el relacionado con la construcción y mantenimiento de la infraestructura física.

En los países de la subregión, es infrecuente la elaboración de normas para afrontar las consecuencias de los desastres, salvo aquellas destinadas a orientar la prestación de servicios durante las emergencias, que constituye la función primordial del sector sanitario en estas situaciones.

La coordinación entre la autoridad sanitaria y otros sectores u organismos se lleva a cabo en todos los países del Área Andina, pero con diferente nivel de cobertura y compromiso. Lo habitual es la coordinación con el organismo nacional de protección civil respectivo u otros organismos de responsabilidad multisectorial. En todos los países se han establecido alianzas en el ámbito internacional para abordar las emergencias.

La asistencia a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres se realiza de manera adecuada en la mayoría de los países de la subregión. En ellos, la colaboración con estos niveles para crear capacidad de respuesta, elaborar normativas e identificar a los responsables de la gestión de los planes de emergencia se realiza en grados variables. Lo que registra una debilidad general es la capacidad limitada de evaluar las necesidades que se presentan en esos niveles.

2.3.3 Identificación de áreas de intervención prioritarias

2.3.3.1 Desempeño del total de indicadores

Para identificar las áreas de intervención prioritarias y apreciar su nivel de desarrollo, a continuación se presenta un perfil de todos los indicadores de las FESP de la subregión, en orden creciente, clasificados por desempeño bajo, moderado bajo, moderado superior y alto (gráfica 103). Para facilitar el análisis, se han diferenciado por color los indicadores correspondientes a cada función.

El perfil general muestra debilidades importantes para la subregión en prácticamente todos los indicadores de la FESP 9 (garantía de calidad), particularmente en lo relativo al mejoramiento del grado de satisfacción de los usuarios. En el desarrollo de recursos humanos para la salud pública es especialmente crítico el nivel del mejoramiento de la calidad de los mismos y las acciones de educación continua y perfeccionamiento. En particular, se reconocen debilidades en los conocimientos y pericia para el desarrollo de estrategias que acerquen los servicios sanitarios a la población y en el desarrollo de acciones de fiscalización del marco de reglamentación en materia de salud.

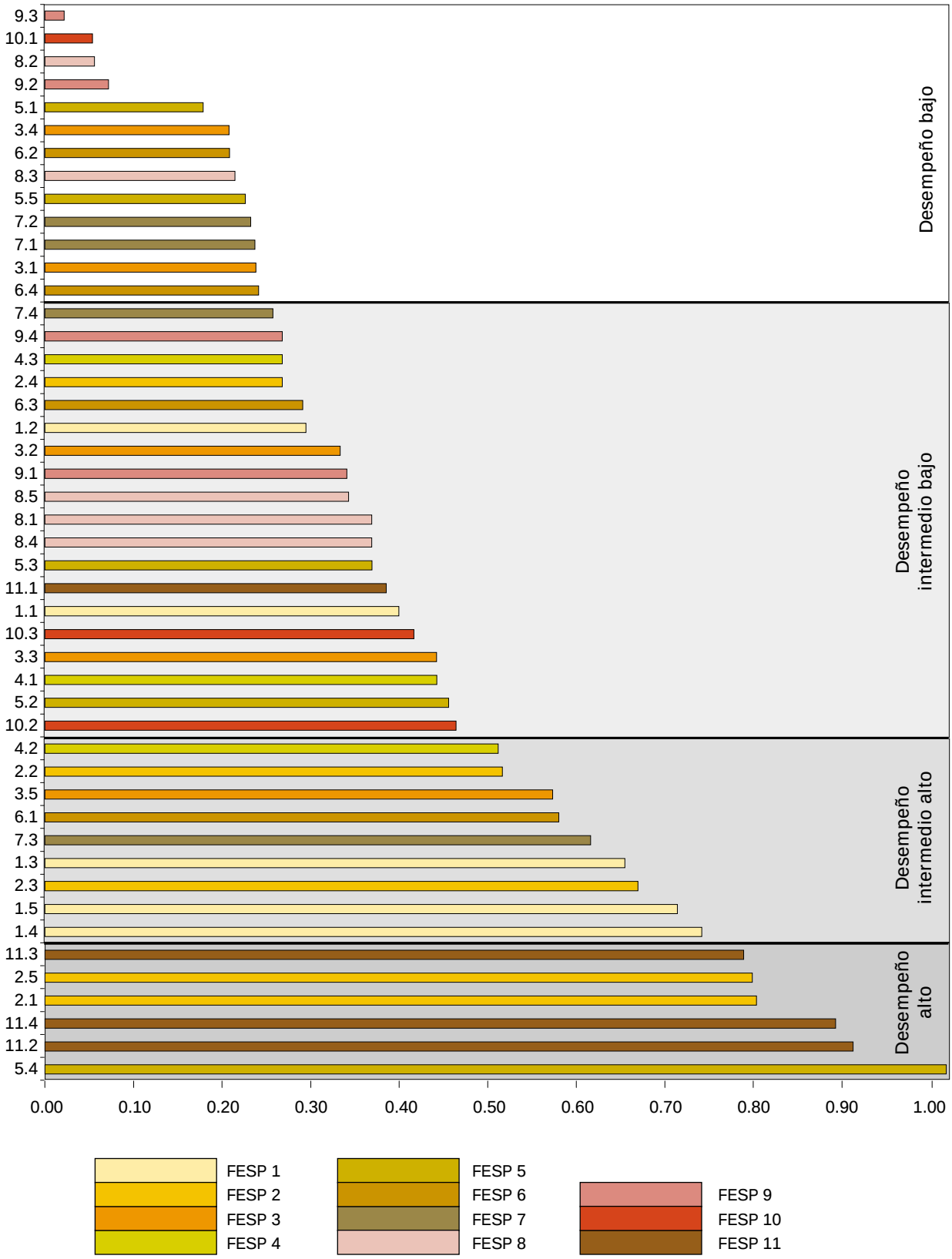
La capacidad institucional para la gestión en materia de salud pública y la gestión sectorial ante las emergencias y desastres también se consideran como áreas críticas.

En general, se observa un desarrollo muy incipiente de los esfuerzos para definir los objetivos sanitarios nacionales y subnacionales que orienten las políticas públicas y sectoriales y se reconocen también debilidades en el perfeccionamiento y desarrollo de políticas de salud acordes con los nuevos desafíos sanitarios.

Al igual que en otras subregiones, existen escasos avances en el desarrollo de un programa nacional de investigación en salud, evaluación de la calidad de la información para el seguimiento del estado de salud y en la capacidad de respuesta oportuna y eficaz a las amenazas a la salud pública.

Por otro lado, las principales fortalezas de la subregión se observan en la gestión de la cooperación internacional, en el resto de los indicadores relacionados con la gestión de desastres y en la dis-

Gráfica 103 Desempeño del total de indicadores de las FESP en la Subregión Andina



ponibilidad de sistemas de vigilancia de la salud pública.

2.3.3.2 Desempeño por área de intervención

Las principales fortalezas que presentan la mayoría de los países del Área Andina para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, que el plan subregional debe mantener, son las siguientes:

- En el ámbito de la intervención en procesos pertinentes: desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud; sistema de vigilancia para identificar las amenazas y daños a la salud pública; y coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

- En el ámbito de la intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: gestión de la cooperación internacional en salud pública.

- En el ámbito del desarrollo de competencias descentralizadas: asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud; y asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública para la vigilancia de la salud pública, la investigación y el control de riesgos y daños en materia de salud pública.

Por el contrario, las principales debilidades que presenta la subregión y que deberían formar parte de un programa de fortalecimiento de la salud pública en el Área Andina, son como sigue:

- En el ámbito de la intervención en procesos pertinentes: desarrollo de un programa de investigación en salud pública; mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios; definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública; reorientación de los servicios de salud hacia la promoción; hacer cumplir la normativa en materia de salud; educación continua y de posgrado en salud pública; seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios; apoyo a las actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones con el fin de favorecer comportamientos y ambientes saludables; capacidad de respuesta oportuna y eficaz dirigida al control de problemas de salud pública; evaluación de la calidad de la información; establecimiento de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud; definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios individuales y colectivos; descripción de la fuerza de trabajo de salud pública; perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios; gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres; y pautas y procesos de seguimiento y evaluación del estado de salud.

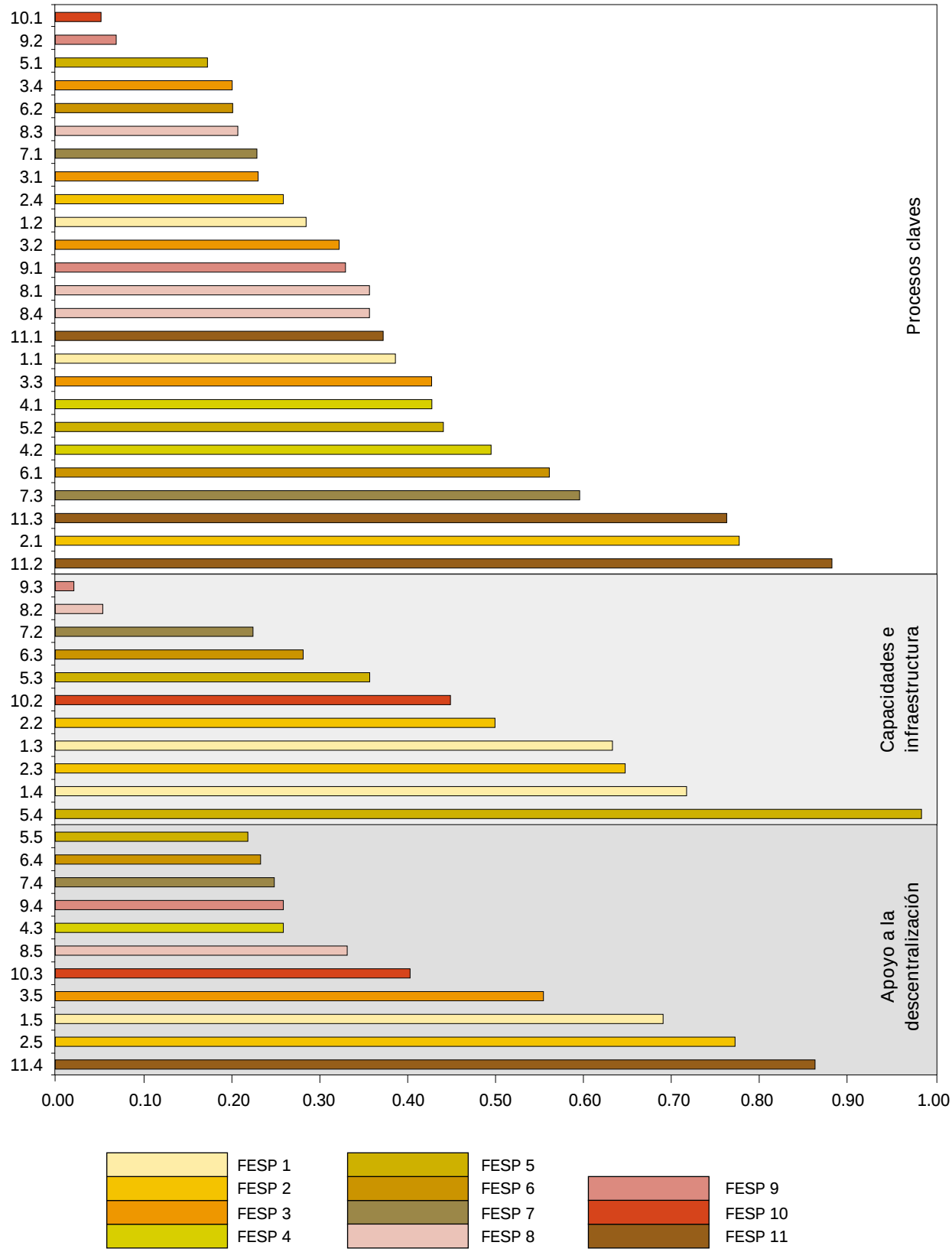
- En el ámbito de la intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías de la salud para apoyar la adopción de decisiones en materia de salud pública, mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo; conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población; conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco de reglamentación; y desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública (indicador 5.3).

- En el ámbito del desarrollo de competencias descentralizadas: asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública; asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública en la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos; asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud; asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en la salud; asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud para asegurar la calidad de los servicios; asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de los recursos humanos; y asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de la salud pública.

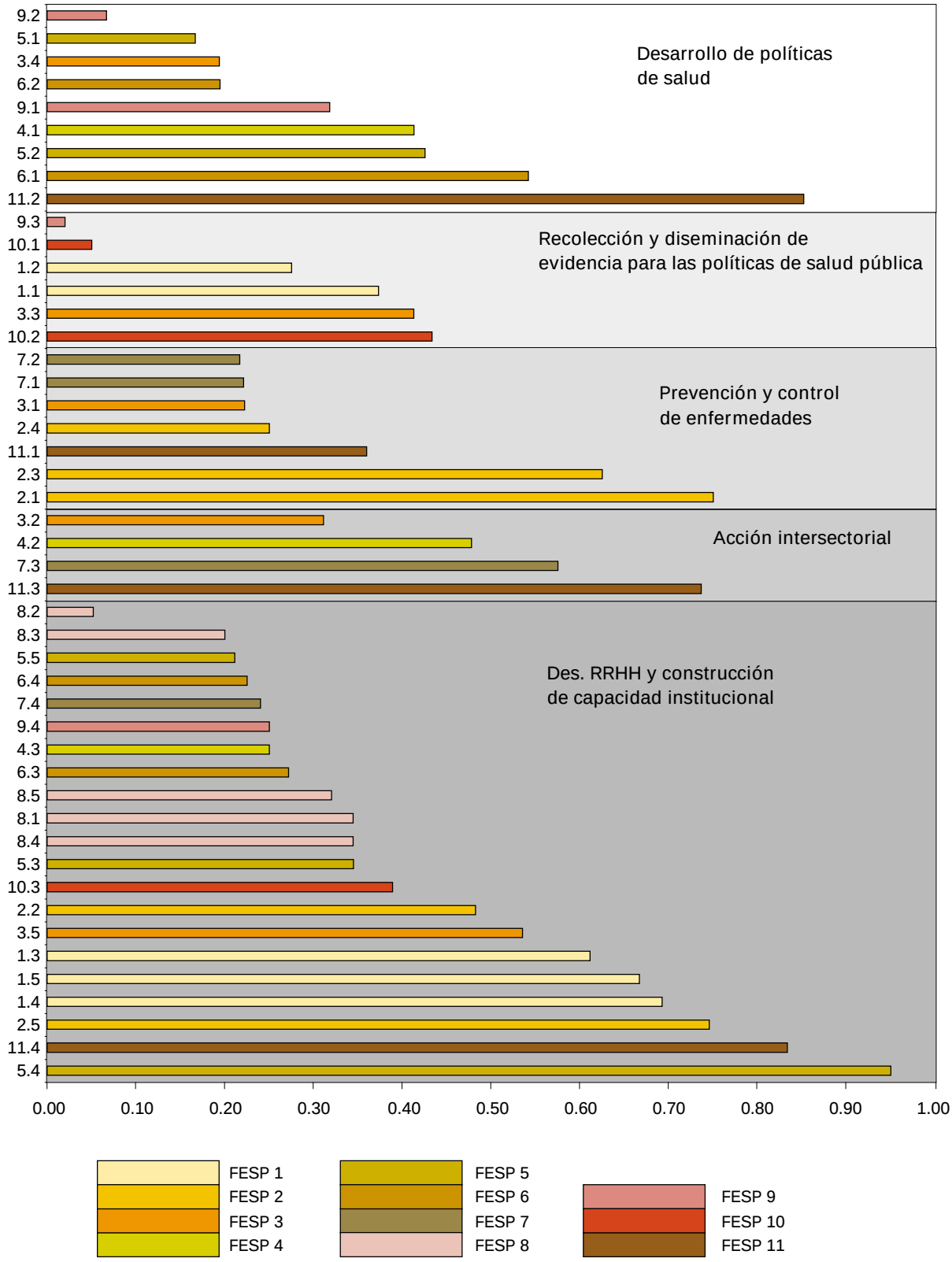
2.3.3.3 Desempeño según las prioridades de acción del Banco Mundial

Con el propósito de que los resultados de la medición de las FESP sean operativos y, dentro del marco de las estrategias de financiación y cooperación internacional, se ha realizado una reagrupación de los indicadores. El objetivo es identificar las prioridades de acción en función de: a) diferencias significativas del perfil de la salud pú-

Gráfica 104 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión Andina según áreas prioritarias de intervención



Gráfica 105 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión Andina según las áreas de intervención propuestas por el Banco Mundial



blica en los países, y b) necesidades de inversión. A continuación se enumeran las categorías consideradas y el resultado del análisis:

a) Desarrollo de políticas de salud

En este ámbito, la subregión muestra debilidad en la definición de los objetivos de salud pública, situación acompañada de una escasa orientación de las políticas hacia el mejoramiento del grado de satisfacción de los usuarios y de una reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud. En los aspectos de reglamentación, es necesario fortalecer las políticas tendentes a hacer cumplir las normativas.

b) Recopilación y divulgación de datos para políticas públicas en materia de salud

En la subregión se registran avances en el asesoramiento técnico para el seguimiento y evaluación de la situación de salud, pero éste no ha ido acompañado de la evaluación de la calidad de la información obtenida.

Un elemento de muy limitado desarrollo es el programa de investigación en salud pública. Asimismo, la preocupación por el área de gestión tecnológica y evaluación de la tecnología apropiada es muy incipiente.

c) Prevención y control de enfermedades

La subregión dispone de un buen sistema de vigilancia, pero hay deficiencias en la oportunidad y adecuación de las respuestas frente a la presencia de daños que afectan a la población.

A esto se suma la incapacidad de la ASN para acercar los servicios a la población e incorporar iniciativas de carácter promocional que permitan mejorar su calidad de vida.

d) Acción intersectorial para mejorar la salud

En este aspecto, el Área Andina dispone de buenos mecanismos de coordinación intersectorial, pero es preciso fortalecer el establecimiento de alianzas para mejorar la ejecución de la promoción de la salud.

e) Desarrollo de recursos humanos y de competencias institucionales para la salud pública

En esta área, la subregión se caracteriza por una buena gestión de la cooperación internacional y una buena capacidad de asesoramiento a los niveles subnacionales en relación con las funciones esenciales de la salud pública.

Sin embargo, es importante destacar que hay aspectos en el desarrollo de los recursos humanos que requieren un fortalecimiento, porque aún no se ha logrado una capacidad adecuada para identificar y calificar la fuerza de trabajo de salud pública, lo que deteriora aún más el escaso acceso que tienen a la educación continua y al asesoramiento para la gestión de las funciones de la salud pública más complejas, como la elaboración de políticas y mecanismos de reglamentación, las garantías de acceso equitativo a los servicios, y la promoción y participación, entre otros elementos.

Llama la atención la limitada acción de la ASN para asegurar la adecuación de los recursos humanos a las características socioeconómicas de la población, así como el análisis de la calidad de la atención y los dispensadores de servicios.

2.3.4 Conclusiones

El análisis del desempeño de las FESP en la subregión demuestra que, aunque haya diferencias entre los países que la componen, hay áreas comunes de debilidad, como los aspectos relacionados con la reglamentación y planificación, la participación ciudadana y la promoción de la salud.

En cuanto a las áreas críticas comunes a todas las funciones esenciales, destaca la insuficiente capacidad de gestión de la información, que produce limitaciones en el proceso de formulación de políticas y planes y entorpece el adecuado seguimiento y evaluación del éxito o fracaso de las estrategias aplicadas para hacerlas más operativas, de lo que se deduce que es un área que debe fortalecerse. Asimismo, es menester hacer esfuerzos para mejorar cualitativamente los recursos humanos y la infraestructura de gestión y potenciar los mecanismos de comunicación intra y extrasectoriales.

2.4 Cono Sur y México

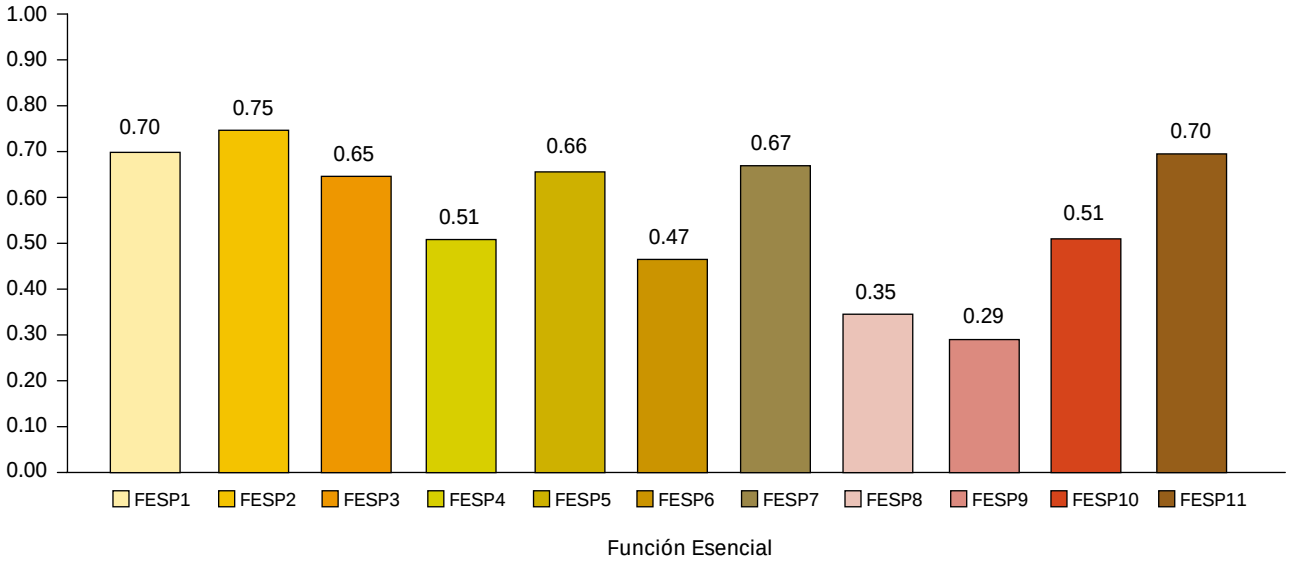
2.4.1 Resultados generales de la medición

En el presente capítulo se exponen los resultados de la medición de los seis países que constituyen el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) y México.[14]

A continuación (gráfica 106) se presenta el desempeño global obtenido por los países de la subregión con respecto a cada una de las FESP evaluadas. Para ello, se utiliza el promedio como medida de resumen a fin de evitar la in-

[14] Se incluye en este grupo de países por su similitud geopolítica con los países del Cono Sur.

Gráfica 106 Desempeño de las FESP en la Subregión del Cono Sur y México



fluencia de los valores extremos en un grupo de sólo seis países.

El nivel de desempeño de la subregión en 8 de las 11 funciones esenciales supera el 50% del estándar preestablecido para la medición.

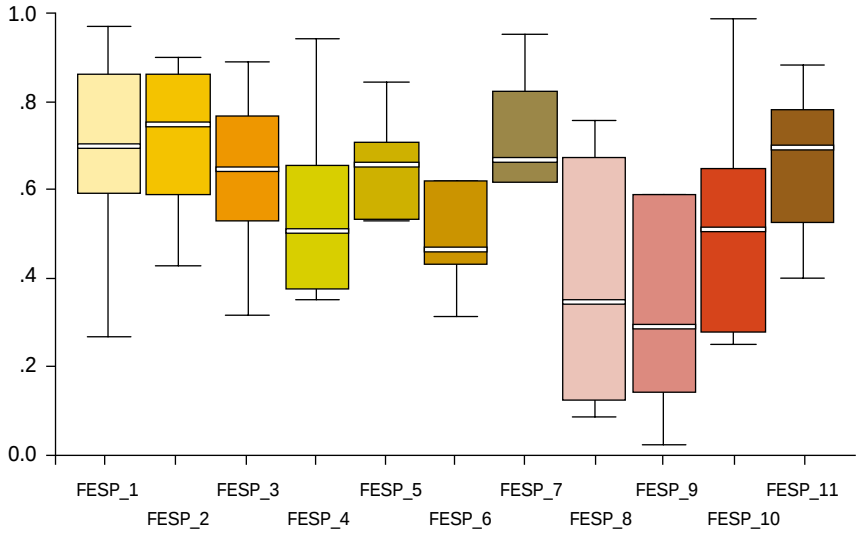
La gráfica muestra que las FESP que presentan un mejor desempeño corresponden a las relacionadas con: vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (FESP 2); seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud (FESP 1); y reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (FESP 11).

El menor desempeño de los países de la subregión se observa en la FESP 9, que corresponde a garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, y en la FESP 8, sobre desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

El resto de las FESP presenta un nivel de desempeño moderado. En orden decreciente, son: evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7); desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública (FESP 5); promoción de la salud (FESP 3); participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4); y fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública (FESP 6).

En general, el logro alcanzado en investigación en salud publica (FESP 10) es superior a otras subregiones y al perfil de toda la región.

Gráfica 107 Distribución del desempeño de las FESP en la Subregión del Cono Sur y México



Este perfil muestra que los países del Cono Sur y México no sólo han alcanzado niveles de desempeño en las funciones esenciales de la salud pública en áreas tradicionales, como la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de la situación sanitaria, sino también en otras de más reciente aplicación, impulsadas en los procesos de reforma sectorial, como la promoción de la salud y la evaluación del acceso equitativo de la población a los servicios de salud. También hay avances significativos en las funciones de planificación y gestión, así como en promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

Probablemente, las funciones que requieran un mayor impulso sean las relacionadas con aspectos más cualitativos de los factores rectores del sector de la salud, como la reglamentación y fiscalización del cumplimiento de la normativa sanitaria, el desarrollo de los recursos humanos y, especialmente, la garantía de calidad de los servicios ofrecidos a la población.

El perfil de desempeño de los países del Cono Sur y México, en relación con las 11 funciones esenciales de la salud pública, muestra para todos los países áreas de mayor y menor fortaleza en materia de salud pública, lo que abre la posibilidad de impulsar la cooperación entre países de la subregión para mejorar el desempeño de la salud pública.

En la siguiente gráfica, se presentan los resultados en términos del valor promedio, la primera desviación estándar (que representa al 66% de los países) y los valores máximos y mínimos[15] para cada función.

[15] En este análisis se han excluido algunos resultados que son identificados en el análisis estadístico como valores aberrantes.

De acuerdo con esa gráfica, la FESP 5 (planificación y gestión de la salud pública) y la FESP 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios) son las que presentan menor dispersión, de manera que es posible concluir que ambas funciones representan, en general, una fortaleza para todos los países analizados.

El desempeño de la FESP 6 (fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública), que presenta, en general, un nivel de moderado a bajo, tiene una variabilidad menor, lo que significa que es un área crítica que debe fortalecerse en la mayoría de los países de la subregión.

Las mayores variaciones en los niveles de cumplimiento se presentan en la FESP 8 (desarrollo de recursos humanos), con niveles globales de desarrollo considerados moderados, y la FESP 9 (garantía de calidad de los servicios), la de menor desempeño global en la subregión. En este caso, en algunos de los países analizados el desempeño de estas funciones puede considerarse un punto fuerte, mientras que en otros, una debilidad, lo que abre la posibilidad de cooperación entre los países.

2.4.2 Resultados de la medición por función

En esta sección, se analiza el desempeño de cada una de las funciones esenciales de la salud pública en el contexto de la subregión, identificando y describiendo sus elementos constitutivos.

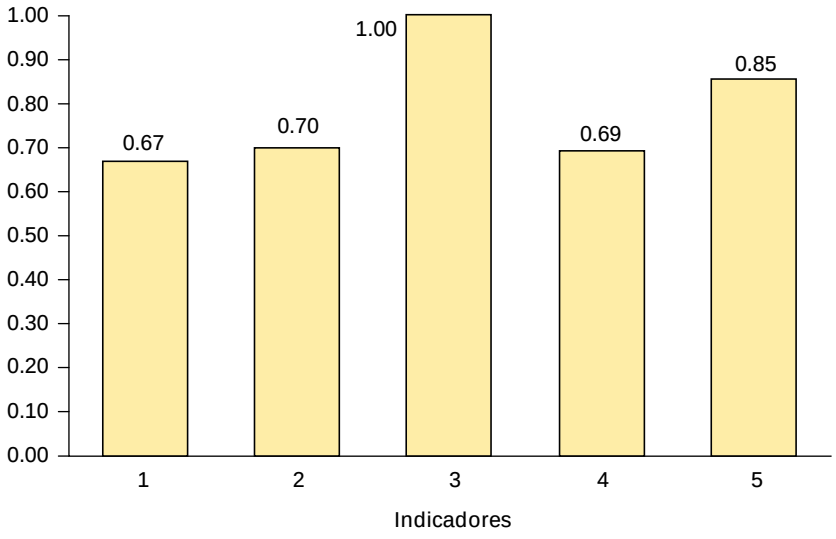
FESP 1: *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud*

En el Cono Sur y México, la función de seguimiento, análisis y evaluación de la situación de salud de la población tiene un desempeño que, de acuerdo con el valor promedio, alcanza el 70% del estándar previsto, con escasa variación entre los países que forman la subregión.

Indicadores

1. Pautas y procesos de seguimiento y evaluación del estado de salud

Gráfica 108 Desempeño de los indicadores de la FESP 1 en la Subregión del Cono Sur y México



2. Evaluación de la calidad de la información

3. Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud

4. Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

En esta función todos los aspectos tienen un nivel de desempeño satisfactorio (gráfica 108), especialmente el relacionado con la disponibilidad de expertos y recursos para el seguimiento y evaluación. Al contrario de lo que ocurre en el resto de la región, destaca el buen nivel alcanzado en el ámbito de la investigación

En los aspectos relacionados con las pautas y procesos de seguimiento y evaluación, la revisión periódica y actualización de sus contenidos no es la óptima y hay dificultades para divulgar adecuadamente la información producida.

En cuanto a la evaluación de la calidad de la información, los países reconocen que las instancias designadas para cumplir esta función no son suficientemente independientes de la autoridad sanitaria.

La subregión dispone de un contingente adecuado de apoyo experto y de recursos para efectuar el seguimiento del estado de salud de la población.

El buen nivel alcanzado por el soporte tecnológico para cumplir esta función se ve limitado por su baja utilización en el ámbito local y la dificultad para acceder a un mantenimiento adecuado.

El asesoramiento a los niveles subnacionales para el cumplimiento de esta función sólo presenta deficiencias en la oportunidad con la que estas acciones se llevan a cabo.

FESP 2: *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

Ésta es la función que presenta el mejor nivel de desempeño en la subregión, alcanzando un valor promedio del 75%, cifra relativamente homogénea en todos los países analizados.

Todos los aspectos tienen un nivel de desempeño alto, exceptuando el relacionado con la capacidad y pericia en epidemiología, que sólo alcanza niveles moderados (gráfica 109).

Indicadores

1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública

2. Capacidad y pericia en epidemiología

3. Capacidad de los laboratorios de salud pública

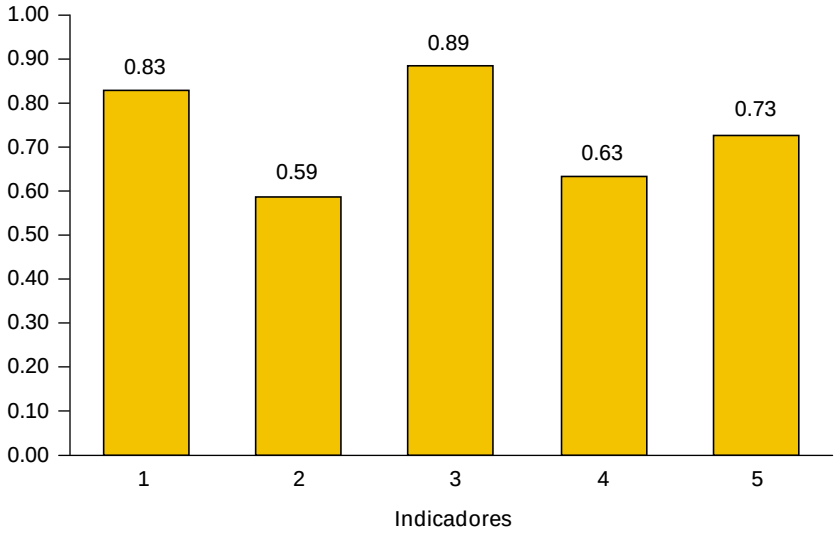
4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

El sistema de vigilancia aplicado por la autoridad sanitaria tiene un buen nivel de desarrollo en los países de la subregión, pero no suele incluir indicadores de calidad de vida. El sistema tiene algunas dificultades para obtener retroalimentación de la información y no tiende a utilizar la información producida por otros organismos o instituciones que también se ocupan de la vigilancia en el país.

El menor nivel de desempeño que se registra en la pericia en epidemiología está relacionado con la escasa utilización de sistemas de información geográfica por parte de los responsables de la autoridad sanitaria de los países de la subregión, a lo que se suma la falta de capacitación en salud mental y ocupacional. Otra li-

Gráfica 109 Desempeño de los indicadores de la FESP 2 en la Subregión del Cono Sur y México



mitación es la periodicidad en el análisis de la información.

En relación con los laboratorios de salud pública, la mayoría de los países dispone de una red consolidada, pero presenta algunas falencias en la certificación de la calidad de dichos laboratorios.

La capacidad de respuesta de la autoridad sanitaria es alta en todos los países de la subregión. Sólo tienen dificultades para poner en práctica mecanismos que reconozcan el buen desempeño de los responsables de las tareas de vigilancia y de respuesta a las emergencias que se presentan.

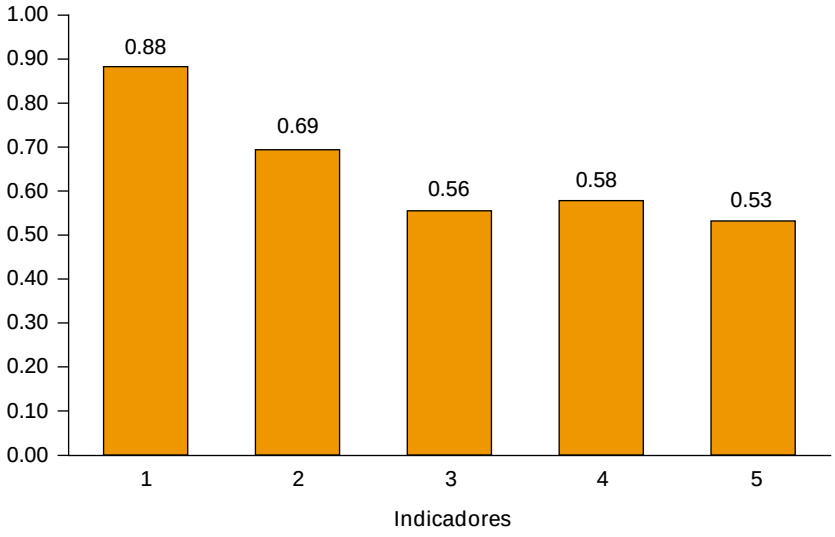
El asesoramiento a los niveles subnacionales se realiza adecuadamente, pero la autoridad sanitaria no suele recibir informes periódicos de dichos niveles sobre la situación de la vigilancia en sus territorios.

FESP 3: *Promoción de la salud*

El desempeño de la subregión para esta función es moderado, con un valor promedio del 65%, muy semejante en todos los países que la componen.

La subregión registra un desempeño moderado en todos los aspectos, destacando el buen nivel alcanzado en la elaboración de normas e intervenciones destinadas a favorecer los comportamientos y ambientes saludables (gráfica 110).

Gráfica 110 Desempeño de los indicadores de la FESP 3 en la Subregión del Cono Sur y México



Indicadores

1. Apoyo a las actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones destinadas a favorecer comportamientos y ambientes saludables

2. Establecimiento de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud

3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud

4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción

5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de la salud

Todos los países han elaborado políticas de promoción que incluyen las recomendaciones internacionales e incorporan tecnologías de la información para impulsar la promoción. Esas políticas definen metas a corto y largo plazo. No siempre las autoridades sanitarias logran comprometer a todos los niveles y todos los actores, y no se evalúa regularmente la aplicación de estas políticas. En todos los países, se fomenta el desarrollo de normas e intervenciones orientadas a promover comportamientos y ambientes saludables.

Aunque todos los países de la subregión disponen de una instancia coordinadora que reúne a los demás sectores para alcanzar las metas programadas, no todos han elaborado un plan de acción. La mayoría tiene dificultades para efectuar el seguimiento de las acciones conjuntas y analizar el impacto de las políticas sociales y económicas. No obstante, una de las fortalezas de la subregión es el fomento de la incorporación de estos aspectos en las políticas sanitarias y, especialmente, de promoción de la salud.

Existen programas de educación de la comunidad, en colaboración con otros sectores e instituciones, destinados a producir mejoras en las condiciones de salud de la población. Lamentablemente, es frecuente que las campañas de promoción que se realizan no se evalúen. En la subregión, no está identificada la instancia específica que se dedica a informar a la población y suministrar material educativo.

Un tema discutido en las instancias decisorias en materia de salud es la reorienta-

ción de los servicios sanitarios hacia la promoción, puesto de manifiesto por la presencia de mecanismos de financiación de proyectos con este objetivo. La aplicación de otras estrategias —como mecanismos de pago que incentiven la promoción en los sistemas de seguros, tanto públicos como privados; diseño de protocolos clínicos; o fortalecimiento de la atención primaria por medio de equipos de salud, con capacitación en promoción, que se responsabilicen de grupos de población definidos y ejecuten programas de promoción específicos— tiene escaso desarrollo en la subregión.

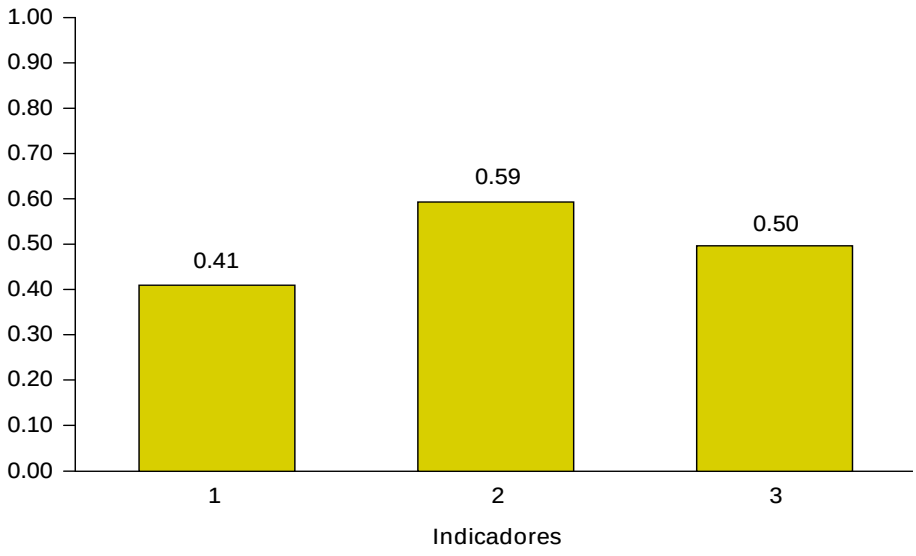
Las autoridades sanitarias disponen de personal experto para asesorar a los niveles subnacionales. Hay limitaciones de materiales que incorporen la diversidad cultural y de evaluación de las necesidades de especialistas en educación para salud en los niveles subnacionales. A este nivel existe coordinación con otros actores sociales. Por otra parte, se hace un buen uso de herramientas para potenciar el impacto y el acceso a la promoción de la salud en el país.

FESP 4: *Participación de los ciudadanos en la salud*

Ésta es una función que presenta un desempeño moderado en los países del Cono Sur y México, de acuerdo con el valor promedio (51%), con poca variación entre ellos.

El aspecto que presenta un mejor, aunque moderado, desarrollo en el ejercicio de esta función es el relacionado con el fortalecimiento de la participación social en la salud (Gráfica 111).

Gráfica 111 Desempeño de los indicadores de la FESP 4 en la Subregión del Cono Sur y México



Indicadores

1. Fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública
2. Fortalecimiento de la participación social en la sanidad
3. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en materia de salud

Para fortalecer el poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública, existe un moderado avance en la puesta en práctica de mecanismos de consulta ciudadana y de recepción de su opinión, en instancias formales y a todos los niveles. No se han establecido aún los procedimientos para responder a las opiniones de la sociedad civil.

La institución del defensor, de carácter autónomo y con capacidad jurídica para proteger los derechos de salud de la población del ciudadano, está presente en la mayoría de los países.

En todos los países, en mayor o menor medida, se rinde cuenta pública del estado de salud y de la gestión de los servicios sanitarios, pero no se solicita retroalimentación ciudadana.

En cuanto al fortalecimiento de la participación social en materia de salud, la mayoría de los países expresan la importancia de ésta como eje para definir y llevar a la práctica los objetivos y metas de salud pública, para lo cual han establecido instancias formales, por lo general en los niveles intermedios y locales. Lamentablemente, muy pocos países disponen de programas de información a los ciudadanos sobre sus derechos en materia sanitaria, uno de los pilares que permiten responsabilizar a las personas con respecto a la salud.

Todos los países de la subregión cuentan con personal capacitado para promover la participación ciudadana y las buenas prácticas de participación social en la salud. La mayoría de ellos asigna recursos a organizaciones para desarrollar programas de salud pública.

Existe una amplia convocatoria para impulsar la participación en materia de

salud, pero pocas veces se evalúa esta capacidad.

En cuanto al asesoramiento a los niveles subnacionales, todos los países tienen capacidad de promover el desarrollo de mecanismos de participación en la adopción de decisiones sobre salud pública, pero presentan deficiencias para evaluar el impacto de estas acciones y asegurar una respuesta adecuada a las necesidades planteadas por la población a esos niveles.

FESP 5: *Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública*

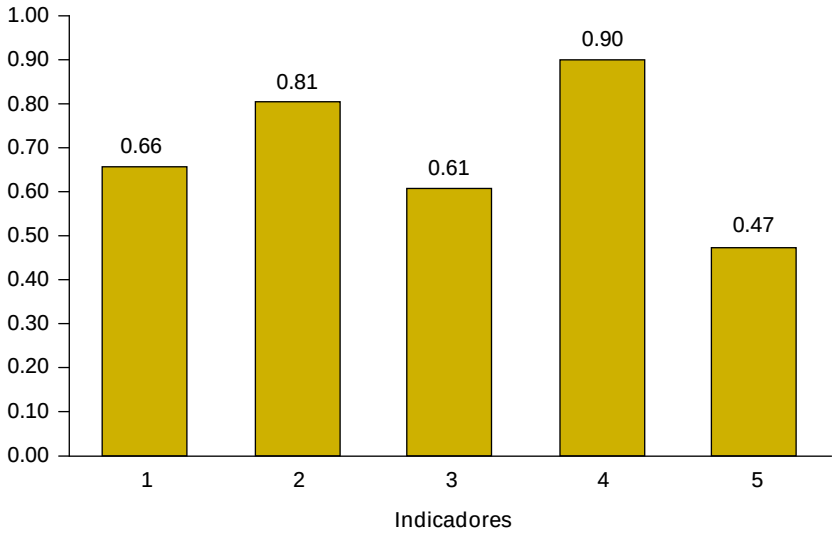
El desempeño de esta función en la subregión es moderado y tiene un valor promedio del 66%, un resultado bastante uniforme en los cinco países que la componen.

En el desarrollo de esta función, destaca el alto nivel logrado en el seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública y la gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública, al mismo tiempo que se evidencia una mayor limitación en la capacidad de la ASN de asesorar a los niveles subnacionales en estas materias (gráfica 112).

Indicadores

1. La definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública
2. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública
3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública
4. Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Gráfica 112 Desempeño de los indicadores de la FESP 5 en la Subregión del Cono Sur y México



La mayor parte de los países de la subregión desarrolla planes con metas y objetivos relacionados con las prioridades sanitarias, basados en el perfil del sistema de salud. Se trata de un proceso liderado por la autoridad sanitaria y complementado con responsables identificados en los diferentes niveles para su aplicación. Existe un buen nivel general de diseño y utilización de indicadores para medir el logro de los objetivos planteados. No obstante, se observan deficiencias a la hora de disponer de mecanismos de financiación que promuevan la orientación de la gestión hacia objetivos sanitarios.

Todos los países de la subregión han aplicado políticas que se traducen en cuerpos de leyes, para lo que disponen de personal capacitado. El desarrollo del plan nacional de políticas de salud pública es un proceso liderado por la autoridad sanitaria y cuenta con la participación de los demás sectores. Por otra parte, en general se ha logrado una elevada capacidad de seguimiento y evaluación del impacto de estas políticas.

Se observa un buen ejercicio del liderazgo de la gestión de salud, gracias a que la mayoría de los países dispone de pericia técnica y los procesos de planificación, toma de decisiones y evaluación de actividades por lo general se basan en los datos. Se suma a esto un adecuado apoyo de sistemas de información (deficientes sólo en el área de la calidad), personal calificado para su utilización y mecanismos de supervisión y evaluación. Sin embargo, en la subregión aún no se hace uso de indicadores de desempeño que permitan continuar mejorando la gestión en materia de salud pública.

El desarrollo organizativo, que presenta deficiencias en todos sus aspectos, es una de las áreas de menor avance en los países analizados.

En cuanto a la gestión de recursos, la mayoría de los países de la subregión dispone de la capacidad adecuada y tiene experiencia en su reasignación en función de las prioridades sanitarias y las necesidades detectadas.

La gestión de la cooperación internacional se desarrolla adecuadamente en todos los países de la subregión, gracias a que éstos disponen de recursos, tecnología y capacidades, y conocen los mecanismos y requisitos de las diferentes organizaciones internacionales para la asignación de recursos. Sólo uno de los países analizados tiene algunas deficiencias en esta área.

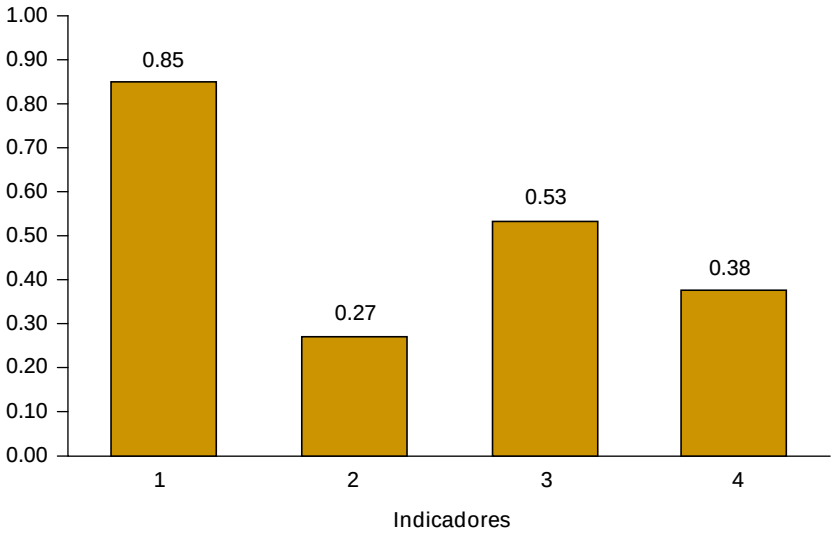
En cuanto al asesoramiento a nivel subnacional, los países disponen de personal capacitado, pero tienen deficiencias en áreas de definición de políticas, planificación estratégica y mejoramiento continuo de la gestión. Las mayores dificultades que presenta la subregión están ligadas a la incapacidad para detectar las necesidades de asesoramiento a esos niveles.

FESP 6: *Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública*

Esta FESP es una de las de menor desempeño en la subregión, con un valor promedio del 47% y escasa variación entre los países que la constituyen, lo que confirma su carácter de debilidad para la subregión.

En el grupo de países que integran la subregión, destaca el alto nivel de desarrollo de los procesos de seguimiento del marco de reglamentación, seguido de un buen desempeño de las capacidades para hacerlo cumplir. Sin embargo, como se ve en la gráfica 113, no se refleja en los resultados, que presentan un bajo

Gráfica 113 Desempeño de los indicadores de la FESP 6 en la Subregión del Cono Sur y México



desempeño en la capacidad institucional para hacer cumplir las normas.

Indicadores

1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco de reglamentación

2. Hacer cumplir la normativa en materia de salud

3. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco de reglamentación

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos

La mayor parte de los países del Cono Sur y México, para ejercer la función de reglamentación y fiscalización en salud pública, disponen de los recursos y el asesoramiento adecuados para la elaboración de normativas, aunque éstas no siempre se revisan oportuna y periódicamente para estudiar el impacto o los efectos adversos de las reglamentaciones establecidas.

Aunque en la subregión se han identificado los responsables de efectuar las tareas de fiscalización y se dispone de pautas para apoyarlas, la autoridad sanitaria no establece procesos sistemáticos para hacer cumplir la normativa. Esto queda demostrado por la falta de supervisión del proceso de fiscalización, de un desarrollo regular de instancias de capacitación y educación respecto al cumplimiento de la normativa y de incentivos al cumplimiento. En general, no se han desarrollado políticas ni planes destinados a la prevención de la corrupción en el sistema de salud pública.

La mayor parte de los países presentan suficiente capacidad institucional para ejercer las funciones normativa y fiscalizadora, para lo que disponen de equipos competentes y cualificados y de recursos institucionales. Sin embargo, adolecen de una marcada limitación en el acceso a los

recursos financieros necesarios para hacer cumplir el marco de reglamentación y en el volumen adecuado de recursos humanos para ejercer esta función. Con respecto a los agentes de fiscalización, se realizan actividades de orientación, pero no hay planes de capacitación continua.

La autoridad sanitaria de la mayor parte de los países de la subregión, en su relación con los niveles subnacionales, ha desarrollado mecanismos de apoyo para situaciones de fiscalización complejas, pero por lo general no existe asesoramiento para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos, no se han desarrollado protocolos que apoyen la gestión a nivel subnacional, ni se efectúa periódicamente una evaluación de la asistencia técnica prestada.

FESP 7: *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*

Esta es una función de desempeño moderado, con un valor promedio del 67% y poca dispersión entre los países que componen la subregión.

En el cumplimiento de esta función, el aspecto de mayor desarrollo es el asesoramiento a los niveles subnacionales, que alcanza los niveles óptimos, seguido por el fomento y la acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios. Sin embargo, en el seguimiento y evaluación del acceso a servicios necesarios se observa un cumplimiento menor (gráfica 114).

Indicadores

1. Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios
2. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población
3. Fomento y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

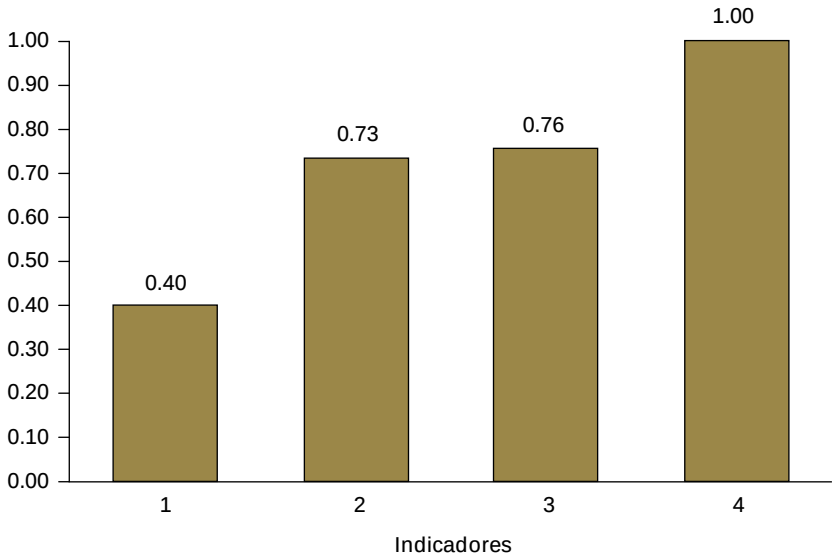
En la subregión, la autoridad sanitaria ejerce la conducción de la evaluación del acceso a los servicios esenciales de manera irregular, tanto en lo que se refiere a los servicios colectivos como individuales, principalmente debido a que en el proceso no se suele contar con la colaboración de otros organismos o instituciones y la identificación de los obstáculos al acceso es incompleta (por lo general no se incluyen las variables étnica, cultural, religiosa, idiomática, de discapacidad física o mental). A esto se suma que no todos los países analizados utilizan metodologías para detectar desigualdades y, por lo tanto, la promoción de la equidad en el acceso a los servicios sanitarios esenciales es reducida.

Se dispone de suficiente personal capacitado para acercarse a la comunidad y orientar a la población sobre la utilización de los servicios de salud, aunque se observan deficiencias en las metodologías para informar al ciudadano. Por otra parte, la autoridad sanitaria no evalúa esta capacidad con la frecuencia apropiada.

Los países de la subregión llevan a cabo acciones de fomento de políticas o reglamentaciones con el fin de incrementar el acceso de la población más necesitada, para lo cual se han formalizado alianzas estratégicas con otros sectores e instituciones, especialmente en aspectos de recursos humanos, y, en general, se conocen las desigualdades. En este campo, tres países han aplicado políticas de incentivos a los proveedores de servicios, orientadas a disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios. Por otra parte, en la mayoría de los países existen programas nacionales para resolver los problemas de acceso.

La autoridad sanitaria del Cono Sur y México tiene capacidad suficiente para asesorar a los niveles subnacionales en todos los ámbitos, como la definición

Gráfica 114 Desempeño de los indicadores de la FESP 7 en la Subregión del Cono Sur y México



del conjunto básico de servicios individuales y colectivos que deben estar a disposición de toda la población, la identificación de las necesidades insatisfechas y los obstáculos de acceso, y el desarrollo de programas complementarios de acercamiento a la comunidad para fomentar el acceso equitativo a los servicios.

FESP 8: *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*

Esta es una de las funciones de menor desempeño en la subregión, con un valor promedio del 35%. No obstante, se observan diferencias elevadas entre los países que la componen, por lo que en alguno de ellos es una función de desempeño satisfactorio.

En el Cono Sur y México, tanto la definición de características de la fuerza de trabajo en salud pública como el asesoramiento a los niveles subnacionales presentan un buen desempeño global, al que se contraponen los bajos niveles alcanzados en mejoramiento de la calidad y la capacitación continua de los recursos humanos y su perfeccionamiento para adecuarse a las necesidades de los usuarios (gráfica 115).

Indicadores

1. Descripción de la fuerza de trabajo en salud pública
2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo
3. Educación continua y de posgrado en salud pública
4. Perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos

La autoridad sanitaria de la subregión tiene suficiente capacidad para definir las necesidades de personal en el campo de la salud pública, con una descripción de su perfil e identificación de las competencias requeridas. Se registran logros en cuanto a la identificación de las diferencias existentes a nivel nacional. Sin embargo, hay deficiencias en la evaluación de la fuerza de trabajo existente, especialmente por un acceso limitado a sistemas de información que permitan conocer su distribución y elaborar un inventario actualizado y completo. En este ámbito, es poco frecuente la coordinación con otras instituciones para realizar la evaluación de la cantidad y calidad del personal de salud pública.

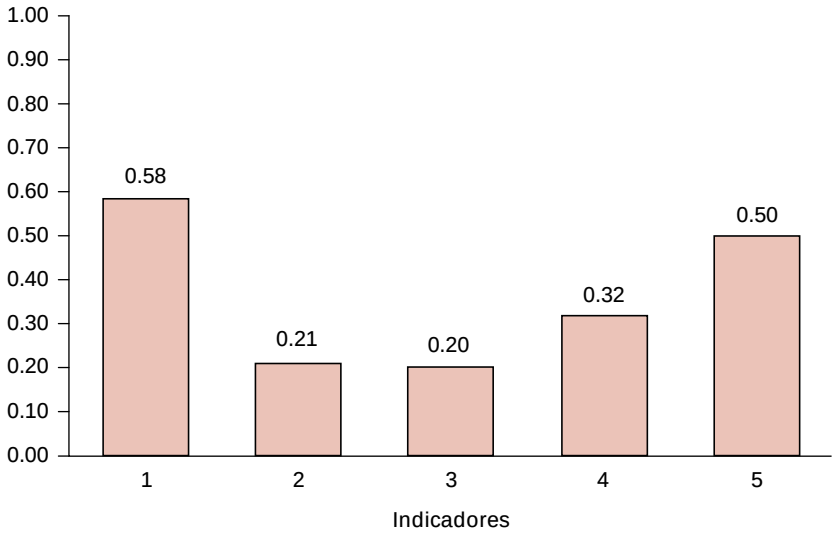
En los países del Cono Sur y México, las autoridades sanitarias elaboran normativas de acreditación y certificación para apoyar la contratación de personal de salud pública, cuyo cumplimiento se evalúa regularmente. Existen, además, políticas definidas de capacitación que cuentan con el apoyo de las instituciones de enseñanza, con las que se ha elaborado el plan de estudios básico de salud pública.

Lamentablemente, no es frecuente la evaluación del impacto de estas políticas. Lo mismo sucede con el plan de mejora de la calidad de la fuerza de trabajo en salud pública.

Aunque la autoridad sanitaria brinda oportunidades para el desarrollo del liderazgo en salud pública y tiene capacidad para identificar los posibles líderes, no se promueve su permanencia ni se aplican incentivos para potenciar las capacidades de su personal de salud pública.

El área que presenta el menor desarrollo por parte de la autoridad sanitaria de los países analizados es la relacionada con la disponibilidad de sistemas de evaluación del desempeño de los trabajadores de la salud pública. Dicha evaluación se efectúa sólo parcialmente en dos de los cinco países de la subregión.

Gráfica 115 Desempeño de los indicadores de la FESP 8 en la Subregión del Cono Sur y México



Para promover la educación continua y la formación de posgrado en salud pública, se ha desarrollado cierto grado de coordinación con entidades educativas, pero no se efectúa el seguimiento del personal capacitado ni se han puesto en práctica estrategias para asegurar su permanencia en los puestos de trabajo.

La adecuación de los recursos humanos para la prestación de servicios apropiados a las características de los usuarios es débil en la subregión, principalmente por el desconocimiento de los obstáculos existentes y la ausencia de políticas de contratación de una fuerza de trabajo culturalmente adecuada.

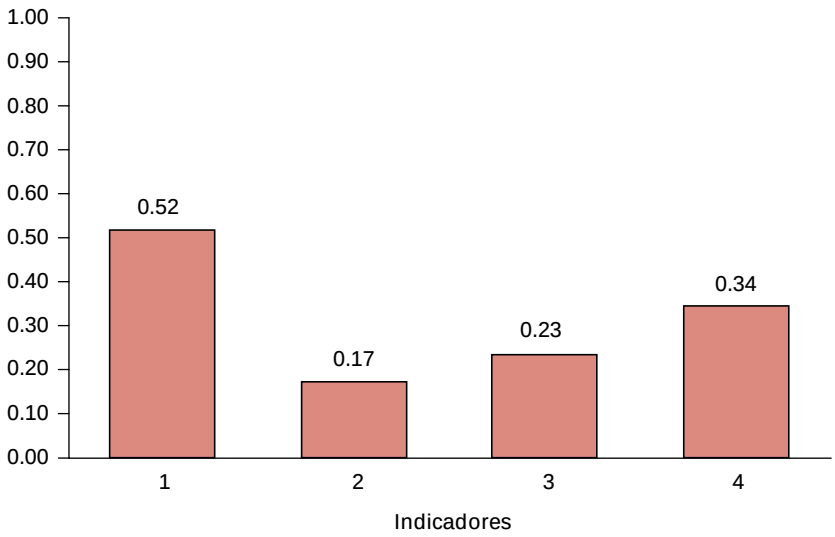
No obstante, existe una buena asistencia global a los niveles subnacionales para el desarrollo de recursos humanos, mediante la aplicación de estrategias para asegurar el acceso a programas de formación continua que tengan en cuenta las características socioculturales locales y el desarrollo de la capacidad de planificación y gestión descentralizada de estos recursos, así como su apoyo.

FESP 9: *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*

Esta es la función con menor nivel de desempeño en los países del Cono Sur y México, con un valor promedio del 29%. Sin embargo, la alta dispersión en el comportamiento hace que, por lo menos en dos países, se hayan alcanzado niveles de desempeño moderados.

El desempeño de los países de esta subregión es bajo en todos los aspectos mencionados, excepto en la definición de estándares y en la evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos (gráfica 116).

Gráfica 116 Desempeño de los indicadores de la FESP 9 en la Subregión del Cono Sur y México



Indicadores

1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

2. Mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

3. Sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en materia sanitaria para apoyar la adopción de decisiones con respecto a la salud pública

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud para asegurar la calidad de los servicios

Todos los países, en grados variables, ejecutan políticas para la mejora continua de los servicios sanitarios que tienen en cuenta estándares y metas de desempeño a nivel nacional, cuyo cumplimiento se evalúa de manera más o menos regular. En este proceso se incorpora el uso de nuevas metodologías para la evaluación de la calidad y se incluye la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios. Las autoridades nacionales han logrado un buen desarrollo de estas estrategias, tanto para los servicios colectivos como individuales. Lamentablemente, existen deficiencias a la hora de divulgar los resultados de las evaluaciones a los proveedores y usuarios. Cuatro de los cinco países disponen de un organismo autónomo e independiente para la acreditación y evaluación de la calidad de los servicios individuales.

Sólo en dos países de la subregión, la autoridad sanitaria ha conseguido impulsar a la comunidad a evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios prestados. Esta evaluación, tanto de los servicios colectivos como individuales, se lleva a cabo con escasa regularidad y no incorpora a todos los actores pertinentes. Los resultados, que habitualmente permiten orientar las estrategias para mejorar el acceso, no se divulgan a la comunidad ni a los prestadores.

La gestión tecnológica y la evaluación de tecnologías son un área de escaso desa-

rrollo en la región. Aunque las autoridades sanitarias han intentado impulsarlas e identificado las instancias responsables de ellas, por lo general sus opiniones no se tienen en cuenta en la toma de decisiones o la formulación de políticas sanitarias. Asimismo, no se produce un desarrollo de estrategias que asegure el adecuado funcionamiento del sistema de gestión tecnológica existente. Sólo en tres países se observa un cierto grado de evaluación de las tecnologías disponibles y de fomento de su utilización por parte de los órganos de decisión.

El apoyo a los niveles subnacionales para asegurar la calidad de los servicios es limitado. Aunque el asesoramiento en metodologías de recopilación y análisis de la información es bueno, sólo en uno de los países analizados se impulsa la utilización de instrumentos para la gestión y evaluación de tecnologías.

FESP 10: *Investigación en salud pública*

La función de investigación en salud pública presenta un desempeño moderado en la región, con un valor promedio del 51% y escasa variación entre los países que la constituyen.

De los tres aspectos, el que registra menores avances es el referido al desarrollo de un programa de investigación. La capacidad institucional y el asesoramiento a los niveles subnacionales tienen, en cambio, un adecuado nivel de desempeño (gráfica 117).

Indicadores

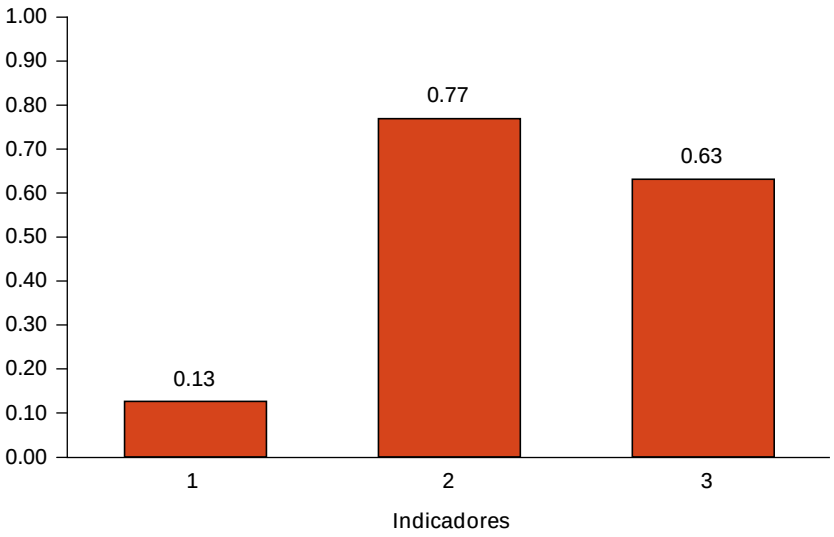
1. Desarrollo de un programa de investigación en materia de salud pública
2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación
3. Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública

Todos los países de la subregión han desarrollado un programa de investigación en salud pública, pero con un contenido que se limita, en general, a conocer las posibles fuentes de financiación y los organismos de colaboración existentes. El cumplimiento se evalúa sólo en uno de los cinco países analizados.

En el Cono Sur y México existe un buen desarrollo de la capacidad institucional para la investigación en salud pública, gracias a la disponibilidad de equipos técnicos capaces de realizar investigación autónoma, así como de instrumentos de análisis cualitativo y cuantitativo para la investigación de problemas de salud colectivos, y al apoyo de sistemas de información apropiados.

La autoridad sanitaria de los países de la subregión asesora adecuadamente a los niveles subnacionales con respecto a la metodología de investigación operativa en salud pública e interpretación de los resultados. Asimismo, se promueve la participación de los profesionales de esos niveles en investigaciones de alcance nacional. Lo que aún no se ha conseguido es la creación de una red de instituciones que puedan beneficiarse de los resultados de las investigaciones pertinentes.

Gráfica 117 Desempeño de los indicadores de la FESP 10 en la Subregión del Cono Sur y México

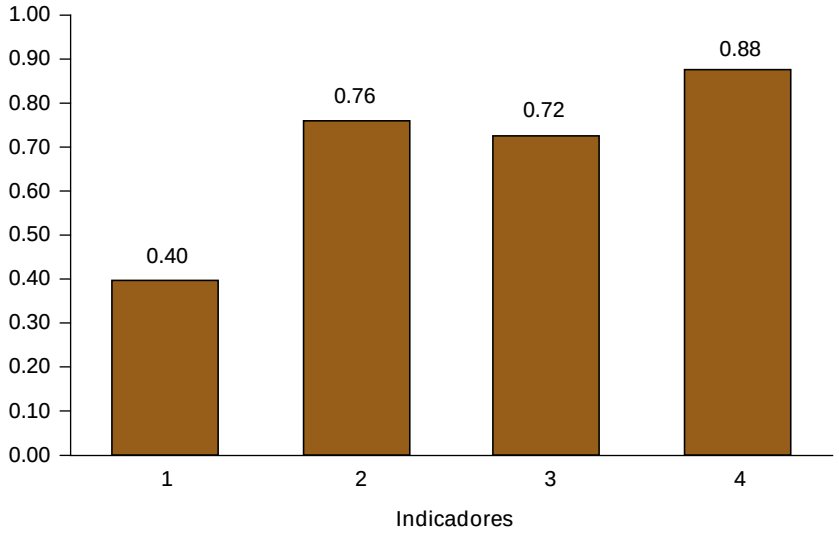


FESP 11: *Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud*

Ésta es una de las funciones con un buen desempeño en los países de la subregión, con un valor promedio que alcanza el 70% y escasa dispersión entre éstos.

Los países, en el cumplimiento de esta función, han logrado altos niveles de desempeño en el asesoramiento a los niveles subnacionales y el desarrollo de normas y directrices. Destaca el bajo nivel alcanzado en la gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres (gráfica 118).

Gráfica 118 Desempeño de los indicadores de la FESP 11 en la Subregión del Cono Sur y México



Indicadores

1. Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres

2. Desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

3. Coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones

4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Todos los países de la subregión disponen de un plan nacional institucional de reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, de una unidad responsable de este ámbito a nivel de la autoridad sanitaria, y de un presupuesto asignado. No obstante, la autoridad sanitaria carece de la capacidad suficiente para coordinar todo el sector, a pesar de que cuenta con redes de comunicación y transporte, cuyo funcionamiento no suele evaluarse. Por su parte, el personal responsable está debidamente capacitado, pero estos contenidos aún no están integrados en la formación profesional.

La autoridad sanitaria en el Cono Sur y México ha alcanzado un nivel adecuado de desarrollo de estrategias para reducir el impacto de las emergencias y desastres, lo que incluye la elaboración de normas sanitarias para el plan nacional de emergencias y para hacer frente a las consecuencias. Los aspectos que registran menores avances en esta área son los relacionados con la salud mental, las normas para la donación de medicamentos e insumos y la construcción y mantenimiento de la infraestructura sanitaria.

Destaca el buen nivel alcanzado por tres de los cinco países en el desarrollo de normas para la prestación de servicios sanitarios durante las emergencias.

La coordinación entre la autoridad sanitaria y otros sectores u organismos está presente en todos los países de la subregión, con buen nivel de cobertura y compromiso, principalmente a escala nacional. Son habituales la coordinación con el organismo nacional de protección civil respectivo u otros organismos de responsabilidad multisectorial y el establecimiento de alianzas a nivel internacional para enfrentarse a las emergencias.

La asistencia a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres se realiza de manera adecuada, tanto en el terreno de la colaboración con esos niveles para establecer una capacidad de respuesta, como en el apoyo para la elaboración de normativas e identificación de responsables de la gestión de los planes de emergencia. Lamentablemente, a pesar de que la autoridad sanitaria tiene capacidad para detectar las necesidades que se presentan en los niveles subnacionales, no proporciona los recursos adecuados para responder a las mismas.

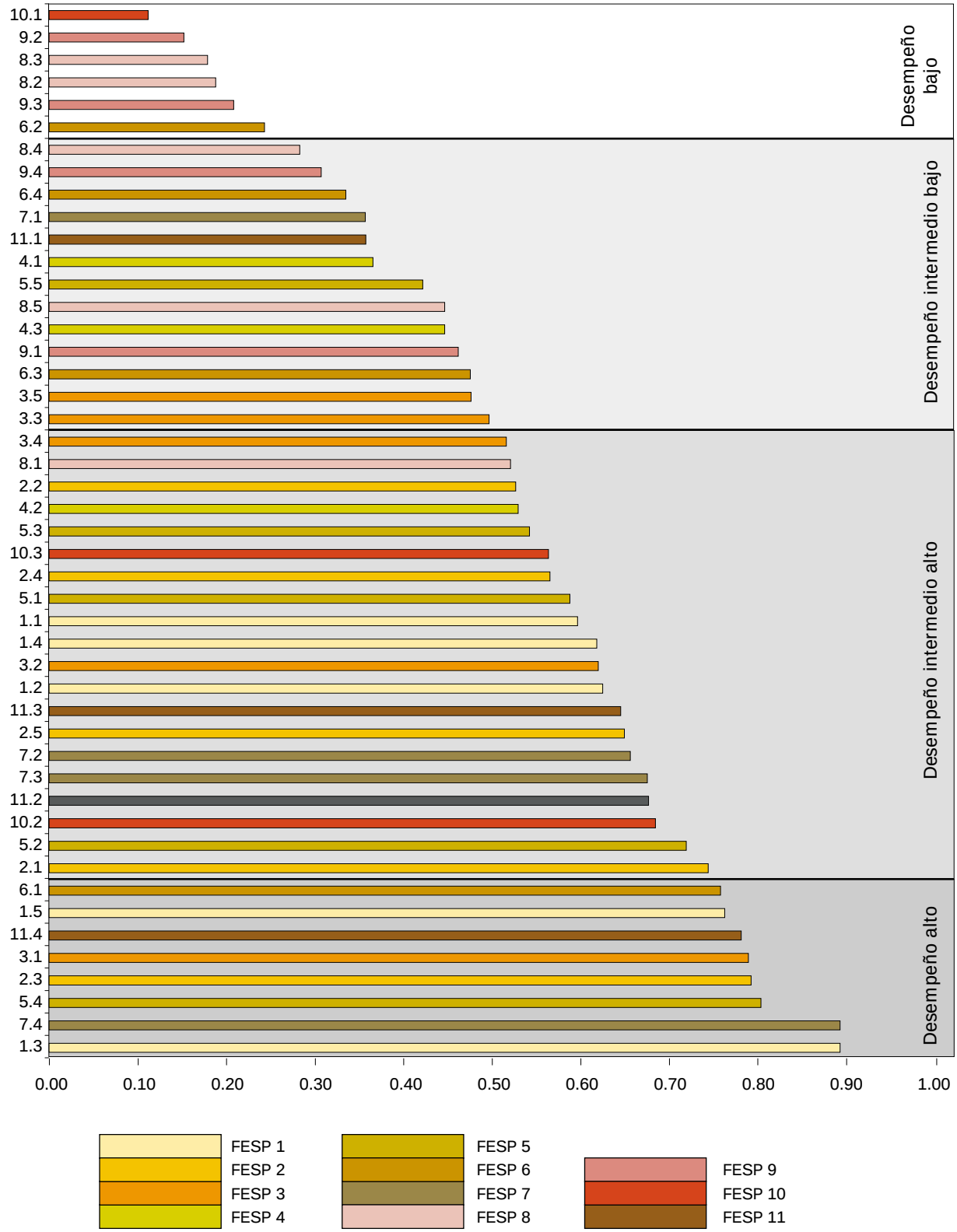
2.4.3 Identificación de áreas de intervención prioritarias

2.4.3.1 Desempeño del total de indicadores

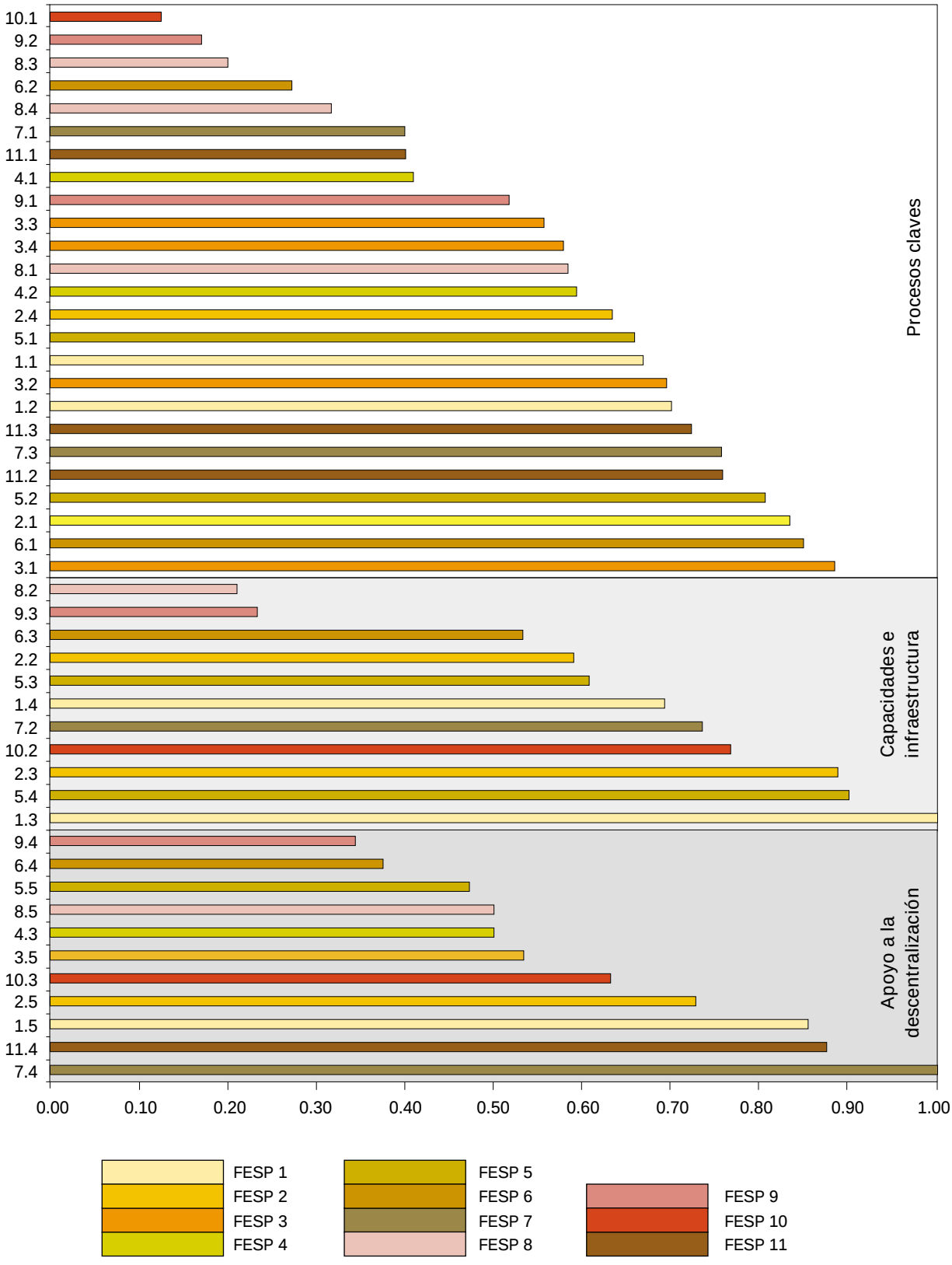
Para identificar las áreas de intervención prioritarias y evaluar su nivel de desarrollo, a continuación se presenta un perfil de todos los indicadores de las FESP de la subregión, en orden creciente, clasificados según su nivel de desempeño de bajo, moderado bajo, moderado superior y alto (gráfica 119). Para facilitar el análisis, se han diferenciado por color los indicadores correspondientes a cada función.

De acuerdo con este panorama global, las principales áreas críticas se observan en el ámbito del desarrollo de recursos humanos (especialmente en el mejora-

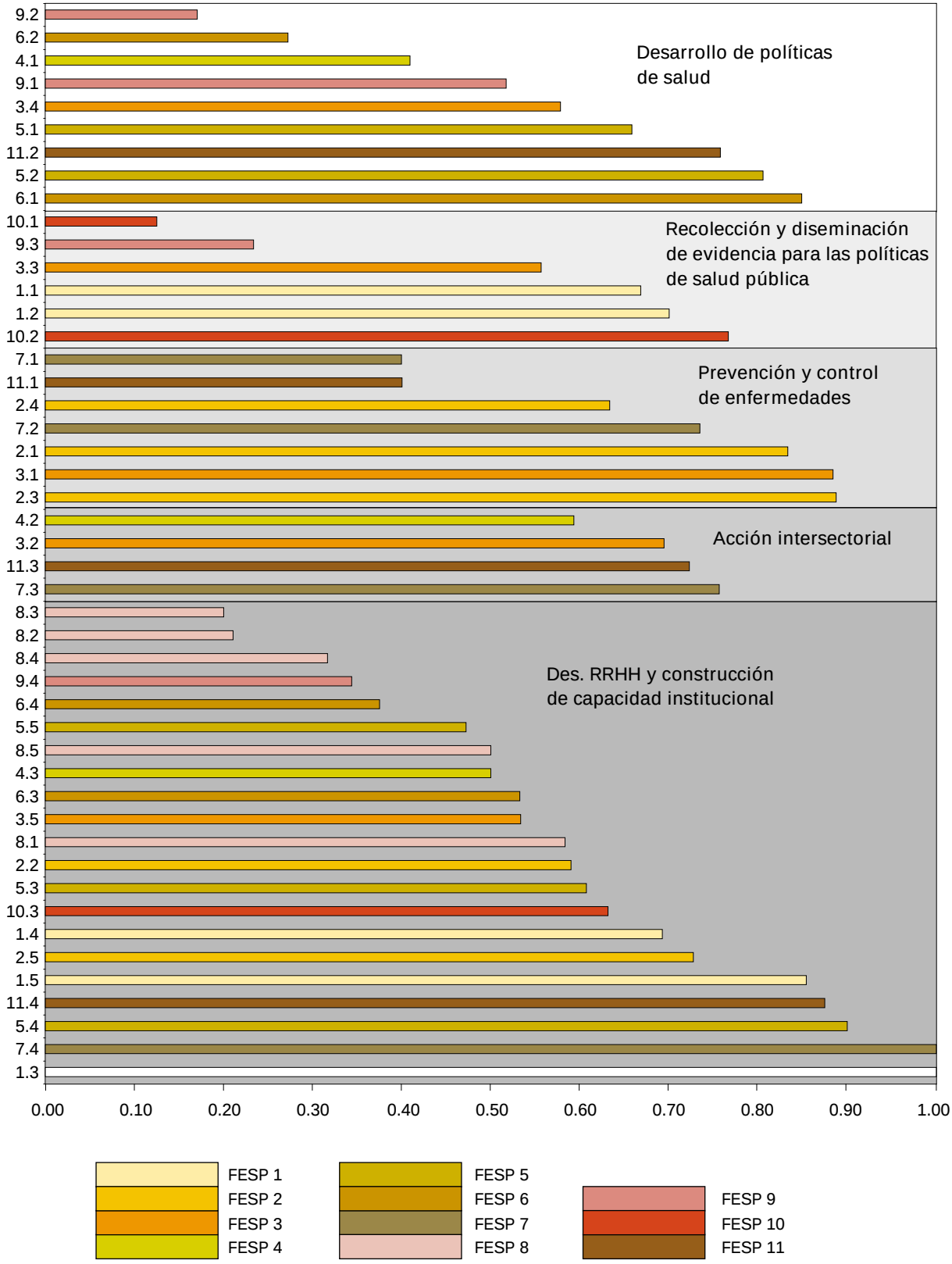
Gráfica 119 Desempeño del total de indicadores de las FESP en la Subregión del Cono Sur y México



Gráfica 120 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión del Cono Sur y México según áreas prioritarias de intervención



Gráfica 121 Desempeño de los indicadores de las FESP en la Subregión del Cono Sur y México según las áreas de intervención propuestas por el Banco Mundial



miento de su calidad y los esfuerzos para asegurar una educación continua y un perfeccionamiento de posgrado); en la ausencia de un programa nacional de investigación en materia de salud pública que permita orientar la investigación hacia las prioridades sanitarias; en el bajo nivel de preocupación por el grado de satisfacción de los usuarios; en los avances incipientes en evaluación de tecnologías sanitarias; en las deficiencias para hacer cumplir los marcos de reglamentación sanitaria existentes, y en la capacidad de gestión frente a las emergencias y desastres.

Por otra parte, se observa un muy buen desempeño subregional del apoyo a las entidades descentralizadas para asegurar el acceso a los servicios de salud, la capacidad y pericia para el seguimiento del estado de salud y la vigilancia de la salud pública, la capacidad para la gestión de la cooperación internacional, y el desarrollo de planes nacionales y subnacionales de fomento de la salud.

2.4.3.2 Desempeño por área de intervención

Las principales fortalezas de la mayoría de los países del Cono Sur y México para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, que el plan subregional debe mantener, según las áreas ya identificadas son las siguientes:

- En el ámbito de la intervención en procesos relevantes: apoyo a actividades de fomento de la salud; elaboración de normas e intervenciones destinadas a favorecer comportamientos y ambientes saludables; desarrollo de normas y directrices que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud; coordinación y alianza con otros sectores y actores para la reducción de desastres; evaluación de la calidad de la información; revisión periódica, evaluación y modificación del marco de reglamentación; fomento y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios; sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública; y desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública.

- En el ámbito de la intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud; desarrollo de la capacidad institucional de investigación; capacidad de los laboratorios de salud pública; conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población; y gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

- En el ámbito del desarrollo de competencias descentralizadas: asesoramiento y apoyo técnicos a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios sanitarios; asesoramiento y apoyo técnicos a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud; asesoramiento y apoyo técnicos a los niveles subnacionales en materia de vigilancia de la salud pública; y asesoramiento y apoyo técnicos a los niveles subnacionales de salud pública.

Por el contrario, las principales debilidades que presenta la subregión y que deberían formar parte de un programa de fortalecimiento de la salud pública en el Cono Sur y México, según los ámbitos ya indicados, son como siguen:

- En el ámbito de la intervención en procesos pertinentes: desarrollo de un programa de investigación en salud pública; educación continua y de posgrado en salud pública; mejora del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios; hacer cumplir la normativa en materia de salud; seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios, y gestión sectorial para la reducción de desastres.

- En el ámbito de la intervención para el desarrollo de capacidades institucionales e infraestructura: mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo; perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios sanitarios adecuados a las características socioculturales de los usuarios; y sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías de la salud para apoyar la adopción de decisiones en materia de salud pública.

- En el ámbito del desarrollo de competencias descentralizadas: asesoramiento y apoyo técnicos a los niveles subnacionales de salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos; y asesoramiento y apoyo técnicos a los niveles subnacionales de salud para el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios.

2.4.3.3 Desempeño según las prioridades de acción del Banco Mundial

Con el propósito de hacer operativos los resultados de la medición de las FESP y, dentro del marco de las estrategias de financiación y cooperación internacional, se ha realizado una reagrupación de los indicadores. El objetivo es identificar las prioridades de acción en función de: *a*) diferencias significativas del perfil de

la salud pública en los países, y *b*) necesidades de inversión. A continuación se enumeran las categorías examinadas y el resultado del análisis:

a) Desarrollo de políticas de salud

En este ámbito, la subregión presenta un buen nivel de desempeño general, pero es necesario aplicar estrategias que permitan fortalecer el poder de la autoridad sanitaria para hacer cumplir las normativas sanitarias. Asimismo, un aspecto que hace falta fortalecer es el de las políticas para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados.

b) Recopilación y divulgación de datos para políticas públicas en materia de salud

Para desarrollar de manera adecuada este aspecto, las autoridades sanitarias de los países de la subregión deben avanzar en la elaboración de un programa de investigación completo e impulsar la gestión tecnológica y la evaluación de tecnologías, para poder aprovechar la capacidad técnica y de infraestructura con que ya cuentan.

c) Prevención y control de enfermedades

Esta área, en general, representa una fortaleza en la Región. Sin embargo, hay algunos temas susceptibles de mejora, especialmente en relación con el seguimiento del acceso a los servicios necesarios y la gestión del impacto de las emergencias y desastres.

d) Acción intersectorial para mejorar la salud

Se trata de un área de buen desarrollo global, pero aún es preciso avanzar en la creación de alianzas y el fortalecimiento de la participación ciudadana en materia de salud.

e) Desarrollo de recursos humanos y de competencias institucionales para la salud pública

Si bien el desarrollo de los recursos humanos presenta un nivel de avance moderado superior en la mayoría de los países de la subregión, es necesario que las autoridades sanitarias fortalezcan las competencias institucionales descentralizadas en materia de reglamentación y fiscalización, y de planificación y diseño de políticas, que son las dos áreas de menores logros. En cuanto a la fuerza de trabajo en salud pública, es necesario reforzar las políticas tendentes a mejorar su calidad, especialmente mediante un seguimiento adecuado, el impulso de las instancias de educación continua y el incremento del perfeccionamiento para la adecuación a las características socioculturales de la población atendida.

2.4.4 Conclusiones

El análisis del desempeño de las FESP en la subregión indica que, en general, existe un buen nivel en la mayoría de ellas, con variaciones no muy pronunciadas.

Sin embargo, hay aspectos comunes de debilidad, como la capacidad de fiscalización para hacer cumplir los marcos de reglamentación, el fortalecimiento de los recursos humanos —especialmente en cuanto a calidad—, la valoración de la percepción de la población respecto al grado de satisfacción con los servicios ofrecidos, y el poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud. Esto último, ligado al escaso desarrollo alcanzado en la gestión tecnológica, limita la toma de decisiones en cuanto a la oferta de servicios adecuados a las necesidades y basados en datos que permitan logros satisfactorios en el nivel de salud de la población.

La posibilidad de avanzar en la elaboración de programas nacionales de investigación en materia de salud pública permitiría orientar los esfuerzos de las instituciones en función de las necesidades y prioridades sanitarias de los países y enriquecer la práctica de la salud pública.

Es posible iniciar un camino de cooperación entre los países de la subregión en la mayoría de las FESP, de manera que los que presentan mayores fortalezas en ciertos aspectos contribuyan a la solución de las debilidades de los otros.

3. Principales conclusiones de la primera medición del desempeño de las FESP en la Región

El propósito de este primer ejercicio de medición desarrollado a partir de la Iniciativa “La Salud Pública en las Américas” (SPA) ha sido respaldar a los Estados miembros en la obtención de un perfil de la situación actual de la práctica de la salud pública. Como se ha podido apreciar, mediante el uso de un instrumento común, en cada país de la Región se llevó a cabo un ejercicio de autoevaluación sobre el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, basado en estándares óptimos preestablecidos. Los objetivos de dicha medición han sido identificar las áreas fundamentales que requieren acciones prioritarias y revelar los elementos que obstaculizan o facilitan el desarrollo de la salud pública en las Américas.

A partir de esta revisión completa, establecida a partir del consenso de un grupo de expertos representativos de cada país,

se pretende tener una visión de conjunto del estado de la salud pública en las Américas con el objeto de avanzar hacia su fortalecimiento futuro y potenciar así el liderazgo de las autoridades sanitarias en relación con el conjunto del sistema de salud.

Las reformas sectoriales se enfrentan al desafío de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria, teniendo en cuenta que una parte importante de este papel consiste en cumplir con las FESP que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local.

El objetivo de identificar las fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública en las Américas es que los países dispongan de un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para reforzar la infraestructura de la salud pública en su más amplia acepción, lo que incluye tanto las competencias humanas como las instalaciones y equipamientos necesarios para un buen desempeño.

Es necesario reiterar que, la medición no pretende establecer una clasificación de países, sino aportar una visión de conjunto, y por subregiones, de las áreas principales de mayor debilidad, para poder apoyar con información y evidencias las políticas y planes de desarrollo de la salud pública en el contexto nacional, subregional y regional.

Se ha optado por no elaborar un indicador compuesto que tenga en cuenta todas las FESP, dado que cada una de ellas tiene un valor en sí misma y contempla las competencias pertinentes para el desarrollo de la salud pública en los países, por lo que resultaría inadecuado establecer un promedio global con la puntuación de cada una de las FESP como reflejo de la realidad de la salud pública en su conjunto en cada país, en cada subregión o en toda la Región.

Sin perjuicio de lo anterior, la presentación de una visión de conjunto también permite que las instancias decisorias comparen su realidad con la de otros países y definan áreas de colaboración para objetivos comunes de fortalecimiento de la salud pública, o que consideren las experiencias de otros países en sus respectivos ámbitos de responsabilidad.

En esta primera medición, el instrumento no pretende tener una validez científica incuestionable en el estricto sentido del término, ya que admite la posibilidad de perfeccionamiento o en algunos casos de error en la respuesta afirmativa o negativa a cada pregunta específica, si dicha respuesta se contrastase con la realidad medida de acuerdo con el criterio de otro observador o de un arbitraje independiente. Las respuestas reflejan la opinión de los participantes en el ejercicio de medición, por lo que el lector de los resultados, que crea conocer la realidad nacional de manera global o específica, podría diferir de esta opinión. En todo caso, abrir el debate y la crítica permanente en torno a las FESP es uno de los objetivos del ejercicio. Ahora se puede revisar con valor operacional explícito y sistematizado lo que en el pasado no se había podido ponderar bajo esta óptica. Pero más allá de las posibles limitaciones en cuanto a validez, el instrumento refleja un panorama razonablemente verosímil de las áreas fundamentales para el desarrollo de la salud pública en la Región.

Se hace hincapié en establecer una imagen consensuada de un grupo amplio y representativo de expertos nacionales sobre el estado de las FESP en cada país, y avanzar en la preparación de un perfil del estado de la salud pública en la Región, a través del análisis de los comportamientos más definidos y representativos para el conjunto de países, y deja que cada país revise internamente otras características que les son de interés particular y que pueden presentar resultados de mayor variabilidad.

Los informes de cada uno de los países cumplen con esta importante cualidad y permiten a las autoridades nacionales tomar decisiones con mayor grado de fundamentación, basándose en datos e información que son más precisos, respaldando la integración de evidencias según sus respectivas realidades.

3.1 El perfil de la Región

Las principales conclusiones, resultado de los 41 países autoevaluados, han sido las siguientes:

- Tras un análisis del perfil de desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en los países, se observa que todos ellos presentan ámbitos con un mejor desempeño y otros con rezagos críticos. Salvo algunas excepciones, en general no se observan países con situaciones extremas por un mejor o peor desempeño relativo a todas las funciones evaluadas.

- En términos generales, se observa un perfil de desempeño intermedio y bajo para el conjunto de las FESP. El mejor desempeño relativo se observa en las funciones: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (FESP 11) y Vigilancia de la salud pública (FESP 2), sin que ninguna de ellas supere el 70% de cumplimiento respecto del estándar utilizado para esta evaluación.

- Con un registro de menor desempeño se presentan las funciones: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (FESP 9) y Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública (FESP 8), que, a su vez, son las que presentan resultados de un nivel de variabilidad menor entre los países, lo que confirma la necesidad de fortalecer estas áreas en la gran mayoría de los países de la Región.

- Si bien la FESP 5 (políticas y gestión de salud) presenta un grado de desempeño intermedio, es importante señalar que existe una correlación alta entre ésta y el desempeño de la gran mayoría de las funciones, especialmente con la de promoción de la salud (FESP 3) y la de fortalecimiento de la capacidad de reglamentación y fiscalización (FESP 6), lo que pone de manifiesto la importancia de concentrar esfuerzos para mejorar las áreas fundamentales de esta función para la Región.

- Un aspecto de la salud pública que constituye una función primordial de la autoridad sanitaria es el relativo a asegurar el acceso a los servicios de salud necesarios (FESP 7), especialmente a los grupos de población más necesitados. Su elevada correlación con el desempeño de otras funciones consideradas "emergentes" (promoción de la salud, participación en la salud, garantía de calidad de los servicios) permite concluir que, en el panorama actual, reforzar estas nuevas funciones de salud pública tiene un papel fundamental en la garantía de acceso a la salud.

- De la evaluación surgen como áreas prioritarias la necesidad de impulsar, en el marco del desarrollo de políticas sanitarias, la definición de objetivos sanitarios nacionales, en conjunto con los actores pertinentes, para el mejoramiento de la salud, incluidos el sector privado y la seguridad social, así como asegurar la compatibilidad de estos objetivos con las decisiones en materia de estructuración del sistema de salud. Resulta especialmente importante destacar que una de las mayores debilidades es la falta de definición de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos nacionales a lo largo del tiempo.

- Los esfuerzos dirigidos a la recopilación y divulgación de datos que permitan tomar decisiones requieren avanzar y pasar de un enfoque centrado en la producción y utilización de servicios sanitarios, por lo general sólo del sector público, a una visión de conjunto de los sistemas de salud, desarrollando especialmente el área de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías de la salud[16] para proporcionar datos en relación con la seguridad, el riesgo, la eficacia, la eficiencia, las repercusiones económicas y de calidad ligadas a su uso, que orienten las decisiones (del personal sanitario, pacientes, instancias de financiación, aseguradores, planificadores, administradores de servicios y órganos de decisión política, entre otros).

- En lo relativo al control y prevención de enfermedades, las principales falencias se encuentran en la adaptación de los sistemas de vigilancia a los nuevos desafíos epidemiológicos: salud mental, factores de riesgo de enfermedades crónicas, salud ocupacional y medio ambiente. Si bien existe preocupación por el acceso a los servicios de salud, no se dispone de mecanismos que permitan identificar los obstáculos al acceso y, sobre todo los problemas de iniquidad en el acceso. La ausencia de coordinación intersectorial entre los subsectores públicos y privados, así como el escaso avance en el desarrollo total de la estrategia de atención primaria de salud, son áreas que la Región debe fortalecer.

- Al revisar transversalmente el desempeño de todas las funciones, se detectan algunas áreas fundamentales comunes que afectan a un conjunto de funciones esenciales de la salud pública y que deberían establecerse como prioridades para el fortalecimiento del desempeño de las autoridades nacioanales en la mayoría de los países. Las áreas fundamentales comunes que es preciso fortalecer son las siguientes:

  - ***Evaluación y seguimiento:*** en general los países no realizan de forma periódica y sistemática acciones destinadas a la evaluación y seguimiento de las iniciativas planificadas y ejecutadas, debilidad que impide el mejoramiento de las estrategias diseñadas en función de los logros alcanzados.

  - ***Incentivos al desempeño:*** en todos los ámbitos de desempeño de las FESP en los que se mide la existencia de incentivos, ésta aparece como un área crítica en todos los países de la Región. Constituye una debilidad importante por cuanto impide estimular y premiar el buen desempeño y convertirlo en una señal de

[16] En el sentido más amplio de tecnologías de la salud, no sólo el equipamiento y los fármacos, sino también los procesos de atención, la práctica clínica, etc., tal como han sido definidas por OPS/OMS.

refuerzo para mejorar el quehacer en materia de salud pública.

- ***Gestión de la información:*** para incrementar el desempeño de varias de las funciones esenciales de la salud pública, es necesario mejorar las condiciones en las cuales se lleva a cabo la recopilación, análisis y divulgación de la información, especialmente en lo referente al control de calidad de los datos con los cuales se elaboran los indicadores en materia de salud pública y que, en definitiva, orientan a los órganos de decisión con respecto a las prioridades sanitarias.

- Hay algunas características generales de los países, tales como una escasa población rural, mayor escolarización y más gasto total en salud, que, en general, se asocian a un mejor desempeño de las FESP.

- Si bien los indicadores del daño en salud dependen de un conjunto amplio de factores sanitarios y de calidad de vida, los países con mejor desempeño de las funciones ligadas a garantía de acceso y calidad de los servicios de salud, tienen mejores indicadores de mortalidad infantil, materna y por enfermedades infecciosas.

- Aun cuando las restricciones financieras, producto de las crisis económicas sufridas por los países de la Región en las últimas décadas, han puesto de manifiesto las serias limitaciones de las instituciones de salud para la gestión de sus recursos, resulta interesante observar que los esfuerzos de los Estados de los países que registran una mayor iniquidad en la distribución del ingreso (y por ende mayor pobreza), presentan un relativo mejor desempeño de las FESP. Esta conclusión permite suponer (o por lo menos no descartar) que en aquellos países con una mayor población de riesgo, los Estados han hecho mayores esfuerzos en el campo de la salud pública.

- En general, el desempeño de las FESP en los países con sistemas públicos integrados es mejor (o muy similar en el caso de la FESP 2) que la de los otros sistemas de salud, y el sistema mixto reglamentado el que presenta un nivel de desempeño de las funciones de la salud pública inferior (con excepción de la FESP 11).

- En este sentido, es necesario revisar más detenidamente cómo han afectado al desempeño de la salud pública las reformas a los sistemas de salud puestas en marcha en la Región y orientadas a sistemas mixtos (público-privados) reglamentados. Se sabe que la separación de funciones en materia de salud, fortaleciendo a la autoridad sanitaria y dándole un papel de reglamentación y supervisión del buen desempeño de los demás actores del sistema de salud (seguros y prestadores), ha sido un proceso difícil que aún está muy lejos de lograr un desempeño óptimo, lo que, en este caso, también afecta el desempeño de la salud pública.

- Existe un conjunto de factores, coincidente con la evaluación de los países de la Región respecto de la estrategia de salud para todos, que limitan un mejor desempeño de la salud pública y entre los que se pueden mencionar:

  - La limitada institucionalidad existente para asegurar una adecuada interacción en materia de salud entre el Estado, la sociedad civil y la población en general, que favorezca el desarrollo de la salud pública.

  - La excesiva centralización de las decisiones y los recursos disponibles ha limitado considerablemente el desarrollo de los niveles descentralizados subnacionales, impidiendo la creación de estrategias innovadoras y cercanas a la población.

  - La debilidad de los mecanismos de coordinación intersectorial, que dificultan la integración para definir, establecer prioridades y ejecutar estrategias de acción enfocadas a los grupos más necesitados, impide la sinergia de esfuerzos que demanda la salud pública.

  - El desarrollo insuficiente de mecanismos de vigilancia y evaluación del impacto de las políticas públicas y estructurales que afectan a la salud, da como resultado respuestas más bien reactivas de las autoridades sanitarias y no proactivas en materia de salud pública para asegurar un mayor bienestar de la población.

3.2 Elementos distintivos de las subregiones

Considerando que, en términos generales, el perfil regional también es válido para las subregiones, se señalan resumidamente sólo los elementos más característicos de cada subregión.

La subregión del Cono Sur y México, en general, presenta un buen nivel de desempeño para la mayoría de las FESP, con variaciones no muy pronunciadas.

Las áreas de debilidad principales que se deben mejorar son: el aumento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud, la preocupación por la satisfacción de la población usuaria, el seguimiento del acceso de la población a los servicios y el avance en la elaboración de un programa nacional de investigación en salud pública, puesto que se dispone de la capacidad institucional para efectuarlo.

En el Caribe, destacan como debilidades la capacidad de respuesta oportuna y eficaz frente a problemas de salud pública y las insuficiencias para apoyar a los niveles subnacionales en el desempeño de las FESP. Ningún país presenta avances en el desarrollo de un programa nacional de investigación. Por otra parte, es destacable el perfil de la función de garantía de acceso a los servicios de salud necesarios en los países del Caribe por su buen desempeño y, en especial, por la capacidad de fomento para lograr que las instituciones prestadoras aseguren el acceso a la atención sanitaria.

La subregión de Centroamérica presenta un perfil muy similar al de toda la Región de las Américas, destacando, como un área de logros, los esfuerzos por estimular la participación social en salud y el empoderamiento de los ciudadanos de la salud pública. En ninguno de los países se reconocen avances en la evaluación de tecnologías sanitarias para orientar la toma de decisiones.

Por último, los países del Área Andina, presentan un bajo nivel de desempeño en todas las funciones, con excepción de las FESP 1, 2 y 11. Probablemente las áreas principales que deben fortalecerse están relacionadas con el desarrollo de políticas sanitarias y la capacidad institucional en materia de reglamentación.

3.3 Fundamentos para la elaboración de un plan de fortalecimiento de la salud pública

A partir del diagnóstico, surgen algunos ejes prioritarios para el fortalecimiento de la salud pública:

1) Para la definición de las nuevas funciones de la autoridad sanitaria nacional y el fortalecimiento del papel rector del Estado en materia de salud, se debería tener en cuenta, por lo menos, lo siguiente:

   - La definición de objetivos nacionales de salud
   - La conducción sectorial en función de la equidad de acceso a la salud
   - El fortalecimiento de la capacidad de reglamentación del sistema sanitario
   - La financiación de las intervenciones de salud prioritarias para alcanzar los objetivos nacionales de salud
   - La armonización de la prestación de servicios, con especial atención en las estrategias de mayor impacto en la salud individual y de la población
   - La modulación del aseguramiento, con énfasis en la garantía universal de los servicios sanitarios necesarios, tanto individual como colectivamente.

En suma, todo esto entraña desafíos orientados a la inclusión de las áreas de salud pública en los planes de reforma sectorial.

2) Desarrollo de sistemas de información que contemple esfuerzos para:

   - El mejoramiento de la calidad de los datos y estandarización de la información de salud pública esencial para la toma de decisiones
   - La orientación de los sistemas de información para reducir las diferencias de equidad y para la igualdad de oportunidades de toda la población en materia de salud
   - El desarrollo de la capacidad de análisis de la información, con especial atención en la vigilancia de la salud pública, que integre la vigilancia epidemiológica y la evaluación del desempeño de los servicios de salud
   - El fortalecimiento de áreas críticas en materia de información para la gestión superior del sistema sanitario, como sistemas de cuentas nacionales que suministren información con respecto al destino de los recursos económicos del sistema de salud.

3) Desarrollo de competencias institucionales para la gestión de políticas de salud pública con el fin de:

   - Fortalecer las decisiones basadas en los datos y mejorar los sistemas de control de gestión
   - Potenciar los mecanismos de rendición de cuentas públicas en materia de salud

- Promover el desarrollo institucional de los ministerios de salud, especialmente la definición de papeles, estructura, funciones, capacidades humanas y materiales necesarias para el ejercicio de la autoridad sanitaria

- Aumentar las competencias para el diseño y evaluación de políticas públicas asegurando un mayor impacto en la salud de las poblaciones

- Fortalecer la capacidad de liderazgo del ministerio de salud a través de estrategias tales como la definición de planes nacionales de salud y el fomento de una reorientación de las reformas sanitarias basada en los principios de equidad, calidad, eficacia y sostenibilidad.

4) Formación y desarrollo de recursos humanos en el ámbito de la salud pública que tenga en cuenta:

   - La articulación de alianzas con los centros de capacitación de recursos humanos para el fortalecimiento de la educación continua y los estudios superiores y de posgrado de salud pública

   - La mejora de gestión de los recursos humanos mediante la promoción de la descentralización de competencias, la capacidad de fomento y articulación política, investigación y producción de tecnologías, cooperación técnica, liderazgo y solución de conflictos

   - La definición de los perfiles profesionales necesarios para el desempeño de las FESP y el desarrollo de estrategias para la permanencia del personal capacitado

   - El desarrollo de sistemas de incentivos orientados a mejorar el desempeño del personal de salud pública.

5) Reorientación de los servicios de salud hacia la atención y manutención de la salud que contemple:

   - El desarrollo de servicios sanitario individuales y colectivos coherentes con los objetivos sanitarios definidos

   - La creación de incentivos reales a la promoción y protección de la salud de la población, las familias y los individuos

   - La asignación prioritaria de recursos a la atención primaria

   - Los estímulos necesarios para fortalecer el compromiso de los ciudadanos con su salud y con la toma de decisiones sobre políticas de salud de ámbito específico y general.

6) Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos que fortalezca el desarrollo de:

   - La evaluación de tecnologías sanitarias y la gestión tecnológica en materia de salud

   - Las metodologías para el desarrollo de acciones de salud pública basadas en datos

   - La acreditación de prestadores e instituciones

   - Las estrategias para orientar los servicios de salud hacia una mayor satisfacción de los usuarios.

7) La innovación en salud pública debe incluir:

   - La creación de programas nacionales de investigación que respondan a las prioridades sanitarias del país

   - El fortalecimiento de la investigación esencial

   - La promoción y desarrollo de políticas públicas saludables basadas en los objetivos sanitarios

En el ámbito de la cooperación internacional es posible avanzar en planteamientos que tiendan a:

- Promover la cooperación técnica a través del intercambio de experiencias exitosas de otros países, de la Región y del mundo, que permitan establecer redes para fortalecer la salud pública.

- Apoyar el proceso de reforma del sector sanitario fortaleciendo los programas de salud pública.

- Reforzar el liderazgo de las autoridades sanitarias en todas las esferas de desarrollo que afectan a la salud, en especial las áreas esenciales comunes de desempeño de las FESP en los países de la Región, reseñadas previamente.

Ejemplo de medición subnacional: Estados Unidos de América

1. La salud pública en los Estados Unidos de América

1.1 Funciones esenciales de salud pública

En 1988, el Instituto de Medicina definió las funciones de salud pública en su informe decisivo, The Future of Public Health (1988). El Instituto identificó la evaluación, la formulación de políticas y la seguridad como "funciones esenciales de salud pública". Esas funciones básicas, aunque significativas para los líderes de salud pública en los Estados Unidos, no encontraron eco en los legisladores y el público en general. La incapacidad para interpretar en su totalidad las funciones esenciales y la reforma de la atención de salud en los años noventa impulsó a los líderes de salud pública a describir con más precisión las funciones esenciales.

En 1994, la Directora General de Salud de los Estados Unidos, Dra. Jocelyn Elders, y el Subsecretario de Salud, Dr. Phillip Lee, copresidieron un Comité Directivo de Funciones Esenciales. Este Comité se integró para caracterizar el papel de la salud pública en los Estados Unidos. El Comité Directivo y un grupo de trabajo complementario se reunieron para: 1) elaborar una taxonomía de las funciones esenciales de salud pública, y 2) crear métodos para tratar las deficiencias identificadas en el informe de 1988 del Instituto de Medicina. La colaboración del Comité Directivo de Funciones Esenciales, su grupo de trabajo, los representantes de los organismos de servicios de salud pública y las principales organizaciones de salud pública produjo una declaración de consenso que describía la misión, la visión, las actividades y los servicios de la salud pública en los Estados Unidos. El documento de consenso se conoce comúnmente como la "Declaración sobre la Salud Pública en los Estados Unidos". Las funciones de salud pública descritas en ese documento se transforman en los resultados de salud mediante la ejecución de las diez funciones esenciales de salud pública.

En 2001, el 70% de los organismos de salud pública locales dieron cuenta del suministro de vacunas para adultos y niños, y de los siguientes servicios: control de enfermedades transmisibles, servicios periféricos comunitarios y educación, epidemiología y vigilancia, seguridad alimentaria, inspecciones de restaurantes y pruebas para la tuberculosis. En general, los organismos de salud pública al nivel estatal y local previenen las epidemias y la propagación de enfermedades; protegen contra los riesgos ambientales; previenen las lesiones; promueven y fomentan los comportamientos saludables; responden a los desastres

y ayudan a las comunidades a recuperarse; y aseguran la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud.

1.2 Gestión de la salud pública

El Departamento de Salud y Servicios Sociales es la principal instancia gubernamental responsable de la protección de la salud de todos los ciudadanos estadounidenses. El Departamento y los gobiernos estatales, locales y tribales, y otros diversos organismos administran los servicios de salud. Existen 11 divisiones operativas en el Departamento, incluidos los Institutos Nacionales de Salud, la Administración de Alimentos y Medicamentos, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas, la Administración de Recursos y Servicios de Salud, la Dirección de Servicios para Abuso de Sustancias y de Salud Mental, el Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (anteriormente, la Administración de Financiamiento de la Atención de Salud), la Administración para los Niños y Familias, y la Dirección de Asuntos de los Ancianos.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en colaboración con los estados, proporcionan un sistema de vigilancia sanitaria para estar alerta y prevenir los brotes de enfermedades, ponen en práctica estrategias para la prevención de enfermedades y mantienen las estadísticas nacionales. Además, los CDC se ocupan de la prevención de la transmisión internacional de enfermedades, los servicios de vacunación nacionales, la seguridad en el lugar de trabajo y la prevención de enfermedades ambientales.

El sistema de atención de salud de los Estados Unidos tiene características únicas que lo distinguen de los del resto del mundo. “La atención de salud en los Estados Unidos no se ofrece a través de una red de componentes interrelacionados concebidos para colaborar coherentemente, como sería previsible encontrar en un sistema genuino. Por el contrario, se trata de un caleidoscopio de mecanismos de financiamiento, de seguros, de prestaciones y de pago que permanecen sin normalizarse y con una coordinación laxa”. Dado que los sistemas de salud públicos y privados no se integran lógicamente, es esencial contar con un marco nacional para la evaluación que asegure la prestación de servicios equitativos. Las Normas Nacionales de Desempeño de Salud Pública proporcionan un marco de evaluación lógica para mejorar la colaboración e integración de servicios entre las organizaciones de atención de salud.

1.3 Sistemas de salud pública

En 2001, una base de datos de la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Ciudades y Condados (NACCHO) constaba de 2,912 entradas para los organismos de salud pública locales. Según la NACCHO, un organismo de salud pública local es “una unidad administrativa o de servicio del gobierno local o estatal abocada a temas de salud y con algún grado de responsabilidad sobre la salud de una jurisdicción más pequeña que un estado”. La relación de un organismo público local con el organismo de salud pública a nivel estatal varía de un estado a otro. En general, los sistemas de salud pública estatales se organizan en un marco centralizado, descentralizado, compartido o mixto según se expone a continuación:

- Centralizado (15 estados). Los organismos de salud pública locales son operados por el estado o el estado presta servicios de salud locales directamente, sin organismos de salud locales.

- Descentralizado (2 estados). Los organismos de salud locales son administrados por los gobiernos locales.

- Compartido (2 estados). El estado ejerce algún control sobre los organismos de salud locales. Esto podría incluir el nombramiento de un funcionario de salud o requerir la presentación anual de un presupuesto o plan de mejoramiento de la salud.

- Mixto (9 estados). Combina ambos marcos: centralizado y descentralizado. El estado actúa como el organismo de salud local si no existe ninguno. Este tipo de marco mixto se halla comúnmente allí donde un gobierno local decide no constituir un organismo de salud local y el estado debe prestar servicios.

Al nivel local, las jurisdicciones de salud pública se establecen de conformidad con las unidades gubernamentales. Las jurisdicciones locales pueden corresponder a condados, ciudades, pueblos, municipios, distritos especiales o cualquier combinación de estas categorías.

La existencia de múltiples marcos operativos, estatales y locales hace más compleja la tarea de evaluar los sistemas de salud pública.

El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública (NPHPSP) fue creado en 1997 para establecer su excelencia en la práctica. Los organismos de salud pública estatales y locales no se

evalúan independientemente en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública; más bien, la eficacia del sistema de salud pública se evalúa para determinar si las funciones esenciales de salud pública se prestan adecuadamente. Un "sistema de salud pública es una red compleja de personas, sistemas y organizaciones que trabajan en los niveles nacional, estatal y local. El sistema de salud pública se diferencia de otras partes del sistema de atención de salud en dos aspectos clave: su acento fundamental en prevenir las enfermedades y la discapacidad, y su énfasis en la salud de todas las poblaciones". Se debe considerar que los sistemas de salud pública locales son subunidades de los sistemas de salud del estado y, en consecuencia, los sistemas de salud pública del estado son las subunidades del sistema de salud nacional. Conjuntamente, los sistemas de salud nacionales, estatales y locales aseguran la prestación de los servicios esenciales de salud pública y las condiciones de vida conducentes para cuidar la salud.

Los asociados del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública son: la Asociación Estadounidense de Salud Pública, la Asociación de Funcionarios de Salud de Estados y Territorios, la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Condados y Ciudades, la Asociación Nacional de Juntas Locales de Salud, la Fundación de Salud Pública y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Los asociados académicos que representan a la Asociación de Escuelas de Salud Pública también efectuaron considerables contribuciones. En junio de 1999, los CDC y las organizaciones de salud pública nacionales presentaron al público el primer conjunto de borradores sobre las normas de desempeño.

El objetivo general del NPHPSP es mejorar la práctica de la salud pública proporcionando liderazgo en la investigación, el desarrollo y la ejecución de normas de desempeño óptimas sobre una base científica, y científicas. Los objetivos específicos del NPHPSP son: 1) mejorar la calidad y el desempeño de los sistemas de salud pública, 2) aumentar la responsabilización, y 3) desarrollar adicionalmente la base científica para la práctica de la salud pública. Esas metas se alcanzan, en parte, por medio de encuestas sistemáticas a nivel nacional sobre los sistemas de salud pública y abordando las brechas en la prestación de servicios. La Oficina del Programa de Práctica de Salud Pública de los CDC gestiona el NPHPSP en colaboración con organizaciones de salud pública nacionales.

2. Evaluación de la salud pública

2.1 Marco teórico

El sistema de salud pública incluye entidades públicas, privadas y voluntarias, así como personas y asociaciones informales que contribuyen a la prestación de servicios esenciales de salud pública. La medición del desempeño de los sistemas de salud pública sigue los principios establecidos para el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública con miras a facilitar la recopilación de datos comparables de los distintos sistemas de salud pública, a nivel local estatal y local. Los principios orientadores del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública son:

- Las normas de desempeño incluyen medidas de proceso y de resultado.
- El mejoramiento del sistema de salud pública es la meta principal y, como tal, una propuesta de normas mínimas es inaceptable. Las normas mínimas crean potencialmente un techo para el desempeño con pocos incentivos para avanzar más allá de este umbral.
- Las normas de salud pública se aplican a todas las comunidades.
- Las normas de desempeño deben usarse no sólo para medir la capacidad de salud pública sino también como una herramienta para lograr el consenso sobre el papel y la función de la salud pública.
- Las normas de desempeño reflejan las funciones de los organismos de salud pública como esenciales, pero inadecuadas para tratar las necesidades integrales de salud pública. El sintagma "sistema local de salud pública" es un término que describe la constelación de organizaciones e individuos que ayudan a alcanzar las metas de salud pública dentro de las comunidades. Un concepto similar se emplea para describir el sistema estatal de salud pública donde la distinción primaria radica en el sitio exacto de la acción. La meta no es reducir al mínimo la función de las organizaciones de salud pública del gobierno oficial, sino más bien promover la inclusión de otras organizaciones que contribuyen a la práctica de salud pública.

2.2 Metodología de evaluación

Las encuestas sobre Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales son autoevaluaciones voluntarias de los sistemas de salud pública estatales y loca-

les, y de las juntas de salud locales. La recopilación de datos se realizó durante la fase inicial del NPHPSP mediante encuestas impresas. Una vez perfeccionados el contenido y el formato, en abril de 1999 se realizó una encuesta del sistema de salud pública local a través de la web. Cuando los entrevistados contactaron a los CDC para llenar una encuesta del NPHPSP, se les asignó un número de identificación de usuario para permitir el acceso a los instrumentos facilitados en la web.

El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública es un foro destinado a los organismos de salud pública para que actúen como catalizadores y facilitadores con miras al mejoramiento de la salud pública. Los organismos estatales y locales asumen un papel primordial en la organización de la recopilación de datos. Dentro del departamento de salud estatal se designa a un enlace para facilitar el proceso de recopilación de datos. Los CDC y las organizaciones de salud pública nacionales se coordinan con los enlaces estatales para organizar las conferencias regionales de orientación y desarrollar un cronograma para la recopilación, análisis y notificación de datos.

Los datos de la encuesta se recopilan en los niveles estatal y local. Los organismos de salud pública del nivel local se clasifican en las categorías siguientes: de condado, de ciudad, de ciudad-condado, municipal o de multicondado/distrital/regional. El tipo más común de organismo público local es el que se encuentra en el nivel de condado. Así se han realizado encuestas específicas a los sistemas de salud pública estatales, así como a las juntas de salud local. En condiciones ideales, los representantes del sistema de salud pública estatal o local se reúnen para llenar las encuestas del NPHPSP.

Durante el proceso de recopilación de datos, los CDC y la Oficina del Programa de Práctica de Salud Pública proporcionan asistencia técnica para responder a las preguntas sobre las encuestas y resolver los problemas que surgen con la entrada y presentación de datos. Las encuestas del NPHPSP basadas en la web no pueden someterse a análisis a menos que se responda cada pregunta. La información se registra en la base de datos de los CDC hasta que se completen los datos de cada una de las diez funciones esenciales. La incorporación de datos en la web es el método que ha sido diseñado; sin embargo, las encuestas impresas están disponibles si la tecnología no permite la presentación electrónica de datos.

El análisis de datos genera tanto puntuaciones cuantitativas para cada Función Esencial de Salud Pública (FESP), como los indicadores y las medidas pertinentes que se deberán asignar. La obtención de datos, su análisis y la producción de informes se realizan utilizando programas informáticos de análisis estadístico. Los informes resumidos incluyen puntuaciones cuantitativas y un análisis descriptivo de los puntos fuertes, los puntos débiles, las oportunidades y las amenazas. Las puntuaciones numéricas se calculan para proporcionar un mecanismo que permita comparar los sistemas de salud pública similares a través de la nación. Las puntuaciones menores de 0,80 indican las posibilidades de mejoramiento o reducción de las brechas en la prestación de servicios. A los entrevistados se les remiten informes impresos que ilustran los datos en histogramas, cuadros y resúmenes narrativos.

El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública es una actividad en curso que seguirá evolucionando con el transcurso del tiempo. En último término, el análisis y la notificación de datos se automatizarán plenamente. El personal de los CDC y el de las organizaciones de salud pública nacionales efectúan visitas al sitio al término de cada recopilación de datos para revisar los resultados y responder a las preguntas. Con la ejecución total del NPHPSP en 2002, las visitas se efectuarán según permitan los recursos federales. Los resultados de las encuestas de Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales definen el estado de la salud pública en los Estados Unidos.

2.3 Instrumentos de evaluación

Los CDC y las organizaciones de salud pública nacionales crearon tres instrumentos de evaluación complementarios para el NPHPSP:

1. El instrumento local de evaluación del desempeño del sistema de salud pública (instrumento local)

2. El instrumento estatal de evaluación del desempeño del sistema de salud pública (instrumento estatal)

3. El instrumento local de evaluación del desempeño de la gobernanza de salud pública (instrumento de gobernanza)

Los instrumentos de evaluación están diseñados para que los sistemas de salud pública realicen autoanálisis voluntarios, es así como, los sistemas de salud pública del Estado administran el ins-

trumento estatal para obtener un análisis de los puntos fuertes, los puntos débiles, las oportunidades y las amenazas. Del mismo modo, el instrumento local está diseñado para la evaluación local de los sistemas de salud pública. En ambos casos, el Estado o el organismo de salud pública local convoca a otros miembros del sistema de salud pública para realizar en forma conjunta una evaluación integral. Hay que tomar en cuenta que los órganos directivos de salud pública, como las juntas locales de salud, conforman a los sistemas locales de salud pública. Otra encuesta, el instrumento de gobernanza, ha sido diseñado específicamente para evaluar la efectividad de organización de los cuerpos directivos de salud pública.

Cada instrumento de evaluación se divide en diez secciones, cada una de las cuales se corresponde con una Función Esencial de Salud Pública. El cuadro 1 presenta un esquema del formato de la encuesta. Los títulos de las FESP están seguidos de una breve descripción de su alcance. En el nivel siguiente, un máximo de cuatro indicadores describe los atributos de cada función esencial. Cada indicador posee una norma modelo de desempeño correspondiente.

Las normas de desempeño representan el dictamen pericial en cuanto a las acciones y las capacidades que son necesarias cumplir para optimizar la eficacia del sistema de salud pública. Cada norma modelo está seguida de una serie de preguntas que sirven de medidas de desempeño. En el cuadro 2 se muestra un ejemplo de una función esencial con un indicador, norma modelo y medidas.

Cuadro 1 Esquema de la encuesta del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública

Nivel I:	Función esencial de salud pública (FESP)
Nivel II:	Indicador
Nivel III:	Norma de desempeño modelo
Nivel IV:	Pregunta troncal (medida)
Nivel V:	Submedida de primer escalón
Nivel VI:	Submedida de segundo escalón
Nivel VII:	Submedida de tercer escalón

2.4 Recopilación de datos

En el Programa de Desempeño de Salud Pública Nacional existen tres estrategias para la recopilación de datos:

- Recopilación de datos nacional: Los CDC pueden recopilar sistemáticamente los datos para evaluar y vigilar el desarrollo de la infraestructura de salud pública en toda la nación. En este caso, la participación es prescrita por los protocolos de investigación.

- Movilización para la acción mediante la planificación y asociación (MAPP): El MAPP es una herramienta de planificación estratégica principalmente creada mediante un convenio cooperativo entre la Asociación Nacional de la Ciudad y los Funcionarios de Salud del Condado y los CDC. El instrumento local es una de cuatro evaluaciones en el proceso de planificación estratégica de MAPP para las comunidades.

- Autoevaluación de sistemas de salud pública: Los sistemas de salud pública y las juntas de salud locales pueden recopilar voluntariamente los datos mediante las encuestas desarrolladas por el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública.

Para iniciar el proceso de recopilación de datos, el oficial de salud estatal designa a un enlace estatal. El enlace y los CDC estatales organizan una reunión regional de un día para los miembros de los sistemas de salud pública estatales y locales. Las reuniones regionales se planifican de modo que la participación se efectúe con arreglo a las regiones del Departamento de Salud y Servicios Sociales (véase figura 1). Los asistentes a la reunión se orientan de acuerdo con los conceptos fundamentales del NPHPSP, como el marco del sistema de salud pública y el proceso de recolección de datos. Después de la reunión regional, el enlace y los CDC estatales establecen un cronograma para el acopio y análisis de datos. Los CDC proporcionan asistencia técnica para facilitar la realización de las encuestas durante la fase empírica del proceso.

Para obtener datos fidedignos que representan el estado de los sistemas de salud pública, los organismos estatales y locales convocan al personal y a los representantes de otras organizaciones de salud pública. En este foro, los representantes del sistema de salud pública desarrollan respuestas consensuadas a las preguntas de la encuesta. La realización de encuestas en el estado o el nivel local puede requerir varias reuniones. El tiempo dedicado a la recopilación de datos depende de los sistemas de salud pública, pues éstos varían a través de la nación. En general, el instrumento local requiere 24 horas para la orientación, las reuniones de consenso, la recopilación de datos y la presentación. Completar los instrumentos del estado requiere 15 horas, mientras que el instrumento de gobernanza requiere 6 horas. La entrada

Cuadro 2 Ejemplo ilustrativo de función esencial de salud pública con un indicador, norma modelo y medidas

FESP 10: Investigación en salud pública

Para el sistema de salud pública local (SSPL) esta funión incluye:

- Una gama continua de soluciones innovadoras a los problemas de salud que varían desde los esfuerzos prácticos basados en la experiencia de campo para fomentar el cambio en la práctica de la salud pública, hasta los esfuerzos más académicos para promover nuevas direcciones en la investigación científica.
- Los enlaces con instituciones de enseñanza superior e investigación.
- La capacidad de efectuar análisis de políticas sanitarias y epidemiológicas oportunos y realizar investigaciones sobre los sistemas de salud.

Indicador 10.1: Fomento de la innovación

Norma modelo para los sistemas de salud pública locales:

Las organizaciones comprendidas en el sistema de salud pública local fomentan la innovación para fortalecer la práctica de la salud pública. La innovación incluye esfuerzos prácticos basados en la experiencia de campo para fomentar el cambio en la práctica de la salud pública así como los esfuerzos académicos para promover nuevas orientaciones en la investigación científica.

Para ello, las organizaciones comprendidas en el SSPL deben:

- Permitirle al personal identificar las soluciones nuevas para los problemas de salud en la comunidad proporcionándole el tiempo y los recursos necesarios para dirigir las pruebas piloto o realizar los experimentos para determinar la factibilidad de ejecutar nuevas ideas.
- Proponer a las organizaciones de investigación uno o más temas de salud pública para su inclusión en su temario de investigaciones.
- Investigar y vigilar mejor la información sobre la práctica de otros organismos y organizaciones del nivel local, estatal y nacional.
- Promover la participación comunitaria en el desarrollo y realización de investigaciones (por ejemplo, identificando prioridades de investigación, diseñando estudios y preparando comunicaciones relacionadas para el público en general).

Sírvase responder a las siguientes preguntas relacionadas con el Indicador 10.1:

Medidas ilustrativas

10.1.1 ¿Alientan las organizaciones del SSPL al personal para que desarrolle soluciones nuevas a los problemas de salud en la comunidad?
En ese caso,

10.1.1.1 ¿Proporcionan las organizaciones del SSPL tiempo o recursos al personal para guiar las pruebas piloto o realizar los experimentos para determinar las soluciones nuevas?

10.1.1.2 ¿Han identificado las organizaciones del SSPL obstáculos para ejecutar las soluciones innovadoras a los problemas de salud dentro de la comunidad?

10.1.1.3 ¿Llevan a la práctica las organizaciones del SSPL las innovaciones que se consideran con grandes probabilidades de conducir a una mejor práctica de la salud pública?

y puntuación de los datos a través de la web facilitan el análisis de los datos y la divulgación de los resultados. Una vez recopilada la información, se asigna una puntuación de desempeño cuantitativo para el desempeño general y se calculan también las puntuaciones para cada subdivisión del instrumento. En los informes resumen se facilitan observaciones cualitativas para destacar las posibilidades de mejoramiento de los sistemas de salud pública.

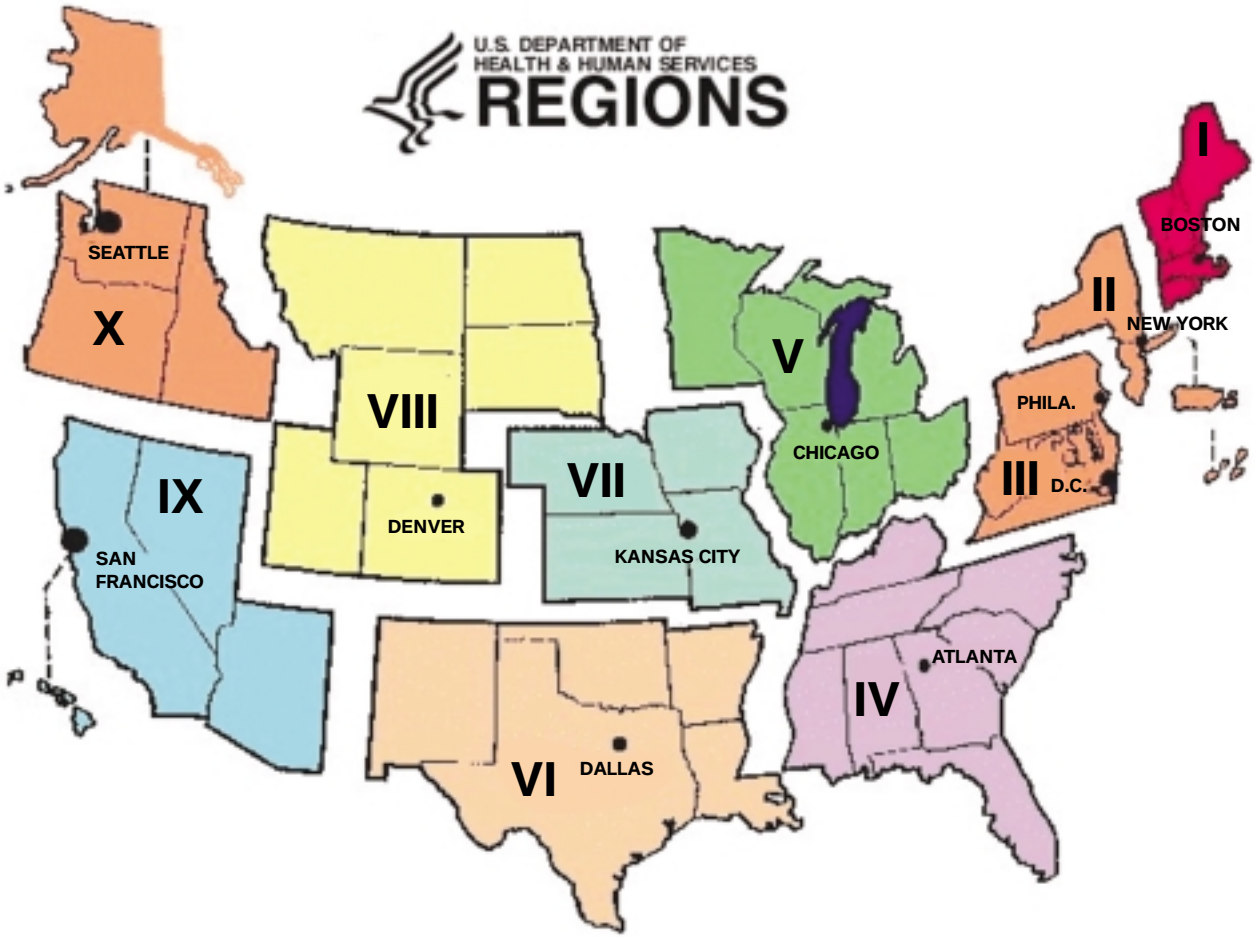
2.5 Ensayo sobre el terreno

El primer borrador del instrumento local se presentó a la comunidad de salud pública en junio de 1999. Desde entonces, principalmente como resultado de los estudios de validez y los ensayos sobre el terreno, se revisaron sustancialmente los instrumentos estatales, locales y de gobernanza. El instrumento local ha experimentado la puesta a prueba más rigurosa. La figura 2 ilustra los sistemas de salud pública estatales y locales que han participado en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Los datos de esos sistemas de salud pública estatales y locales no son fácilmente comparables ya que, con el transcurso del tiempo, se emplearon versiones múltiples de los instrumentos y los sistemas de salud pública difieren por tipos de jurisdicción, órganos directivos, población servida, composición de la fuerza de trabajo, y niveles y origen de los fondos.

Hawai, Minnesota y Misisipí completaron el instrumento estatal como parte del ensayo sobre el terreno de 2000 del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Posteriormente, el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas en Nuevo México también completó el instrumento estatal para evaluar la prestación de servicios de salud pública. En Nueva York, Minnesota, Misisipí, Hawai y San Diego (California), los organismos locales participaron en el ensayo sobre el terreno del instrumento local utilizando la versión 5b. En Massachusetts se ensayó el instrumento de gobernanza.

Los ensayos sobre el terreno se concibieron para evaluar la idoneidad de la pre-

Figura 1 Mapa regional del Departamento de Salud y Servicios Sociales



paración efectuada para la recopilación de datos, la eficiencia de su proceso de recopilación, el formato de la encuesta y la validez de su contenido. De especial interés para los CDC y los asociados nacionales de salud pública fue la factibilidad de convocar a los representantes de los sistemas de salud pública estatales y locales para colaborar y completar los instrumentos de la encuesta. El objetivo del análisis de datos era elaborar la metodología para vigilar y promover el mejoramiento de los sistemas de salud pública a lo largo del tiempo. Fue así como se formularon preguntas de evaluación para valorar la utilidad de los resultados generados por los instrumentos de encuesta del NPHPSP, como consecuencia de la experiencia del ensayo sobre el terreno se efectuaron una serie de recomendaciones para mejorar este proceso.

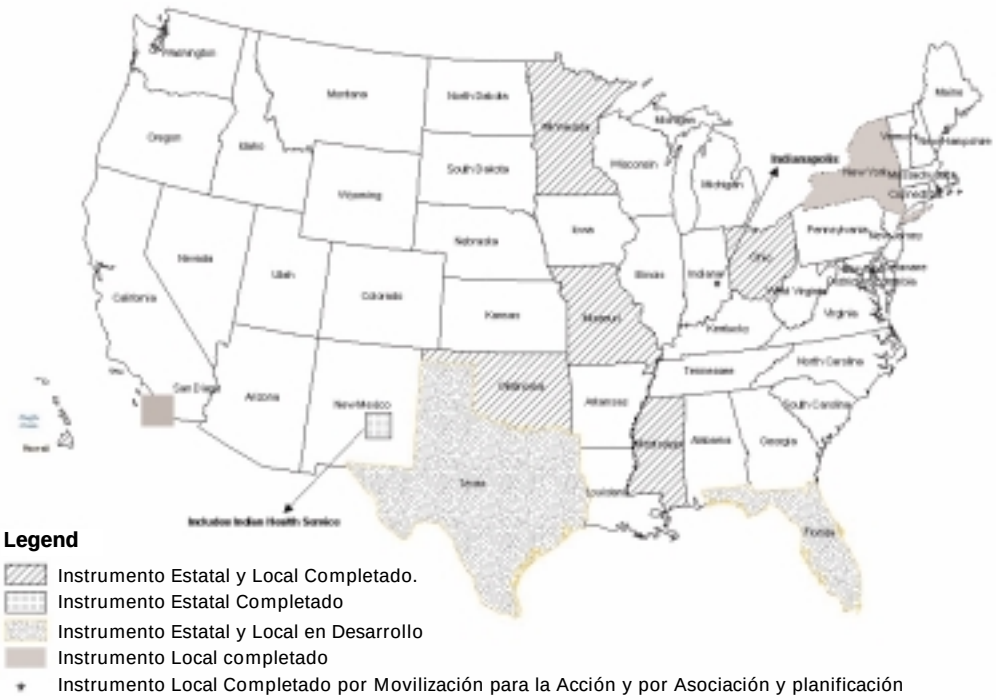
Diversos organismos de salud pública estatales y locales se autodesignaron para evaluar la utilidad de las normas de desempeño preliminares. Cabe señalar que en la fase de ensayo previo del desarrollo de encuestas, los funcionarios de salud que representaban a los organismos estatales y locales llenaron las encuestas e hicieron recomendaciones para mejorarlas, así como para perfeccionar el proceso de recopilación de datos. Para evaluar la validez de las respuestas, la Universidad de Kentucky desplegó un equipo de investigadores que realizó un estudio retrospectivo de los indicadores de desempeño seleccionados. Los investigadores llegaron a la conclusión de que existen pruebas que apoyan los datos generados por la autoevaluación usando el instrumento local.

2.6 Limitaciones de los datos

La metodología más frecuentemente empleada para la recopilación de datos en la investigación son los cuestionarios autoadministrados. En el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública la recopilación de datos se realiza mediante encuestas autoadministradas.

Aunque se emplea de manera amplia, este enfoque de acopio de datos implica ventajas y desventajas. Así es como la

Figura 2 Participación de los sistemas de salud pública estatales y locales en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública



eficacia en función de los costos y la administración simplificada son los beneficios obvios. Todo esto deriva del uso de encuestas a través de la web en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública amplía la capacidad de los CDC y sus organizaciones asociadas para producir una base de datos nacional que permite describir la capacidad y las limitaciones de los sistemas de salud pública existentes.

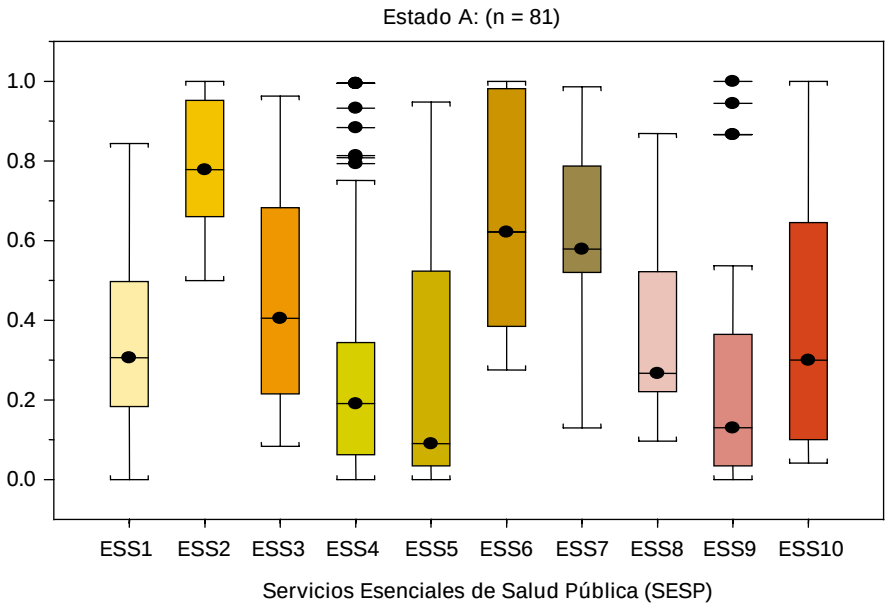
La desventaja de la evaluación voluntaria es que, en conjunto, los entrevistados autodesignados pueden formar muestras de conveniencia no representativas de la nación. El marco del ensayo sobre el terreno de la encuesta se limitó a una muestra de conveniencia de los estados participantes en el ensayo. Esa muestra quizá no sea representativa de la nación; por consiguiente, los resultados no pueden generalizarse.

Las tasas de respuesta son también menos predecibles con las encuestas autoadministradas. La experiencia del ensayo sobre el terreno de la encuesta del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública puso de manifiesto que la tasa de alfabetismo, los obstáculos idiomáticos y el enunciado de las preguntas influyeron en los resultados. Las posibles respuestas a la pregunta del nivel de desempeño se limitan a: “Alto”, “Medio alto”, “Medio bajo” o “Bajo”. Las respuestas limitadas a esas cuatro opciones sin comentarios aclaratorios o datos cuantitativos para apoyarlas introducen un elevado grado de parcialidad.

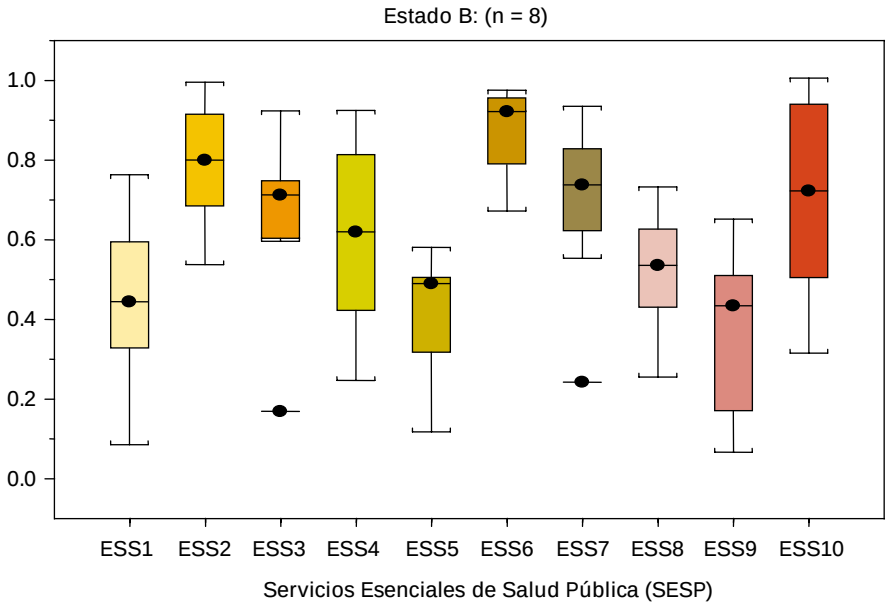
Todos los resultados de la encuesta están sujetos a errores no atribuibles al muestreo, aleatorios y no aleatorios. Los errores aleatorios no atribuibles al muestreo son producto de las diversas interpretaciones a las preguntas de la encuesta. También se introduce cierta aleatoriedad cuando los entrevistados calculan la capacidad sobre la base de la experiencia con el programa, la documentación actual y la pericia colectiva de los representantes del sistema de salud pública. Los errores de muestreo no aleatorios también pueden surgir de las preguntas de difícil interpretación, la falta de respuesta, las respuestas parciales o la información incorrecta. Los instrumentos de encuesta en el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública se completan en el lugar y se remiten electrónicamente.

Los datos de la encuesta no se procesan a menos que se hayan respondido todas las preguntas. Esta medida de calidad limita los errores de muestreo no aleatorios. La tolerancia de respuestas parciales, por el contrario, contribuye a errores que no son de muestreo.

Gráfica 1 Perfil del estado A respecto de las puntuaciones de la FESP para los organismos del nivel local



Gráfica 2 Perfil del estado B respecto de las puntuaciones de la FESP para los organismos del nivel local



Se analizaron los datos de la encuesta nominal mediante estadísticas descriptivas y se calcularon las puntuaciones de tendencia central para cada función esencial. Los datos presentados en las gráficas 1, 2 y 3 se obtuvieron tabulando una puntuación promedio para los indicadores que apoyan cada función esencial.

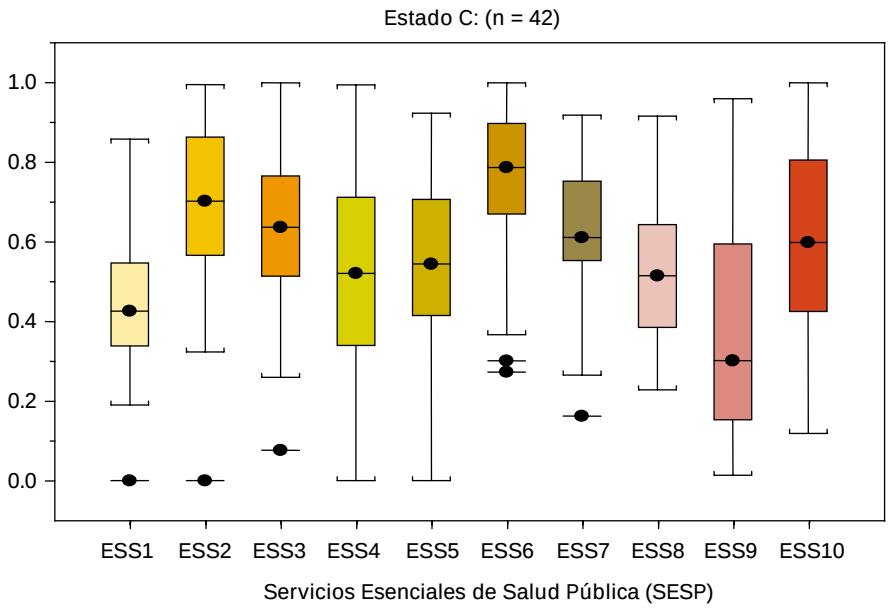
El error de medición puede ser generado por el formato de la encuesta (autoevaluación) y la administración no sistemática de la encuesta en el nivel local. Algunos entrevistados en el ensayo sobre el terreno informaron que habían completado los instrumentos sin la participación de otros representantes del sistema de salud pública. El análisis adicional de fiabilidad y validez se justifica para asegurar que las puntuaciones de desempeño representen la capacidad real de los sistemas de salud pública para prestar las funciones esenciales de salud pública.

2.7 Revisión del formato y los procedimientos

La autoevaluación del "sistema de salud pública" demostró ser un nuevo concepto para muchos organismos locales; los entrevistados formularon sistemáticamente observaciones indicando que la información adicional sobre los componentes del sistema facilitaría el proceso de recopilación de datos. Por otra parte, también expresaron su interés en establecer otra sección separada dentro de los instrumentos que produciría una evaluación del organismo además del análisis del sistema. Por consiguiente, los instrumentos actuales se concentran en el sistema; sin embargo, cada indicador es seguido ahora por dos preguntas de Likert para evaluar la percepción de los entrevistados acerca de las aportaciones del sistema de salud pública y la contribución directa de los organismos de salud pública.

Los organismos de salud pública convocaron a los representantes del sistema de salud pública para completar los instrumentos estatales y locales. En muchos casos, los participantes informaron que no contaban con tiempo suficiente para obtener la colaboración de asociados del sistema. La retroalimentación sobre las

Gráfica 3 Perfil del estado C respecto de las puntuaciones de la FESP para los organismos del nivel local



formas de evaluación indica claramente que los entrevistados también necesitaban más tiempo para las actividades de orientación. Como resultado de esos hallazgos, el tiempo requerido para examinar, completar y presentar el instrumento local se calculó entre 8 y 24 horas. El tiempo fijado para completar los instrumentos estatales y de gobernanza también se aumentó como resultado de la retroalimentación coherente de los participantes estatales y locales en el ensayo sobre el terreno. Muchas de estas observaciones son similares a las recibidas durante la evaluación del ejercicio en América Latina y el Caribe.

La viabilidad de convocar a los representantes de los sistemas estatales y locales de salud pública para obtener su colaboración y completar los instrumentos de la encuesta, resultó un reto en casi todos los casos. Se emplearon diversos métodos para generar respuestas. Algunos organismos locales completaron todo el instrumento, otros lo dividieron para que fuera completado por las diversas divisiones dentro del organismo, y otros incorporaron unas pocas organizaciones clave. Se requiere trabajar más para ayudar a los organismos estatales y locales en el análisis de los interesados directos y en el uso de técnicas eficaces para involucrar a los asociados del sistema de salud pública. Los participantes opinaron que los instrumentos de evaluación requieren mucho tiempo y trabajo, pero estuvieron de acuerdo en que los resultados del proceso serían beneficiosos para la evaluación y las actividades de planificación estratégica generales. La mayoría de los entrevistados concordaron en que los instrumentos deben ser completados en colaboración con otros representantes del sistema de salud pública, no de manera independiente de otros organismos de salud pública.

Los entrevistados en el ensayo sobre el terreno estuvieron de acuerdo en que los instrumentos de encuesta eran útiles, pero recomendaron reducir en lo posible la naturaleza subjetiva de las preguntas. También señalaron sistemáticamente la necesidad de explicar la terminología usada en los instrumentos de evaluación. Para mejorar su validez se prepararon un glosario exhaustivo y una sección de referencias. Los instrumentos estatales, locales y de gobernanza fueron reorganizados después del ensayo sobre el terreno para reducir la subjetividad y mejorar la validez nominal. Además, las normas modelo se simplificaron y se resumieron en afirmaciones de carácter relevante que tienen correspondencia con preguntas troncales.

Se revisaron los informes para "retener la información en los datos" proporcionando indicadores para mejorar el desempeño.

Inicialmente, había tres respuestas posibles para evaluar el nivel de desempeño en las preguntas de la encuesta del NPHPSP: "Alto", "Medio" o "Bajo". La retroalimentación de la evaluación indicó que la categoría "medio" era demasiado amplia. Los entrevistados quedaron confundidos por esa categoría intermedia ofrecida como una alternativa de respuesta. Para aclarar las respuestas posibles, se revisaron los instrumentos de evaluación con la finalidad de incluir cuatro posibilidades de respuesta con cuartiles numéricos asignados a cada categoría, según se muestra en el cuadro siguiente:

Con respecto de la eficiencia del proceso de recopilación de datos, los participantes en el ensayo sobre el terreno que llenaron la encuesta instalada en la web promovieron su uso continuo. Los participantes se sintieron satisfechos con la disponibilidad de asistencia técnica a través de una línea telefónica de consulta directa establecida para el apoyo de los ensayos sobre el terreno.

Cuadro 3 Respuestas posibles en el instrumento de evaluación

Respuesta	Descripción
"Alto"	Dentro del sistema de salud pública local se cumple más del 75% de la actividad descrita en la pregunta.
"Medio alto"	Dentro del sistema de salud pública local se cumple más del 50%, pero no más del 75%, de la actividad descrita en la pregunta.
"Medio bajo"	Dentro del sistema de salud pública local se cumple más del 25%, pero no más del 50 %, de la actividad descrita en la pregunta
"Bajo"	Dentro del sistema de salud pública local se cumple menos del 25% de la actividad descrita en la pregunta.

3. Utilización de datos

3.1 Experiencias estatales

El estado de Texas se ha comprometido activamente en el desarrollo del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública. Para ello, ha utilizado las Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales como una plantilla para esbozar las preguntas de la encuesta que fueran pertinentes para sus sistemas de salud pública estatales y locales. Finalmente creó una versión propia específica del instrumento local con miras a mejorar los preparativos de los organismos locales de salud pública para responder a las amenazas y las emergencias de salud pública. Además, en la septuagésima sexta legislatura del estado de Texas se aprobó el proyecto de ley 1444, que incorpora las funciones esenciales de salud pública en el código de salud y seguridad del estado.

Los organismos estatales y locales que participaron en el ensayo sobre el terreno se propusieron usar los resultados para la planificación estratégica, para la solicitud de subvenciones con miras a identificar las necesidades, para justificar un mayor financiamiento para ampliar la fuerza laboral, y para exponer la necesidad de fondos para desarrollar planes de mejoramiento de la salud comunitaria. Los entrevistados que completaron el instrumento local recomendaron firmemente compartir los resultados con los oficiales designados, con las juntas de salud locales y con otros organismos dentro del sistema de salud pública.

En Minnesota, teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, los resultados de las Normas de Desempeño de Salud Pública Nacionales se compartieron con el Departamento de Estado de Salud y con los asociados de salud pública locales para iniciar la discusión sobre las posibilidades de desarrollar la fuerza de trabajo y mejorar la tecnología y los métodos de evaluación. En Minnesota se utilizaron las normas modelo para apoyar y mejorar el sistema estatal en la prestación de servicios de salud comunitarios. Las normas modelo proporcionaron un marco para la exposición a nivel estatal del mejoramiento de la salud pública y para fortalecer la asociación entre los organismos estatales y locales. Los participantes en la evaluación de Minnesota apuntaron que los patrones seguidos en los datos también podrían emplearse potencialmente para identificar los puntos fuertes y las necesidades estatales y regionales en cuanto a aumento de la capacidad. Se señaló que las puntuaciones de desempeño fueron sistemáticamente bajas en todo el estado para las funciones esenciales 1, 8 y 9. El Comité Consultivo de los Servicios de Salud de la Comunidad del Estado de Minnesota planificó usar la información sobre normas de desempeño para analizar ulteriormente las estrategias de política para abordar las brechas, centrarse en el desarrollo del personal y la planificación estratégica directa.

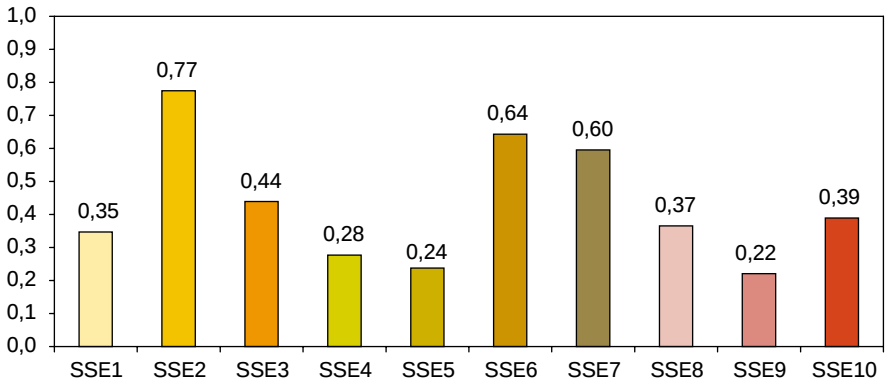
El estado de Misisipí usó las normas de desempeño para instruir a su Órgano de Revisión de la Expiración de Programas acerca de la salud pública y su función. Asimismo, empleó los datos de la evaluación para apoyar el desarrollo de un proyecto sobre bonos para el aumento de las emisiones de capital. El proyecto de ley se presentó ante la legislatura del Estado para mejorar los sistemas de información y los sistemas de laboratorio de salud pública. Los datos sobre normas de desempeño también se emplearon para desarrollar peticiones de subvenciones para estudiar el bioterrorismo y la salud ambiental. El estado halló que los datos sobre normas de desempeño eran útiles para la planificación estratégica a nivel estatal. Esos datos se emplean para familiarizar a los nuevos funcionarios de salud con las posibilidades para el mejoramiento de la infraestructura de salud pública.[1]

3.2 Análisis de brechas del nivel local

En el verano de 2000, en los CDC se examinaron y resumieron los resultados de la evaluación y los formularios de evaluación de los entrevistados de varios estados. Las gráficas 1, 2 y 3 ilustran la distribución de las puntuaciones de desempeño del ensayo sobre el terreno

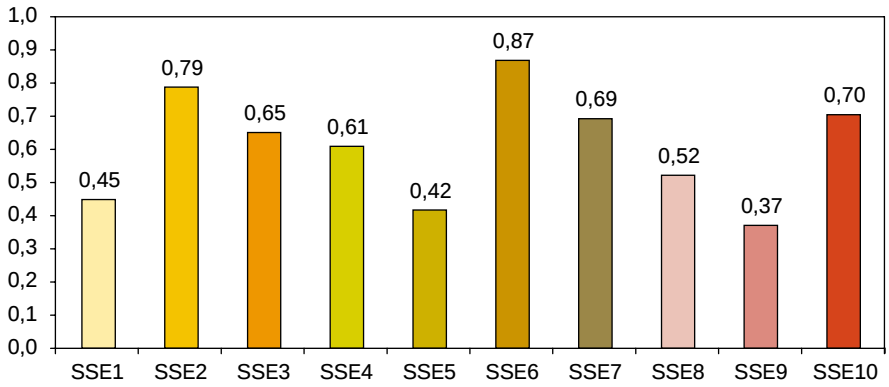
[1] Kaye W. Bender, RN, PhD, FAAN, oficial adjunto de salud del estado (comunicación personal).

Gráfica 4 Distribución de las puntuaciones del desempeño de la FESP del estado A



SSE 1 **Vigilancia** del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
SSE 2 **Diagnóstico e investigación** de los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad.
SSE 3 **Informar, educar y facultar** a las personas acerca de los temas de salud.
SSE 4 **Movilizar** a las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud.
SSE 5 **Elaborar las políticas y los planes** que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria.
SSE 6 **Hacer cumplir** las leyes y los reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
SSE 7 **Vincular** a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo.
SSE 8 **Asegurar** una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente.
SSE 9 **Evaluación** de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.
SSE 10 **Investigación** de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras a los problemas de salud.

Gráfica 5 Distribución de las puntuaciones del desempeño de la FESP del estado B



SSE 1 **Vigilancia** del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
SSE 2 **Diagnóstico e investigación** de los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad.
SSE 3 **Informar, educar y facultar** a las personas acerca de los temas de salud.
SSE 4 **Movilizar** a las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud.
SSE 5 **Elaborar las políticas y los planes** que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria.
SSE 6 **Hacer cumplir** las leyes y los reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
SSE 7 **Vincular** a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo.
SSE 8 **Asegurar** una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente.
SSE 9 **Evaluación** de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.
SSE 10 **Investigación** de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras a los problemas de salud.

para tres estados y 131 sistemas de salud pública locales.

Las puntuaciones generales variaron de 0.40 a 0.62 con el 1.00 como desempeño óptimo. Las gráficas 1, 2 y 3 son diagramas de cajas con el recorrido de las puntuaciones posibles en el eje vertical y los factores de interés y las funciones esenciales de salud pública en el eje horizontal. Cada figura contiene diez diagramas de cajas y cada uno representa una función esencial. El diagrama de cajas identifica la mediana, un cuartil inferior (el percentil 25º) y un cuartil superior, (el percentil 75º). Además, se calculó un recorrido intercuartil (la diferencia entre el cuartil superior e inferior, ó IC) como se muestra a continuación:

(I1) Cuartil inferior 1 = cuartil inferior – 1.5 × IC

(I2) Cuartil inferior 2 = cuartil inferior – 3.0 × IC

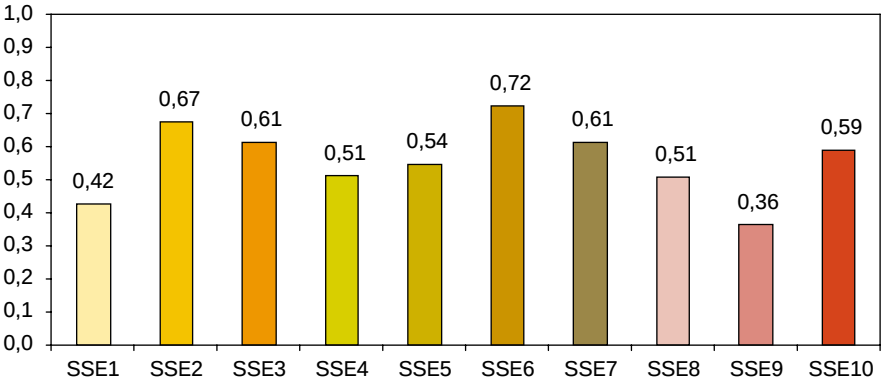
(S1) Cuartil superior 1 = cuartil superior – 1.5 × IC

(S2) Cuartil superior 2 = cuartil superior – 3.0 × IC

En las gráficas 1, 2 y 3 se traza una línea del cuartil inferior al punto más pequeño que es mayor que I1. Del mismo modo, la línea del cuartil superior al máximo se trazó al punto más grande, más pequeño que S1. Los puntos entre I1 e I2 o S1 y S2 están dibujados como pequeños círculos. Los puntos menores que I2 o mayores que S2 se dibujan como círculos grandes.

Los resultados del ensayo sobre el terreno pusieron de manifiesto una gran variación entre los estados y en las categorías. El estado A representa un marco

Gráfica 6 Distribución de las puntuaciones del desempeño de la FESP del estado C



SSE 1 **Vigilancia** del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
SSE 2 **Diagnóstico e investigación** de los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad.
SSE 3 **Informar, educar y facultar** a las personas acerca de los temas de salud.
SSE 4 **Movilizar** a las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud.
SSE 5 **Elaborar las políticas y los planes** que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria.
SSE 6 **Hacer cumplir** las leyes y los reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad.
SSE 7 **Vincular** a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo.
SSE 8 **Asegurar** una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente.
SSE 9 **Evaluación** de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud personales y basados en la población.
SSE 10 **Investigación** de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras a los problemas de salud.

centralizado del sistema de salud pública local-estatal y el estado C se organiza en un marco compartido. En el estado B, el departamento de salud estatal sirve al nivel local de una manera similar pero no equivalente a un sistema centralizado. En las gráficas 1, 2 y 3 se proporcionaron las puntuaciones promedio por función esencial al nivel local para 131 sistemas de salud pública locales. Con la excepción de la FESP 6 (estado B), las puntuaciones del ensayo sobre el terreno para esos estados cayeron sistemáticamente debajo de la norma de 0.80. Entre la puntuación más alta y más baja de la función esencial existe un intervalo de 65 (0.22-estado A, FESP 9; 0.87-estado B, FESP 6). Las posibilidades para el mejoramiento son más fácilmente evidentes en algunas áreas; sin embargo, esta gran variación en las puntuaciones indica los riesgos potenciales para la salud pública en cada categoría de prestación de servicios.

En el cuadro 4 se proporcionan los perfiles estatales abreviados. Se ofrecen los factores que repercuten sobre la salud pública, como la densidad de población, la distribución demográfica metropolitana/no metropolitana, el producto interno bruto, los gastos de atención de salud y el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza, para caracterizar a cada estado.

Sin calcular los coeficientes de correlación, se puede observar una relación evidente entre las puntuaciones del desempeño, la población predominantemente metropolitana, el producto interno bruto y los gastos de atención de salud. La densidad de población es casi constante, con 60,3 personas por milla cuadrada para el estado A y 61,8 para el estado C. La puntuación general del desempeño para el estado A (0.44) es apenas algo superior a la mitad de la norma 0.80. El estado A es principalmente no metropolitano, con un producto interno bruto unos gastos de atención individual inferiores, pero con tasas de pobreza mayores que el estado C (véase cuadro 5). El estado C tiene una puntuación general del desempeño sustancialmente mayor (0.60). Los gastos del estado C para la atención individual son dos veces superiores a los del estado A. El estado C también tiene un producto interno bruto que duplica al del estado A y sus tasas de pobreza son dos veces más bajas.

Cuadro 4 Perfiles abreviados de los estados[1]

	NPHPSP Promedio general	Densidad de población	Metropolitana %	No metropolitana %	Producto bruto del estado *	Gastos por asistencia individual**	Población debajo del nivel de pobreza %
Estado A	0,44	60,3	34,0	64,0	62,2	8,882	16,1
Estado B	0,56	188,6	72,3	27,7	39,7	4,658	10,9
Estado C	0,60	61,8	70,4	29,6	161,4	20,313	7,2

[1] Oficina del Censo de los Estados Unidos, Resumen Estadístico de 2001 de los Estados Unidos. * En miles de millones ** En millones

Cuadro 5 Comparación de los perfiles estatales[1]

	NPHPSP Promedio general	Densidad de población	Metropolitana %	No metropolitana %	Producto bruto del estado *	Gastos por asistencia individual**	Población debajo del nivel de pobreza %
Estado A	0,44	60,3	34,0	64,0	62,2	8,882	16,1
Estado C	0,60	61,8	70,4	29,6	161,4	20,313	7,2

[1] Oficina del Censo de los Estados Unidos, Resumen Estadístico de 2001 de los Estados Unidos. * En miles de millones ** En millones

Las puntuaciones del estado A cayeron sistemáticamente por debajo de 0.50 para siete de las diez funciones esenciales de salud pública. Las puntuaciones del estado C fueron uniformemente mayores que 0.50 para 8 de las diez funciones. Estos datos indican que los gastos de atención de salud y el producto interno bruto pueden influir sobre la capacidad de desempeño en salud pública y, en último término, sobre los resultados de salud como la mortalidad infantil. La mortalidad infantil en el estado A en 1998 fue 10.1 y en el estado C hubo 5.9 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Las puntuaciones se acercaron mucho en la FESP 1 (gráficas 4, 5 y 6), con un intervalo de 10. Para la FESP 1, los tres estados recibieron puntuaciones similares de 0.35, 0.45 y 0.42. El primer filtro en los NPHSPS, la función esencial, señala a estos estados como orientados hacia una mejor metodología para la evaluación de las comunidades y la vigilancia sanitaria. Los tres indicadores para la FESP 1 (perfil de salud de la comunidad basado en la población, acceso y uso de tecnología actual, mantenimiento de registros de salud de la población), aportan detalles adicionales para el análisis de brechas relacionadas con la vigilancia del estado de salud.

Puesto que la vigilancia es un viejo principio de la práctica de la salud pública, es previsible que la FESP 2 obtenga puntuaciones altas. Cada uno de los tres estados la calificó con una puntuación superior a 0.60, con un intervalo de 12. Las puntuaciones medias fueron 0.77, 0.79 y 0.67 respectivamente para los estados A, B y C. Globalmente, el estado A puntuó mejor la FESP 2.

Las preguntas de la encuesta relativas a la FESP 3 se concibieron para evaluar la capacidad del sistema de salud pública para informar, instruir y facultar a las comunidades. La gran variación observada entre los estados en esa función esencial puede correlacionarse con el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza o la insuficiente disponibilidad de recursos para la educación sanitaria. El estado A tenía el mayor porcentaje de personas por debajo del 16.1% del umbral de pobreza y presentaba la mortalidad infantil más alta. El estado A también tuvo la pun-

Cuadro 6 Servicios esenciales de salud pública

Servicio esencial #1:	Vigilancia del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad
Servicio esencial #2:	Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y riesgos para la salud en la comunidad
Servicio esencial #3:	Informar, educar y facultar a las personas sobre los temas de salud
Servicio esencial #4:	Movilización de las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud
Servicio esencial #5:	Elaboración de las políticas y planes que apoyan los esfuerzos de salud individual y comunitaria
Servicio esencial #6:	Asegurar el cumplimiento de las leyes y reglamentos que protegen la salud y garantizan la seguridad
Servicio esencial #7:	Vincular a las personas con los servicios de salud personales necesarios y asegurar la provisión de la atención de salud cuando no se dispone de ella de otro modo
Servicio esencial #8:	Garantizar una fuerza laboral de asistencia pública e individual competente
Servicio esencial #9:	Evaluación de la eficacia, la accesibilidad y calidad de los servicios de salud personales y basados en la población
Servicio esencial #10:	Investigación de nuevas apreciaciones y soluciones innovadoras para los problemas de salud

tuación más baja (0.44) en la FESP 3, mientras que los estados B y C registraron puntuaciones de 0.61 y 0.65, respectivamente. Los niveles de pobreza para los estados B y C fueron sustancialmente más bajos, 10.9 y 7.2, respectivamente. La mortalidad infantil fue también más baja en los estados B (5.9) y C (6.9).

La variación más amplia entre los tres estados se observó para la FESP 4, movilización de asociaciones comunitarias. Con un intervalo de 33, las puntuaciones descendieron entre 0.28 y 0.61. El desarrollo de asociaciones es un agregado reciente al gestalt de intereses de salud pública que puede remontarse a la Grecia antigua. La salud pública tiene gran experiencia en vincular las condiciones ambientales con las enfermedades y una experiencia contradictoria en el desarrollo de asociaciones para ejecutar las FESP.

La FESP 5 se centra en el desarrollo de políticas y planes para apoyar los esfuerzos de salud individuales y comunitarios. Las puntuaciones también variaron ampliamente, de 0.24 para el estado A a 0.54 para el estado C. Las puntuaciones sumamente bajas para esta función esencial señalan las posibilidades de mejorar la planificación estratégica en mayor provecho de la salud comunitaria. El análisis de brechas proporcionado por el NPHPSP está destinado a complementar, no a reemplazar, los esfuerzos locales para llevar a cabo las evaluaciones de salud comunitaria y elaborar los planes de mejoramiento de la salud comunitaria. Ambos son críticos con respecto a establecer asociaciones efectivas a nivel de todo el sistema para abordar cuestiones que obtengan resultados de salud deficientes. El producto interno bruto y los gastos de la atención de salud individual pueden limitar la disponibilidad de recursos para los esfuerzos de salud individual y comunitaria. Los datos proporcionados en el cuadro 4 ilustran el clima del presupuesto para estos estados en cuanto al producto interno bruto y los gastos de la atención individual. La investigación adicional en esta área con un conjunto más grande de datos puede confirmar la hipótesis de que existe una correlación directa entre esos gastos y la capacidad organizativa para ejecutar las FESP.

La mayoría de los sistemas de salud pública han afinado sus aptitudes en la observancia del cumplimiento y en la prestación de servicios directos (FESP 6). El estado B (0.87) y el estado C (0.72) presentaron una puntuación alta en esa función esencial. La puntuación del desempeño para el estado A fue algo inferior (0.64). Como las áreas de desempeño máximo no se reflejan estado a estado al nivel local, cabe la posibilidad de que la salud pública no esté manteniendo los beneficios del éxito pasado. El mejoramiento continuo de la calidad centrado en la prestación de funciones esenciales de salud pública al nivel local sigue siendo una prioridad nacional para asegurar la acción de salud pública eficaz.

La FESP 7 presentó puntuaciones variadas dentro de un intervalo de 0.08. Las puntuaciones para los estados A, B y C fueron de 0.60, 0.69 y 0.61, respectivamente. Una función reconocida de los sistemas de salud pública es actuar en calidad de “red de seguridad” dispensadora de atención de salud directa para las personas sin acceso a la asistencia. Las puntuaciones correspondientes a la FESP 7 ponen de manifiesto una capacidad concordante en los tres estados.

El desarrollo de la fuerza de trabajo es una competencia incipiente para los sistemas de salud pública. En la FESP 8, las puntuaciones de los estados variaron de 0.37 a 0.53, con un intervalo de 15. La evaluación de la fuerza de trabajo es un proceso que muchos sistemas de salud pública locales deben añadir al proceso de otorgar credenciales y licenciamiento para asegurar la competencia de la fuerza laboral.

La evaluación fue uno de los componentes más débiles de la prestación de servicios en esta muestra de estados. Todos ellos puntuaron la FESP 9 por debajo de 0.40. Las estrategias que son específicas de una organización pueden no tener éxito por sí solas para hacer frente a las amenazas de salud pública, las infecciones emergentes o el bioterrorismo. Los sistemas de salud pública deben colaborar para evaluar la influencia combinada de esos problemas sobre la salud de la comunidad. La evaluación eficaz de los programas es un modo sistemático de mejorar las acciones de salud pública incluyendo procedimientos que sean útiles, factibles, éticos y precisos.

La investigación no es una función tradicional para los sistemas de salud pública locales. Además de la salud ambiental, la medicina preventiva, la epidemiología y el control de enfermedades, los sistemas de salud pública locales tienen la responsabilidad primaria de la atención médica directa, el fomento de la sensibilización, la salud escolar, la respuesta a situaciones de crisis, la planificación familiar, la atención a los pobres, la atención odontológica, el otorgamiento de licenciaturas y certificaciones, la atención de salud mental y la asistencia domiciliaria. A menudo, la fuerza de trabajo se ve forzada a prestar esos servicios con un presupuesto limitado. Los sistemas de salud pública locales vinculados estrechamente a instituciones académicas tienen mayor probabilidad de ocuparse de las actividades de investigación.

El estado A, con el 64% de la población radicada en zonas no metropolitanas, obtuvo una puntuación más baja en la FESP 10 (0.36). La mayoría de los residentes del estado B (72.3%) y el estado C (70.4%) vive en zonas metropolitanas. Los estados B y C puntuaron con 0.70 y 0.59 la FESP 10, respectivamente. La correlación entre ruralidad y la capacidad para participar en la investigación amerita un futuro análisis.

El NPHPSP es un programa de ámbito nacional dirigido a identificar los elementos de la infraestructura de salud pública que carecen de capacidad y recursos adecuados. La información generada por el proceso de evaluación está concebida para su uso por los responsables de adoptar decisiones para crear sistemas de tecnología de la información sólidos con miras a compartir datos, desarrollar la fuerza de trabajo de salud pública y mejorar la capacidad de organización. Estos son los elementos esenciales de la infraestructura de salud pública.

4. Enseñanzas adquiridas

La experiencia del ensayo sobre el terreno del NPHPSP aportó muchas enseñanzas. Entre las prioridades definidas por medio de la experiencia figura la necesidad de:

- identificar ejemplos de casos de sistemas de salud pública estatales y locales con un desempeño satisfactorio;
- efectuar análisis de brechas detallados, y
- establecer mecanismos de evaluación mejorados.

Los participantes encontraron dificultades con la idea de reunirse con asociados de salud de la comunidad para evaluar su capacidad combinada de ejecutar las funciones esenciales. Como resultado de ello, el NPHPSP incorporará ejemplos de casos de todo el país en el módulo de orientación para la puesta en práctica del programa. El análisis de brechas para los sitios donde se hicieron los ensayos sobre el terreno necesitó reforzarse con recomendaciones específicas para mejorar el desempeño en cada función esencial. Se han identificado recursos impresos y electrónicos para facilitar recomendaciones específicas con miras a abordar las brechas que pueden aparecer en la ejecución de las funciones esenciales. También se consideró prioritario un componente de evaluación más fuerte para todas las fases de ejecución (orientación, administración de encuestas y análisis de datos). Por último, se ha puesto en ejecución un proceso de evaluación formal con intervalos periódicos de análisis de datos para identificar obstáculos a la excelencia en la evaluación de los sistemas de salud pública.

5. Conclusiones

El propósito del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública es proporcionar el enfoque y orientación para el desarrollo proactivo, más que reactivo, del sistema de salud pública. La evaluación del desempeño es un paso en un proceso de planificación estratégica integral para los sistemas de salud pública. “Sin indicadores del desempeño uniformes y comparaciones sistemáticas, la salud pública carece de puntos de referencia útiles para las mejoras”. El Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública indica los puntos de referencia para el mejoramiento de la salud pública en conformidad con las funciones esenciales de salud pública. El NPHPSP proporciona un marco coherente para evaluar el desempeño de los sistemas de salud pública y los órganos directivos, como las juntas de salud locales.

Aunque los organismos de salud pública estatales y locales toman la delantera en el proceso de recopilación de datos, sirven sólo de catalizadores para iniciar la participación de los asociados del sistema. La responsabilidad de la interpretación de datos y de la aplicación de resultados recae enteramente sobre los sistemas de salud pública estatales y locales en toda la nación. La ejecución completa del Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública facilitará el desarrollo de una fuerza de trabajo de salud pública capacitada, el desarrollo de sistemas sólidos de datos e información, y de departamentos de salud y laboratorios eficaces.

Los CDC y sus organizaciones de salud pública nacionales asociadas se proponen ejecutar el Programa Nacional de Normas de Desempeño en Salud Pública en 2002. El sistema de recopilación de datos nacional permitirá a los líderes de la salud pública vigilar las tendencias a lo largo del tiempo mientras los Estados Unidos se esfuerzan por alcanzar los objetivos de salud nacionales señalados en Healthy People 2010.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. The future of public health. Washington, D.C: National Academy Press; 1988.
2. Harrell JA, Baker EL. The essential services of public health. Leadership in Public Health 1994; 3(3):27–31.
3. Hajat A, Brown C, Fraser M. Local public health infrastructure: a chartbook. Washington, DC: National Association of City and County Health Officials; 2001.

4. Department of Health and Human Services. HHS: what we do. 2002; [5 pantallas]. Disponible en: http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/profile.html. Consulta realizada el 7 de mayo de 2002.

5. Leiyu S, Singh DA. Delivering health care in America, a systems approach. 2a. edición. Gaithersburg, MD; 2001. p. 5–6.

6. Pickett G, Hanlon JJ. Public health administration and practice. 9a. edición. St. Louis, MO: Times Mirror/Mosby College Publishing; 1990. p. 104–105.

7. Department of Health and Human Services. Public health's infrastructure: a status report. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2000. p. 4.

8. Turnock B. Public health, what it is and how it works. 2a. edición. Gaithersburg, MD: Aspen Publications; 2001. p. 338.

9. Halverson P. Performance measurement and performance standards: old wine in new bottles. J Public Health Management Practice, 2000 Sep; 6(5): vi–ix.

10. Bouroque LB, Fielder EP. How to conduct self-administered and mail surveys. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1995.

11. Local Public Health System Performance Assessment Instrument. 2001; [78 pantallas]. Disponible en: http://www. astho.org/phiip/pdf/pmlocal.pdf. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.

12. State Public Health System Performance Assessment Instrument. 2001; [110 pantallas]. Disponible en: http://www.astho.org/phiip/pdf/pmstate.pdf. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.

13. Local Public Health Governance Performance Assessment Instrument. 2001; [82 pantallas]. Disponible en: http://www.nalboh.org/perfstds/govfinal.pdf. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.

14. A strategic approach to community health improvement: mobilizing for action through planning and partnership. Washington, DC: National Association of City and County Health Officials; 2001.

15. Cleveland, WS. Visualizing Data. Summit, NJ: Hobart Press; 1993. p. 5.

16. State Community Health Services Advisory Committee, Assessing Organizational Capacity Workgroup. The public health performance assessment field test: Minnesota's experience and recommendations. St. Paul, MN: Minnesota Department of Health; 2001. p.15.

17. U.S. Census Bureau 2001 Statistical Abstract of the United States-Vital Statistics, 2001; [110 pantallas]. Disponible en: http://www.census.gov/prod/2002pubs/01statab/vitstat.pdf. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.

18. U.S. Census Bureau 2001 Statistical Abstract of the United States-Population, 2001; [56 pantallas]. Disponible en: http://www.census.gov/prod/2002pubs/01statab/vitstat.pdf. Consulta realizada el 7 de junio de 2002.

19. Milstein RL, Wetterhall SF. Framework for program evaluation in public health. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1999.

20. Healthy People 2010. 2000; [25 pantallas]. Disponible en: http://www. health.gov/healthypeople/Document/word/volume2123phi.doc. Consulta realizada el 12 de junio de 2002.

PARTE IV

De la medición a la acción

Fortalecimiento Institucional para el desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública

1. Introducción

A partir de los resultados que se han obtenido del ejercicio de medición de las funciones esenciales de salud pública en la Región de las Américas, se presenta el desafío de estimular a los países miembros para que desarrollen agendas nacionales de fortalecimiento institucional de las Autoridades Sanitarias Nacionales, para la mejora de la práctica de la salud pública en el país.

Para la construcción de la agenda nacional, lo fundamental es que los actores involucrados visualicen la relación que tiene la medición del desempeño de las FESP con el que hacer institucional de la ASN, de manera que se pueda avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados por esta iniciativa:

1) Mejorar la práctica de la salud pública,

2) Desarrollar la infraestructura para mejorar el desempeño de las FESP, y

3) Fortalecer el papel rector de la Autoridad Sanitaria Nacional

Para cumplir lo anterior, resulta fundamental el diseño e instrumentación de estrategias y cursos de acción dirigidos a la consecución de estos objetivos y, consecuentemente, al cierre de las brechas existentes entre los óptimos deseables y el desempeño registrado en la medición de las FESP.

La medición del grado en que se desempeñan las FESP en cada país, mediante el uso de un instrumento común, ha permitido la identificación de **áreas críticas** que son compartidas por dos o más FESP y otras que resultan específicas a cada función. Por tanto, debe tenerse en cuenta que éstas podrán requerir tanto acciones inmediatas de mejoramiento, como la identificación de los principales elementos que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la salud pública en los países de la Región.

Este diagnóstico constituye un punto de partida, es decir, la línea basal o punto de arranque en donde se ubica el nivel de desempeño de la Salud Pública en los países. La construcción de este diagnóstico es lo que permitirá avanzar con fundamentos y visión clara hacia la conformación de una agenda para el fortalecimiento de la institucionalidad en salud pública.

2. Orientación para pasar del diagnóstico a la acción

Una primera revelación del diagnóstico muestra que los países presentan áreas con mayores fortalezas en contraste con otros que manifiestan debilidades más significativas, lo que deja claro que existen diversas situaciones que reclaman ejercicios de complementación y

sinergismo entre países vecinos o, incluso, entre países de características políticas, demográficas y socioeconómicas similares.

Esto da cuenta de una gran potencialidad en la Región para el establecimiento de alianzas y la posibilidad de estimular la cooperación entre países, en pro de un mejor desempeño de la salud pública. La oportunidad de instaurar o consolidar espacios para el intercambio de experiencias, así como intensificar esfuerzos para la socialización de prácticas exitosas en materias de salud pública, surge de inmediato como una primera recomendación para iniciar el tránsito del diagnóstico a la acción.

Sin perjuicio de las iniciativas que considere o emprenda cada país, de acuerdo a sus capacidades, desafíos y prioridades, lo cierto es que al analizar el promedio que, tras la aplicación del instrumento, se registró para la Región, destacan tres funciones esenciales que demandan esfuerzos redoblados para su mejoramiento nacional, subregional y regional, ya que resultan de gran relevancia para la conformación de una agenda de fortalecimiento de las FESP. En orden de importancia corresponderían a: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (FESP 9); Desarrollo de recursos humanos para la salud pública (FESP 8), y; Desarrollo de políticas y gestión en salud pública (FESP 5).

Por otro lado, un aspecto de la salud pública que constituye una función primordial de la Autoridad Sanitaria es el que corresponde al aseguramiento del acceso a los servicios de salud necesarios (FESP 7), especialmente para las poblaciones más desprotegidas. Su elevada correlación con el desempeño de otras funciones consideradas como "emergentes" en donde se puede reconocer a la Promoción de la Salud (FESP 3) y a la Participación Social (FESP 4), permite concluir que el reforzamiento de estas funciones de salud pública tiene una importancia fundamental para la garantía de acceso a los servicios de salud y para la extensión de la protección social en salud a la población excluida ya sea por razones económicas, sociales, geográficas o culturales.

Sin dejar de lado a los diferentes perfiles que derivan del análisis regional y subregional discutidos con detalle en el capítulo anterior, se requiere que en el ámbito de cada país, se asegure la pertinencia y relevancia nacional de los temas críticos que proporciona el diagnóstico sobre el desempeño de las FESP, de tal manera que se pueda perfilar una agenda apropiada para cada realidad nacional que de manera particular y específica oriente la acción en salud pública. En este sentido es conveniente tomar en cuenta algunas preguntas orientadoras que pueden contribuir a dicha discusión, y que pueden plantearse de la manera siguiente:

- ¿Cuáles son los principales hallazgos en el diagnóstico y qué relevancia tienen para el país?

- ¿Cómo afectan a la Autoridad Sanitaria Nacional los resultados que derivan de la evaluación del desempeño?

- ¿Qué decisiones deben tomarse para solucionar las deficiencias encontradas y reafirmar los procesos favorables?

Es conveniente que los tomadores de decisiones establezcan parámetros y cuenten con elementos de juicio que les permitan identificar del conjunto de resultados, los problemas considerados como críticos y realizar su priorización para fines de abordaje. Esto supone que cada país requerirá definir el *umbral de diferenciación* entre fortalezas y debilidades lo que permitirá determinar con objetividad cuáles puntajes serán considerados problemáticos — es decir como debilidades — y cuáles serán vistos como relativamente satisfactorios, dicho de otra esto ultimo como fortalezas del sistema de salud pública.

Tanto en la selección del método de determinación del umbral como en la determinación de los valores de referencia correspondientes, es preferible usar el consenso o la decisión colegiada entre los actores nacionales clave que han sido responsabilizados del proceso de evaluación del desempeño de las FESP, ya que ello permitirá dar representatividad y procurar objetividad en la priorización de los problemas y, por ende, incrementará la viabilidad del abordaje y la factibilidad de ejecución de las estrategias y líneas de acción seleccionadas.

Una vez definidas las principales **áreas críticas** y antes de determinar las estrategias de la agenda nacional, es necesario precisar la visión a futuro y los escenarios deseables, lo que permitirá orientar los esfuerzos hacia los resultados esperados. Para esto será necesario analizar los **óptimos de desempeño** de los diferentes indicadores de medición de las FESP, adaptándolos a la realidad nacional bajo la definición de un **óptimo posible** que conduzca, dentro de plazos bien definidos y razonables, hacia la visión institucional que se plantea cada país.

Después de especificar los aspectos más positivos y los menos satisfactorios en el desempeño de las FESP en el análisis a nivel de país, será conveniente identificar complementariamente las **oportunidades y amenazas,** es decir los factores externos que podrán incidir positiva o negativamente sobre la viabilidad de

las intervenciones para superar las debilidades o reafirmar las fortalezas en el desempeño de las FESP. El criterio para definir como externo un factor es la imposibilidad para incidir directamente sobre el mismo para modificarlo, con lo que se torna en una condición más que en un objeto de gestión.

3. Diseño de acciones de carácter sistémico

En particular, para cada uno de los países que inicie el proceso de planificación del desarrollo de las capacidades institucionales para el desempeño de las FESP, los resultados de su diagnóstico constituirán el punto de partida o insumo primario. Para la incorporación de dichos resultados dentro del proceso de planificación, orientado hacia la generación de intervenciones, es necesario utilizar una lógica con enfoque sintético, que reconozca que el nivel de desempeño de las diversas FESP responde y puede ser afectada por elementos que son comunes a otras funciones o incluso al pleno de las once FESP.

La metodología de medición del desempeño de las FESP y el instrumento de diagnóstico, facilitan el paso que va del enfoque analítico-diagnóstico, al enfoque sintético de la intervención situación que permitirá agrupar los resultados en tres áreas de intervención estratégica:

1. Desempeño adecuado de procesos clave y logro de resultados,

2. Desarrollo de capacidades institucionales y reforzamiento de la infraestructura, y

3. Apoyo al desarrollo de competencias descentralizadas.

Los indicadores de medición fueron diseñados con esta lógica y, en consecuencia, han sido organizados de forma consistente con esta categorización. Así, del diagnóstico se desprenden las principales fortalezas y debilidades que deberán constituirse en el insumo básico para la conformación de una agenda de fortalecimiento de la salud pública, en función de los objetivos estratégicos que defina cada país, cada subregión o la Región de las Américas en su conjunto. (ver Ilustración N°1).

Como puede apreciarse en esta ilustración los **factores sistémicos** actúan a nivel de varias FESP o inciden en su totalidad; es decir son factores que en el sentido gráfico las afectan de manera horizontal o que las atraviesan por que tienen una influencia significativa que las impulsa o las contiene. En esta expresión gráfica se puede apreciar cómo la planificación de intervenciones o de acciones de mejora, toma como referentes a los objetivos de la planeación y establece correspondencia con las áreas de intervención que podrán ser consideradas.

4. Áreas específicas de intervención para mejorar el desempeño de las FESP

Además de identificar aquellas intervenciones de carácter sistémico que afectan el desempeño de varias FESP y que impactan en las capacidades institucionales de orden general —como podría ser la capacitación de recursos humanos o el fortalecimiento de la infraestructura, también es indispensable identificar las **debilidades y fortalezas de orden específico** a cada función y que son relevantes para cumplir con los elementos particulares que en cada caso hay que atender.

Algunos ejemplos de este tipo de intervenciones podrían ser: el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud pública, el diseño de mecanismos de respuesta oportuno frente a las amenazas en salud pública, el mejoramiento de la gestión del sector salud en casos de emergencias y desastres, entre otros. La particularidad de estas áreas se refiere tanto a recursos como a intervenciones específicas de la salud pública que se derivan del diagnóstico, como a la especialización de los actores involucrados y al campo de acción sobre el cual se incidirá.

Estas áreas tienen gran importancia y por ello no deben olvidarse a la hora del diseño de la agenda, aún cuando puedan ser motivo de estrategias más puntuales y en algunos casos muy acotadas con relación a su campo de acción o más restringidas en lo que respecta a la convocatoria de los actores involucrados.

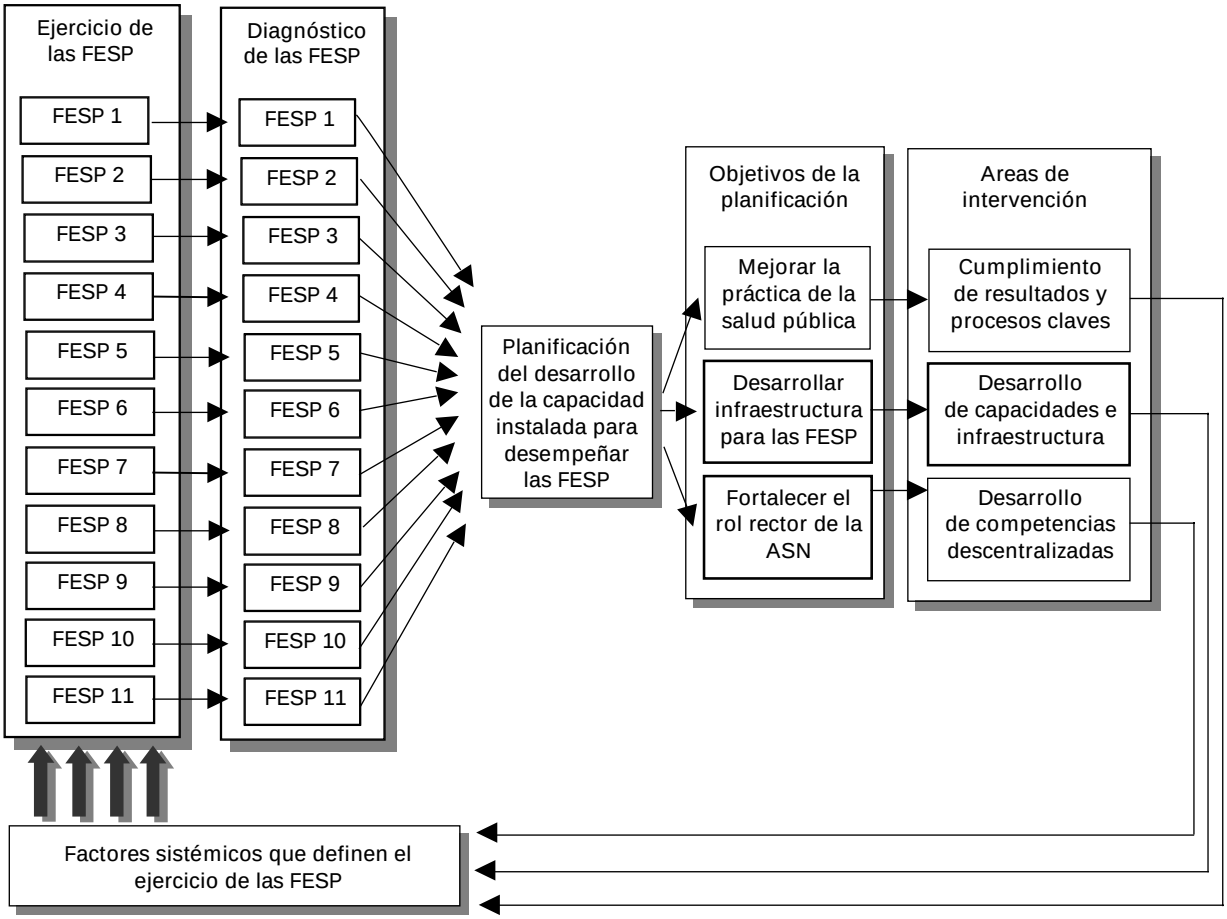
Una mención especial requiere el tema de Desarrollo de Recursos Humanos (FESP 8) que constituye un ámbito específico de acción, pero que, a la vez, su mejoramiento redunda en el fortalecimiento integral de la acción en salud pública tal como se plantea en el Capítulo 15.

Los hallazgos del diagnóstico señalan que tanto en el contexto de cada nación como en el escenario regional, es urgente que los países pongan en marcha estrategias para resolver las debilidades encontradas.

5. Establecimiento de prioridades

Para la definición de prioridades interesa asegurarse que la formulación de objetivos estratégicos del plan o agenda nacional guarden relación o correspondencia con los intereses, objetivos y

Ilustración 1 Relación entre diagnóstico de FESP, planificación e intervención para el desarrollo de la capacidad institucional



experiencia de los actores clave de los contextos nacional, subnacional y local que estarán responsabilizados o se verán afectados con la propuesta. Por tanto, una convocatoria completa que refleje la representatividad de estos actores resulta de especial importancia.

Para lograr una validación práctica de la priorización de estrategias y líneas de acción, es recomendable recurrir al análisis de relaciones causales entre los problemas identificados o áreas críticas que requieren intervención. Para poder efectuar un ejercicio de prelación ordenado y objetivo, se sugiere la utilización de la siguiente taxonomía que permite efectuar una clasificación de los problemas para su ulterior análisis y priorización:

- **Urgentes**: Corresponde a aquellos casos que por la exigencia, magnitud y trascendencia que implican no permiten postergación.

- **Sistémicos y de gran magnitud**: Son aquellos que atienden a factores sistémicos que involucran varias FESPs y que reclaman acciones de gran envergadura y amplia expresión temporal.

- **De alta vulnerabilidad**: Son problemas de orden específico o sistémico, cuya superación es viable técnica y financieramente, que pueden ser abordados eficazmente y que están dentro de los límites de los recursos disponibles de manera inmediata o a corto plazo;

- **De dimensiones múltiples y alta complejidad**: Problemas cuyo eje de resolución resulta difícil de precisar, requieren del esfuerzo de múltiples actores y supone dificultad financiera y técnica.

Una vez definidas las prioridades del plan o agenda nacional, se recomienda realizar un análisis sobre las instituciones, organismos y actores involucrados,

construyendo un **mapa político de participantes**, lo que permitirá incorporar al plan las estrategias y mecanismos que le aseguren factibilidad de realización.

Para este análisis se requiere la elaboración de una lista de participantes interesados o afectados por la instrumentación del plan; para ello se debe identificar la posición y el peso específico que representan cada uno de ellos en el sistema de salud pública. Finalmente, el mapa político de análisis de participantes debe dar cuenta de la relevancia y del papel que a de jugar cada actor y cada instancia para cumplir con los contenidos que conformen al Plan, conteniendo información que permita efectuar un análisis de coyuntura y perspectiva.

Por último, teniendo en consideración que la definición de prioridades para la agenda nacional de fortalecimiento de la salud pública, va más allá del campo de acción del sector salud y que debe considerar a la totalidad del conjunto de interesados que forman parte de los distintos niveles de gobierno involucrados y de los diferentes actores de sociedad, se requerirá proporcionarle un enfoque intersectorial y de amplia participación social que permita la inserción de la agenda en las estrategias de desarrollo de carácter nacional.

Por tanto, es indispensable establecer vínculos concretos entre estas prioridades y las estrategias de desarrollo político, social y económico de cada país, procurando que la instalación de esta agenda quede en el marco de las políticas públicas nacionales, para que puedan promover su corresponsabilidad con todo el universo de actores e instancias que figuren en el quehacer nacional, tanto de orden gubernamental como no gubernamental y que guarden relevancia para el éxito de esta iniciativa.

6. Del diagnóstico de desempeño de las FESP al desarrollo de la capacidad institucional de la Autoridad Sanitaria

El punto de partida para la articulación del diagnóstico y la agenda para el fortalecimiento de la salud pública en los países, se encuentra en el reconocimiento de que el desempeño de las FESP es una de las misiones fundamentales de la Autoridad Sanitaria Nacional.

La naturaleza de las FESP ha sido ampliamente discutida en otros capítulos y se ha podido ratificar el nivel de importancia y trascendencia de este quehacer. Para avanzar hacia la acción basados en la medición del desempeño de las FESP, es necesario que el sector salud del país y las instituciones involucradas se planteen al menos las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la definición operacional de cada FESP en el país?
- ¿Qué valor tiene cada FESP, o que significa cada una de ellas para la práctica del sector?
- ¿Qué significa cada FESP para la práctica de cada una de las instituciones participantes?
- ¿Quiénes son los sujetos primarios y más significativos de cada FESP?
- ¿Cómo se comprometerán las personas y las instituciones con el desempeño de cada FESP?

Es a partir de este análisis que resulta posible establecer una relación práctica y objetiva con los principales elementos y dimensiones del desarrollo de la capacidad institucional de la ASN.

7. Desarrollo Institucional para el ejercicio de las FESP

El significado y alcance del concepto **desarrollo institucional**, implica centrarse en el mejoramiento continuo de las capacidades, competencias y habilidades de la fuerza laboral, así como de los medios e instrumentos que dan sustento a los sistemas de salud pública para cumplir con su cometido de ejercer las funciones esenciales de manera apropiada, efectiva, eficiente y sostenible.

La capacidad institucional no puede desarrollarse sin la apropiación de la noción de las FESP por parte de las instituciones nacionales y subnacionales, reconociendo también que el desempeño de un individuo, equipo u organización es una función sistémica, que incluye tanto factores internos como externos y, desde luego, afecta a “el” ó “los” sujetos directamente involucrados.

Es importante establecer correspondencia y asegurar la adecuación entre la **capacidad institucional** y la **infraestructura** del sistema de salud pública. Aún cuando en determinadas ocasiones estos dos componentes fundamentales se manejan por separado, sabemos que se trata de nociones complementarias que se solapan.

El tema de la capacidad o desarrollo institucional abarca tres amplios componentes:

1) Competencia laboral;
2) Sistemas de información y datos, y;
3) Capacidad de organización

Estos componentes se interrelacionan estrechamente y las deficiencias en uno de ellos repercuten en los demás y, en

última instancia, en el sistema completo. Por lo tanto, las intervenciones estratégicas para fortalecer la capacidad institucional deberán dirigirse a todos los componentes en su conjunto. La capacidad institucional debe responder en forma oportuna y suficiente, y operar en forma sistémica articulando distintos tipos de recursos: de información, físicos, humanos y financieros.

Los recursos de información comprenden estructuras de recopilación de datos, sistemas de tecnología e información que se producen y utilizan como resultado de esta capacidad institucional. Los recursos humanos conforman el talento y el conjunto de aptitudes que se necesitan para realizar el trabajo de salud pública.

Existen dos rasgos distintivos que es necesario tener presente al analizar y tratar el tema de la capacidad de organización para el desarrollo institucional de los sistemas de salud pública:

Por un lado tenemos el hecho de que en muchos países del mundo el ministerio de salud central es el responsable de la provisión de servicios tanto de atención al individuo como a la población.

Por otro lado, se encuentra el precedente de que la salud pública ha estado vinculada casi exclusivamente a ciertas actividades específicas o programáticas, como por ejemplo: la *erradicación* de la malaria, la prevención y control del cólera y la prevención y el control del VIH/SIDA.

Por ende, es importante examinar detenidamente la relación que guardan estas actividades programáticas con la capacidad institucional y la infraestructura del sistema, para así poder establecer las conexiones entre el desarrollo institucional, la suficiencia de la infraestructura y la efectividad de la ejecución de las FESP.

Se acepta que un ingrediente esencial de la eficacia de los programas y servicios es una capacidad institucional basada en una infraestructura fuerte y funcional de salud pública. La meta de esta infraestructura es la prestación de servicios completos y de calidad. Esta meta se puede alcanzar más fácilmente si la infraestructura del sistema se construye y se desarrolla conforme a una definición conceptual explícita de las funciones esenciales y los servicios de salud pública.

Lamentablemente esta red de personas, organizaciones, recursos y sistemas presenta diferentes debilidades en distintos países y ha estado bajo tensión durante muchos decenios. Por ello, contar con un marco de referencia que esté suficientemente documentado acerca de la evolución de la salud pública en cada contexto se torna un insumo de especial valor para evaluar con suficiencia y objetividad la infraestructura existente; así se pueden obtener mayores dividendos o precisiones sobre el ejercicio de planeación estratégica que se desea realizar.

Este análisis cobra mayor dimensión si consideramos que estas acciones de fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, presentan entre los diferentes países del continente, diversos grados de evolución, suficiencia presupuestal y experiencia acumulada.

Las actividades programáticas no pueden realizarse en el vacío, sino que para poder funcionar debidamente, necesitan de un sistema que contribuya como respaldo en sus distintos procesos y las apoye. Una infraestructura apropiada que soporte a la capacidad institucional para brindar los servicios, puede ser como una “tarjeta de circuitos”, que funciona con respecto a demandas diferenciadas, constantes y específicas, a la cual, de acuerdo al momento y tipo de requerimiento que se presente, responde con oportunidad y eficacia.

Por ejemplo, en el caso de la vigilancia de las enfermedades crónicas, una capacidad institucional desarrollada, sustentada en una infraestructura sólida le proporcionará al sistema de salud pública la obtención de datos más fiables con un poder muy superior de inferencia analítica. Usar un marco de referencia de funciones esenciales de salud pública, también facilita y da mayor orden a la elaboración de intervenciones estratégicas para resolver los problemas con un sentido completo, y no solamente con respuestas aisladas que atiendan solamente a ciertos programas específicos: esto favorece la instrumentación de métodos más integrados y con mayor capacidad resolutiva para cubrir asuntos y necesidades de salud pública.

8. Capacidad y competencia laborales

Una fuerza laboral de salud pública capacitada, es decir, tal y como se plantea en el capítulo 15, con trabajadores de salud cuyas competencias y aptitudes sean las que exigen las tareas que van a llevar a cabo, es el eje central de un proceso de desarrollo de la capacidad institucional. La falta de una fuerza laboral formalmente adiestrada crea barreras al desarrollo del sistema y de la propia salud pública en general. Un estudio que se efectuó en Estados Unidos en 1997 indicó que 78% de los directivos locales del Departamento de Salud no tenían títulos de postgrado en salud pública.

Ese mismo estudio reveló que sus profesionales carecían también de oportunidades de educación continua en sus campos. Estas características ponen de manifiesto que existe una brecha que le exige más a la fuerza laboral para que haga frente al cambio y a las necesidades cada vez más complejas, y proporcionarle la tecnología, los instrumentos y la capacitación que precisan los trabajadores para atender estas necesidades crecientes.

En este sentido es necesario articular creativamente: 1) el uso de competencias de salud pública para elaborar programas de formación y capacitación en servicio centrados en la práctica; 2) un marco de referencia para la certificación y el otorgamiento de acreditaciones, y; 3) el uso de la educación y promoción en salud pública por medios telemáticos y de tecnología apropiada.

9. Sistemas de información y datos

Fortalecer la capacidad institucional implica formalizar y reforzar sistemáticamente los vínculos de los diferentes ámbitos y responsabilidades institucionales de la práctica de la salud pública. Es esencial que todos los componentes del sistema puedan compartir la información entre sí y tener acceso a innumerables fuentes de datos. En algunos estudios se ha informado de deficiencias graves en la facilidad con que la información de salud pública puede circular rápidamente por el sistema. Hay otros estudios que han revelado la existencia de lagunas ostensibles en el aprovechamiento de la infraestructura tecnológica.

Las deficiencias en la infraestructura básica de información son un trastorno no solamente porque impiden que los organismos de salud pública se comuniquen entre sí en el momento preciso, sino porque también entorpecen la comunicación entre el personal de salud pública, los médicos privados y otras fuentes de información acerca de los problemas de salud emergentes. Estas brechas básicas de comunicación también fragmentan los sistemas de vigilancia por la gran variabilidad en la infraestructura de comunicaciones de los países.

Las entidades sanitarias necesitan abordar los temas relacionados con el fortalecimiento de la capacidad de la infraestructura de información y datos en sus sistemas de salud pública. A tales efectos, hará falta mucho más que adquirir equipo. Conseguir los recursos humanos necesarios para operar el equipo y darle mantenimiento también tiene que ser una de las decisiones importantes que se tienen que tomar.

10. Capacidad de organización

Hay muchas definiciones de capacidad, pero aplicado al campo de la salud, el término capacidad se podría definir como sigue:

La capacidad de un profesional de la salud, un equipo, una organización o un sistema de salud es su habilidad para cumplir de manera eficaz, eficiente y sostenible con las funciones definidas para que contribuyan a la misión y visión institucional, las políticas y los objetivos estratégicos del equipo, la organización y el sistema de salud. Son muchos los componentes que integran el sistema de salud pública y que deben trabajar al unísono para alcanzar la meta común de realizar funciones y actividades de salud pública de calidad. El fortalecimiento de la capacidad y organización en estas circunstancias puede constituir un desafío, puesto que en el proceso hay que evitar que el sistema sea el resultado de soluciones parciales con variaciones amplias en su capacidad para funcionar.

El primer paso para fortalecer la capacidad de organización consiste en evaluar las virtudes y deficiencias de las organizaciones o los sistemas, así como analizar sus amenazas y oportunidades. En la actualidad, se cuenta con muchos instrumentos para hacer este tipo de evaluación de los sistemas de salud pública. Por ejemplo, el Programa Nacional de Normas de Rendimiento en Salud Pública (NPHPSP), del inglés Nacional Public Health Performance Standards Program, ha elaborado tres instrumentos para medir los resultados de los sistemas estatales y locales, que incluyen una medida de la eficacia de los consejos de gobierno de los organismos de salud locales. Estos instrumentos y los métodos para utilizarlos se tratarán en más detalle en los capítulos siguientes.

Las organizaciones internacionales y locales han ido cobrando conciencia de que, aunque los insumos técnicos y financieros son fundamentales para ayudar a mejorar el funcionamiento de los sistemas, por sí solos no aseguran que el sistema sea lo suficientemente flexible para adaptarse a un entorno cambiante y significativamente dinámico. Este fortalecimiento de las capacidades implica que la organización o el sistema es capaz de desempeñar las funciones básicas y de comprender y atender sus propias necesidades de desarrollo en un contexto amplio y de una manera sostenible en cuatro dimensiones. Este concepto se basa en la identificación de las capacidades que son indispensables para fortalecer la capacidad de cualquier organización. Las cuatro dimensiones se describen a continuación.

Las capacidades humanas e institucionales son indispensables para el rendimiento idóneo del personal. Si la organización donde trabajan las personas tienen deficiencias graves, como la falta de una misión y visión precisas; estructuras inadecuadas; prácticas, gestión y sistemas anómalos; falta de incentivos o de un ambiente que no promueve el rendimiento alto, el personal probablemente no rinda debidamente, al margen de sus conocimientos y aptitudes. Los métodos y pasos que se requieren para el desarrollo de las capacidades humanas e institucionales deben ser diferentes.

Las capacidades de planificación y ejecución son de carácter diferencial, pero interdependientes. La relación estrecha que guardan las políticas, los planes y su ejecución son fundamentales. Ambas capacidades se tienen que atender, pero sin exagerar la atención de la una en detrimento de la otra.

La dimensión micro y macro ponen de manifiesto la necesidad de diagnosticar la capacidad con respecto al nivel pertinente. En el nivel micro (por ejemplo, en un programa) hacen falta capacidades distintas de las que se necesitan en el nivel más alto, donde hay que hacer hincapié en las capacidades relacionadas con las políticas y la planificación.

Las dimensiones cognoscitiva y práctica subrayan la necesidad de que las capacidades aumenten por encima del nivel que se puede obtener con la capacitación formal o informal. Aprender por tanteo o empíricamente, concebir prácticas y sistemas nuevos, y asimilar modos de trabajar, entre otros, son medios para aplicar y adaptar los conocimientos y forman parte del fortalecimiento de las capacidades. Este aprendizaje toma mucho tiempo, lo cual explica la necesidad de una perspectiva a largo plazo para su fortalecimiento.

De la clasificación anterior se desprende que las capacidades relacionadas con algunas de estas dimensiones se pueden reforzar más rápidamente con otras. Por lo tanto, el orden de prelación de las dimensiones puede ser variable, sin descuidar el hecho de que el proceso de fortalecimiento de las capacidades exige una solución para cada una de estas dimensiones en algún momento durante el proceso. Esto quizá sea de interés para los países más pequeños que no cuentan con suficientes especialistas técnicos para fortalecer sus capacidades.

En los casos en los que se pudiera necesitar asesoramiento técnico externo, sería conveniente incorporar estas dimensiones en un plan de acción para definir las necesidades críticas en las que hace falta este nivel de pericia. Un recurso útil para obtener ayuda externa es la red de centros colaboradores de la OMS, que ofrece una variedad amplia de asesoramiento técnico. Estos centros colaboradores son las instituciones nacionales que la Directora General de la Organización Mundial de la Salud ha designado para formar parte de una red internacional de colaboración encargada de llevar a cabo las actividades que apoyan el mandato de la OMS de trabajar en salud en el ámbito internacional, así como sus prioridades programáticas. La guía de estos centros se puede consultar en la página web siguiente: http-whqlily.who.int-search.asp.

El fortalecimiento de las verdaderas capacidades en el sistema entero puede ser un desafío, puesto que suelen existir desigualdades estructurales entre los componentes que constituyen el sistema. De ahí la necesidad de establecer un proceso capaz de medir el rendimiento del sistema y evaluar sus capacidades totales. De esta forma, las carencias en cualquier punto del sistema se hacen palpables y se pueden detectar y corregir sistemáticamente.

Cualquier plan de fortalecimiento de la capacidad de organización debe comprender mejoras en la organización completa. Esto implica desarrollar las aptitudes de liderazgo de los gerentes; fortalecer sistemas eficaces de planificación, finanzas y recursos humanos; y elaborar procesos que promuevan la sostenibilidad institucional, programática y financiera. Merced a estas mejoras, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones comunitarias y los programas de salud del sector público, tienen la oportunidad de tomar decisiones de gestión más acertadas, precisas y oportunas pera prestar servicios sanitarios sostenibles de alta calidad. Este enfoque promueve el fortalecimiento de las capacidades en la comunidad y fomenta la ampliación e integración más satisfactoria de la capacidad general. Esta ampliación en la comunidad puede lograrse mediante la formación de asociaciones con visión de largo plazo y, por tanto, permitirá desempeñar una función inestimable en la sostenibilidad del proceso de fortalecimiento de las capacidades.

Las organizaciones han descrito estrategias para fortalecer la capacidad de organización. Al margen de las estrategias que se instituyan, es importante contar siempre con un mecanismo de supervisión y evaluación del sistema con objeto de obtener retroalimentación para mejorar su rendimiento del sistema y para usar adecuadamente las operaciones. Esta función de vigilancia y evaluación es particularmente importante en el entorno de la reforma del sector de la salud, ya que

es posible que se introduzcan cambios en las responsabilidades de las instituciones y en las tareas del personal como consecuencia de la reestructuración del sistema sanitario. Hay que tomar en consideración que pueda ser muy fácil que desaparezcan los procesos esenciales durante la reestructuración y que, en vez de que el resultado sea el fortalecimiento de las capacidades del sistema, se produzca el efecto opuesto.

Por este motivo, se recomienda que el proceso de planificación para el fortalecimiento institucional requerido para el desempeño de las FESP, cuente con la participación activa de los agentes sectoriales como sujetos responsables del apoyo financiero y técnico del proceso, con una visión que vaya más allá de los límites organizacionales tradicionales de la ASN.

Si bien los objetivos, estrategias y acciones se orientan al desarrollo de la capacidad de desempeño de las FESP, las intervenciones que se requieren para su consecución recaen finalmente en el desarrollo de áreas concretas de trabajo institucional de la ASN. Algunos ejemplos prácticos de posibles áreas de intervención para el desempeño de las FESP, a partir del diagnóstico realizado, son:

- **El desarrollo y ampliación tecnológica de los sistemas de información, gestión y operación; y el desarrollo del marco normativo y político;**
- **El fortalecimiento de la organización institucional de la ASN;**
- **La potenciación de la capacidad gerencial;**
- **El desarrollo de los recursos humanos en salud pública;**
- **La organización del presupuesto en función del desempeño de las FESP;**
- **El fortalecimiento de la capacidad de la infraestructura institucional;**
- **El desarrollo y ampliación tecnológica de los sistemas de información, gestión y operación, y**
- **La ampliación de la participación social en los procesos de decisión y fiscalización sectoriales.**

Al identificar las opciones de intervención más pertinentes que formarán parte de la agenda nacional de fortalecimiento de la salud pública, se recomienda revisar si la propuesta contempla algunos de los elementos que la experiencia mundial en cuanto a desarrollo institucional, han resultado ser más significativos para un desarrollo exitoso de la capacidad institucional, entre los cuales se destacan:

- Desarrollar habilidades para realizar la gerencia del proceso de cambio institucional, partiendo de la cultura de las organizaciones como contexo.
- Reconocer y considerar los incentivos y las limitaciones externas al cambio;
- Definir las fases del proceso de cambio, tomando en cuenta las restricciones contextuales, las fortalezas existentes y las rigideces de origen cultural o funcional.
- Asegurar que el interés nacional se traduzca en inversión sostenida, para la cual la cooperación externa requerirá ser complementaria, impulsando la conformación de redes y alianzas amplias y participativas.
- Confirmar que todos los participantes tengan claros los propósitos de las iniciativas, asegurando el compromiso de los participantes.
- Promover un ambiente abierto a la experimentación en el desarrollo de procesos multi-nivel, con objetivos y prioridades claros que se puedan traducir en planes concretos.

Al finalizar este proceso deben estar claras las intervenciones que podrían ejecutarse para alcanzar los resultados esperados, *definiendo el horizonte* que caracterizará al país una vez que se hayan superado las limitaciones detectadas y se efectúe su priorización.

Posteriormente debe avanzarse hacia la definición del quehacer para el desarrollo de las FESP, que fundamente la razón para el fortalecimiento institucional, especifique las estrategias y cursos de acción necesarios, indique a quién se beneficia, qué servicios y acciones se llevarán a cabo y quienes tendrán responsabilidad de hacerlo. Este tipo de diseño deberá responder al marco de los tres ejes fundamentales de la iniciativa: 1) mejorar la práctica de la salud pública; 2) desarrollar infraestructura para ejercer las FESP; y 3) fortalecer el rol rector de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Para facilitar todo el proceso de planificación y construcción de las agendas nacionales se ha preparado por parte de la OPS/OMS una guía práctica que reúne un conjunto de instrumentos que está a disposición de los países.

11. Desarrollo de líneas de acción

Es conveniente que el marco de referencia para la elaboración de la agenda na-

cional para el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, responda a dos ejes centrales cuya instrumentación y ejecución debiera ser simultánea y sinérgica: a) *el desarrollo de los objetivos nacionales de salud* y b) *el desarrollo de objetivos institucionales de la ASN para mejorar la práctica de la salud pública* en los países.

La *definición de objetivos sanitarios nacionales* en la Región, cuenta con ejemplos interesantes (EE.UU., Canadá, Reino Unido, Chile y Uruguay, entre otros), todos ellos concuerdan en la formulación de dos grandes objetivos generales: prolongar la vida saludable y reducir las iniquidades en salud. Las áreas problemas relevantes suelen estar ligadas a: enfermedades crónicas, traumatismos, problemas del medio ambiente, salud mental y otras enfermedades derivadas de estilos de vida y; asimismo enfatizan en la necesidad de coordinar acciones con otros sectores sociales ya que muchos de los determinantes de la salud no son responsabilidad exclusiva del sector de la salud.

Este marco de desafíos sanitarios, que por lo demás también son comunes a los países de la Región, debiera constituir la base que reoriente los procesos de reforma sectorial en marcha, situando a los problemas de salud que afectan a la población como el elemento central para orientar las políticas en la materia. El énfasis en la protección de la salud sin dejar de lado la atención oportuna de las enfermedades, releva la importancia de situar a la Salud Pública como eje prioritario de acción.

A partir de estos objetivos sanitarios nacionales, se derivan estrategias para el logro de los resultados esperados, que tienen directa relación con garantizar el cumplimiento de las FESP, asegurar la ejecución e intervenciones poblacionales para prevenir y reducir daños específicos en áreas prioritarias (tuberculosis, etc.), así como también mantener las estrategias exitosas en el control de enfermedades de cada país y abordar con oportunidad nuevas amenazas a la salud pública.

Teniendo en consideración todo lo anterior, *los objetivos institucionales para mejorar la práctica de la ASN* deben orientarse hacia y estar insertos en objetivos sanitarios, lo que implica el desafío de diseñar nuevos arreglos institucionales de la ASN acordes con estos desafíos sanitarios nacionales.

Sin perjuicio de las prioridades que cada país establezca para el fortalecimiento de la capacidad institucional de la ASN a partir de la identificación de áreas críticas en el desempeño de las FESP, del diagnóstico regional y de los análisis subregionales, se desprenden algunos cursos de acción que pueden contribuir al reposicionamiento y fortalecimiento de la ASN.

Este fortalecimiento de la función rectora de la ASN pasa en parte importante por resolver y mejorar el desempeño de las FESP tanto en los niveles centrales como subnacionales (intermedios y locales). Reorientar la atención de salud para reducir las iniquidades y las barreras de acceso; diseñar estrategias que incorporen a la protección social en salud a grupos cada vez mayores de personas que hoy se encuentran desprotegidos, asegurar una mayor eficacia y calidad de las intervenciones de salud para orientar en forma eficiente el uso de los siempre escasos recursos disponibles, reorientar hacia la promoción de salud los modelos de atención de salud para evitar daños crecientes; abogar por el establecimiento de políticas públicas que protejan y mejoren la salud de la población, son algunos de los aspectos que son necesarios de mejorar y cuyo cumplimiento no solo resulta fundamental para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que son, a su vez, parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene en materia de salud.

Por otra parte, asegurar la provisión de bienes públicos con externalidades positivas para la salud y que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que la repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante, asegurando que sean adecuados y congruentes con las prioridades epidemiológicas nacionales, también debe ser parte de cualquier agenda de fortalecimiento de la ASN para mejorar la práctica de la salud pública nacional.

El desarrollo de mayores competencias y habilidades para mejorar la práctica de la salud pública, requiere también del desarrollo de estrategias para fortalecer la fuerza de trabajo en salud pública, adoptando nuevos enfoques en la formación, incorporando nuevas prácticas y nuevas formas de capacitación y perfeccionamiento del personal que trabaja en salud pública, así como también de otros recursos humanos que podrían contribuir a la práctica de la salud pública en general (ver capítulo 15).

Dirigir la brújula de la separación de funciones del sector hacia el fortalecimiento de las funciones reguladoras y fiscalizadoras, sin olvidar mejorar la gestión en la provisión de servicios de salud, surgen como prioridades para el mejor desempeño de las FESP y complementado con la rendición de cuenta pública, lo que sin duda contribuye a

fortalecer la imagen de la autoridad sanitaria ante la ciudadanía.

Avanzar en un desarrollo armónico de la capacidad normativa, tanto en el área asistencial (los prestadores de salud públicos y privados), como en torno al medio ambiente y a la salud ocupacional, de manera que se logre aumentar el impacto sanitario y se busque anteponer el bienestar de la población a la presión que puedan ejercer los más variados grupos de influencia, contribuye también a reposicionar el rol de la ASN.

Mejorar la evaluación del acceso a los servicios de salud, estimular el conocimiento, habilidades y el desarrollo de mecanismos para acercar a la población los programas y servicios de salud, y abogar y actuar para mejorar el acceso a los servicios, en un marco en que coexisten múltiples actores públicos y privados responsables del acceso a la salud, resulta fundamental para reducir la desprotección de las poblaciones más vulnerables y con mayor riesgo de enfermedad. Los esfuerzos dirigidos a establecer derechos explícitos en salud, a través de mecanismos que garanticen las prestaciones, incluyendo la generación de los sistemas de regulación que aseguren su fiel cumplimiento, así como poner a disposición de los usuarios en forma oportuna la información necesaria, son otras de las áreas de fortalecimiento de la capacidad institucional de la ASN que deben formar parte de las prioridades de la agenda nacional.

El desafío de integrar adecuadamente las acciones de salud pública, en un ambiente de creciente diferenciación de funciones, procesos y actores que forman parte de los sistemas de salud, para asegurar el impacto sanitario de las medidas de promoción y prevención, plantea también la necesidad de rediseños organizacionales y funcionales de los programas de salud pública para alcanzar los éxitos esperados.

La conducción de la acción sectorial orientada al fortalecimiento de la capacidad de la ASN para formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos que incluyen la actualización de políticas, la redefinición de objetivos, la elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen esfuerzos de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, así como el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de alianzas y consensos que permitan viabilizar las propuestas, considerando desde luego la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas, requieren indiscutiblemente del fortalecimiento del liderazgo de la ASN.

Por último, es necesario subrayar la importancia de incluir en la agenda nacional, un marco de monitoreo y evaluación del plan. Para ello se requiere la operacionalización de indicadores que den cuenta del desempeño institucional, la identificación de responsabilidades para el monitoreo y evaluación, y la asignación de recursos específicos que hagan posible verificar la realización de las acciones planificadas, rendir cuentas, introducir los correctivos necesarios y extraer lecciones al respecto. Esto quiere decir, en suma, que el hecho de fortalecer los mecanismos y estrategias de control y evaluación para la realimentación continua y objetiva de los planes y programas de fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, es una medida imprescindible para asegurar el cumplimiento de la Iniciativa y, lógicamente, el mejoramiento de la salud pública en la Región.

Bibliografía

Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. "Essential public health functions: results of the international Delphi study." *World Health Statistics Quarterly* 1998; 51: 44–54.

Harrell JA, & Baker EL. The essential services of public health. *Reinventing public health.* 1994, 3(3):27–30.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Healthy People 2010 Objectives, Public Health Infrastructure, Objective #10.* Draft for public comment. 1998. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, D.C.

Spath, PL. Nursing performance measures go public. *Outcomes Management for Nursing Practice.* 1994. 2(3):124–8; quiz 129.

Addley K. How I address quality and teamwork issues in the occupational health department. *Occupational Medicine.* 1998. 48(4):273–8.

Anonymous. NCQA to count performance measures in accreditation score. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 1998. 55(13):1352.

McGlynn EA, Asch SM. Developing a clinical performance measure. *American Journal of Preventive Medicine.* 1998. 14(3 Suppl):14–21.

Scanlon DP, Chernew M, Sheffler S, Fendrick AM. Health plan report cards: exploring differences in plan ratings. *Joint Commission Journal on Quality Improvement.* 1998. 24(1):5–20.

Bryson, J.M. (1995). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations.* Jossey-Bass, San Francisco

Centre for Development and Population Activities (2000). *Planificación Estratégica, un enfoque de indagación.* Serie de Manuales de Capacitación de CEDPA.

Fundación Acceso. *Metodología de ACCESO de Planificación Institucional*. San José.

Ganeva, Iveta, José María Marín y Miguel Segovia (1993). *Capacidad de negociación en el sector salud*. Proyecto Subregional de Consolidación e Incremento de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Guatemala.

Milén, Anneli (2001). *What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice*. WHO (World Health Organization) Department of Health Service Provision, Geneva.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), CDC (Centers for Disease Control), CLAISS (Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud) (2001). *Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Iniciativa "Salud Pública en las Américas", Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2001). *Desarrollo Institucional de la Capacidad de Rectoría en Salud*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington D.C. (en edición)

OPS/OMS, CDC, CLAISS (2001). *Instrumento para la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Iniciativa "La Salud Pública en las Américas". Washington, D.C.

OPS/OMS (2002). *Fortalecimiento del desempeño institucional de las FESP. Guía metodológica para el diseño de planes nacionales*. Washington D.C. (en edición).

Reich, Michael R. (1996). "Applied Political Analysis for Health Policy Reform", *Current Issues in Public Health* (1996) 2:186–191.

Reich, Michael R. y David M. Cooper (2000). *PolicyMaker: Computer-Aided Political Analysis*, versión 2.3.1, Brookline Massachussetts.

USAID Center for Development Information and Evaluation (1996). "Selecting Performance Indicators". *Performance Monitoring and Evaluation TIPS*, #6. PN-ABY-214. Washington.

Valladares, Ricardo y Alvaro Fortín (2001) (en preparación). *Sistema de Monitoreo del Proyecto de Acceso a la Educación Bilingüe Intercultural (PAEBI): Descripción del Modelo Global*. World Learning/ USAID, GSD Consultores Asociados. Guatemala.

Estimación de gastos y financiamiento de las FESP. Bases para costearlas y presupuestarlas

1. Estimación del gasto y el financiamiento

1.1 Introducción

Un factor fundamental para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en cada país está determinado por la gestión que realizan las instituciones y organizaciones que las ponen en práctica, por la capacidad de los recursos humanos implicados en el proceso y por la disponibilidad y distribución de los recursos económicos asignados para financiarlas.

En el proceso de reforma del Estado y, particularmente, del sector de la salud en la Región de las Américas, el nivel de los recursos destinados a las FESP se ha visto afectado por la introducción de modalidades —tanto de organización como de financiación— que permiten algunos privilegios en lo relacionado a la atención de las personas. La introducción de esas modalidades se debió a un modelo económico que, al principio, abogó por "reducir la intervención del Estado". Pero este empeño por disminuir el papel del Estado perdía de vista la importancia de revisar y reforzar su obligación de asegurar los derechos de los ciudadanos al acceso a una serie de prestaciones y servicios, para los cuales el mercado *per se* ha demostrado no ser un buen administrador de recursos, sobre todo en lo que respecta a la equidad y al bienestar social.

Una de las explicaciones de ello puede residir en el hecho de que hasta ahora no se contaba con un instrumento que permitiera medir el nivel de "producto" de los sistemas de salud en el área de las FESP lo que corresponde a una seria carencia que dificulta el proceso de asignación de recursos sobre todo si éste se lleva a cabo siguiendo criterios de racionalidad o, idealmente, si se pretende la rentabilidad.

Desde el punto de vista del análisis del gasto y del financiamiento, el fortalecimiento y el desarrollo de las FESP no ha recibido la debida atención. Es más, en lo relacionado con la atención a las personas, durante muchos años los estudios del sector mantuvieron en los distintos países una especie de tradición de concentrarse en los problemas del gasto y, en este contexto, la información se guiaba, generalmente, por cuánto se gastaba en los diferentes niveles de atención, y las conclusiones se centraban en la concentración del gasto en el nivel terciario de las zonas urbanas. A falta de una información que permitiera el análisis integral y detallado de las fuentes de financiación, se llegaba, si acaso, a la conclusión de que era la población urbana —la que contaba con más recursos, no el resto— la que hacía un uso intensivo de los establecimientos hospitalarios financiados con fondos públicos.

Con el propósito de analizar los flujos de financiación del sector, en los últimos años los países de la Región han incorporado a las iniciativas mundiales dirigidas a desarrollar una metodología que sea útil en el diseño de las políticas

sanitarias. En esta línea, la mayoría de los países ha elaborado cuentas nacionales de salud (CNS), que son matrices que permiten presentar, de un modo organizado, la trayectoria que siguen los recursos financieros desde que se integran en el sector hasta su destino final.

Si bien el desarrollo de las CNS ha sido una contribución importante en los análisis de algunas áreas —como la igualdad en la financiación—, es necesario tener presente que los sistemas de las CNS deben centrarse en garantizar la atención. En consecuencia, algunos de los elementos de las FESP quedan en un apartado denominado "gastos relacionados con la atención de la salud", presentados en la jerga del sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas con el nombre de "bajo la línea", para indicar que el epígrafe de gastos está relacionado, pero no es inherente a esas cuentas. Sin embargo, en los casos en que se ha tenido en cuenta el gasto en las FESP, éste ha quedado desdibujado como rubro de asuntos administrativos.

La evaluación del desempeño de las FESP en la Región —que se comenta en otro capítulo de este libro— demostró que, en general, los países alcanzaron un alto nivel de desempeño en las funciones más tradicionales —por llamarlas de alguna manera— de la salud pública. Esta conclusión refuerza el concepto de la necesidad de reestructurar la forma en que se administra la salud pública, con objeto de que los sistemas de salud estén adecuadamente preparados para abordar los problemas de salud que surgen en todo el mundo y para dar respuesta a las llamadas "enfermedades de la pobreza", que afectan a una parte importante de la población.

Como se ha dicho en otros capítulos del libro, las FESP están relacionadas fundamentalmente con la responsabilidad que, en el sector de la salud, corresponde a las autoridades sanitarias. Así pues, su tarea fundamental consiste en establecer las reglas de funcionamiento del sistema de salud y de velar por su cumplimiento. Este papel del Estado es primordial con objeto de asegurar la igualdad, tanto en el acceso como en la financiación de la atención y la promoción de servicios sanitarios de calidad que, en definitiva, se traduzca en altos niveles de salud de la población en su conjunto y de cada uno de los subgrupos identificables según su etnia, sexo, edad y nivel de ingresos.

Durante la etapa de evaluación del desempeño de las FESP ha quedado comprobada la necesidad de estimar tanto el nivel de recursos que los países destinan a ese propósito, como sus fuentes de financiación. Conocer el nivel del gasto actual y compararlo con la estimación del costo que exige el desempeño adecuado permitirá tener un punto inicial de referencia y cuantificar los recursos adicionales requeridos, a esto se podrá agregar información para argumentar bajo qué premisas y criterios se ha venido negociando la asignación presupuestal. Al mismo tiempo, los datos sobre las fuentes de financiamiento facilitarán la posibilidad de determinar las fuentes adicionales requeridas.

Sin embargo, durante la fase de desarrollo y ensayo de la metodología que se ofrece en este capítulo, quedaron en evidencia las dificultades de la tarea. A pesar de que hay varias razones —en lo relacionado con fijar los límites del análisis—, la más importante es la forma y amplitud con que se presenta la información sobre los presupuestos y los gastos. Además, otro desafío viene dado por la participación de múltiples instituciones en el desempeño de algunas FESP.

En el presente capítulo se esboza —ya que esta tarea implica un trabajo específico bien diferenciado que requerirá tiempo y recursos dedicados ex profeso— una propuesta metodológica preliminar para la estimación del gasto y financiamiento de las FESP,[1] con el fin de que la aplicación de una metodología de estas características suministre datos que tengan una gran utilidad potencial en el desarrollo de las políticas y en el ejercicio de la salud pública. A continuación se señalan algunos de los beneficios de la propuesta:

- Mejorar la capacidad de asignación de recursos —tanto inmediatos como de inversión—, en las FESP y, consecuentemente, en la eficacia del gasto público.

- Mejorar el conocimiento sobre cómo se lleva a cabo la ejecución de las FESP y sobre la forma en que los países se pueden ir aproximando al estándar.

- Contribuir al mejoramiento de la infraestructura de la salud pública y al desempeño de las FESP.

- Mejorar la calidad de los sistemas de salud en su conjunto, aumentando la capacidad normativa de las autoridades sanitarias y su desempeño.

[1] En otro capítulo se presenta una propuesta para estimar el costo de implantación de las FESP con un nivel de desempeño determinado.

- Dejar constancia de la asignación de recursos de las FESP en las estadísticas presupuestarias y, en consecuencia, en las CNS.

Por otro lado, la evolución de las nociones relacionadas con las FESP y los intentos de cuantificar el esfuerzo de la sociedad para producirlas pueden clasificarse en tres grandes componentes:

a. La Iniciativa de la OPS "La salud pública en las Américas". Fundamentalmente, en lo que concierne a la metodología para estimar el desempeño de las FESP en los países de la Región y a su posterior ejecución.

b. La estrategia del Banco Mundial según la cual esa institución plantea utilizar las herramientas de la salud pública para mejorar la salud de la población y contribuir a reducir la pobreza, ampliando el contenido y la calidad de su cartera de proyectos en materia de salud.

c. Los estudios realizados en algunos estados y condados de los Estados Unidos de América para estimar el gasto y financiamiento de las funciones esenciales definidas por ellos.

A pesar de que este capítulo plantea algunas propuestas y perfila ciertas estrategias sobre cómo incorporar la cuestión de las FESP a los estudios de financiación a través de las CNS, todavía queda un reto mayor, que consiste en reconocer la necesidad de pasar del ámbito restringido en la prestación de la atención de salud a uno más amplio que incluya todos los componentes de gastos y fuentes de financiación para los programas de salud pública y que desde luego integre, en la medida de lo posible, a cada una de las FESP en forma particular o, por lo menos, a todas ellas en conjunto.

2. Estimaciones del gasto en salud pública en los Estados Unidos

Desde hace una década, los Estados Unidos se han interesado por las FESP y se han preguntado cómo estimar la cantidad de recursos que se les asignan. Ya en 1993, recomendaron la necesidad de que las reformas estructurales del sector de la salud se dirigieran a modificar la asignación de los recursos, para mejorar el sistema de salud y prevenir las enfermedades. Así pues, era necesario saber a cuánto ascendía la cantidad destinada a financiar la salud pública.

Como es natural, el primer problema que se debía abordar era el de definir las funciones o los servicios esenciales de salud pública, pero la falta de un lenguaje común confundió el debate político y técnico durante el proceso de discusión de la reforma del sector de la salud en el país. Para solucionar esta cuestión, se encomendó a la Asociación de Salud Pública la tarea de estructurar ese lenguaje común. Como ya hemos señalado, la Asociación definió sus funciones o servicios mediante un proceso participativo, en el que numerosos organismos[2] opinaron al respecto y lograron definir diez servicios esenciales, con sus respectivas líneas programáticas de actividades incluidas y no incluidas, lo que facilitaría el proceso de estimación de los recursos.

A mediados de los años noventa, la Secretaría de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Sociales recomendó hacer un estudio sobre la posibilidad de recopilar información periódica sobre la infraestructura de salud, incluidos el gasto y el financiamiento. A pesar de que los criterios eran todavía provisionales y, por lo tanto, no permitían establecer sistemas de información sistemáticos y comparables, el trabajo dejó claro el gran potencial de esa área de estudio para responder a importantes cuestiones políticas relacionadas con el efecto de la infraestructura de salud pública en el funcionamiento y en los resultados del sistema sanitario, a la vez que permitió establecerlas.

Una primera estimación del gasto estatal dedicado a la prevención de enfermedades indicó que los programas de salud pública contaban sólo con una asignación del 1% del presupuesto nacional. Aunque el estudio reconocía que no era posible decir cuál sería la cantidad adecuada, los resultados demostraban la necesidad de reforzar la infraestructura de salud pública a fin de que, en el futuro, fuera capaz de reaccionar adecuadamente ante posibles brotes de epidemias. Se encomendaron tres estudios piloto del gasto estatal y local sobre

[2] Algunos de los organismos participantes en el Comité para las Funciones de Salud Pública son los siguientes: Asociación Americana de Salud Pública, Asociación de Escuelas de Salud Pública, Asociación de Oficiales Estatales y Territoriales de Salud Pública, Asociación Nacional de Oficiales de Condados y Ciudades, Asociación Nacional de Directores Estatales de Abuso de Alcohol y Drogas, Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental, Fundación de Salud Pública, Socios para la Prevención, Órgano para la Investigación de la Calidad en la Salud, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Administración de Alimentos y Medicamentos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Servicio de Salud de la Población Indígena, Institutos Nacionales de Salud, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Cuadro 1 Características de los estudios sobre el gasto en materia de salud pública realizados en los Estados Unidos

Año(s) de estudo y asociaciones	Objetivos del estudio	Respuestas	Conclusiones
1995–1996 PHF	• Crear instrumentos que faciliten la estimación del gasto asignado a las FESP, con el fin de poder hacer comparaciones con los diferentes lugares • Trasladar los resultados al ámbito nacional • Evaluar los puntos fuertes y débiles de los instrumentos	9 Estados – AZ, IA, IL, LA, NY, OR, RI, TX, WA	1. El gasto público en salud puede ser medido y seguido a través de las FESP 2. Las instituciones locales de salud deben estar implicadas directamente en el proceso de medición del gasto
1997–1998 NACCHO, NALBOH, PHF	• Perfeccionar y adaptar los instrumentos de medición locales • Realizar estudios sobre las experiencias de las instituciones implicadas en el proyecto • Hacer recomendaciones con el fin de desarrollar una metodología estándar y perfeccionar los instrumentos	3 instituciones locales de salud. Onondaga, NY TriCounty, WA Columbus, OH	1. El proceso es seguro y los resultados son muy valiosos 2. A pesar de las diferencias de metodología y preparación, los resultados fueron aceptables 3. Las guías y reglas en cuanto a la adopción de decisiones deben ser reforzadas con el fin de obtener mejores parámetros de comparación 4. Los instrumentos mejorados deben ser probados en el ámbito nacional
1998–1999 ASTHO, NACCHO, NALBOH, PHF	• Revisar los instrumentos de medición (mejorar las definiciones y reglas para la adopción de decisiones, dar ejemplos) • Recopilar en el ámbito regional los gastos de todas las instituciones de salud, utilizando los instrumentos mejorados • Evaluar la seguridad, fiabilidad y posibilidad de comparación de la información • Evaluar los paradigmas de servicios esenciales, tales como la educación e instrumentos de comunicación	Departamento de Salud de Maryland, y los 24 departamentos locales de salud de MD	1. El proceso puede producir estimaciones fiables, que se pueden utilizar como guía para establecer políticas 2. Es necesario insistir más en la toma de conciencia acerca de los beneficios del proyecto 3. El proceso puede encajar en las categorías establecidas por los presupuestos de salud

los diez servicios esenciales, utilizando el marco de referencia de la Asociación de Salud Pública. El primer estudio lo hizo la Fundación para la Salud Pública que, en 1996, presentó los resultados en nueve estados. El segundo, realizado sobre la base del anterior, se hizo en tres jurisdicciones locales y fue concluido en marzo de 1998. El tercer estudio lo llevó a cabo más recientemente el organismo de salud del estado de Maryland e incluía todas sus jurisdicciones locales. El cuadro anterior muestra un resumen de los tres estudios.

Con respecto a los resultados obtenidos, resulta evidente la disparidad de fondos asignados a la salud pública, en un intervalo que va desde los US$ 30 a los US$ 394. El motivo de estas diferencias puede atribuirse a las distintas organizaciones institucionales y a distintas prioridades políticas, pero también a la incoherencia en las definiciones.

Todos los estudios presentaron sus resultados agrupando las funciones en servicios de salud pública personales (considerados como los servicios clínicos prestados a individuos) y en servicios de salud pública a la población (considerados como las medidas que fomentan la salud y previenen la enfermedad, en grupos de población numerosos). Como era de prever, la mayor parte del gasto está concentrado en los primeros, según demuestra el siguiente cuadro.

Los resultados de los tres estudios señalan la necesidad de profundizar aún más en la definición de las funciones, de modo que quede bien claro qué se incluye y qué se excluye, a fin de hacer po-

Cuadro 2 Gasto en servicios de salud por habitante, de acuerdo con los estudios realizados sobre las FESP

Estudio (fecha)	Lugar	Gasto por habitante: Servicios de salud personales (total en %)	Gasto por habitante: Servicios de salud a la población (total en %)	Gasto por habitante: Total de servicios esenciales de salud
Estudio en algunos estados de los Estados Unidos (1995–1996)	Arizona	US$ 73 (66%)	US$ 38 (34%)	US$ 111
	Iowa	US$ 29 (57%)	US$ 22 (43%)	US$ 51
	Luisiana	US$ 52 (61%)	US$ 34 (39%)	US$ 68
	Nueva York	US$ 168 (77%)	US$ 51 (23%)	US$ 219
	Oregón	US$ 91 (63%)	US$ 53 (37%)	US$ 144
	Rhode Island	US$ 78 (55%)	US$ 65 (45%)	US$ 143
	Texas	US$ 56 (64%)	US$ 32 (36%)	US$ 88
	Washington	US$ 72 (53%)	US$ 64 (47%)	US$ 136
Estudio en LHD Dptos. locales de salud (1997–1998)	Columbus	US$ 24 (49%)	US$ 25 (51%)	US$ 49
	Onondaga	US$ 9 (19%)	US$ 42 (81%)	US$ 51
	TriCounty	US$ 2 (4%)	US$ 35 (96%)	US$ 37
Estudio en Maryland (1998–1999)	Maryland (total)	US$ 170 (73%)	US$ 62 (27%)	US$ 232
	Local	US$ 54 (53%)	US$ 48 (47%)	US$ 102
	Estatal	US$ 116 (89%)	US$ 14 (11%)	US$ 130

sible la comparación entre las distintas jurisdicciones. De esta manera quedaron demostradas las grandes variaciones en los distintos tipos de organización institucional, con las correspondientes diferencias en lo que respecta a la responsabilidad pública.

Como conclusión, se recomienda repetir estos estudios en otras ocasiones, tanto en los mismos sitios donde se hicieron los estudios piloto como en localidades nuevas. Es la manera de seguir evaluando y mejorando la metodología con el fin de obtener resultados válidos, fiables y comparables.

Otras recomendaciones incluyen la necesidad de instruir a los organismos públicos, las instituciones sanitarias y los estudiantes de salud pública acerca de las funciones esenciales. Asimismo, es necesario coordinar las tareas de las instituciones que trabajan en el desarrollo de los instrumentos para medir el desempeño de las funciones de salud pública.

3. Las FESP en las cuentas nacionales de salud

Las cuentas nacionales de salud (CNS) constituyen un conjunto coherente de matrices que describen los flujos financieros dentro del sector de la salud en un año determinado. Se diferencian de las cuentas nacionales que miden el producto y el ingreso nacional en el hecho de que no pretenden medir el valor sumado, sino los recursos financieros que se transfieren entre las distintas instituciones del sector. La metodología utilizada es enteramente compatible con el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas.

Las CNS informan del origen de los fondos, de su distribución entre las distintas instituciones implicadas y del uso de los recursos, sobre la base de ciertos aspectos de interés que sirven para establecer las políticas de salud pública. Las CNS son el instrumento más apropiado para analizar el gasto en salud de cualquier país, si bien el área correspondiente a la salud pública no está todavía muy desarrollada.

A pesar de que muchos países aún no han elaborado las CNS, la mayoría las tienen ya en proceso y, además, para el marco metodológico actual al estimar el gasto y el financiamiento de las FESP no es indispensable que los países donde se vaya a aplicar tengan ya las CNS. Sin embargo, sí se desea utilizar los principios y clasificaciones de las mismas, de tal manera que los resultados de estas investigaciones puedan ser aplicados a las CNS que se elaboren en el futuro.

Para el análisis de las CNS como instrumento fundamental de estimación del gasto en las FESP, se revisaron las clasificaciones del documento *Un sistema de cuentas de salud*, que constituye el manual básico de clasificación de las partidas correspondientes al sector de la salud, preparado por la Organización de

Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y publicado originalmente en el año 2000 y reeditado en 2002. Asimismo, se estudió la última versión de la Guía de productores —todavía en fase de borrador—, que está siendo elaborada por la iniciativa conjunta de la OPS, la OMS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del proyecto Partnerships for Health Reform (PHR).

También se revisaron el *Manual del sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas* de 1993 y el *Manual de estadísticas de finanzas públicas* del FMI. Es preciso señalar que el manual de cuentas de salud de la OCDE fue redactado tomando como base las clasificaciones de las Naciones Unidas y el FMI, así como otras clasificaciones internacionales (la de las industrias, por ejemplo). Por este motivo, es compatible con los sistemas de cuentas nacionales de todo el mundo.

El área de interés fundamental en las cuentas de salud es la atención de salud y se limita a lo que se refiere a la prevención de las enfermedades, la mejora de programas sanitarios, el tratamiento, la rehabilitación y la atención a largo plazo. La atención sanitaria se refiere a los servicios individuales proporcionados de manera directa, a los servicios colectivos generalmente llamados de salud pública, a la mejora de los programas sanitarios, a las normas de reglamentación, así como a las tareas dirigidas a prevenir enfermedades y a la administración del sistema.

Cuadro 3 Clasificación funcional del sistema de cuentas de salud

Código ICHA	Clasificación funcional
HC.1	**Servicios de tratamientos curativos**
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.2	Atención curativa en hospital de día
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.4	Servicios domiciliarios de atención curativa
HC.2	**Servicios de rehabilitación**
HC.2.1	Atención hospitalaria de rehabilitación
HC.2.2	Atención de rehabilitación en hospital de día
HC.2.3	Atención ambulatoria de rehabilitación
HC.2.4	Servicios domiciliarios de rehabilitación
HC.3	**Servicios de atención de enfermería a largo plazo**
HC.3.1	Atención hospitalaria de enfermería a largo plazo
HC.3.2	Atención de enfermería a largo plazo en hospital de día
HC.3.3	Atención domiciliaria de enfermería a largo plazo
HC.4	**Servicios auxiliares de salud**
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imágenes diagnósticas
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.4.9	Otros servicios auxiliares varios
HC.5	**Productos sanitarios ofrecidos a pacientes ambulatorios**
HC.5.1	Fármacos y otros productos sanitarios no duraderos
HC.5.2	Accesorios terapéuticos y otros productos duraderos
HC.6	**Servicios de prevención y salud pública**
HC.6.1	Salud maternoinfantil, planificación familiar y asesoramiento
HC.6.2	Servicios de salud escolar
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC.6.5	Salud ocupacional
HC.6.9	Otros servicios varios de salud pública
HC.7	**Administración de la salud y seguros de salud**
HC.7.1	Administración gubernamental general de la salud
HC.7.2	Administración de la salud y seguros de salud privados
HC.R	**Funciones relacionadas con la salud**
HC.R.1	Creación de capital de instituciones proveedoras de salud
HC.R.2	Educación y capacitación del personal sanitario
HC.R.3	Investigación y desarrollo en salud
HC.R.4	Control de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para asistir a personas enfermas o discapacitadas
HC.R.7	Administración y suministro de beneficios en dinero efectivo

3.1 Clasificación funcional

La clasificación funcional del manual de cuentas de salud de la OCDE especifica las funciones del sector de la salud enumerada en el cuadro 3.

Se denomina *gasto corriente en salud* al conjunto de partidas económicas dedicado a las funciones HC.1 a HC.7. El *gasto total en salud* se obtiene añadiendo la función relacionada con la salud HC.R.1, que constituye la inversión de capital realizada en el sector. Las demás funciones relacionadas se añaden o no —según la política de cada país—, pero se dan por separado para permitir su comparación en el ámbito internacional.

Las funciones de salud pública están contenidas fundamentalmente en la categoría HC.6, aunque algunas de ellas caben en la HC.7, referida a la administración gubernamental. Otras se incluyen en alguna de las funciones relacionadas con la salud, es decir, HC.R. Como se muestra en el anexo A, la OMS hizo un primer intento de individualizar las nueve funciones esenciales identificadas. Sus conclusiones aparecen en el cuadro del manual de cuentas de salud de la OCDE, pero las funciones no son iguales a las analizadas en este documento que, como hemos dicho, son el resultado de un proceso de debate y consenso en la Región durante los últimos tres años.

3.2 Clasificación funcional preliminar de las FESP

A continuación se esboza un intento preliminar de clasificación de las FESP, con el único propósito de dar una idea de las partidas en las que probablemente se desenvolverá la mayor parte de las intervenciones en cada una de las FESP. Es evidente que, sin detallar las actividades más importantes de cada FESP, esta clasificación sólo puede ser provisional. No obstante, cuando se haga la investigación de campo que determine con exactitud cuáles son las tareas desempeñadas por cada función —y se defina cuáles son las actividades que deben asumir las autoridades sanitarias para llevar a cabo estas funciones de manera óptima—, deberá procederse a revisar la clasificación.

Es preciso señalar que la clasificación del manual de la OCDE no concuerda con la descripción de las FESP. Por ejemplo, el manual hace una mención especial a la salud ambiental y a la salud ocupacional como funciones de salud pública, ninguna de las cuales figuran entre las FESP, mientras que por el contrario excluye explícitamente como parte del gasto sanitario la reducción del impacto de las emergencias y desastres. Mezcla, asimismo, las medidas colectivas con las medidas individuales y también con las tareas normativas y de regulación. Por ejemplo, una de las funciones de salud pública del manual es la prevención de las enfermedades transmisibles (HC.6.3). Dentro de ella tendrían que incluirse la vigilancia epidemiológica FESP y la mejora colectiva de los programas de salud FESP, funciones típicas de las autoridades sanitarias y, por lo tanto, tareas correspondientes a la rectoría.; pero también numerosas medidas individuales, como los consejos del nivel primario sobre la necesidad de hervir el agua para prevenir la diarrea, las inmunizaciones o el seguimiento de la tuberculosis, todas ellas competencia también de las autoridades sanitarias, pero no competencia esencial de la rectoría.

Evidentemente, es imprescindible una reflexión profunda en el ámbito internacional sobre cuál es la información que interesa en el campo de la salud pública, cuáles son las actividades básicas que permiten a las autoridades sanitarias ejercer plenamente su función de rectoría, cómo pueden medirse esas actividades y cómo puede hacerse su seguimiento en el transcurso del tiempo. Y de este modo, el consenso al que se llegue servirá de orientación a la futura modificación de las categorías relacionadas con la salud pública, dentro del sistema de las cuentas de salud. Mientras tanto, habrá que adaptarse a la clasificación existente, elaborar las explicaciones necesarias y, en caso de que sea posible, ampliar un poco más los criterios de clasificación.

Debemos señalar que el manual de cuentas de salud de la OCDE es un trabajo que se está todavía realizando y que la primera versión acaba de publicarse. A la luz de su puesta en práctica en el nivel internacional y de las necesidades de información de los distintos países, se irá modificando y adaptando a la rea-

Cuadro 4 Clasificación preliminar de las FESP según el manual de cuentas de salud de la OCDE

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	Código ICHA (preliminar)
1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud	HC6.9 / HC7.1
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	HC6.3 / HC6.4 / HC7.1
3. Promoción de la salud	HC7.1 / HC6.3 / HC6.4
4. Participación de los ciudadanos en la salud	HC7.1 / HC6.9
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública	HC7.1
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública	HC7.1
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	HC7.1
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	HC.R.2
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	HC.R.3
10. Investigación en salud pública	HC.R.3
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	—

lidad. La clasificación se ha hecho principalmente usando dos dígitos y, en la mayoría de los casos, todavía está en proceso de investigación la manera de desglosar la clasificación con más exactitud. En este mismo sentido, los resultados del presente trabajo y de los estudios que, en cada caso, se realicen en varios países para estimar el gasto y financiamiento de las FESP aportarán informaciones valiosas que harán reflexionar sobre cómo abordar la clasificación de las tareas de la salud pública dentro de las CNS.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la mayoría de los países comienzan a desarrollar las CNS sólo a partir de ahora y en muy pocos de ellos se considera que ésta sea una actividad institucionalizada y permanente. En general, la realidad es que las CNS se hacen cada ciertos años en forma de estudio esporádico y aplicar la clasificación del manual de la OCDE —que constituye el modelo internacional— es todavía una iniciativa incipiente. Por esta razón, es difícil que las CNS ahora existentes sirvan para estudiar el gasto y financiamiento de las FESP. Sin embargo, es conveniente que los estudios centrados en el tema sigan su metodología ya que las clasificaciones del sistema de cuentas de salud y la matriz de la estructura propuesta —tanto por las CNS como por la mencionada Guía de productores—, serán de mucha utilidad para comprender la forma en que se mueven los flujos financieros destinados a poner en práctica las FESP.

3.3 Clasificación de las fuentes de financiación y de los agentes financieros

En esta cuestión existe una diferencia de enfoque entre el sistema del manual de cuentas de salud de la OCDE y la Guía de productores. El primero denomina "fuentes de financiación" a los que la segunda llama "agentes financieros". En la Guía de productores se indica que las CNS deben estructurarse en tres niveles: el flujo de financiamiento entre las fuentes, los agentes financieros, y la manera de utilizarlos. Las "fuentes" son las mismas que en el sistema de cuentas nacionales de producto e ingreso, es decir:

- El gobierno, en sus diferentes niveles (gobierno central, gobiernos locales, instituciones descentralizadas, empresas públicas, institutos de seguridad social);
- Las familias;
- Las empresas, y
- El resto del mundo.

En última instancia, las fuentes serían las familias y el resto del mundo, porque el gobierno toma dinero de las familias en forma de impuestos y otras contribuciones. En cuanto a las empresas, bien se podrían considerar sus gastos en salud como parte del costo de la mano de obra y, en definitiva, recaerían asimismo sobre las familias. Sin embargo, por convencionalismo y dada la importancia de lo que representan, se hace la distinción entre las cuatro fuentes. El resto del mundo se refiere a los recursos destinados a un país para financiar la salud por diferentes vías, tales como donaciones, préstamos y el saldo neto de los gastos de las personas que viajan por motivos de salud, tanto dentro como fuera del país.

Para el caso de las FESP, la mayor parte de la financiación procederá del gobierno, aunque en algunos países la cooperación internacional tiene gran importancia en las medidas de salud pública. Por otro lado, las medidas individuales, como las vacunaciones, pueden recibir también financiación de las familias, en forma de tarifas o cuotas de recuperación.

En resumen, a través de las fuentes se movilizan los recursos destinados a la salud. Los "agentes financieros", por su parte, son los que asignan los fondos, es decir, quienes compran y pagan los servicios; se trata de las entidades que normalmente operan en el sector de la salud: ministerios, institutos de seguri-

Cuadro 5 Clasificación de los agentes financieros

Código ICHA	Agentes financieros
HF.1	**Administraciones públicas**
HF.1.1	Administración pública, excluida la seguridad social
	Administración central
	Administraciones regionales/provinciales
	Administraciones locales/municipales
HF.1.2	Administraciones de seguridad social
HF.2	**Sector privado**
HF.2.1	Seguros sociales privados
HF.2.2	Empresas de seguros privados
HF.2.3	Familias
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro
HF.2.5	Empresas (excepto seguros médicos)
HF.3	**Resto del mundo**

dad social, organismos no gubernamentales y otros. La clasificación internacional para los agentes financieros se presenta en el cuadro anterior.

Para atender a los fines de este trabajo, utilizaremos el enfoque de la Guía de productores, que desglosan las fuentes de los agentes financieros.

4. Retos para la estimación del gasto y el financiamiento de las FESP

Como vimos en la sección anterior, en lo referente al enfoque de la matriz se recomienda seguir la metodología de las CNS propuesta por el manual de cuentas de salud de la OCDE y la Guía de productores, adaptada según las necesidades de las funciones esenciales de salud pública. En los párrafos siguientes se presenta el formato que se prevé conseguir, con los cuadros mínimos que resultarían de la investigación de campo en cada país donde se aborde su ejecución.

4.1 Revisión de las cifras de las CNS

Un marco de referencia que les indique la importancia de identificar tales o cuales partidas. De todas maneras, este instrumento permitirá conocer el total de gastos del gobierno en todas las tareas de salud pública, aunque no se discrimine el tipo de gasto. Por ejemplo, las CNS de la República Dominicana muestran los siguientes epígrafes donde podrían encontrarse las FESP.

El cuadro 6 revela una información sorprendente, que debería motivar a las autoridades sanitarias a realizar investigaciones más profundas e, incluso, a replantearse sus prioridades. Es de destacar que el gasto en la mejora de los programas sanitarios y la atención preventiva sólo recibe el 1,3% del total que las autoridades sanitarias asignan a la salud del sector público. Sin embargo, el sector privado destina una cifra considerablemente superior a esas actividades. ¿Cómo puede explicarse esa diferencia? Una explicación real es que las familias dominicanas pagan de su bolsillo una parte importante de los servicios preventivos, ya sea por desconfianza en los servicios públicos o por cualquier otra razón.

Otra explicación podría ser que los hospitales públicos dispensan ciertos servicios primarios. De hecho, así es y el problema estriba en que la contabilidad no discrimina el gasto por niveles de atención dentro de los hospitales públicos. Por lo tanto, esa práctica puede llevar a errores de clasificación en las CNS, porque —a partir de las estadísticas de ejecución presupuestaria— no es posible distinguir los gastos correspondientes a servicios preventivos de los gastos relativos a los servicios dispensados en los hospitales públicos. Esa anomalía exige llevar a cabo unas investigaciones específicas que aún no se han realizado en el país.

Las partidas que probablemente incluirían a las FESP son las siguientes:

- Mejora de los programas de salud y atención preventiva
- Investigación y formación de recursos humanos
- Regulación
- Gestión

Esas partidas suman un total de RD$ 1.215,2 millones para el año 1996, equivalentes al 38,5% del gasto en salud del sector público, lo que representaría el tope máximo para las FESP en ese año.

Es preciso señalar que el año 1996 fue el único en el que la República Dominicana —con el apoyo de la OPS y el pro-

Cuadro 6 República Dominicana: gasto en salud por función, 1996

Funciones	Sector público	%	Sector privado	Resto del mundo	Total	%
Total	3.154,2	100,0	8.643,4	121,0	11.918,7	100,0
Mejora de programas de atención preventiva	39,9	1,3	695,5		735,1	6,2
Atención curativa	1.520,3	48,2	4.009,6	121,0	5.650,9	47,4
Investigación y formación de recursos humanos	4,5	0,1	5,4		9,8	0,1
Regulación	386,6	12,3	0,2		386,8	3,2
Producción y compra de insumos	885,7	28,1	220,3		1.106,0	9,3
Administración	301,8	9,6	2.989,4		3.291,2	27,6
Instalaciones	15,5	0,4	723,3		738,8	6,2

Fuente: Banco Central, Cuentas nacionales de salud del sector público, 1996 (citado En: Rathe, M. Salud y Igualdad).

yecto PHR— elaboró las CNS de manera completa, siguiendo la metodología entonces desarrollada por la Universidad de Harvard, en un momento en el que todavía no existía ni el manual de cuentas de salud de la OCDE ni la Guía de productores. En consecuencia, la clasificación funcional utilizada no sigue el modelo internacional actual.

En los años siguientes, el Banco Central continuó repitiendo las CNS del sector público con la misma metodología de 1996, pero nunca se volvieron a hacer las investigaciones sobre el sector privado.

En el caso dominicano estas cifras son aproximadas. Sin embargo, en los países que ya aplicaron los nuevos avances metodológicos, se podría disponer de información más completa y detallada, aunque con las limitaciones señaladas previamente sobre la clasificación funcional, que incluye las actividades en materia de salud pública.

Un ejemplo más reciente es el de las CNS de Nicaragua, donde los servicios preventivos constituyeron un 7% del gasto sanitario total durante el periodo de 1977 a 1999. Esta cantidad, sin embargo, sólo refleja el gasto en servicios de atención del primer nivel —los llamados SILAIS—, pero no incluye las tareas relacionadas con las FESP, ya que éstas no pueden ser identificadas en las CNS de Nicaragua porque están incluidas dentro del gasto de administración del MINSA. Algo similar sucedería si revisáramos las CNS de cualquier otro país: el problema de la falta de un formato explícito de las FESP, o el de la dificultad para desglosar las tareas reguladoras de los servicios, depende de la metodología utilizada en la clasificación funcional de las cuentas de la salud.

Como se verá más adelante, las CNS también muestran —aunque de manera general— cuáles son las fuentes de financiación de las autoridades sanitarias, lo que representa el primer paso para un análisis detallado de este aspecto. Aunque no se especifiquen con claridad las actividades a las que se destinan, la identificación de las fuentes de financiación es el primer paso para un estudio más detenido.

Después de hacer el análisis inicial de esas cifras en su totalidad, habrá que iniciar el trabajo de estimación del gasto y el financiamiento de cada una de las FESP, una tarea que exige conocer la organización institucional necesaria para la puesta en funcionamiento de cada FESP.

4.2 Estadísticas presupuestarias del gobierno

En vista de que las cifras de las CNS no están desglosadas como corresponde, es preciso además revisar las estadísticas presupuestarias de ejecución. En la mayoría de los países de Latinoamérica se utiliza el sistema de presupuesto por programas, sin que haya una clasificación uniforme de los mismos. Por otra parte, en todos los casos es necesario analizar detenidamente los sistemas de ejecución presupuestaria y conversar con los técnicos que clasifican los gastos. En consecuencia, el trabajo tendrá que llegar al nivel de cada una de las instituciones o departamentos vinculados con la FESP en cuestión, con el objeto de obtener, de primera mano, la información requerida.

Como ejemplo, el cuadro 7 muestra algunos de los programas identificados en el caso de la República Dominicana. Sin embargo, existe un problema adicional: se trata de la separación existente entre la planificación y la elaboración del presupuesto, y su posterior ejecución. Generalmente, no son los mismos departamentos los que elaboran el presupuesto y los que contabilizan su ejecución sino que las guías de ejecución presupuestaria siguen la metodología nacional de elaboración de los informes sobre este particular y, en el proceso, se pierde una gran parte de la información relacionada con los programas de salud. Se trata, pues, de un problema que afecta a todo el gobierno, no sólo al sector de la salud.

Como se puede observar, en el caso de la República Dominicana la información que proporcionan los presupuestos en el ámbito del gobierno central o, incluso, de la misma Secretaría de Salud Pública, no está todavía desglosada con precisión. Por ello, para la estimación del gasto y financiamiento de las FESP es necesario recopilar información primaria, para lo que hay que:

- Identificar la organización institucional que ejecuta la FESP en cuestión.
- Analizar el presupuesto de cada institución o departamento.
- Desglosar las tareas de la entidad para cumplir con las otras FESP.
- Estimar el nivel de esfuerzo necesario para desempeñar las FESP.
- Identificar las fuentes de financiación.
- Sumar los valores y presentar los resultados de manera coherente.

Como es obvio, la realización de este trabajo requiere el apoyo incondicional de las autoridades sanitarias. Es indispensable visitar a las autoridades del mi-

Cuadro 7 Identificación de programas, subprogramas y actividades relacionados con la FESP 2 en la República Dominicana

FESP 2	Programa	Subprograma	Actividad
Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Programa 1: Administración superior		
Principales instituciones o departamentos implicados:			
Dirección General de Epidemiología	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 4: Control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
Direcciones provinciales de salud	Programa 3: Servicios operativos	Subprogramas 1 al 8 (servicios a las regiones)	Actividad 1 en cada subprograma (servicios intermedios de coordinación, supervisión y control)
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 2: Dpto. de laboratorio y banco de sangre
Departamento de laboratorio y red provincial de laboratorios de salud pública	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 2: Dpto. de laboratorio y banco de sangre
Dirección General de Ambiente	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 3: Atención al medio ambiente	Actividad 1: Dirección de servicios de protección del ambiente Actividad 2: Saneamiento y control ambiental
Programa Ampliado de Inmunizaciones — PAI (SESPAS)			
Departamento maternoinfantil (SESPAS)	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 3: Servicios de salud maternoinfantil, nutrición
Dirección General de Control del SIDA y ETS (DIGECIT)			
Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillado (INAPA)	Programa 5: Financiación a instituciones		Actividad 1
Centro de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Programa 5: Financiación a instituciones		Actividad 3
Otras			

nisterio, explicar el trabajo y conseguir su cooperación. Sugerimos también el asesoramiento de un experto en la FESP seleccionada que se pretende analizar, que conozca muy bien su ejecución, así como a las instituciones que intervienen y las personas clave. Por otro lado, para facilitar el trabajo de campo se recomienda también organizar un taller de inducción y un plan de visitas a las instituciones o departamentos, con el objeto de estimar el grado de esfuerzo exigido, tanto de los funcionarios de la OPS como de los técnicos de las instituciones y los departamentos locales.

4.3 Ejemplo de organización institucional para ejecutar las FESP

Ya hemos señalado que, para estudiar las FESP, una de las primeras tareas que debe realizarse es desentrañar cuál es la organización institucional del país de acuerdo a la FESP de que se trate. En el caso de la FESP 2 (vigilancia de la salud pública), se detallan a continuación de manera ilustrativa las entidades implicadas. Es preciso aclarar para el caso que se analiza que la columna denominada como "actividades relacionadas con la FESP 2" se refiere, exclusivamente, a las que cita la Memoria de SESPAS del año 2000 y destacar que todavía falta por hacer una investigación de campo más detenida para deducir las líneas programáticas fundamentales vinculadas con la FESP correspondiente.

El cuadro siguiente muestra la complejidad del trabajo que significa estimar el gasto y financiamiento de las FESP, pues requiere investigar las distintas entidades que intervienen, desde una perspectiva diferente a la habitual. Sin embargo, merece la pena hacerlo ya que se trata de una manera de contribuir a la coordinación de las actividades de todas ellas, bajo la rectoría de las autoridades sanitarias.

5. Pautas metodológicas para la estimación

En este apartado se presentan los criterios metodológicos preliminares para la estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública. Dichos criterios serán utilizados posteriormente en el estudio piloto que se hará en la República Dominicana. Una vez terminado, contaremos con un conjunto de pautas más coherentes y completas, que servirán de base para los estudios que en cada caso se lleven a cabo en diversos países de la Región.

La sección se inicia ofreciendo los resultados de la investigación, es decir, los cuadros básicos obtenidos para las FESP, con la finalidad de estimar el gasto y financiamiento de las mismas. Esos cuadros se basan en los que propone el manual de cuentas de salud de la OCDE y la Guía de productores, pero han sido adaptados a la necesidad de comprender los flujos financieros dentro de las FESP. Después de mostrar los cuadros, se ofrecen algunas pautas sobre como enfocar el trabajo y como analizar los resultados.

El alcance del ejercicio se limita al gasto realizado por las autoridades sanitarias, es decir, a la investigación del gasto de fondos públicos. Por su parte, el financiamiento puede proceder tanto del erario público (a través de diferentes vías o tipos de impuestos), como del sector privado (empresas y familias) o del resto del mundo (préstamos y donaciones).

A continuación, se ofrece una primera aproximación a lo que sería el diseño de los instrumentos para la recopilación de datos y algunos de los resultados intermedios del proceso. Luego se mostrarán algunas ideas sobre cómo abordar en la práctica el trabajo de campo y, finalmente, se expondrán algunas pautas para la recopilación de datos y el análisis de resultados.

5.1 Resultados perseguidos

Como ya se ha señalado, el formato propuesto es preliminar a la elaboración de los cuadros finales e irá mejorando a medida que se contraste con la realidad, una vez recopilados los datos específicos de los distintos países, así como las opiniones de los expertos, tanto en salud pública como en las CNS.

En ciertos países existe la costumbre de financiar algunas actividades de salud pública con impuestos o contribuciones especiales, lo que constituye una información que interesaría conocer en detalle. En tales casos, adjuntar información auxiliar a la manera de las cuadros 5 y 6 podrá servir para desglosar el origen de los fondos públicos.

5.2 Diseño de instrumentos

Con el propósito de recabar información sobre el presupuesto relacionado con las FESP, se ha diseñado un conjunto de instrumentos que contienen los datos básicos, que se describen a continuación.

Instrumento 1: **Información general de las FESP**

El propósito de este instrumento es dar a conocer la definición de cada una de las FESP, los indicadores para la evaluación del desempeño y los estándares válidos para cada una de ellas, dado que muchos de los técnicos que estarán implicados en el trabajo de recopilación de datos financieros en las entidades del ministerio de salud no han estado vinculados al proceso de medición del desempeño y, por tanto, no están familiarizados con él.

Instrumento 2: **Cuestionario para estimar el gasto y el financiamiento de las FESP**

El propósito de este instrumento es identificar las tareas que realiza la institución —estén o no relacionadas con las FESP—, con objeto de seleccionar las que no lo estén. Al mismo tiempo, se

Cuadro 8 Ejemplo de entidades que intervienen en la ejecución de la FESP 2 en la República Dominicana

Entidades	Tipo de entidad	Actividades relacionadas con la FESP 2
Dirección General de Epidemiología (SESPAS)	Dirección general del gobierno central, dentro del marco de la SESPAS	• Investigación de brotes (febriles, inmunoprevenibles, meningococemia, estadísticas vitales, mortalidad materna e infantil, etc.) • Investigación de casos aislados y comportamientos de brotes • Talleres y capacitación • Participación en congresos y reuniones internacionales • Participación en cursos nacionales e internacionales • Apoyo a la vigilancia epidemiológica de ámbito internacional • Apoyo a jornadas de vacunación • Evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica • Reglamentos
Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Organismo descentralizado de la SESPAS	• Vigilancia y control entomológicos, de la bilharziasis, el paludismo, el dengue y la filariasis, y el diagnóstico de parásitos.
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	Organismo descentralizado de la SESPAS	• Vigilancia epidemiológica: – Microbiología (baciloscopia y parasitología) – Virología • Laboratorio nacional de referencia
Dirección General de Ambiente (SESPAS)	Dirección general del Gobierno central, dentro del marco de la SESPAS	• Vigilancia ambiental
Programa Ampliado de Inmunizaciones (SESPAS)		• Vigilancia de brotes febriles eruptivos y parálisis fláccida
Programa de Tuberculosis (SESPAS)		• Vigilancia de la tuberculosis
Programa de Nutrición (SESPAS)		• Vigilancia de la nutrición
Centro de Control de la Rabia (SESPAS)		• Vigilancia de la rabia
Dirección maternoinfantil (SESPAS)		• Estadísticas vitales
Direcciones provinciales de salud (SESPAS)	Direcciones provinciales	• Existen ocho regiones de salud pública y 29 provincias, cada una con su área de epidemiología. Las direcciones provinciales de salud tienen un papel fundamental en la detección, alerta y control de las enfermedades. El tipo de vigilancia que se hace en el país es de enfermedades y síndromes, fundamentalmente infectocontagiosos.
Departamento de laboratorios de SESPAS	Departamento de SESPAS	• Coordina la red de laboratorios regionales de salud pública
Dirección General de Control del SIDA y las ETS (DIGECIT)	Dirección general del Gobierno central, dentro del marco del SESPAS	• Vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual

(continuación)

Cuadro 8 *(continuación)*

Entidades	Tipo de entidad	Actividades relacionadas con la FESP 2
Departamento de Infectología del Hospital Robert Reid Cabral	Departamento de un hospital	• Vigilancia de enfermedades infecciosas
Instituto Dermatológico	ONG con fondos públicos en coordinación con el CENCET	• Vigilancia y control de la lepra
Instituto Nacional de Agua Potable (INAPA)	Organismo autónomo del Estado	• Vigilancia de la calidad del agua

Fuente: SESPAS, Memoria 2000.

pretenden definir de la mejor manera posible las actividades programáticas que la entidad considera parte de la FESP en cuestión, para posteriormente vincularlas a los indicadores de la evaluación del desempeño.

Instrumento 3: Estimación del nivel de esfuerzo

Con este instrumento pretendemos estimar el tiempo que dedica el personal de la entidad a cada una de las FESP. Partimos de la lista del personal, los salarios anuales y el tiempo estimado que se le dedica a cada función, así como a las labores administrativas y a otras tareas ajenas.

Instrumento 4: Presupuesto ejecutado por programa, según las fuentes de financiamiento

Clasificados según las fuentes de financiamiento, en esta hoja de cálculo se detallarán los programas y las actividades, tal como se denominan normalmente en la preparación del presupuesto de las instituciones, a partir de una información que se espera obtener directamente de los presupuestos de los distintos departamentos. Dentro de los programas se insertará la información obtenida con relación a las FESP, a partir de la aplicación de los instrumentos anteriores.

Instrumento 5: Presupuesto confeccionado según las partidas de gasto

Aquí se señalará el gasto realizado, la forma como se calcula habitualmente para la confección del presupuesto, pero sin distinguir a qué FESP corresponde. Todos estos instrumentos se ensayarán sobre el terreno. En la fase de realización del plan piloto en la República Dominicana se requeria tratar el tema con los técnicos que participan en la ejecución de las FESP 2 y 9, y durante el proceso se pudieron detectar los puntos fuertes y débiles del plan, además de probar su utilidad y su capacidad de adaptación a las necesidades reales. La información obtenida por cada institución o departamento, por tanto, deberá luego añadirse a las exigencias de la función, para poder definir la estructura de los cuadros finales.

5.3 Proceso de recopilación de datos

En vista de que las FESP en la mayoría de los casos son ejecutadas por instituciones diferentes y dado que todavía no está muy claro su contenido en lo relacionado con las actividades programáticas, la investigación exige la participación de los técnicos implicados en ellas.

La primera tarea consiste, pues, en describir el organismo institucional implicado, de modo que cada FESP cumpla su cometido, para luego organizar un taller en el que, por consenso, se decida cuáles son las actividades fundamentales que van a definir a cada una de las FESP. La tarea podría hacerse en un sólo día con grupos de trabajo de las FESP o en diversos talleres separados, uno por cada FESP. Este primer taller también tendrá el propósito de dar a conocer la investigación, la importancia de los resultados y los instrumentos más convenientes para la recopilación de datos.

Hay que revisar a la vez los presupuestos públicos, preferiblemente el informe de la confección del presupuesto del año más reciente. En general —al menos, en la República Dominicana—, el informe publicado no desglosa con claridad los programas y actividades, ni tampoco ofrece información por separado sobre ciertos departamentos. En consecuencia, será preciso obtener los cuadros de

las partidas detalladas o pedir una impresión especial al departamento de presupuesto del Ministerio de Salud.

Con estos datos será posible cumplir con los requisitos preliminares de los instrumentos 2 y 3 y así se sabrá cuáles son las actividades y programas —tal como los describe actualmente el Ministerio—, las correspondientes fuentes de financiamiento y la clasificación por partida de gasto. El paso siguiente será identificar las FESP dentro de la clasificación de programas y actividades y en esta etapa será necesario el concurso de los técnicos de cada entidad y la estimación del esfuerzo exigido, en el que debe concentrarse la atención de los investigadores. A continuación hay que averiguar cuántas personas trabajan en la función correspondiente, el tipo de personal, los salarios y la cantidad de tiempo que esas personas dedican a la misma. Será necesaria la colaboración de cada institución, las visitas de asistencia técnica y la organización de talleres de debate, ya sean generales o para cada una de las FESP.

La tarea siguiente a cargo de los investigadores es el desglose de las actividades de las FESP, y de otras acciones vinculadas, como la atribución de los gastos administrativos, la recopilación de las cifras, la codificación según la clasificación de las cuentas de salud y, por último, la presentación de los resultados.

5.4 Suma de datos

Para poder hacer los cuadros finales que serán parte del resultado de la investigación, será preciso estructurar un conjunto de cuadros que reflejen la información proporcionada por los instrumentos de recopilación de datos, dedicados a cada una de las FESP, a partir del organismo institucional responsable de cada una de ellas.

Es decir, en cada institución o departamento hay que elaborar cuadros semejantes a los cuadros finales, cuyos datos totales se sumarán, posteriormente, para ofrecer la información correspondiente a cada una de las FESP.

5.5 Presentación de los resultados

De lo explicado en el párrafo anterior se deduce que esta investigación exige un trabajo de campo intenso y debe hacerse en estrecha colaboración con los organismos encargados de la ejecución de las FESP.

Una vez reunida toda la información, es necesario procesarla para estructurar los cuadros finales. La etapa siguiente es el análisis de las cifras y la presentación de los resultados.

Se sugiere que el informe final del estudio se estructure de acuerdo con los siguientes epígrafes y secciones: I. Situación de la salud pública en el país; II. Organización institucional general y de cada FESP en particular; III. Gasto y financiamiento de las FESP: 1. Diferencia entre el gasto en las FESP y el gasto en programas de salud pública; 2. Cantidad de recursos movilizados; 3. Proporción con respecto al gasto total en salud pública; 4. Proporción con respecto al gasto público en salud; 5. Otros indicadores de interés (proporción con respecto al gasto total, con respecto al PIB, con respecto al gasto por habitante, etc.); 6. Análisis de las fuentes de financiamiento; IV. Análisis del gasto y financiamiento por cada función: de la FESP 1 a la 11; y V. Conclusiones y recomendaciones.

6. Funciones esenciales de salud pública: costos y presupuesto

6.1 Objetivo y fundamentos del enfoque propuesto

El objetivo de esta sección será el de intentar contribuir a la metodología de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y de sus procesos de medición realizados en más de 41 países de la Región de las Américas, con el objetivo de identificar sus productos y brindar las herramientas conceptuales que permitan realizar su financiación.

Para ello se adoptó un enfoque de insumo-producto, con el propósito de desarrollar el análisis y definición de los productos resultantes, así como el desglose de los mismos en subproductos, actividades, subactividades e insumos.

A diferencia de los contenidos relacionados con el gasto y el financiamiento de las FESP[3] que cuantifican el gasto actual de las mismas, este apartado de costos y presupuesto se orienta a la financiación de los productos requeridos para lograr el desempeño óptimo de cada una de las funciones, con el objetivo de poder integrarlas posteriormente en un proceso integral de presupuesto.

Es importante concentrarse en el concepto de gastos operativos de las FESP y en el proceso de costear las actividades financiadas con el presupuesto de operación, mientras que la infraestructura requerida en sentido amplio (desarrollo

[3] Rathe, Magdalena. Estimación del gasto y financiación de las Funciones Esenciales de la Salud Publica (FESP): Un marco de referencia. Washington, D.C.: OPS; 2002.

de la capacidad o los medios de acción) está más relacionada con el presupuesto de las inversiones, tema que se desarrolla detenidamente en el capítulo 13 relativo al fortalecimiento de la capacidad institucional y la infraestructura para el desarrollo de las FESP.[4]

Finalmente, resulta oportuno aclarar que las FESP aún no han sido costeadas y esto es debido a que se requiere un trabajo específico que se base en el consenso regional sobre las actividades fundamentales que cada función debe incluir para cumplir cabalmente con su contenido.

Esto constituye una dificultad importante, pero a la vez un apasionante desafío para todos aquellos que reconocen el valor estratégico que implica el conocimiento de los costos y la elaboración de un presupuesto como herramientas especiales para el desarrollo de la gestión. Avanzar en este sentido resulta de sumo valor para los países de la Región, más incluso si se tiene en cuenta que muchos de los debates remiten inexorablemente a la asignación eficiente de los escasos recursos económicos disponibles.

6.2 Definición de productos, subproductos y actividades. Marco metodológico.

Para avanzar hacia la medición de los costos de desempeño de las FESP, éstas deben ser analizadas detalladamente de modo que se definan sus resultados por lo que se refiere a las consecuencias mensurables que permitan reconocer su eficacia, efectividad y rendimiento. A partir del análisis realizado se debe determinar la necesidad, como ya ha sido señalado con anterioridad, de identificar los productos, subproductos, actividades e insumos que dan lugar al desempeño de cada una de las FESP.

En este sentido, definiremos a los *subproductos* como los bienes o servicios requeridos para el desempeño de las FESP que son de índole parcial o detallada y se diferencian por su alcance limitado o por su especificidad. Los *productos*, en cambio, son los bienes o servicios que se entregan a la población y que, en muchos casos, están integrados por un conjunto de subproductos.

Las *actividades* son aquellas intervenciones necesarias para el desempeño efectivo de las FESP, que derivan en los efectos específicos y generales propios de cada una de ellas. Finalmente, se denominan *insumos* a los recursos aplicados al ejercicio de las FESP.

Resulta importante destacar que estos recursos pueden ser agrupados o definidos de formas diversas dependiendo de cuál sea la organización ejecutora o las características de la relación insumo-producto utilizada en cada caso en particular.

La definición de productos, subproductos y actividades que se ejemplifica más adelante se ha realizado de tal modo que sea posible realizar cuantificaciones y mediciones físicas que faciliten la base de información necesaria para costear el desempeño de las FESP. Además de realizar la discriminación de productos y subproductos se ha considerado necesario aumentar la apertura con el fin de llegar a determinar los elementos operativos implicados en el ejercicio de las FESP.

Cabe mencionar que las actividades que se describen para cada una de las FESP son, en algunos casos, específicas para la obtención del producto deseado dentro de una función específica, y en otras ocasiones resultan ser comunes a más de una, o a todas las funciones.

Como ejemplo de la diferenciación entre los distintos tipos de actividades, se detallan las siguientes:

- La actividad "establecer y coordinar una red de laboratorios "es específica para lograr el subproducto 1 del producto 2 de la FESP 2.

- La actividad "asesorar y brindar apoyo técnico a los niveles subnacionales" es común a todas las FESP.

Esta diferenciación entre actividades comunes y específicas permitirá, en el momento de elaborar los presupuestos, una mejor estimación de los mismos.

A continuación se presentan algunos ejemplos del desglose de las funciones en productos, subproductos y actividades:

Ejemplo 1

FESP 2: *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*

De acuerdo con el propósito de esta función, que es la vigilancia permanente de la salud para que en el caso de la aparición de epidemias o brotes de enfermedades o daños a la salud se disponga de la información adecuada al instante que facilite el proceso de adopción de decisiones, el *producto* predominante debería ser la constitución y el desarrollo de un sistema activo de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

[4] Alvarado, Félix. Fortalecimiento institucional para el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Lineamientos para planes nacionales de acción. OPS/OMS; 2002.

Para la obtención de este producto, podríamos decir que es necesario obtener antes los siguientes *subproductos*:

- La existencia en los niveles subnacionales de sistemas de vigilancia activos y coordinados con el nivel nacional.
- La estructuración de un sistema de alerta y seguimiento de las enfermedades transmisibles con prevalencia en el país.
- La misma estructuración para el seguimiento de las enfermedades no transmisibles.
- Las estructuras y procesos que detecten y efectúen un seguimiento de los factores ambientales que inciden en las patologías transmisibles y no transmisibles.

Entre otras *actividades* que deben desarrollarse para llegar al producto a través de los diversos subproductos podríamos destacar las siguientes:

- Elaborar instrumentos, en forma de guías normalizadas, que permitan la recopilación de información para la vigilancia epidemiológica.
- Desarrollar un proceso de capacitación de todo el personal implicado en la recopilación y análisis de la información.
- Instrumentar una red adecuada de vigilancia epidemiológica.
- Sistematizar y crear normas para el proceso de adopción de decisiones.
- Evaluar y efectuar el seguimiento de la calidad del sistema para su mejora y adaptación.

Ejemplo 2

FESP 5: *Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública*

El gran producto de esta función es el establecimiento de una política sanitaria, para su constitución se necesitarían a priori esencialmente dos subproductos:

El primero sería la definición de los objetivos sanitarios que se persiguen y el otro, el seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento de dichos objetivos.

Para ello deberíamos definir, entre otras, las siguientes *actividades*:

- Actualizar los instrumentos jurídicos que permitan desarrollar las políticas.
- Establecer foros de participación que permitan consensuar las políticas.
- Establecer indicadores y utilizarlos en la evaluación e implantación de las políticas.

Ejemplo 3

FESP 9: *Grantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*

El propósito en este caso es la mejora de la calidad de los servicios de salud y poder garantizar esta mejora a la población, por lo que un *producto* vinculado a esta función podría ser el desarrollo de un programa de evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Luego, uno de los *subproductos* que contribuye a la consecución de este producto podría ser la producción de la normativa de estructura y procesos en los servicios de salud. Otro podría ser la elaboración y el uso de indicadores para evaluar la calidad de los servicios.

Entre las *actividades* que se pueden desarrollar podríamos señalar las siguientes:

- Instrumentar la elaboración de la normativa sobre la estructura y los procesos de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de la calidad en los servicios de salud.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la calidad a través de los indicadores.
- Capacitar de forma continua y sistemática al personal.

7. Análisis de las relaciones insumo-producto de las FESP con relación al estándar de desempeño Regional óptimo

Por nivel o estándar de desempeño óptimo se ha acordado, en los trabajos previos vinculados con la definición y mejoramiento de las FESP en las Américas, que sea aquel que todos los países de la Región puedan obtener en las mejores condiciones y dentro de plazos razonables.

Esta definición y su utilización para medir los niveles de desempeño de cada país requiere un conocimiento cabal de los recursos y procesos institucionales de los países implicados. Además, la especificación exacta de cuáles son las "mejores condiciones" y qué son "plazos razonables" no puede hacerse con una objetividad absoluta, dado que los elementos de ponderación incorporan aspectos subjetivos que deben ser discutidos y acordados.

Por todo lo expuesto, el nivel de desempeño óptimo es una cantidad que, al tiempo que debe estar adaptada a las condiciones actuales y potenciales de los países de la Región, debe ser concebida como un incentivo justo para el mejoramiento permanente, ya que si el nivel definido como óptimo fuera muy fácil de alcanzar, resultaría ineficaz como estímulo pero, si fuera excesivamente exigente, resultaría desalentador para los esfuerzos de mejora.

7.1 Fundamentos

Como se ha mencionado anteriormente, con el fin de avanzar en los proyectos de reforma del sector de la salud en los que se encuentran implicados la mayor parte de los países de la Región, la OPS ha puesto en marcha la Iniciativa "La salud pública en las Américas" y, en este marco, ha definido mediante un proceso participativo de ámbito continental las FESP. En una etapa posterior, y a partir del desarrollo de un instrumento apropiado, se ha efectuado una medición del desempeño de los países en cuanto a las FESP.

En este contexto son necesarios tres aspectos fundamentales:

1. Financiamiento asignado actualmente a la ejecución de las FESP por cada país.

2. Financiamiento necesario para desarrollar las FESP que funcionan deficientemente o que son directamente inexistentes (inversión necesaria para desarrollar la capacidad institucional y la infraestructura que permita desempeñar las FESP)

3. Financiamiento necesario para el funcionamiento y la puesta en marcha de las FESP.

Es preciso centrarse en el análisis del último de los aspectos citados. En este sentido, resulta importante distinguir entre los gastos destinados al desarrollo y/o fortalecimiento de la capacidad de desempeño de una determinada FESP, es decir del presupuesto de inversión necesario para el diseño, instalación y prueba de nuevas competencias dentro del sector, y los gastos asociados a aquellas intervenciones que deben realizarse de forma continua si se desea asegurar el carácter sostenible de la capacidad para el desempeño de las FESP.

Es así como el primer conjunto de gastos se corresponden con actuaciones que se realizan por una única vez y el segundo se refiere a actividades que se efectúan de forma repetida a lo largo del tiempo.

Dicha diferencia debe ser reconocida también en la modalidad de financiación incluida en el presupuesto para la ejecución de las mismas, ya que en el caso de las primeras el presupuesto de inversión puede provenir en una primera instancia de una fuente externa. Para las segundas, en cambio, deberá asegurarse el financiamiento desde una fuente propia, como presupuesto de gastos ordinarios para asegurar su continuidad en el tiempo. El interés nacional en la consecución de un desempeño óptimo de las FESP debe traducirse, efectivamente, en el sostenimiento del gasto ordinario que ellas mismas implican.

En resumen, la presente sección del capítulo se concentrará en el análisis de costos operativos relacionados con los productos y actividades definidos para cada FESP. Se ha trabajado sólo en el financiamiento de las actividades ordinarias desde la perspectiva de elaborar el costo operativo de las FESP. Por otra parte, la financiación de las inversiones relacionadas con la capacidad institucional, como la infraestructura, la dotación de recursos, etc., está incluida en los planes de desarrollo del proyecto de "Fortalecimiento institucional para el desempeño de las FESP". En el primer caso, los costos podrían ser asimilables a un concepto económico de "costos de corto plazo", mientras que en el segundo se introducirían elementos de "costos de largo plazo".

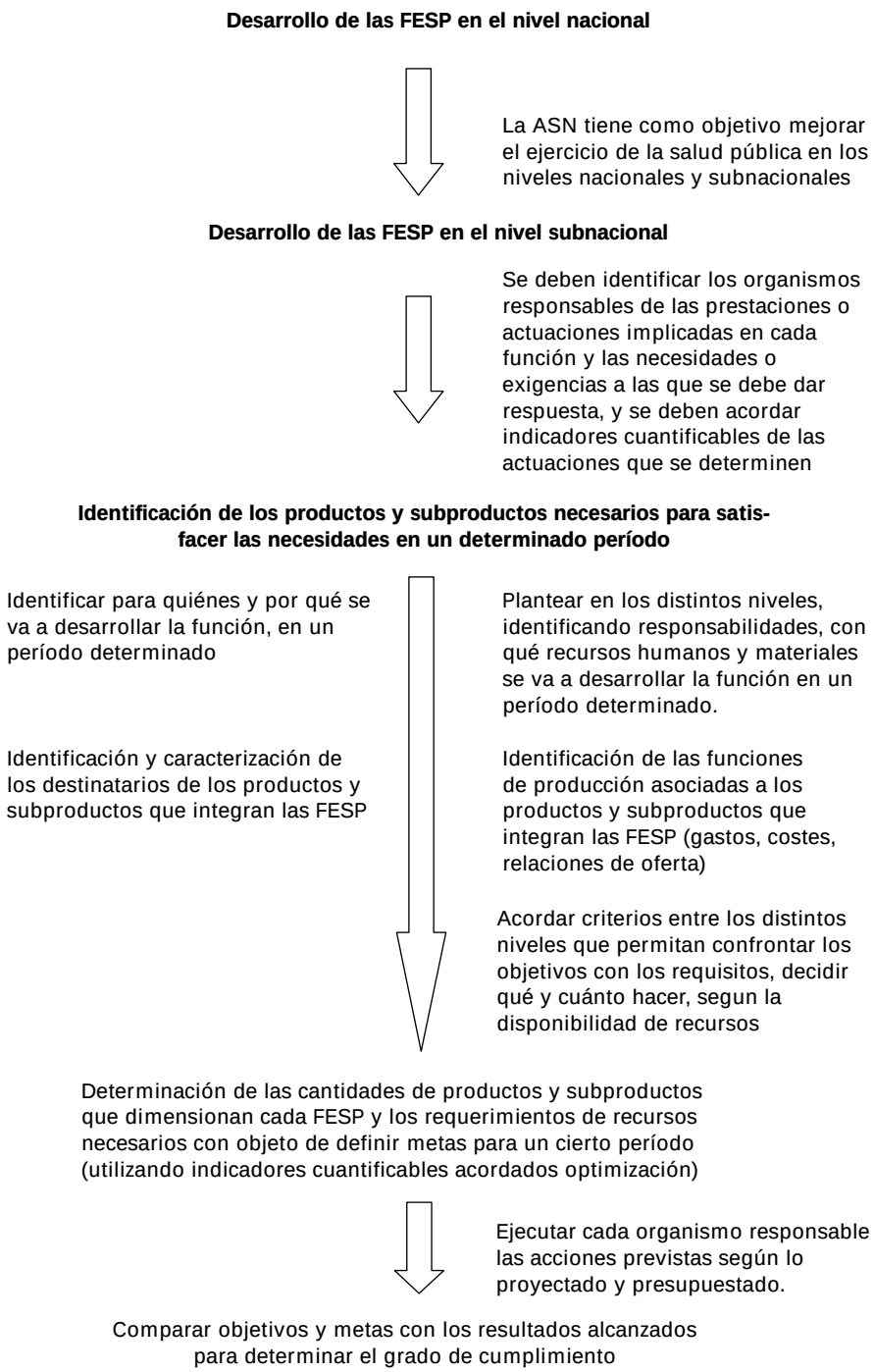
7.2 Análisis de las FESP, sus productos y costos

Para la identificación de los gastos ordinarios asociados al desempeño de las FESP, es decir, la responsabilidad primaria a la que deben comprometerse las instituciones implicadas en su desempeño, resulta conveniente analizarlas como partes de una relación insumo-producto. En el cuadro 9 se presentan esquemáticamente los problemas asociados a la financiación de las FESP. En el mismo se ha diferenciado el nivel nacional del subnacional, aunque en lo referente a las relaciones insumo-producto propias de cada una de las FESP su participación es similar, razón por la cual en el presente capítulo el enfoque se centrará principalmente en el análisis del nivel nacional.

El cuadro describe las relaciones y las actuaciones que se deben hacer para determinar, en primer lugar, el gasto asociado al desempeño de las FESP y, en segundo lugar, el gasto ordinario. De ahí la necesidad de precisar el espacio de tiempo para el cual se realizará el análisis.

Como se ha señalado anteriormente, en esta etapa del análisis será necesario concentrarse en el desarrollo de una metodología destinada a determinar la fun-

Cuadro 9 Problemática asociada al financiamiento de las FESP



ción de producción y los costos asociados a la misma en el nivel nacional.

Al descomponer cada una de las FESP en productos, subproductos, actividades y subactividades será posible identificar los insumos necesarios para el desarrollo de cada actividad, asignarle costos, clasificarlos en fijos y variables, directos e indirectos, según convenga al análisis. El cuadro 10 da cuenta del proceso descrito hasta aquí.

7.3 Identificación de los principales epígrafes de costos de las FESP

Para determinar tanto los epígrafes de los costos que integran las distintas relaciones insumo-producto propios de cada FESP como la proporción en que participan de la misma, es fundamental realizar un análisis institucional del desempeño y los gastos asociados. Este análisis permitirá conocer:

- La organización institucional vinculada a los productos que conforman cada una de las FESP en el nivel que se trate.

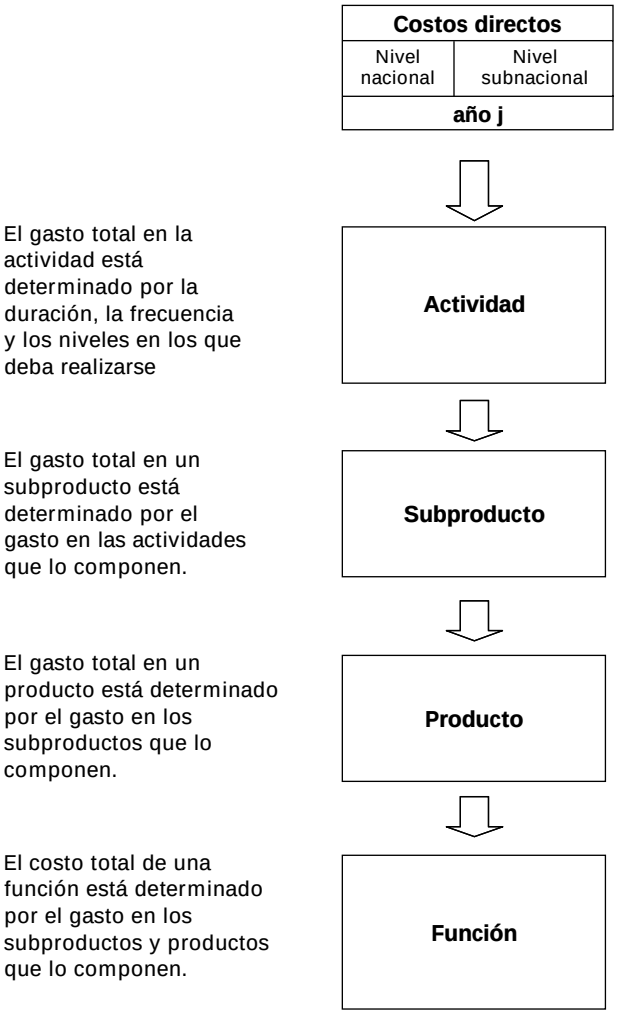
- Las actividades y subactividades que cada área realiza en el marco de la relación insumo-producto particular de un determinado subproducto.

- La asignación de recursos humanos y materiales específica de cada área dentro del marco de la relación insumo-producto de un determinado subproducto.

Un aspecto central de la determinación, dada la característica de trabajo-intensivo de la mayoría de las FESP, consistirá en determinar en qué grado se ven afectados los recursos humanos necesarios para el desarrollo adecuado de las mismas.

A pesar de esto, existen funciones que pueden requerir una gran variedad de insumos, por lo que se ha optado, en este trabajo, por adoptar una clasificación amplia de los posibles insumos que conformarían las distintas relaciones insumo-producto y la imputación pre-

Cuadro 10 Determinación del costo de la función



supuestaria de los gastos asociados a los mismos. El cuadro 11 presenta la categorización adoptada para los gastos.

7.4 Análisis de costos

La presente propuesta de financiación de las FESP se basa de este modo, de acuerdo a lo desarrollado hasta aquí, en procurar exponer de forma explícita las distintas relaciones insumo-producto propias de cada FESP por lo que se refiere a los productos, subproductos y actividades que las constituyen.

El cuadro 12 da cuenta de la secuencia prevista para la financiación de las FESP y sintetiza el desarrollo de la metodología hasta aquí realizada.

Existen dos tipos de gastos que son claves para la determinación de los costos, pero que no se han incluido en el cuadro y en cuyo tratamiento se considera oportuno profundizar en las próximas etapas del desarrollo de la metodología. En primer lugar, los gastos de capital, por considerarlos en primera instancia "gastos de única vez" aunque siempre debemos tener en cuenta los valores de reposición para el mediano y largo plazo y posibles de ser realizados en el marco del proyecto para el "fortalecimiento institucional para el desempeño de las FESP".

En segundo lugar, tampoco hemos incluido los gastos correspondientes a la "carga por depreciación de la capacidad productiva asignable a la actividad", ya que el desarrollo actual de las cuentas presupuestarias dificulta su determinación de forma general, pues son escasos los países de la Región donde se ha avanzado en este sentido.

8. Análisis de costos para las FESP dentro de un escenario de nivel de desempeño regional óptimo

Las distintas relaciones insumo-producto propias de cada una de las FESP se ven afectadas por un conjunto de factores. Entre ellos destacan las características de organización política dentro del ámbito del país, ya sea unitario o federal, los distintos niveles de descentralización respecto de la ASN, la asignación de las FESP a los distintos organismos (ministerios, organismos descentralizados, etc.) y las modalidades de producción adoptadas en cada uno de ellos para producir las FESP: tecnologías intensivas de mano de obra o capital.

Los insumos que integran cada una de dichas relaciones insumo-producto han sido caracterizados previamente y se pueden sintetizar como recursos humanos, y como bienes y servicios. El soporte físico y los programas informáticos tendrán un papel destacado como integrantes de la tecnología asociada a la

Cuadro 11 Caracterización presupuestaria de gastos

GASTOS	EPÍGRAFE	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
GASTO CORRIENTE	Personal	Permanente	Superior
			Jerárquico
			Administrativo
			Profesional
			Docente
			Técnico
			Obrero
		Transitorio	Contratado
			Mensualizado
			Jornalizado
	Bienes y servicios no personales	Bienes	Productos medicinales y famacéuticos
			Materiales y suministros
			Equipos médicos y sanitarios
		Servicios	Publicidad y propaganda
			Comunicaciones
			Otros
GASTO DE CAPITAL	Bienes de capital	Equipamiento hospitalario	
		Instrumental técnico y cientifico	
		Equipamiento informático	
		Vehiculos y embarcaciones	
		Inmuebles	
		Otras adquisiciones	
	Construcciones	Construcción de edificios públicos	
		Obras de infraestructura	
		Otras obras	
	Mantenimiento de bienes preexistentes	Rehabilitación y reparación de edificios públicos	

producción de cada FESP y, de acuerdo con esto, las distintas relaciones insumo-producto propias de cada FESP presentarán distintas alternativas de combinación de los insumos mencionados destinados a producir las actividades, subproductos y productos, según la tecnología adoptada en cada país.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta en el desarrollo del trabajo que la composición de las actividades, subproductos y productos que integran cada una de las FESP, puede registrar variaciones entre los diferentes países, dado el distinto grado de desarrollo institucional y la disponibilidad de recursos de los mismos. Esto es así, de modo que la aplicación de la metodología de costos de las FESP requerirá, para su aplicación, ajustes a las características de cada país, por lo que se refiere a los aspectos antes mencionados.

Cabe destacar con relación a los indicadores de desempeño que, como se describe en la Guía, algunos de dichos indicadores están relacionados con los resultados, otros con los procesos y otros con la capacidad institucional. El financiamiento de las FESP y de dichos indicadores como parte de las mismas se basa en asociar los indicadores a los productos y a las actividades. En la medida que estos indicadores afectan a más de un producto de las FESP, las actividades pasan de ser actividades específicas a ser actividades comunes, que se distribuyen entre los productos en los que inciden.

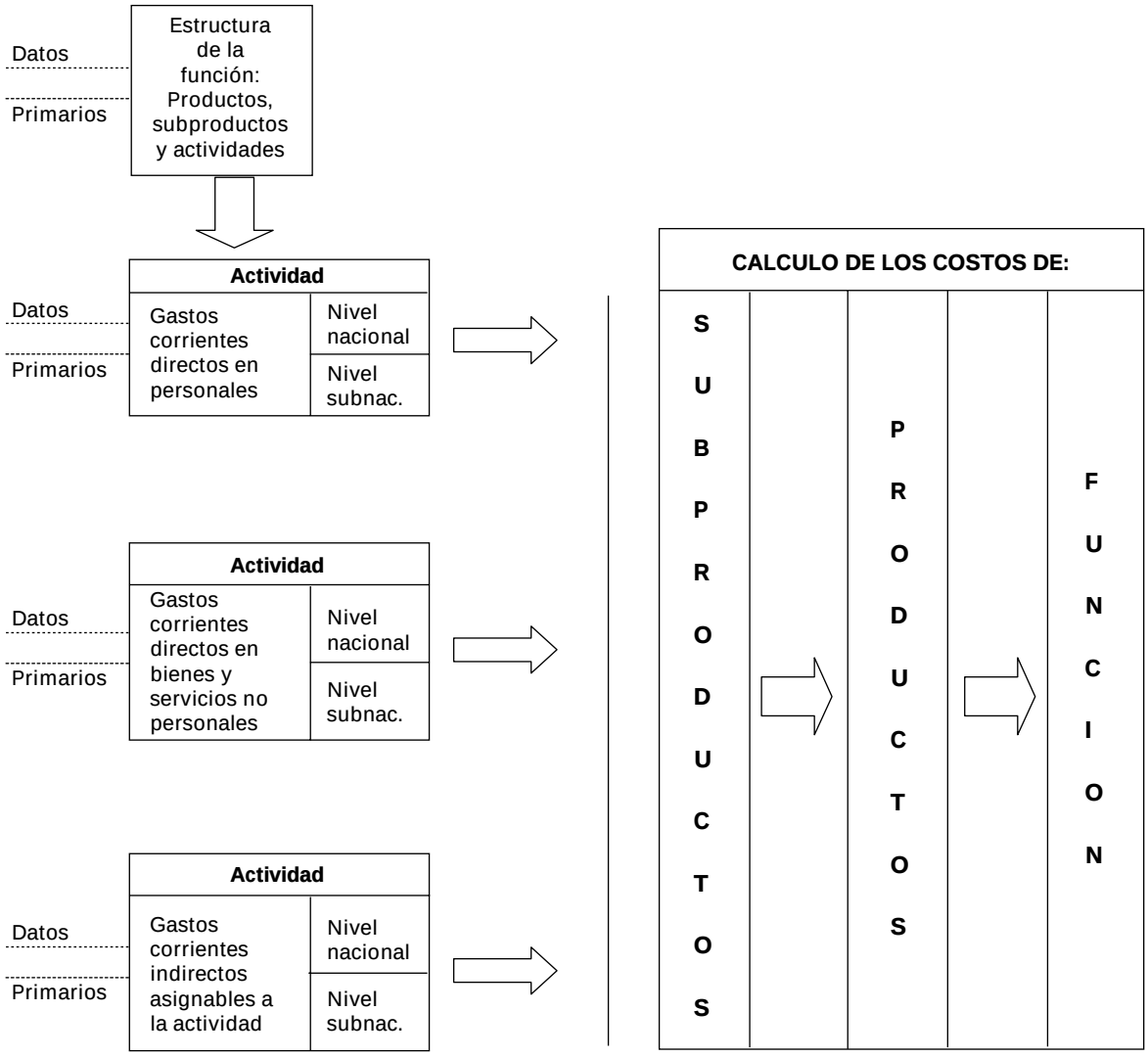
A partir de relacionar productos y subproductos con los indicadores o estándares asociados al desempeño regional óptimo del instrumento de medición del desempeño, se posibilita la financiación de las distintas relaciones insumo-producto.

9. Conclusiones y recomendaciones

El marco metodológico para la estimación del gasto y financiamiento de las FESP presentado en este capítulo constituye una primera aproximación al tema. Está basado en las publicaciones relacionadas con las FESP, en la metodología de las CNS y en la experiencia de los Estados Unidos en su intento de llevar a cabo este tipo de ejercicio. Al diseñar la metodología, los referentes principales están tomados de la República Dominicana, que es donde se hizo una recopilación preliminar de los datos. Es muy probable que en otros países haya diferencias fundamentales tanto en el alcance como en los métodos de estimación, particularmente si se trata de países más extensos, organizados según un modelo de gobierno federal.

Es preciso señalar que nunca ha habido consenso de todos los países para costear y desglosar las actividades fundamentales que cada FESP debe desempeñar, si se pretende que cumplan cabalmente su cometido y se tiene en cuenta que el ins-

Cuadro 12 Secuencia prevista para la financiación de las FESP



trumento que se utiliza actualmente para medir el desempeño de las FESP sólo está enfocado hacia los resultados y da por sentadas una determinada organización institucional y una forma específica de producción de las FESP que, hasta ahora, no han sido señaladas de forma explícita.

En consecuencia, el trabajo de estimar el gasto de las FESP y sus fuentes de financiación exige la tarea de reconstruir la forma en que se cumplen cada una de ellas en los países en los que se intenten aplicar estos criterios metodológicos. De su aplicación práctica se obtendrán las enseñanzas que determinarán los cambios necesarios, tanto en su alcance como en los procedimientos y la presentación de los resultados. Por esa razón, este marco metodológico no estará terminado hasta que se haya podido aplicar en varios países —en forma de plan piloto— y se hayan comprobado la viabilidad práctica de las propuestas metodológicas y las diferencias en lo que se refiere a la organización interna de cada país, así como sus sistemas de presupuesto y estadísticas. De ese modo irá transformándose el instrumento, a medida que avance por un proceso de aproximaciones sucesivas.

En casi todos los países, las autoridades sanitarias son las encargadas de poner en práctica la mayor parte de las actividades incluidas dentro de las FESP. No obstante, existe un sector creciente de instituciones sin fines de lucro, particu-

larmente en lo que concierne a la mejora de la salud, la investigación, la formación de recursos humanos y las tareas relacionadas con las emergencias y desastres. Algunas de estas funciones también podrían ponerlas en ejecución el sector privado con fines lucrativos, como es el caso de las universidades privadas o la industria farmacéutica, en cuyo caso lo que interesa es determinar cuáles de estas tareas corresponden a la función de rectoría de las autoridades sanitarias que, sin embargo, éstas delegan en las instituciones privadas.

En el desarrollo del trabajo es importante tener en cuenta que el contenido de las competencias incluidas en cada una de las FESP puede variar mucho de un país a otro, dados los distintos niveles de desarrollo y las características particulares de cada uno. Puede haber un notable factor de subjetividad en este sentido que dificulte la adopción de una metodología uniforme cuando se trate de calcular los gastos, ya que sean realistas o ideales.

Por otro lado, el tema abordado en este capítulo es absolutamente novedoso pues por primera vez se intenta adaptar las cuentas nacionales de salud a las FESP. Como se desprende del análisis realizado, la clasificación funcional de las CNS no tiene en consideración la labor de la salud pública aunque sea muy exhaustiva en lo que concierne a la atención de la enfermedad. Si queremos que los sistemas de salud se orienten más hacia el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, es indispensable que seamos capaces de vigilar los cambios producidos en la asignación de recursos a las tareas de la salud pública, en lo que se refiere a programas, funciones esenciales y servicios. Así pues, es necesario poder determinar las líneas de actuación: primero con respecto al presupuesto y, luego, con respecto a las CNS.

La tarea implica revisar la definición de salud en las cuentas nacionales y, en consecuencia, revisar la clasificación de las funciones. Para hacerlo es necesario un análisis profundo y amplio sobre la función de la salud pública y su importancia en el éxito del objetivo final de todo sistema de salud, que es mejorar la salud de la población. Una de las ventajas principales del sistema de las cuentas de salud es la posibilidad de establecer prioridades en la asignación de los recursos dedicados a esas tareas y llevar a cabo su seguimiento a lo largo del tiempo.

Lograr esta posibilidad es fundamental en el desarrollo de los sistemas de salud, mientras que la tendencia actual de las propuestas de reforma es la de desglosar las funciones de rectoría, financiamiento y suministro de los servicios. La falta de previsión para definir las fuentes de los fondos que hagan operativa la rectoría del sistema de salud —dentro de la cual se encuadran las actividades y las funciones de salud pública—, puede llevar a tener que hacer frente a la aparición de crisis en esta materia, con el consiguiente peligro para la población.

Además, es bien conocido el hecho de que el mercado no asigna como es debido los recursos para el sector de la salud y que es necesaria la intervención estatal para corregir sus fallos. De ahí la función del Estado en la producción de bienes públicos y en bienes de interés social, que son parte de la labor de la salud pública. Entre ellos, destacan la capacidad para la regulación de todo el sistema de salud —incluidas las funciones esenciales— y la capacidad decisiva para el ejercicio de la función de rectoría. Por otro lado, los sistemas de salud exigen que estas actividades estén reflejadas en las cuentas públicas y que sea posible identificarlas claramente en los presupuestos para, a partir de ahí, trasladarlas a las cuentas de salud.

Esta cuestión nos lleva a la necesidad de abordar un problema adicional, como la separación entre la planificación y elaboración de presupuestos, por un lado, y su posterior aplicación, por el otro. Se trata de un problema generalizado de la administración financiera del Estado, pero es importante destacarlo aquí.

A lo largo de este capítulo también se presentaron los elementos del marco metodológico para la determinación del costo y el presupuesto de las FESP, a partir de sus niveles de desempeño óptimo. Este marco fue abordado desde un enfoque de insumo-producto, para luego desarrollar un proceso de presupuesto y gestión por resultados. La finalidad de esta metodología es la de avanzar hacia el financiamiento de las FESP y de integrar, en los procesos de presupuesto, la gestión a través de los resultados mediante la identificación de los productos en su estado actual y la fijación de metas para lograr el desempeño óptimo de las mismas mediante el análisis de rupturas.

Para ello, se propone que cada país realice la implantación del marco metodológico de financiamiento y presupuesto, adaptándolo a la realidad de sus condiciones nacionales y a las del sector de la salud. Así pues, en cada uno de los países, la aplicación de dicho marco deberá tener en consideración las características políticas generales (países unitarios o federales), las condiciones de organización del sistema de salud (distintos grados de descentralización), las dotaciones de personal de los organismos públicos

y otros (relaciones de producción de la mano de obra intensiva), con relación a las horas/persona requeridas para los productos de cada una de las FESP. Por otra parte, los vectores de precios para costear insumos y productos serán reajustados según las condiciones y la variabilidad de cada país.

Cabe destacar que el marco metodológico de financiamiento y presupuesto ofrece la posibilidad de su aplicación conjunta con los respectivos marcos de gasto y financiamiento, y de fortalecimiento institucional de las FESP, lo que permitirá conectar los aspectos del presupuesto de operaciones con los del presupuesto de las inversiones y de las cuentas nacionales. Este acabará aportando un desarrollo integral de las FESP y completando los avances de la medición y caracterización alcanzados hasta la fecha.

Por último, el desarrollo del marco metodológico del financiamiento y del presupuesto por países facilitará la aplicación de los instrumentos de gestión por resultados más avanzados, como es el caso de los análisis de costos y eficacia (por ejemplo, el estudio de costo-eficacia de la vigilancia epidemiológica por población cubierta) o la introducción de sistemas de recompensas y sanciones dentro del presupuesto de las FESP, como en el caso de acuerdos de gestión para conseguir metas en la eliminación de rupturas en el cumplimiento de las FESP por parte de los niveles subnacionales.

Bibliografía

Aiston E, Dickson K y Previsich N. Essential Functions in Canada's Public Health Care System, Decentralization, and Tools for Quality Assurance: Consistency through Change in the Canadian Health System. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1/2; julio–agosto 2000.

Atchison, Barry, Kanarek y Gebbie, K. The Quest for an Accurate Accounting of Public Health Expenditures. Journal of Public Health Management and Practice; septiembre de 2000.

Barry, Centra, Pratt, Brown y Giordano, L. Where Do the Dollars Go? Measuring Local Public Health Expenditures; marzo de 1998.

Barry M, Bialek R, Eilbert Kay W y Garufi, M. Public Health Foundation. Measuring Expenditures for Essential Public Health Services. Washington D.C.; 1996.

Barry M, Bialek R, Eilbert Kay W, Garufi M, Gebbie K, Maiese D y Fox CE. Public Health Expenditures: developing Estimates for Improved Policy Making. Journal of Public Health Management and Practice; 1997.

Berrueta Colombo O. La eficacia del proceso presupuestario. Revista ASIP N° 29; 1995.

Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P y Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. WHS. Bulletin of the World Health Organization; 1994.

Claeson E, Miller y Musgrove. Public Health and World Bank Operations; 1999–2001.

Eilbert K et al. Measuring Expenditures for Essential Public Health Services. Washington D.C.: Public Health Foundation; 1996.

Fondo Monetario Internacional. Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas. Washington D.C.: FMI; 2001.

García Balderrama T, Calzado Cejas Y. Metodología de evaluación de la eficiencia en las entidades publicas. Revista Internacional de Presupuesto Público N° 35. ASIP; 1997.

Hewitt D y Van Rijckeghem C. Gastos salariales en los gobiernos centrales. Revista Internacional de Presupuesto Público N° 32. ASIP; 1996.

HHS. Healthy People 2010. 2a. edición. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; noviembre de 2000.

Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua. Cuentas Nacionales de Salud. Informe 1997–1999. Managua; diciembre de 2001.

Molina R, Pinto M et al. Gasto y financiación de salud: situación y tendencias. Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1/2; julio-agosto de 2000.

Muñoz F, López Acuña D et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1/2; julio–agosto de 2000.

Musgrove, P. Protecting Health in Latin America: What Should the State Do? (versión actualizada, 19 de octubre de 2001 — documento preparado para CIPPEC).

Musgrove P. What is the Minimum a Doctor Should Know about Health Economics? Brazilian Journal of a Mother and Child Health; mayo-agosto de 2001.

Oficina Nacional de Presupuesto. Informe de ejecución presupuestaria, año 2001. Santo Domingo, República Dominicana; 2001.

Oficina Nacional de Presupuesto. Manual de clasificaciones presupuestarias. Santo Domingo, República Dominicana; 1990.

Organización de Cooperación y Desarrollo — Banco Interamericano de Desarrollo. Sistema de cuentas de salud. Washington, D.C.; 2002.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Centers for Disease Control y Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud. Guía para la aplicación del instrumento de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública. Iniciativa "La salud pública en las Américas", Medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Washington, D.C.; 2001.

OPS/HSD, CDC, CLAISS. La práctica de la salud publica en Centroamérica y República Dominicana. Medición del desem-

peño de las funciones esenciales de la salud pública. Informe a la XVII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana; 2001.

OPS/OMS, CDC, CLAISS. Informe ejecutivo de la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en los países de Centroamérica y República Dominicana. Iniciativa "La salud pública en las Américas". Nicaragua; 2001.

OPS/MS, Ministerio de Salud de la República Argentina. Medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en la República Argentina. Resultados del Taller de Aplicación del instrumento llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina; noviembre de 2001.

OPS/MS. Fortalecimiento institucional para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Lineamientos para planes nacionales de acción; 2002.

OPS/OMS. Lineamientos metodológicos: Desarrollo de la fuerza de trabajo para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Reunión subregional sobre las funciones esenciales de la salud pública. Santo Domingo; 2002.

OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Washington, D.C.; septiembre de 1997.

Pan-American Health Organization. Pan American Journal of Public Health. Washington, D.C.; julio-agosto de 2000.

Pan-American Health Organization y World Health Organization. Essential Public Health Functions. Washington, D.C.; septiembre de 2000.

Pan-American Health Organization, World Health Organization, Centers for the Disease Control and Prevention, y Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud. Public Health in the Americas: Instrument for Performance Measurement of Essential Public Functions. Washington, D.C.; noviembre de 2001.

Rathe M. La reforma de salud y la seguridad social. Santo Domingo, RD: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2002.

Rathe M. Salud y Equidad: una mirada a la financiación a la salud en la República Dominicana. Santo Domingo, RD: Macro Internacional; 2000.

Salvo Horveilleur, L. Reunión subregional de seguimiento a las funciones esenciales de la salud pública. Republica Dominicana; 2002.

Sorensen JE y Grove HD. Uso de los análisis de costo-resultado y costo-efectividad para el mejoramiento de la administración y la contabilidad del programa. "Administración de hospitales. Fundamentos y Evaluación del servicio hospitalario". Capítulo 13. Ed. Trillas; 1988.

United Nations, Comission of the European Communities, Internacional Monetary Fund, Organisation for Economic Cooperation and Development y World Bank. System of National Accounts. Bruselas, Nueva York, París, Washington, D.C.; 1993.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, D.C.: HHS, Public Health Service (PHS); 1991.

World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra, Suiza; 2000.

Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública

1. Introducción

Además de ser una acción concertada para renovar el concepto de salud pública (que permita adoptar nuevos enfoques, nuevas prácticas, nuevas formas de capacitación) y de pretender aproximarse empíricamente a la práctica de la salud pública en América Latina —según las condiciones reales existentes—, la Iniciativa "La salud pública en las Américas" es también una *oportunidad para redefinir la educación y la capcitación en materia de salud pública*, y contribuir en la práctica al desarrollo *de las capacidades institucionales* y las *competencias laborales* de quienes se dedican a la salud pública, en América Latina, y que en términos generales se denominan "sanitaristas".

Reorientar la educación en materia de salud pública, asumiendo como marco referencial las funciones esenciales de la salud pública, es un proyecto iniciado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en el año 1998, durante la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, celebrada en Ciudad de México sobre "Reformas Sectoriales y Funciones Esenciales de la Salud Pública: desafíos para el desarrollo de los recursos humanos". Es un proyecto compartido con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y con otras instituciones de la Región. En ese encuentro, las instituciones educativas reconocieron —de manera explícita—, el escaso protagonismo que venían desempeñando en los procesos de transformación de los sistemas de salud de casi todos los países de la Región. Precisaron también dos vacíos significativos en el programa político de las reformas: la poca importancia asignada en dichos procesos a las funciones y participación de los organismos de salud pública (con serias consecuencias para la salud colectiva) y la ausencia de temas relativos a los recursos humanos.

En esa oportunidad se analizaron y debatieron aspectos relativos a las demandas de reformas en el campo de la salud y en el de las funciones esenciales quee responden plenamente o guardan relación con la educación en materia de salud pública; la influencia de las instituciones educativas sobre las reformas; y la propuesta de futuras estrategias de desarrollo en la educación de salud pública. Para superar condiciones deficientes específicas en la educación en materia de salud pública se propuso, como marco programático, el desarrollo de cinco áreas de desarrollo en las instituciones educativas, que contribuyeran a la mejora y el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública: articulación política; capacitación pedagógica y docente; investigación y desarrollo de tecnologías; cooperación técnica; capacidad de gestión de las instituciones educativas.

La Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", auspiciada por la dirección de

la OPS-OMS, significó un impulso importante para mantener los esfuerzos de cambio de la educación en materia de salud pública, iniciados en 1998. En la XIX Conferencia de ALAESP realizada en julio del año 2000 en Cuba, se formalizaron acuerdos y se perfilaron con más precisión estrategias y procedimientos. Las escuelas asumieron con más firmeza los funciones esenciales como principal referente político y programático, en la participación educativa. A partir de ese momento se vienen cumpliendo planes de trabajo conjuntos entre la OPS y ALAESP (que hoy representa a más de 50 instituciones docentes), dedicados principalmente a la formación de posgrado en salud pública.

Sin embargo, aún quedan por trabajar áreas de formación en salud pública de pregrado en las carreras de formación de recursos humanos para la salud, tanto como en la educación y capacitación permanente de la fuerza de trabajo. Para poder satisfacer las necesidades de desarrollo profesional del personal que realiza cotidianamente funciones, programas y tareas de salud pública, la OPS ha desarrollado con instituciones académicas y de cooperación técnica, atraves de un consorcio de 11 instituciones de América y Europa, el Campus Virtual de la Salud Pública, iniciativa lanzada en julio del presente año, que se reseñará más adelante.

El avance en el desarrollo conceptual, la evidencia derivada de la medición del desempeño de las funciones esenciales en los países de la Región y algunos estudios que diagnostican las condiciones de la educación de posgrado en salud pública —realizados en Centroamérica y el Cono Sur—, muestran resultados preocupantes y obligan a redoblar el ritmo de las medidas concretas en el terreno de la educación en materia de salud pública. Como era de esperar, los resultados de la medición del desempeño en algunas Funciones Esenciales de la Salud Pública —una de ellas la *función esencial 8* (Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública)— señalan, de manera irrefutable, un bajo nivel de desempeño si bien muestran diferencias nacionales y subregionales. La formulación y ejecución de planes para desarrollar e impulsar en la práctica a la salud pública en los países miembros, requiere un pilar importante: la educación de la fuerza de trabajo que permita afianzar la capacidad institucional de la infraestructura de la salud pública.

En la siguiente figura se muestra la lógica de la propuesta programática para el "Desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública". Se basa en discusiones y conclusiones a las cuales se llegó en diversas reuniones nacionales y en la reunión subregional de Centroamérica, Haití, Cuba y Puerto Rico, en abril de 2002.

En este capítulo se ofrecerán elementos conceptuales, metodológicos y programáticos, para la formulación de planes de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública (enfatizando la responsabilidad programática de la OPS-OMS en el desarrollo educativo y profesional de dicha fuerza), con el objetivo de contribuir a mejorar las capacidades institucionales nacionales en el desempeño de las funciones esenciales.

Con esa perspectiva se plantearán algunas líneas generales en la formulación

Figura 1 Propuesta programática para el desarrollo de la fuerza de trabajo de salud pública

de medidas para el desarrollo de recursos humanos —uno de los componentes claves de los planes nacionales y subregionales— para, con el tiempo, diseñar un proyecto viable a escala regional, que permita el desarrollo de la salud pública sobre la base de la medición de las funciones esenciales.

2. Función esencial 8

Como ya ha sido detallado en el capítulo 11, la función esencial 8 (Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública) presenta un bajo nivel de desempeño, con una media de 0,40 en la Región. Aunque todos los indicadores presentan bajo desempeño, algunos señalan condiciones deficitarias que merecen un comentario especial, dada su importancia en el desarrollo de planes que mejoren la capacidad nacional para ofrecer servicios de salud pública.

2.1 Caracterización de la fuerza de trabajo de la salud pública

Aunque los países informan que se evalúan las características básicas de la fuerza de trabajo, sólo la mitad de ellos define las necesidades de personal para el desempeño de actividades de la salud pública, que incluya la estimación del número de personas requeridas o el perfil requerido. Esta situación hace ciertamente difícil que, en caso de que las autoridades sanitarias decidan potenciar el desempeño de la fuerza de trabajo u orientar la formación del personal —tanto dentro como fuera de su ámbito de acción—, dichas autoridades puedan intervenir de manera efectiva. Los puntos más débiles son la falta de disponibilidad de información y la falta de criterios para determinar necesidades de crecimiento futuro.

2.2 Mejora de la calidad del personal de salud pública

En la mayoría de los países existe pobreza de la gestión en la fuerza de trabajo dedicada a la salud pública. Aunque cuentan con criterios para evaluar la acreditación del personal, no cumplen esos criterios en el momento de la contratación. No evalúan las estrategias de reclutamiento ni la retención de estos trabajadores. En general carecen de sistemas de incentivos para potenciar el desarrollo profesional y la conservación y arraigo de los mejores funcionarios. Igual que sucede con la fuerza de trabajo, existen serios problemas en la evaluación del desempeño y en la disponibilidad de sistemas de compensación y reconocimiento adecuados.

En muchos países que han ejecutado proyectos de desarrollo institucional o de inversión en apoyo de las reformas con financiación externa, es necesario resaltar una anomalía en la estructura de las unidades ejecutoras o coordinadoras. Estas unidades se crean en general con consultores contratados por tiempo limitado y remuneraciones significativamente por encima de las que percibe el personal fijo de los ministerios de salud. En muchos casos los funcionarios de tales unidades son ajenos a las unidades de linea, entran en colisión con los programas establecidos o se duplican esfuerzos. Esta situación ha generado no pocos conflictos y problemas para el mejor aprovechamiento de la capacidad del personal contratado. Además, atenta contra el esfuerzo de la capacidad institucional nacional.

2.3 Educación continua y de posgrado en salud pública

En la mayoría de países se promueve e incentiva la participación del personal en actividades de educación continuada (por lo general según necesidades coyunturales) y se favorecen convenios con instituciones educativas para facilitar su formación y perfeccionamiento. Pero se hace sin ajustarse a políticas y normas establecidas que aseguren el desarrollo continuado del personal, sin sistemas adecuados de evaluación de los resultados ni del impacto que puedan tener los planes educativos sobre el desempeño del personal. No hay criterios ni normas para retener al personal. Es notoria la ya mencionada ausencia de sistemas de evaluación del desempeño de los funcionarios y de incentivos para el personal de la salud pública.

Esas condiciones tienen que ver con la separación que tradicionalmente ha existido —y aún existe—, entre las instituciones educativas de salud pública y las instituciones empleadoras de la fuerza de trabajo. Como muestran los datos de los Estados Unidos (sólo un 20% de su fuerza de trabajo ha tenido ocasión de recibir educación formal en salud pública). Aunque esta condición no sea tal vez determinante, es llamativa la escasa comunicación entre dichas instituciones reflejada, entre otras cosas, en la casi nula oferta de educación continuada y programas de salud pública por parte de las escuelas, y en la escasa presencia de éstas en los debates mantenidos sobre la necesidad de reformas en la mayoría de países.

2.4 La oferta de servicios apropiados según las características socioculturales de la población

Una pequeña proporción de países ofrece apoyo técnico y estímulo a las distintas comunidades nacionales, para seleccionar y promover la incorporación de re-

cursos humanos, adecuados a sus características socioculturales. Y sólo la mitad de los países estimula el desarrollo de estrategias, que potencien la gestión descentralizada de esos recursos humanos.

En este aspecto es esencial enfrentar y superar tales condiciones, para lograr eficacia en los planes de desarrollo de recursos humanos. De las consideraciones previas se deduce con toda claridad que, cualquier medida para mejorar el desempeño de la fuerza de trabajo, debe contemplar estrategias de desarrollo educativo y estrategias de gestión integradas; generadas y desarrolladas, a la vez, sobre la base de información fidedigna y sobre las características de la fuerza de trabajo.

Como ya se señaló en la reunión de Centroamérica y el Caribe, existe una condición especial de la función esencial 8 que debe tenerse en cuenta: **la función esencial número 8 no es únicamente una función más entre las once definidas, sino la condición *sine qua non* para la realización y el desempeño de las otras diez funciones;** o sea que es polivalente con respecto a las otras diez funciones esenciales. Esta función goza del atributo de condición estratégica para el desempeño de las funciones esenciales, que las autoridades sanitarias deben poner al servicio de la salud pública.

3. La fuerza de trabajo de la salud pública (FTSP)

En la Iniciativa "La salud pública en las Américas" se considera que la fuerza de trabajo de la salud pública está constituida por todos aquellos trabajadores de salud responsables de contribuir, directa o indirectamente, al cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública, independientemente de su profesión y del organismo donde trabajan. Dada la amplitud de la definición es importante —y constituye todo un desafío—, identificar los diversos organismos que tienen responsabilidades y contribuyen a las FESP.

Desde no hace mucho se enfatiza la condición de los trabajadores de la salud pública como "trabajadores del conocimiento". Es decir, son trabajadores que interpretan y aplican saber e información, para crear y proporcionar soluciones con valor añadido a los problemas de la salud pública y, como parte de sus tareas cotidianas, hacen recomendaciones en ambientes donde el cambio es continuo. Requieren por tanto tener acceso a condiciones organizativas que les permitan adquirir y aplicar conocimiento teórico y analítico, además de desarrollar el hábito del aprendizaje permanente y seguir siendo competentes y productivos a lo largo de toda la vida. Estas condiciones ya indican determinada orientación de las propuestas educativas y los criterios de gestión de la fuerza de trabajo, que deben ser utilizados.

La definición de fuerza de trabajo utilizada es afín a las definiciones que por lo común se dan en economía. En estos casos la definición de fuerza de trabajo se basa, esencialmente, en criterios sociodemográficos y económicos. Es decir, se trata de saber cuántas personas están empleadas en determinado momento en una actividad específica, sus características de edad, sexo, nivel educacional y calificación profesional, según criterios establecidos de antemano. Es por tanto una definición acotada principalmente por las características del campo de actividad, es decir por lo que hacen y no por lo que son o dónde trabajan.

En el caso de la salud pública —un vasto campo de prácticas y participación que se proyecta más allá de los límites del sector salud—, la definición de la fuerza de trabajo no puede restringirse al ámbito de quienes trabajan en el sector público; debe incluir a todas los organismos del Estado y la sociedad que asumen responsabilidades con la salud pública. Se trata por tanto de una fuerza de trabajo multiprofesional, multisectorial, diversa y dispersa en todo el territorio de un país. En los Estados Unidos, la fuerza de trabajo en la salud pública está empleada por un amplio conjunto de organizaciones con diversos grados de responsabilidad en prácticas de salud pública: organismos gubernamentales de salud pública, otros organismos del sector público, organismos de atención de salud, organizaciones voluntarias, grupos de base comunitaria, instituciones academias, etcétera.

La figura 2 intenta mostrar los diversos grupos de organismos donde puede estar empleada la fuerza de trabajo de la salud pública en la Región.

Como se pudo apreciar en la medición del desempeño y según los informes disponibles, en otros países se sabe relativamente poco sobre esta fuerza de trabajo. Es un déficit crítico porque determina una tarea esencial, aún por realizar, en los planes de desarrollo de la fuerza de trabajo. Sin embargo, es necesario reconocer que esta falta de datos también se daba hasta hace poco tiempo en países desarrollados.

Para llenar ese vacío, en los Estados Unidos se han hecho desde hace varios años censos de la fuerza de trabajo en el sector de la salud pública. En dichos censos se ha comprobado, entre otras cosas, que el

Figura 2 ¿Dónde trabaja la FTSP?

personal de enfermería de salud pública es con mucha diferencia el más numeroso de esa fuerza de trabajo (10,9%), calculado en alrededor de 450.000 trabajadores. Los médicos de la salud pública constituyen un escaso 1,3%. Se demostró también que existe un serio problema de adecuación entre oferta y demanda y, solamente el 20% de las enfermeras y enfermeros, ha recibido educación formal y capacitación para el cumplimiento de sus funciones.

En la mayoría de los países de la Región, la fuerza de trabajo de la salud pública nunca fue objeto de análisis y menos de planificación. Es necesario reconocer que todavía existen serios problemas de disponibilidad, calidad y manejo de información sobre recursos humanos de salud, en la mayoría de países de la Región. Problemas que poco a poco empiezan a superarse gracias a la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos, que ya funciona en 16 países de América. La necesidad de conocer las características de la fuerza de trabajo de la salud pública en el marco de la Iniciativa, tiene que ver con razones relativas a objetivos de gestión de esa fuerza de trabajo, la mejora de la distribución y la accesibilidad, la equidad económica y de género, la garantía de la calidad, el desarrollo de políticas para la FTSP, etc. Como ya se ha dicho, para emprender la formidable y necesaria tarea de desarrollar cuantitativa y cualitativamente la fuerza de trabajo de la salud pública, se requieren llenar esos graves vacíos de información y conocimiento.

Nunca es excesivo el énfasis que se ponga en la diversidad de esta fuerza de trabajo. Las funciones esenciales son responsabilidad de muchas categorías profesionales y ocupacionales, distribuidas a lo largo y ancho de la estructura del sistema de salud: médicos generales y de familia, enfermeras o enfermeros de la salud pública y del primer nivel de atención, auxiliares de enfermería, técnicos de saneamiento, ingenieros sanitarios, educadores de salud, divulgadores de medidas sanitarias, administradores, etcétera.

Existe una franja que se solapa entre lo que se podría llamar fuerza de trabajo de la salud pública, propiamente dicha, y personal sanitario que cumple funciones de atención y de gestión en programas específicos de servicios de salud. Es decir, que la caracterización de la fuerza de trabajo debe contemplar también esta franja, donde coinciden trabajadores de la salud pública y trabajadores de asistencia clínica.

Es de especial importancia para definir y establecer estrategias de desarrollo de la fuerza de trabajo tener en cuenta esta circunstancia, sobre todo en los servicios de atención primaria y niveles básicos de asistencia, donde la prestación de servicios de la salud pública y la atención a los individuos las realizan las mismas personas y en los mismos ámbitos asistenciales.

Tal vez por falta de una perspectiva integral, existe en algunos ámbitos la idea errada de que la fuerza de trabajo está esencialmente compuesta por egresados de escuelas de salud pública por aquellos que han seguido cursos en posgrado en salud pública o disciplinas afines. Parecería que, por importante que sea este factor, no es el principal en términos cuantitativos y funcionalmente. Parecería también que, como ocurre en los Estados Unidos, la inmensa mayoría de esta fuerza de trabajo no ha tenido nunca ocasión de acceder a un curso formal de salud pública.

El Observatorio de Recursos Humanos de la OPS-OMS ha desarrollado una propuesta para caracterizar la fuerza de trabajo de la salud, aplicable al terreno

de la salud pública. En esa propuesta, el Observatorio considera que, uno de los elementos esenciales, es crear un conjunto de datos básicos para caracterizar la fuerza de trabajo en el campo de la salud. Esta iniciativa está funcionando hasta la fecha en 16 países de la Región y aporta información de calidad, que permite ir cerrando la brecha de datos sobre recursos humanos en la mayoría de los países, tomar decisiones y colocar las bases para desarrollar (o reconstruir, según el caso) los deficitarios sistemas de información existentes.

La propuesta de reunir datos básicos puede ser de enorme utilidad para la caracterización de la fuerza de trabajo en la salud pública. Esos datos se recaban basándose en el aprovechamiento exhaustivo de las fuentes de información existentes. Y no sólo de aquellas específicas para los recursos humanos del campo de la salud (que son escasas), ni para variables de recursos de servicios de salud, sino también de aquellas fuentes que generan o poseen información con fines más amplios estén o no relacionadas con los objetivos del sector de la salud (encuestas permanentes y periódicas en hogares, establecimientos o unidades productivas). Cuando es necesario, esa información procedente de fuentes secundarias, se complementa con estudios ***ad-hoc*** de algunas de las variables que no es posible encontrar en las fuentes principales.

Cuadro 1 Conjunto de datos básicos para la caracterización de las FTSP

- Disponibilidad, estructura y composición de la FTSP
- Vinculación laboral
- Formación de la FTSP
- Productividad
- Remuneraciones e incentivos
- Ubicación laboral
- Regulación de la educación y práctica de la FTSP

El siguiente cuadro contiene en esencia la propuesta de datos básicos del Observatorio, adaptada a las exigencias de la Iniciativa "La salud pública en las Américas", que se tiene en cuenta para el estudio de las variables principales de definición de las FTSP.

Mayores detalles sobre la determinación de variables, indicadores, disponibilidad y características de las fuentes, se pueden encontrar en el sitio de Internet del Observatorio de Recursos Humanos de la OPS-OMS.

4. Desarrollo de la fuerza de trabajo en la salud pública

4.1 Nueva visión integral del desarrollo de la fuerza de trabajo

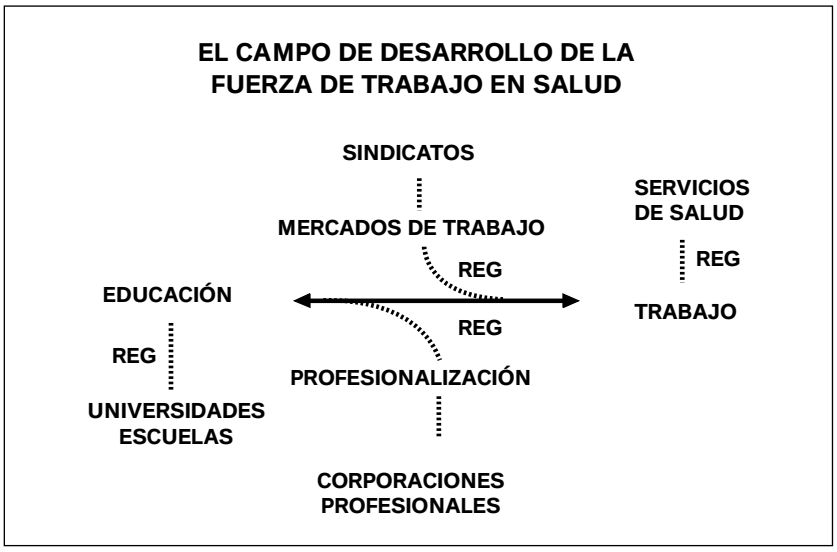
El enfoque convencional considera que el desarrollo de la fuerza de trabajo consiste solamente en actividades de capacitación específicas. Por el contrario, el enfoque de campo de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud —utilizada por la Organización Panamericana de la Salud en la cooperación técnica—, supone un enfoque integral y complejo (véase figura 3), que apoya una acción también integral de desarrollo de las FTSP.

El concepto de campo se basa en la idea de que la fuerza de trabajo (en cualquier área y también en la salud pública), está compuesta por personas, por agentes que se han diferenciado socialmente a lo largo de un proceso más o menos formal y han adquirido una serie de destrezas (basadas en conocimientos, tecnologías, aptitudes, valores y actitudes específicas de servicio social), que les permite contribuir a resolver problemas de salud (individual y colectiva) de la población, en determinado contexto institucional. Esta contribución específica al desarrollo de la salud es el elemento esencial que determina su función social. Es decir, no se trata sólo de una función técnica sino, y al mismo tiempo, de una función social importante para la salud de la población, que implica decisiones políticas y debe ser examinada.

El campo en que se mueven esos agentes se determina básicamente por la interacción de dos procesos sociales clave: educación (adquirida en instituciones sociales creadas para educar o formar a dichos sujetos) y trabajo (o desempeño técnico y social de los agentes de salud), que se realiza en alguno de los ámbitos y niveles de los sistemas de servicios de salud. En esa interacción compleja se dan otros procesos de gran importancia como son, por un lado, el funcionamiento de mercados laborales y, por otro, los procesos de profesionalización, en virtud de los cuales los grupos ocupacionales —por detentar y controlar determinado saber—, se estructuran como grupos de poder autónomo que, en el conjunto de la sociedad, están en condiciones de imponer normas de comportamiento a sus miembros y, además, en condiciones de obtener regímenes especiales de tratamiento para sus negocios.

El concepto propuesto es que el desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública supone decisiones políticas e intervenciones institucionales en los di-

Figura 3 Campo de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud



versos niveles del campo. La matriz siguiente intenta establecer un modus operandi de análisis para determinar niveles de intervención y configurar los ejes de un plan de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública. En el cruce de las intervenciones y los ámbitos del campo de la fuerza de trabajo se identifican algunas de las principales cuestiones y pautas, para un desarrollo integral de la fuerza de trabajo de la salud pública. Esas cuestiones y pautas configuran un mapa de asuntos importantes que, sin duda, serán diferentes en naturaleza, magnitud y prioridad en cada país.

La idea es que esta matriz sea adaptada a los contextos y se utilice en cada país, de manera que permita la identificación en el contexto nacional de los principales asuntos o problemas que se deban enfrentar, considerando las características del sistema de salud, los resultados de la medición del desempeño, las prioridades de la población, las responsabilidades institucionales y la disponibilidad de recursos.

El objetivo principal es formular y ejecutar un *plan de desarrollo de la fuerza de trabajo, basado en las competencias derivadas de las funciones esenciales de la Salud Pública*. Dicho plan deberá sustentarse en una clara determinación de políticas de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública y en orientar la mejora de la práctica de la salud pública, sobre la base de las siguientes intervenciones:

- Desarrollo educacional de la fuerza de trabajo basada en la competencia
- Gestión de la fuerza de trabajo de la salud pública
- Regulación de los procesos educativos y laborales de la FTSP
- Reorientación y mejora de la calidad en la formación de pre y posgrado en salud pública, basadas en las funciones esenciales

La siguiente figura ilustra lo que se podría llamar el ciclo del desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública, e intenta relacionar esas medidas:

4.2 Algunas condiciones estratégicas para el desarrollo de la fuerza de trabajo

Las autoridades nacionales que en sus respectivos países han aprobado los mandatos regionales para impulsar la Iniciativa de "La salud pública en las Américas", han hecho las mediciones del desempeño de las funciones esenciales y se han propuesto llevar adelante planes de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública, están demostrando el grado de sensibilidad alcanzado ante el deterioro de las condiciones en que se desenvuelve la salud pública actualmente en la mayoría de ellos. Y están demostrando también decisión política para impulsar el cambio de dichas condiciones. Es de resaltar la importancia de esa decisión porque constituye una de las condiciones básicas, si se pretende lograr el cambio.

La decisión política debe reflejarse no sólo en la movilización de voluntades y recursos del sector público. También deben reflejarla las diversas instituciones que, en la sociedad y el Estado, tienen competencia y responsabilidad con respecto a las prestaciones de la salud pública y emplean personal que desempeña funciones sanitarias. Es esencial que exista comunicación con las instituciones de educación en materia de salud pública. De la sensibilización, el compromiso y la movilización de las mismas

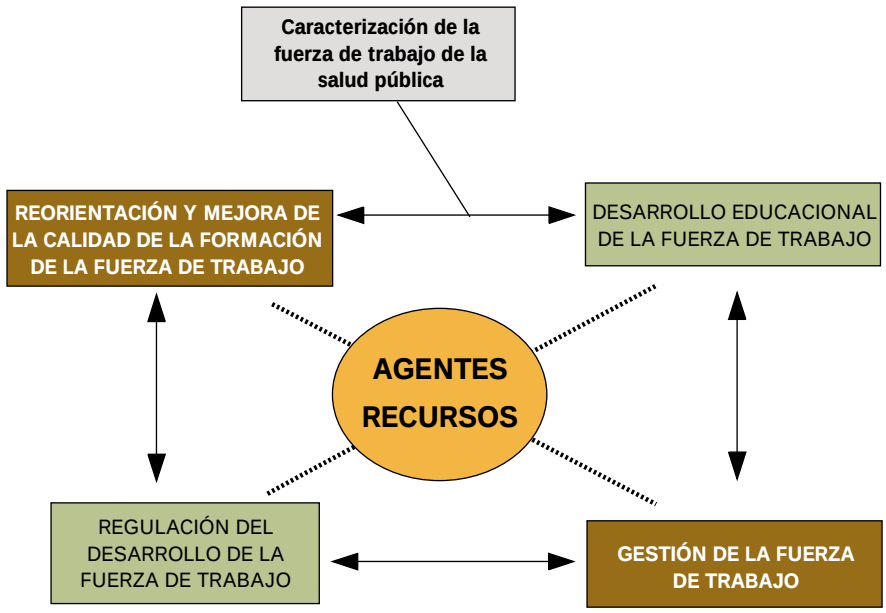
Cuadro 2 Mapa de cuestiones pertinentes para la formulación de un plan de desarrollo de las FTSP

Ámbitos Intervención	Educación—Formación de la FTSP	Trabajo o desempeño de la FTSP	Mercados de trabajo	Profesionalización
Política de desarrollo de la fuerza de trabajo en la salud pública	Es el conjunto de ideas y definiciones que generan y estructuran esfuerzos conscientes del Estado y la sociedad, para crear planes y condiciones institucionales que permitan la mejora de la contribución de la fuerza de trabajo de la salud pública en el desempeño de las FESP.			
Planificación	Previsión sistemática y sistémica de las condiciones políticas, capacidades institucionales y recursos para satisfacer las necesidades cuantitativas y cualitativas de la fuerza de trabajo, en un plazo dado, que requiere el adecuado desempeño de las FESP. En esencia se trata de la formulación del Plan de desarrollo de la FTSP Eficiencia en la asignación de personal para mejorar su distribución			
Regulación	Acreditación de escuelas y programas. Estrategias de calidad	Regímenes de trabajo, modalidades de contratación, protección laboral	Regímenes de salarios e incentivos Eficiencia reguladora en la gestión y desarrollo de la fuerza de trabajo	¿Recertificación? Organización y representación de los practicantes de la salud pública
Formación profesional y técnica	Desarrollo de la competencia basada en las FESP en carreras de grado profesionales y técnicas	Orientación de la formación por los requisitos del desempeño	Análisis de estructura y dinámica de los mercados de trabajo para la planificación educacional	Participación de los agentes profesionales en la definición de planes y currículos
Capacitación y desarrollo profesional y técnico	Participación de las instituciones educativas de la salud pública en la educación permanente de la FTSP	Desarrollo de competencias de la FTSP basadas en las FESP Educación permanente basada en competencias	Educación permanente y desarrollo de empleabilidad	Participación de organizaciones de practicantes de SP en el desarrollo profesional permanente
Gestión de la fuerza de trabajo	Utilización de la educación permanente como estrategia para el desarrollo de la FTSP Acceso a educación permanente como condición de la definición y desarrollo de carrera funcionarial Sistema de incentivos no monetarios	Gestión de las relaciones de trabajo Individuales y colectivas Criterios y marcos normativos para selección, reclutamiento, inducción y asignación Gestión de la calidad y productividad del desempeño	Diseño y aplicación de sistemas de incentivos Eficiencia distributiva para revertir la concentración del personal en zonas urbanas	Participación en la definición de criterios de carrera funcionarial Garantía de buenas condiciones y medio ambiente de trabajo

depende la mejora de la salud pública. Es asimismo importante la participación de todas las escuelas y facultades que forman personal de salud. Sin la participación de esas instituciones no es posible formular ni ejecutar planes, que mejoren la competencia de la fuerza de trabajo de la salud pública.

Es condición imprescindible que, como protagonistas de la iniciativa, las autoridades sanitarias den un paso para romper la incomunicación o superar el divorcio entre instituciones formadoras, servicios de salud e instituciones estatales —responsables de la salud pública—, a fin de movilizar todas las voluntades y todos los recursos, en función del de-

Figura 4 Ciclo de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública



sarrollo de la capacidad sanitaria nacional. De manera paulatina se sentarán las bases y se generarán las condiciones para construir un *sistema integrado de educación y capacitación en materia de salud pública*, sistema que constituiría la infraestructura fundamental del desarrollo de la fuerza de trabajo, eje del fortalecimiento de la capacidad nacional para atender la salud pública. Como quedó comprobado en el encuentro de Santo Domingo, la experiencia centroamericana demuestra que existen condiciones para ese acercamiento y para consolidar la colaboración. Una de las aspiraciones de esta iniciativa y, específicamente, de la propuesta que aquí se esboza, es que contribuya al progresivo desarrollo de sistemas integrados de educación en los países de las subregiones.

Debe prestarse atención especial a los componentes de capacitación ya existentes en casi todos los proyectos de inversión o desarrollo institucional que, para apoyar los procesos de reforma, se desarrollan en muchos países de la Región. Es necesario evaluar estas experiencias, en las cuales se han invertido considerables sumas de dinero. Miles de trabajadores han sido capacitados en diversos aspectos de la gestión sanitaria. Por lo común, esa capacitación a respondido a la lógica de los respectivos proyectos y de haber fijado objetivos, evaluados únicamente en el marco de los mismos, con frecuencia, sin compromisos ni acuerdos previos y sin obedecer a orientaciones generales de la institución o del propio sistema de salud. Por lo general también ha habido escasa coordinación entre los distintos proyectos que, a menudo, compartían poblaciones, objetivos y ámbitos de acción. Coordinados adecuadamente, esos proyectos han sido —y es posible que sigan siendo— fuente importante de recursos financieros e institucionales, que pueden ser movilizados para desarrollar la fuerza de trabajo de la salud pública.

5. Desarrollo educativo basado en competencias

5.1 Educación permanente para el desempeño basado en las competencias

Esta medida tiene por objetivo contribuir al mejoramiento del desempeño de la fuerza de trabajo actualmente empleada en el sistema de salud y en otros ámbitos, mediante estrategias y planes educativos. Los planes educativos se formularán con el objetivo de lograr la formación de personal competente. Los planes deben ser también valiosos y útiles en la educación de pre y posgrado en salud en general y sobre salud pública en particular.

Este enfoque se basa en el concepto de que el desempeño de los individuos como fuerza de trabajo es una función compleja donde intervienen, entre otros, factores subjetivos de motivación y competencia profesional, así como factores institucionales y organizativos que se reflejan en la gestión, la disponibilidad de recursos y la localización de las condiciones de trabajo. En la siguiente figura se trata de ilustrar la función:

Donde:

D es el desempeño de la fuerza de trabajo,

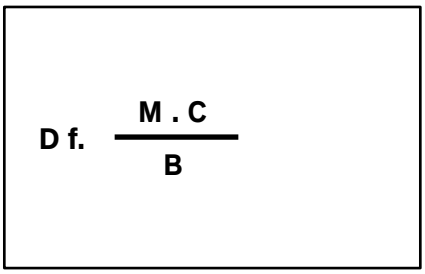
M es la motivación,

C es la competencia de la fuerza de trabajo, y

B son las barreras u obstáculos organizativos, gerenciales, normativos, etcétera.

El enfoque de *competencias* nos permite desarrollar planes educativos y medidas de gestión de la fuerza laboral *desde el*

Figura 5 Función del desempeño laboral



punto de vista de los requerimientos, problemas y desafíos del trabajo, es decir, desde el punto de vista del desempeño que, para la Iniciativa "La salud pública en las Américas", significa dentro de la práctica de las funciones esenciales de la salud pública. Una precisión que asume carácter estratégico es que esta práctica sea interdisciplinaria, ya que supone el encuentro de varias profesiones y ocupaciones.

Una segunda consideración a favor del enfoque de la competencia es *la naturaleza cambiante y compleja de los sistemas de salud,* que genera de manera continua nuevos desafíos para la formación y educación permanente del personal. Esos desafíos van mucho más allá de los enfoques y contenidos fundamentalmente biomédicos con los cuales se forma la mayoría de los profesionales y técnicos en salud.

Enfrentar esos desafíos requiere por tanto una aproximación diferente —teórica y metodológica— a la educación de la fuerza de trabajo, tanto durante la formación como durante el desarrollo y mantenimiento del desempeño de funciones de calidad, del mantenimiento y mejora de la competencia. El enfoque educativo basado en la competencia es parte de este nuevo enfoque de la educación en materia de salud que, en la Organización Panamericana de la Salud y en buena parte de la Región, se denomina *educación permanente en salud.* Se caracteriza por los siguientes componentes:

5.1.1 Aprendizaje en el trabajo

La educación permanente ha enfatizado la categoría "trabajo" como el espacio dónde se definen y configuran las necesidades y demandas educativas. El potencial educativo de la situación laboral, el análisis de los problemas del trabajo cotidiano y la orientación del proceso educativo hacia la transformación de las prácticas técnicas y sociales del trabajador hacen que el entorno laboral sea el espacio privilegiado para desarrollar el aprendizaje. "Se diagnostican las necesidades y los problemas y se proponen estrategias y procesos de educación permanente que puedan integrar lo individual a lo institucional y lo social, además de articular lo intelectual con lo afectivo, fortaleciendo el compromiso profesional y social del trabajador".

Constructivismo cognitivo

El constructivismo cognitivo postula que es el sujeto —el trabajador de la salud— quien, en el proceso de aprender, estructura activamente el conocimiento, integrando y reinterpretando la información y las experiencias que recibe. Para lograrlo, utiliza sus experiencias previas, su capacidad de comprensión y el intercambio de informaciones y opiniones que mantiene endiversos contextos. En el aprendizaje, el contexto inmediato (laboral y social) juega un papel importante porque el proceso de aprender tiene significado y, por lo tanto, efecto e impacto, cuando se desarrolla en un contexto en el cual las aptitudes desarrolladas y los nuevos conocimientos pueden ser utilizados de manera eficaz. En este punto se produce el vínculo con la motivación para aprender, que surge del deseo de comprender y estructurar significados para lo que se aprende. Todo conocimiento tiene que estar "situado" para ser significativo (es decir, debe "tener sentido") en la mente del aprendiz. De lo contrario. el aprendizaje será mecánico y memorístico; además carecerá de las condiciones básicas del aprendizaje constructivista. Esas condiciones son: reflexión, capacidad de decisión durante el proceso de aprendizaje y capacidad para resolver los problemas de la práctica.

Aprendizaje de adultos

La base técnica de la educación permanente incluye principios de la educación de adultos, como son:

- Vinculación del conocimiento que se adquiere con problemas reales, generando así una pedagogía de la problematización
- Relación estrecha entre el aprendizaje, la vida y el trabajo
- Responsabilidad para aprender y autogestionar el desarrollo educativo personal
- Participación activa en el proceso
- Cooperación en el diseño de los procesos de aprendizaje
- Valoración de la utilidad del conocimiento según parámetros de eficacia, basados en la experiencia personal y la capacidad de usarla para resolver los problemas de la práctica.

Es decir, se considera al agente de salud (al adulto en situación de aprender)

como artífice de su propia práctica. El aprendizaje se basa en la experiencia laboral y vital. Eso significa que, en la educación de adultos, es esencial aprender a través de la experiencia. La experiencia constituye la base y el punto de partida para elaborar nuevos conceptos y para buscar la comprensión de conceptos y teorías. Con ese enfoque, el aprendizaje comprende un ciclo que se inicia con la experiencia, continúa con la reflexión y conduce a la acción basada en la experiencia o la práctica que, a su vez, da lugar a una nueva experiencia y a un nuevo ciclo de reflexión-acción.

5.1.2 Estrategias metacognitivas: aprender a aprender

En la educación permanente constructivista, tan importante es la estructuración del conocimiento basado en conocimientos y experiencias previos, como el desarrollo de las estrategias metacognitivas de cada persona. La metacognición es el proceso de pensar cómo pensar. Es decir, es el análisis que cada sujeto hace sobre su proceso cognitivo personal y de cómo, a partir de ese análisis, puede regular su proceso de aprendizaje. Implica tener conciencia de los procesos mentales que el aprendiz desarrolla al abordar determinado aprendizaje: qué tipo de relaciones establece, qué proceso usa para el razonamiento (inducción, deducción, comparación, etcétera), cuál es su capacidad para reconocer qué aspectos del aprendizaje presentan dificultades, dónde y cómo empezar a superarlas, cuánto tiempo tardará en lograrlo, etcétera. La reflexión sobre estos procesos llevará al aprendiz a buscar ayuda cuando la necesite y le permitirá abrir espacios para el aprendizaje de procedimientos cognitivos cada vez más complejos. Es lo que comúnmente se llama "aprender a aprender".

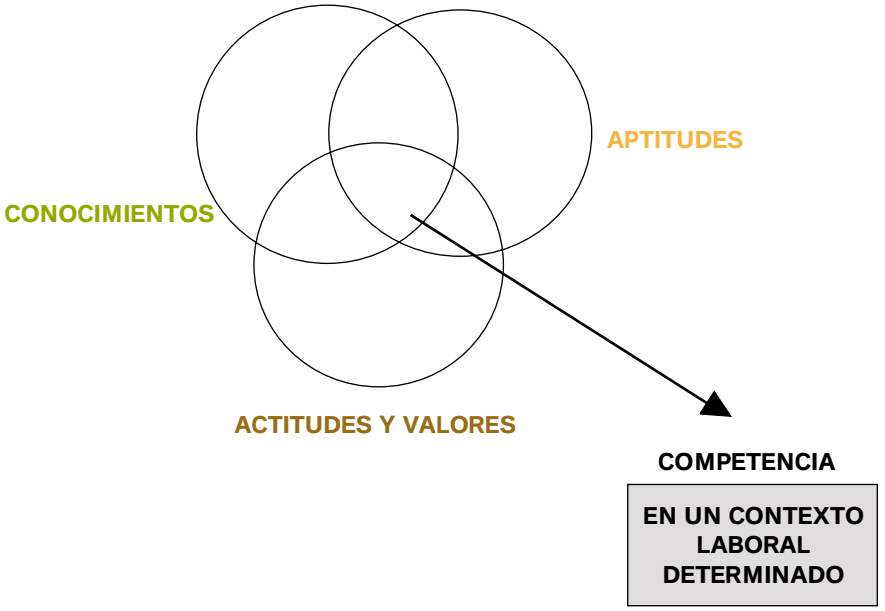
Enfoque de lo que se entiende por "competencia laboral"

Proponemos una definición sencilla de lo que significa competencia laboral: una persona es competente en el mundo del trabajo cuando sabe hacer algo con sus conocimientos. En otras palabras, la competencia se evalúa por medio de lo que una persona sabe, si sabe ponerlo en práctica y por qué lo hace, en un contexto laboral determinado, con la interacción de los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores del trabajador puestos en acción para el logro de resultados significativos en un contexto laboral dado. En la figura siguiente se muestra una forma de representar el significado de la palabra "competencia":

En sistemas de adaptación complejos (caracterizados por bajos niveles de acuerdo y altos márgenes de incertidumbre), como son los organismos de servicios de salud y las instituciones del sector de la salud, se sabe que una condición básica para el buen desempeño de la fuerza de trabajo es la definición clara de la misión y los resultados organizativos. Pero el logro de dichos resultados exige tener definida con absoluta precisión la competencia del personal y aseguradas determinadas condiciones subjetivas (estrategias intelectuales del tipo "aprender a aprender", una condición esencial) y objetivas (institucionales), que permitan al trabajador adaptarse al cambio, generar nuevos conocimientos y mejorar su desempeño de manera continua. En la literatura especializada inglesa se habla de capability.

La identificación de las competencias requiere un marco referencial, dado por determinada taxonomía de competencias que convierta las "funciones esenciales" en elementos orientadores de la programación educativa. Con respecto a la Iniciativa, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS hizo consultas con expertos y revisó la bibliografía, con el fin de aproximarse a

Figura 6 Concepto de competencia laboral



una taxonomía que permitiera funcionalmente dar el paso de las "funciones esenciales" a la "competencia" (13). De esa manera se llegó a la siguiente aproximación taxonómica:

Competencia básica

Es aquella que proporciona la comprensión fundamental de lo que es y para qué es la salud pública. Deben dominarla todos los trabajadores de la salud pública.

Competencia transversal

Es la que aporta conocimientos generales y específicos, aptitudes y destrezas en áreas que permitan el desempeño de una o más funciones. Deben dominarla varias categorías de profesionales y técnicos de la salud pública, según la responsabilidad de cada uno.

Competencia técnica

Es la que proporciona conocimientos técnicos, aptitudes y destrezas necesarias para desempeñarse en el cumplimiento de una función esencial, programa o área determinada de aplicación. Se estructura a partir de las dos categorías anteriores. Deben dominarla determinados equipos de trabajo, responsables de determinada función esencial.

Es decir, el desempeño satisfactorio de una o más funciones esenciales se basa en el dominio de la combinación de las tres categorías de competencias.

Cuando se analizan las funciones esenciales por lo que respecta a requisitos educativos para evaluar la competencia (conocimientos, aptitudes, actitudes y valores), se llega a la siguiente tipificación de campos de competencia, para configurar determinado desempeño previsto en los trabajadores de la salud pública (cuadro 3).

Cuadro 3 Campos de competencia en la práctica de la salud pública

- Valores y ética profesional
- Análisis y evaluación
- Adaptabilidad y mantenimiento de la competencia
- Gestión de la relación con el medio externo
- Dominio técnico específico de la función esencial
- Comunicación
- Capacidades gerenciales
- Formulación, análisis y evaluación de políticas
- Gestión del desarrollo de capacidades institucionales

La planificación del desarrollo de capacidades personales e institucionales, como la que se propone para el adecuado desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, se basa, además de en la previsión de las necesidades cuantitativas de las diversas categorías de la fuerza de trabajo, en una clara definición de la competencia laboral del personal y de las condiciones organizativas para su desempeño.

Como se planteó anteriormente, uno de los componentes básicos del plan será el desarrollo educativo de la fuerza de trabajo, basado en las competencias. La ejecución del plan supone un proceso complejo que va desde la conversión de las funciones esenciales en competencias —según una taxonomía dada— hasta la definición de los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarias para el desempeño previsto, pasando por la identificación de elementos de competencia y la definición de criterios de desempeño. Este proceso se muestra en la figura siguiente:

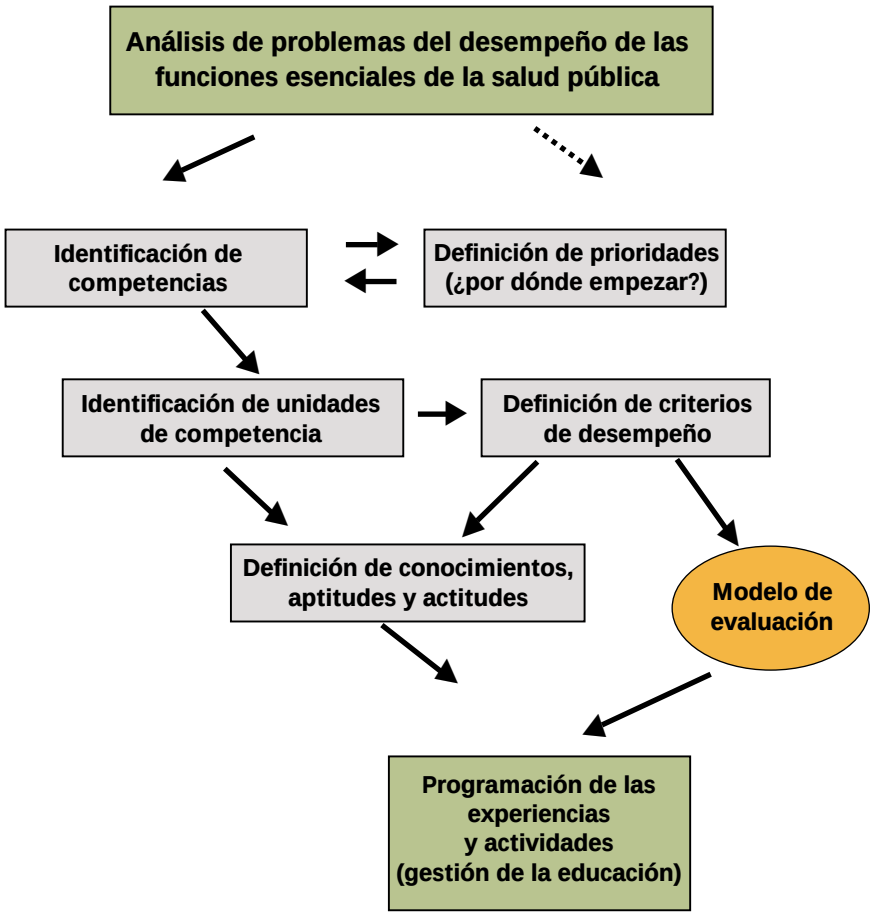
Condición sine qua non del enfoque educativo basado en competencias es que no se pueden programar objetivos, estrategias ni acciones educativas sin la participación de quienes realmente desempeñan la función y demuestran su competencia, es decir, sin la participación de los trabajadores. Son ellos quienes, de una manera eficaz que se determinará en cada caso, aportan los elementos laborales y de desempeño realmente existentes. Por tanto una premisa básica es que la elaboración de programas educativos —desde la fase de identificación de las necesidades educativas hasta la gestión de las prácticas—, es una experiencia participativa entre los educadores y los trabajadores, que serán los agentes del aprendizaje y, al mismo tiempo, el objetivo del programa.

a) Análisis de problemas del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública

Es la fase de identificación de necesidades de aprendizaje. Se trata de identificar los problemas de desempeño de las funciones esenciales en los contextos reales y específicos donde se dan, a partir de una desagregación sistemática de la función en las decisiones y acciones necesarias para cumplirlas.

Como ya se ha dicho, exige la participación de los responsables en la práctica del desempeño de las funciones. La definición de quienes participan dependerá de la naturaleza de la función y de la importancia de las decisiones que implica (directivos del nivel político estratégico, gestores de programas y unidades, personal de nivel gerencial o personal operativo). El resultado es un conjunto de problemas de desempeño que serán considerados más adelante en una lista de necesidades de aprendizaje.

Figura 7 Proceso de programación educativa basado en competencias



b) Definición de prioridades

Es una decisión de índole política que debe ser asumida por quienes dirigen el proceso de desarrollo de la fuerza de trabajo. Quiere decir que, según las características del proceso político del sector, las necesidades de salud de la población, los objetivos del cambio del sistema de salud y los requisitos para hacer hincapié en determinadas funciones de la salud pública, establecerán por qué función o problema se iniciará el proceso. El resultado es una ruta crítica, que indica la secuencia que se deberá seguir e identifica los grupos objetivos de la fuerza de trabajo que serán prioritarios en el proceso educativo.

c) Identificación de competencias

Es un proceso según el cual, con la participación de educadores y trabajadores de la salud pública, se identifican los problemas de desempeño de las funciones esenciales y las necesidades de aprendizaje, de acuerdo con pautas de competencia previamente establecidas. Es decir, se trata de señalar las necesidades de aprendizaje identificadas en relación con la competencia, determinar el desempeño previsto y, cuando sea necesario, cuál es el nivel de desempeño que puede considerarse idóneo. A partir del desempeño previsto se establece el nivel de competencia exigido. En otras palabras, la competencia no es más que el desempeño previsto, considerado en el contexto laboral específico del personal. En algunos casos, los requisitos para ser considerado idóneo son complejos y es necesario dividirlos en unidades de competencia, si se pretende que sean útiles para determinar los contenidos de la enseñanza.

d) Definición de criterios de desempeño

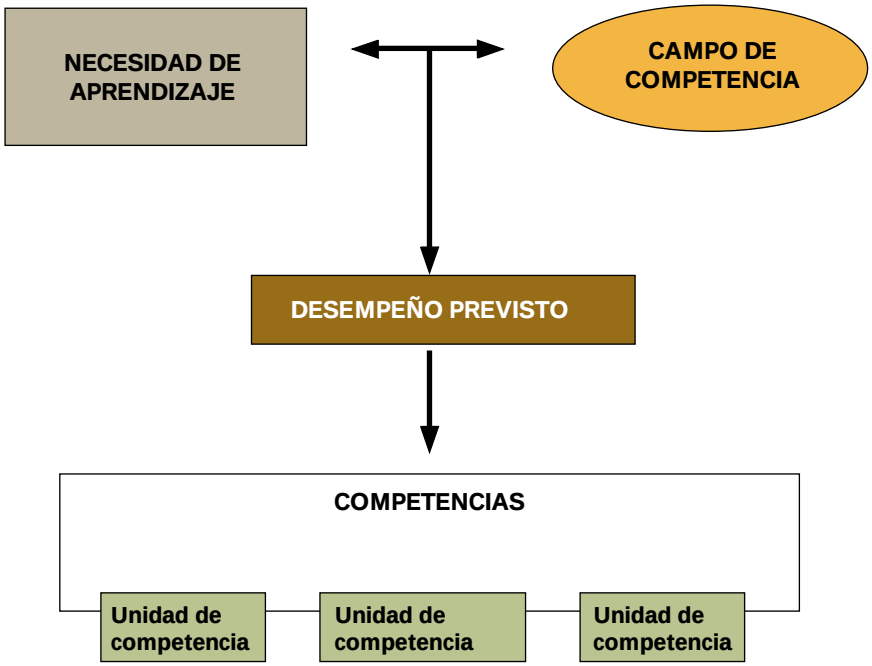
A partir de la definición del desempeño previsto, es necesario proceder de inmediato a la definición de los criterios según los cuales se evaluará dicho desempeño. Es decir, se evaluará la competencia. Se trata de que los responsables de esbozar los programas de enseñanza se ubiquen en una situación lo más cercana posible a la situación laboral real, para definir variables e indicadores que establezcan si el desempeño previsto corresponde al desempeño real. O sea, si se ha conseguido ser competente y si la competencia adquirida se ejerce como es debido.

El momento de llegar a conclusiones en ese terreno es de suma importancia porque de esas conclusiones dependen los criterios de evaluación del aprendizaje. Exige considerable esfuerzo definir el modelo de evaluación del aprendizaje.

e) Definición de conocimientos, aptitudes y actitudes

Esta fase es más conocida porque se realiza cotidianamente. Se trata de elegir, entre varias metodologías adecuadas para la propuesta de educación permanente, la que mejor se ajuste al proceso en marcha y de proceder a la programación de los contenidos del aprendizaje —estableciendo de manera sistemática los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarias—, para luego continuar con

Figura 8 Identificación de la competencia laboral



la fase de gestión de las actividades y experiencias educativas. En esta fase, donde se organizan las experiencias de aprendizaje en el contexto real, es donde será de gran utilidad la taxonomía de la competencia básica, transversal y técnica, debido a que será el momento oportuno para definir la composición de los grupos de aprendizaje. El principio fundamental es que los grupos de aprendizaje sean análogos a los grupos de trabajo en el desempeño real que, en condiciones de educación durante el servicio, forman parte del mismo equipo.

f) Evaluación educativa

Es un proceso permanente a lo largo del ciclo educativo que, desde el punto de vista del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, debe seguir los principios de Kirkpatrick y tener en cuenta los cuatro niveles de evaluación, enfatizando los niveles III (desempeño) y IV (impacto).

Se basa por un lado en el marco que le definen las necesidades de aprendizaje, identificadas a partir de los problemas surgidos en las FESP. Y, por otro lado, en la definición de criterios de desempeño. Dentro del marco de la educación en curso, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (PDRH) ha creado un nutrido conjunto de instrumentos de evaluación educativa, con la finalidad de apoyar técnicamente los proyectos y programas de capacitación en curso de la Región.

5.2 Un sistema de educación sobre salud pública

Los pedidos masivos de distintos países para capacitar a la fuerza de trabajo y garantizar así niveles adecuados de desempeño obligan a pensar en una infraestructura educativa de alcance nacional. Es necesaria la organización de un verdadero sistema de educación de salud pública —articulando las diversas instituciones de educación, empleadoras, de servicios y de representación profesional—, para contribuir al esfuerzo común de desarrollar esa fuerza de trabajo.

Existe tradicionalmente una escisión entre las instituciones educativas de salud pública y los organismos empleadores de la fuerza de trabajo. Lo mismo ocurre en otras áreas de desarrollo de los recursos humanos de salud. Las asociaciones de trabajadores de la salud pública, todavía poco desarrolladas en la Región, han estado ausentes —con escasas excepciones— de los debates nacionales sobre reformas en el sector.

Sin embargo, desde que, como respuesta a los desafíos de los procesos de reforma, se puso en práctica en los últimos años la cooperación técnica de OPS/OMS —para estimular la comprensión y el uso de las funciones esenciales de la salud pública—, se ha podido comprobar la voluntad común de aproximarse, impulsada tanto por instituciones educativas como por organismos empleadores. Ya se ha dicho que la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) ha respaldado la propuesta de funciones esenciales, asumiéndola como orientación general de los desarrollos curriculares en los posgrados de salud pública e, incluso, en los desarrollos institucionales. En Cuba, se está estructurando un sistema de educación integrado en la salud pública que utiliza las funciones esenciales como marco de referencia para el desarrollo educativo basado en la competencia. A través de la estrategia de salud de la familia, en el Brasil se están ensayando novedosas y promisorias modalidades de integración entre universidades y municipios —responsables locales de los sistemas de salud—, en el marco de los pro-

cesos de mejora del nivel básico de atención. Será necesario evaluarlas para difundirlas como buenas prácticas.

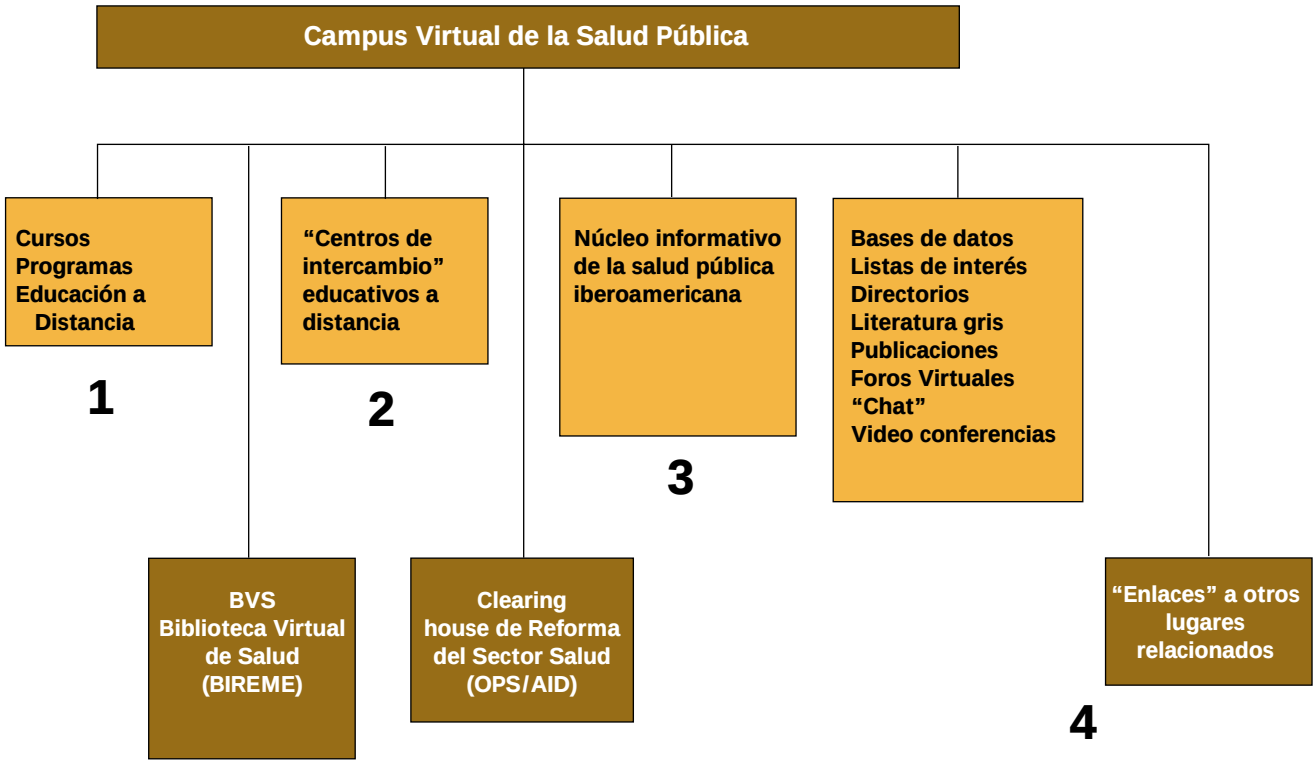
5.3 Educación a distancia

Las necesidades masivas de educación que implica el desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública, más la creciente disponibilidad y el mayor acceso a la infraestructura informática en los países de la Región, instan a pensar en utilizar la estrategias de educación a distancia como una de las más importantes en los planes de desarrollo.

La emergencia y consolidación de un mundo interconectado por redes de computadoras, satélites y tecnologías de telecomunicación representadas por Internet, la world wide web y la configuración de redes corporativas (intranet), han cambiado las condiciones de trabajo y aprendizaje de muchos trabajadores, entre ellas las de los trabajadores de la salud pública. Por otro lado, la progresiva y creciente utilización de las modernas tecnologías de la información y la comunicación en la educación a distancia permite, no sólo desarrollar programas basados en teorías educativas sino mejorar los resultados del aprendizaje, transformar prácticas y hacer accesible la educación a trabajadores que, hasta hace poco tiempo, no podían acceder a ella por razones precisamente de trabajo. Las circunstancias actuales obligan, pues, a considerar esta modalidad como una estrategia fundamental en el desarrollo educativo de la fuerza de trabajo.

Por iniciativa de la OPS —con el concurso de la Universitat Oberta de Cataluña y diez instituciones académicas líderes en educación de salud pública y cooperación internacional—, se está desarrollando en América Latina la iniciativa del Campus Virtual de la Salud Pública, orientado a estimular la competencia de la fuerza de trabajo que demandan las funciones esenciales de la salud pública. En el momento actual son muy escasas las instituciones educativas que no estén tratando de dar el

Figura 9 Oferta de servicios del Campus Virtual en Salud Pública



1 Educación continua para personal en servicio responsable por gestión de servicios y programas y dirigentes del sector (policy makers), en los diversos niveles de decisión.
2 Metodologías, tecnologías e instrumentos educativos disponibles para fortalecimiento institucional de las I.E.S.P.
3 Recursos informativos, boletines, informaciones, noticias, resúmenes, enlaces a websites de interés.
4 Por ejemplo: Public Health Foundation, ALAESP, ASPHER, ALPHA, ASPH, etc.

salto hacia la educación basada en redes informáticas. Es una necesidad estratégica comprometerlas en el esfuerzo de ofrecer educación a la fuerza de trabajo de la salud pública.

El Campus Virtual ofrece una posibilidad efectiva y de amplio alcance para incorporar la educación a distancia en los planes de desarrollo de la fuerza de trabajo. Los objetivos generales del Campus Virtual son los siguientes:

- Contribuir al desarrollo de la competencia profesional e institucional para el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública.

- Impulsar el acceso al conocimiento y a la información del personal de la salud pública de la Región, para mejorar decisiones y toma de medidas.

- Promover el intercambio entre profesionales e instituciones de salud pública (educación y salud), con fines de aprendizaje institucional.

La siguiente figura muestra la oferta general de servicios y programas educativos e informativos que ofrece el Campus Virtual.

6. Gestión de la fuerza de trabajo de la salud pública

El desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública requiere también el esfuerzo consciente y sostenido de las autoridades sanitarias y de cada uno de los organismos empleadores, para mejorar las condiciones institucionales, administrativas y materiales de la fuerza de trabajo en los lugares donde se desempeña cotidianamente, a cambio de determinada remuneración. La gestión de la fuerza de trabajo ha sido desde hace mucho tiempo un área gris en los sistemas y servicios de salud, reducida al tratamiento administrativo y formalista de la vida laboral del personal.

Cuadro 4 Doble problemática de la gestión de recursos humanos de salud

Viejos desequilibrios
- Falta de equilibrio en la disponibilidad de personal
- Inadecuada distribución geográfica de recursos (inequidad)
- Desequilibrios en la composición del equipo de salud
- Debilidad de los sistemas de información
- Baja integración entre formación y servicios
- Salarios bajos y poco incentivadores

Nuevos problemas derivados de las reformas
- Exigencias por productividad y calidad del desempeño
- Descentralización y disgregación de funciones
- Flexibilización-precarización del trabajo
- Demandas de un nuevo tipo de regulación
- Generación de incentivos a la productividad
- Cambios en la oferta educativa
- Desafíos de capacitación para la reforma

Los modos de regulación del trabajo (que deciden, entre otras cosas, el contrato y el salario) han cambiado aceleradamente en los últimos tiempos en los países de la Región, como consecuencia de los cambios en la economía, el Estado y la misma administración pública. Este proceso de amplio alcance ha generado, a su vez, cambios en la gestión de la fuerza de trabajo de la salud en general y de la salud pública en particular, como subconjunto de la anterior. El análisis de la situación y las tendencias de la gestión de la fuerza de trabajo muestra una acumulación de modelos de gestión propios de fordismo, con ciertos rasgos de flexibilidad, que configuran un cuadro complejo y puede caracterizarse de la siguiente manera:

Al transferir en mayor o menor medida responsabilidades y recursos de la gestión de la fuerza laboral, los procesos de descentralización de los sistemas de salud han sido una fuerza determinante para la transformación de esta gestión en una función estratégica y compleja que, para ser operativa, necesita con urgencia personal calificado, información de calidad e instrumentos especiales.

Aunque se carezca de información específica y fidedigna sobre la fuerza de trabajo de la salud pública, no hay razón alguna para pensar que su comportamiento por lo que se refiere a vinculación laboral, salarios, carrera funcionarial, etcétera, sea diferente de la fuerza de trabajo de salud en general. Máxime si se considera la situación de deterioro de la infraestructura y de la capacidad institucional en la salud pública, demostrada antes en los resultados de la medición del desempeño de las funciones esenciales.

Como establece el documento base de la Resolución CS 43.R6, del cuadragésimo tercero Consejo Directivo de la OPS-OMS (2001), es necesario un esfuerzo nacional y regional, concertado y basado en pruebas firmes, para fortalecer la capacidad institucional de la gestión de recursos humanos, incluidos los procesos y medidas que afectan a la fuerza de trabajo de la salud pública. Entre esas medidas hay que resaltar las siguientes:

La planificación de la fuerza de trabajo de la salud pública a corto, mediano y largo plazo

Esta función implica no sólo la estimación cuantitativa de necesidades (como se ha hecho tradicional e infructuosamente), sino fundamentalmente la determinación de competencias y perfiles de la fuerza de trabajo. Aquí se da una interacción esencial con la programación del desarrollo educativo basado en la competencia profesional. Se trata, por tanto, de una función de previsión cuantitativa y cualitativa de la gestión basada en competencias.

Mejora cualitativa en la selección, reclutamiento, ubicación y conservación de la fuerza de trabajo (función de dotación de personal)

Esta función ha sido una de las más débiles en el campo de la administración del personal y se ha convertido en condición esencial, en el actual contexto de creciente complejidad y flexibilidad de las relaciones de trabajo. Es tal vez aquí donde debe hacerse el mayor esfuerzo para la modernización y cambio de enfoques, procedimientos e instrumentos.

Gestión del desempeño

La gestión basada en la competencia redefine los criterios para programar, organizar y evaluar el trabajo del personal. Se trata de que, sobre la base del conocimiento del desempeño previsto en el cumplimiento de las funciones esenciales, se definan nuevas formas de organizar el trabajo para lograr mayores niveles de productividad y calidad. En este aspecto es necesario incluir la promoción de equipos de trabajo, la aplicación de incentivos apropiados, nuevas modalidades de evaluación del desempeño y la vigencia de sistemas de retribución y reconocimiento viables.

Gestión de las relaciones de trabajo

Esta función —que, en general, se ha ocupado de la normatividad que rige los hechos formales de la vida laboral, sin prestar demasiada atención a mejorar el desarrollo de la administración de personal—, tiene carácter estratégico en el contexto actual de reformas y desregulaciones. Se trata de la gestión participativa, negociada y concertada con los agentes sindicales, tanto con respecto a las relaciones individuales (contrato y salario principalmente), como a las relaciones colectivas de trabajo (representación, sindicalización, huelga, negociación, carrera). En el adecuado desempeño de esta función se juega, en buena medida, la viabilidad de los cambios y la posibilidad de alcanzar los objetivos de mejora en el desempeño del sistema y, por extensión, de las funciones esenciales de la salud pública.

Gestión de la educación permanente de la fuerza de trabajo

En condiciones regulares, la educación permanente del personal —el desarrollo profesional por medios educativos— es una función más, aunque estratégica, de la gestión de la fuerza de trabajo. Dadas las urgentes necesidades que surgen en el desempeño de la función esencial 8, en este momento hay que tener en cuenta determinadas condiciones para cumplir los fines del plan de desarrollo de la fuerza de trabajo.

Condiciones de seguridad y entorno laboral

Es otra de las funciones poco desarrolladas que es necesario impulsar, dadas las particularidades y riesgos a los cuales están sometidos los trabajadores de la salud pública.

Este marco funcional para el desarrollo de la capacidad institucional en la gestión de la fuerza de trabajo —y cuanto se refiere a la regulación de los procesos educativos y laborales—, sirve como orientación para señalar algunas de las exigencias que deben asumir los equipos responsables del desempeño de la función esencial 8.

El planteamiento estratégico originado en la adopción del enfoque de competencias es el de alcanzar una gestión integrada del desarrollo educativo y del desempeño de la fuerza de trabajo. Más aún: hay que insistir en que, cuando se habla de desarrollo de la fuerza de trabajo, no se habla solamente de capacitación sino de la interacción y el efecto integrado de la educación (formación y educación permanente), la gestión, la regulación de la fuerza de trabajo y sus procesos.

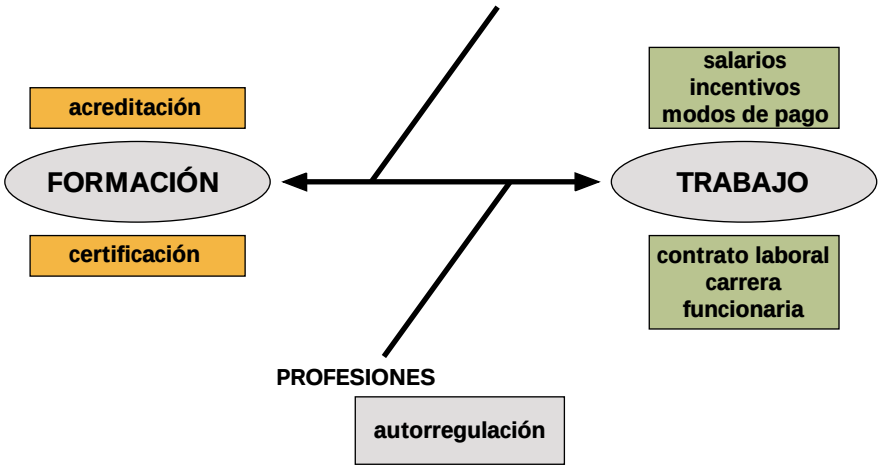
La figura siguiente muestra los principales mecanismos de regulación de los procesos de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y puede ayudar a caracterizar aspectos normativos en el campo de la salud pública.

Sin profundizar en cada uno de los mecanismos, tal vez los que más importancia pueden tener en la actual coyuntura de cambios en la Región son los siguientes:

Acreditación de programas educativos e instituciones formadoras

Se trata de desarrollar y aplicar de manera concertada criterios de calidad de procesos e infraestructura educativos que garanticen determinado estándar de calidad (predeterminado y aceptado), en beneficio de los educandos, de las instituciones empleadoras y, en última

Figura 10 Principales Mecanismos Regulatorios



instancia, de la población beneficiaria de los servicios.

Incentivos para el desempeño del personal

Son instrumentos reguladores y de gestión. Estimulan la incorporación de personas a la fuerza de trabajo de la salud pública, su compromiso y apego a la función que desempeñan, estimulando también la mejora del desempeño cotidiano.

En este caso no se trata solamente de mejorar los salarios (por lo general bajos) ni de establecer una política de incentivos monetarios (ampliamente difundidos y estimulados en muchos procesos de reforma, a menudo con resultados discutibles y difíciles de mantener), para estimular el mejor desempeño y el apego a la institución empleadora. Se trata principalmente de ofrecer condiciones adecuadas para el desarrollo profesional y personal. En este caso, por tratarse de un tipo especial de trabajador —necesitado de permanente adquisición de conocimientos—, las oportunidades de desarrollo educativo son muy importantes.

7. Reorientación y mejora de la calidad en la educación de pre y posgrado en salud pública

Definir el perfil, evaluar y desarrollar a un trabajador competente para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública es una tarea que también ha sido definida como marco de referencia para la educación de posgrado de numerosas instituciones educativas, agrupadas en la ALAESP. Esta asociación desarrolla actividades conjuntas con la OPS, con el objetivo de elevar la calidad de la educación de posgrado, promoviendo el uso de criterios adecuados de calidad en los procesos de acreditación de programas e instituciones. Se considera que dicho marco de referencia es también válido para la reorientación y fortalecimiento de la educación de pregrado de las diversas carreras de salud, especialmente medicina y enfermería.

Con respecto a los posgrados de salud pública y programas afines, la OPS y la ALAESP están impulsando una estrategia de alianzas institucionales y de asociados para poner en marcha procesos de gestión de la calidad, teniendo en cuenta las necesidades tanto de los alumnos como de los docentes. Las líneas de acción se orientan principalmente a:

Invertir el atraso del modelo pedagógico, adoptando nuevas ideas y promoviendo debates en la educación superior, tanto de pre como de posgrado.

Fomentar y apoyar que el sector educativo defina o redefina un enfoque de calidad en la salud pública, centrado en objetivos de cambio de los sistemas de salud y basado en acuerdos con los diversos sectores participantes en la educación sobre salud pública.

El cuadro siguiente resume estas líneas de acción:

En cuanto al pregrado en salud, es necesario reconocer que la salud pública no ha sido un tema presente en los debates educativos de los últimos años, pese a haberse considerado cuestión prioritaria durante los años setenta y ochenta. Está bastante divulgada la evidencia de una disminución progresiva de contenidos de la salud pública y disciplinas afines en los currículos de las escuelas de medicina.

En los últimos seis años la OPS-OMS ha evaluado el impacto de las reformas del sector en cuanto a la práctica médica y de enfermería, con el fin de identificar nuevas tendencias, como el esfuerzo para reorientar la educación profesional de pregrado. A continuación se presenta una síntesis de dichas tendencias:

Cuadro 5 Líneas de acción para la mejora de la calidad educativa de posgrado en salud pública (OPS-ALAESP)

Intervenciones	Programas educativos	Ámbito de la docencia	Ámbito del alumnado
Mejora y fortalecimiento de los posgrados en salud pública	Invertir la tendencia a la transmisión escolarizada de información y a la extrema debilidad en la producción de conocimientos (investigación)	• Educación permanente y divulgación selectiva de información para docentes • Definición de líneas de investigación y creación de condiciones para su realización • Fortalecimiento de la capacidad en la función tutorial • Promoción de aprendizajes y resolución de problemas en grupos interdisciplinarios • Aprovechamiento del potencial de producción intelectual del alumnado • Desarrollo de espacios de debate y expresión en la política sanitaria	• Revisión de criterios de selección (perfiles y requisitos acordes con el enfoque de calidad y la misión institucional) • Aplicación de un modelo andragógico: contratos de aprendizaje, aprendizaje grupal, currículos flexibles, integración de la información y de disciplinas para aprendizaje basado en problemas • Definición precoz de tesis y trabajos de graduación, tutoría permanente • Experiencias educativas en servicios e instituciones: nuevas formas de vinculación docencia-servicios
Propuesta de iniciativas conjuntas para la gestión de la calidad de la educación sobre salud pública	Promoción de la integración de disciplinas y de los conocimientos: reorganización de los mismos según su utilidad para la resolución de problemas prioritarios del sistema de salud y sociales. Incorporación de enfoques y debates epistemológicos que favorezcan esa integración	Difusión amplia de debates sobre funciones esenciales de la salud pública, reformas del sector, calidad de la educación, gestión de la calidad • Promoción de la participación de los posgrados de salud pública en la construcción participativa de un enfoque de calidad • Organización de foros de intercambio sobre avances teóricos educativos, escenarios de cambio sanitario, enfoques de calidad, modelos de gestión de la calidad, etc. • Organización de grupos de trabajo sobre temas prioritarios del debate sanitario • Desarrollo de una masa crítica de agentes educativos en gestión de la calidad	

Fuente: OPS — ALAESP. La calidad de la educación en la salud pública: un desafío impostergable. Relato de la Reunión Especial de Consulta. Santiago de Chile, noviembre de 2001.

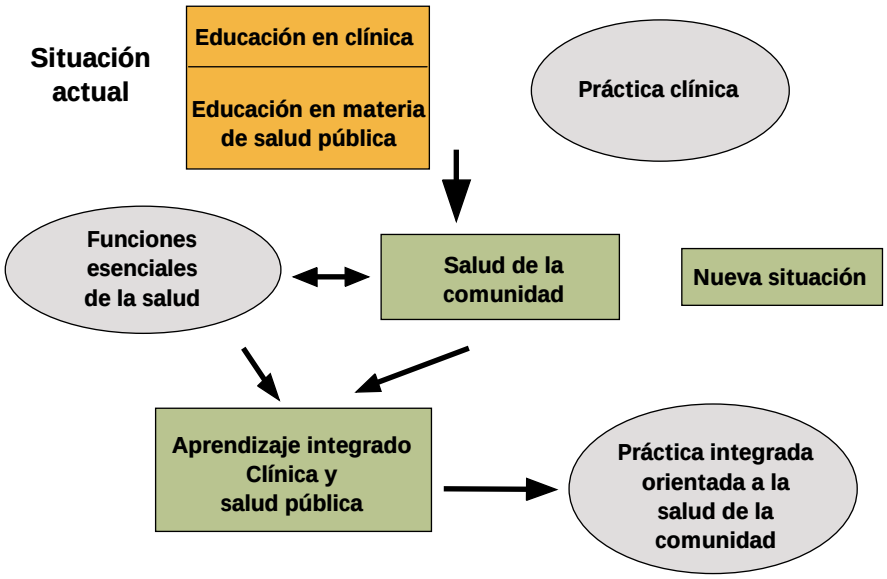
- Demanda de perfiles generalizados: expansión universal de propuestas y modelos de práctica en las denominadas medicina general y de familia.
- Creciente regulación de especialidades: recertificación.
- Requisitos de competencia relativos a la promoción de la salud.
- Requisitos de desempeño utilizando enfoques de medicina basados en la realidad.
- Creciente práctica en entornos de atención controlada.
- Decisiones clínicas basadas en criterios de costo y eficacia.

Junto a estas tendencias de la práctica profesional, la mayoría de las carreras de salud mantienen un concepto insostenible en la actual educación profesional: la escisión entre clínica y salud pública. Las experiencias de vanguardia en educación médica proponen que el profesional de la salud del siglo XXI tenga la debida competencia, cosa que demuestra claramente la ruptura con los perfiles tradicionales. En el caso de los médicos, se considera que el facultativo debe ser competente como profesional de atención integral, responsable de adoptar decisiones, divulgador, líder comunitario, promotor de la salud, gerente de servicios, orientador en la entrada del sistema (gatekeeper) y gestor de recursos. Se considera, además, que debe tener capacidad para trabajar en equipo, ser buen clínico, tomar muy en cuenta las relaciones humanas, etc. Todas estas condiciones exigen una redefinición profunda del modelo educativo y de la aportación de experiencias en los ámbitos de aprendizaje.

En la mayoría de los casos, las escuelas y facultades de ciencias de la salud requieren, entre otros, un cambio sustantivo de los modelos disciplinarios de formación profesional que permita el enfoque integral del ser humano. Ese objetivo exige también una nueva definición de la salud que supere la biomédica, replantee de manera eficaz la formación de proto-especialistas clínicos —con formación que sustente la práctica generalista— y estimule una nueva relación con los servicios (más allá de las formalidades de la tradicional articulación docencia-servicio).

Entre estas redefiniciones se plantea un nuevo equilibrio y una nueva relación entre clínica y salud pública, cambio que puede ser operativo por medio del análisis profundo de las funciones esenciales de la salud pública y la toma de posición educativa respecto a esas funciones. Como orientación general, al organizar el sistema de atención deben tenerse en cuenta la mejora de la capacidad de análisis de las condiciones de salud, las demandas de salud de la comunidad y la forma de aplicar las conclusiones. La figura siguiente ilustra los cambios necesarios.

Figura 11 El cambio necessario de la Educación en Salud Pública



8. Una mirada integral a la cooperación técnica para el desarrollo de la fuerza de trabajo

En el presente capítulo se han ofrecido de manera sistemática los enfoques y las propuestas de la OPS-OMS para contribuir a la definición de planes de políticas y planes de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública, como componente importante de la mejora de las capacidades institucionales nacionales en el desempeño de las funciones esenciales. En este apartado —a título de resumen y utilizando una matriz programática—, se ofrece un panorama sintético, pero completo, de las posibilidades de cooperación en el campo del desarrollo de recursos humanos de la OPS-OMS.

Cuadro 6 Contribución de la OPS-OMS al desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública

Propuestas programáticas	Contribución al desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública para el desempeño de las funciones esenciales
Observatorio de los recursos humanos de salud Red internacional para la producción de pruebas en apoyo al desarrollo de políticas de recursos humanos	• Producción de información y conocimientos para la definición y ejecución de políticas de desarrollo de la fuerza de trabajo • Producción de datos básicos para caracterizar la fuerza de trabajo • Fortalecimiento de sistemas de información de recursos humanos • Producción de información para la planificación de la fuerza de trabajo
Educación permanente Nuevo modelo educativo basado en la educación de adultos para la educación en curso y la formación profesional	• Metodologías e instrumentos para la programación educativa basada en competencias laborales • Instrumentos para la gestión de la educación basada en competencias • Desarrollo de capacidades institucionales para la educación en curso
Campus Virtual de la Salud Pública Entorno educativo virtual para la educación a distancia en salud pública orientada por las funciones esenciales	• Producción de servicios y materiales educativos a distancia para la educación permanente de la fuerza de trabajo de la salud pública y para el desarrollo de capacidades institucionales • Cursos y materiales en línea definidos por competencias y en función de las necesidades para el desempeño de las funciones esenciales • Centro coordinador de recursos educativos e información de importancia para el desempeño de la salud pública • Desarrollo de una comunidad virtual de la salud pública • Acceso a educación e información en español, portugués e inglés
Desarrollo de gestión de la calidad de la educación en materia de salud pública Programa de apoyo a las instituciones educativas de la salud pública para el desarrollo de un enfoque de calidad y el fortalecimiento de capacidades institucionales en gestión de la calidad de la educación en materia de salud pública	• Desarrollo de marcos de referencia, instrumentos y técnicas para la renovación / transformación educativas y programáticas de los posgrados en salud pública y carreras de ciencias de la salud • Desarrollo de un enfoque de calidad de educación en materia de salud pública y de marcos e instrumentos reguladores (acreditación) acordes con el mismo • Por medio de una alianza de instituciones afines, asegurar la difusión de información y gestión de conocimientos actualizados y pertinentes para la educación en materia de salud pública • Promoción del marco de referencia de las funciones esenciales de la salud pública
Gestión de recursos humanos Plan de apoyo al desarrollo de capacidades institucionales en los países para el desarrollo de un nuevo enfoque y una nueva práctica en la gestión de los recursos humanos de salud	• Capacitación en servicio en materia de gestión de recursos humanos, para mejorar la gestión especifica de la fuerza de trabajo de la salud pública • Instrumentos de programación de corto y mediano plazo de la fuerza de trabajo de la salud pública • Instrumentos adecuados para el cambio y mejora de las funciones y procedimientos de reclutamiento, selección, asignación, y evaluación del desempeño • Instrumentos para la gestión de la productividad y la calidad del desempeño de la fuerza de trabajo • Aseguramiento de condiciones para la educación de la fuerza de trabajo basada en competencias • Apoyo técnico para la mejora de la calidad de la vida laboral y de las condiciones de trabajo

8.1 Perspectivas de colaboración regional

A lo largo del presente capítulo se han presentado en diversos momentos enfoques, orientaciones y sugerencias que pueden ser útiles para elaborar planes nacionales de desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública. Como instrumento para elaborar el documento plan, no parece necesario formular un modelo especial. Se puede adoptar la propuesta desarrollada en el capítulo 13 de "Capacidad Institucional Infraestructura de la salud pública", de modo que sea coherente con propuestas de otros planes.

Sin embargo, sí sería pertinente proponer la formulación del propósito del componente de desarrollo de la fuerza

de trabajo del plan, que deberá hacer referencia al logro en un determinado plazo de:

> ...una fuerza de trabajo competente y motivada para desempeñar las funciones esenciales de la salud pública con calidad y eficiencia.

Puesto que es responsabilidad de alcance regional la cooperación técnica del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, es deseable proponer algunas estrategias que orienten el trabajo de apoyo regional a la formulación, desarrollo y ejecución de planes nacionales de desarrollo de la fuerza de trabajo.

8.1.1 Colaboración activa entre países

Esta estrategia sirve para hacer operativo el principio de panamericanismo en la salud pública. Pero es también imperativo que los distintos países complementen entre sí los esfuerzos para desarrollar la fuerza de trabajo de cada uno de ellos. La complementación es ya muy evidente y tiene gran potencial. Así ha quedado demostrado con la experiencia en Centroamérica, el trabajo de la ALAESP y la participación multinacional de la Región en eventos nacionales e internacionales de la salud pública.

8.1.2 Fortalecimiento de las políticas de recursos humanos en general y de la fuerza de trabajo de la salud pública en particular

Si se consideran las tendencias crecientes de flexibilidad laboral y la desregulación de la educación superior, se requieren —tal vez en este momento más que antes—, definiciones de la política de recursos humanos en general y de desarrollo de la fuerza de trabajo en particular. Las políticas señalan el camino y delimitan marcos para el desarrollo educativo, la planificación y los cambios en la regulación y la gestión de la fuerza de trabajo.

9. Fortalecimiento de la gestión de la fuerza de trabajo

La gestión de recursos humanos ha sido, desde siempre, una función políticamente débil y poco desarrollada, en cuanto a técnica se refiere. Si se plantea una educación basada en la competencia laboral, es imposible desarrollar la fuerza de trabajo de la salud pública en los distintos países sin transformar la gestión en función estratégica de la salud pública.

10. Uso intensivo de la capacidad existente; coordinación y complementación de recursos

Una de las enseñanzas importantes de la cooperación —que acompaña proyectos educativos en las reformas del sector— ha sido constatar la transformación de las prácticas educativas y de gestión de la capacitación en casi todos los países. Esa transformación permite estructurar las reformas, a partir de avances ya consolidados en muchas instituciones nacionales (Serie Observatorio 3, 2002). En cambio, también se constató en muchos países la duplicación y descoordinación de esfuerzos, el dispendio de recursos y el exceso de medidas tomadas sobre objetivos similares de la población. En estas condiciones, se hace más necesario que nunca coordinar iniciativas y aunar esfuerzos.

11. Promoción, difusión e incorporación de buenas prácticas y modalidades educativas exitosas

Los últimos años han sido muy ricos en experiencias nacionales e internacionales de desarrollo educativo, dentro y fuera del sector de la salud, dentro y fuera de la Región. Por eso es importante aprovechar las buenas prácticas desarrolladas y los éxitos alcanzados en contextos que tengan alguna similitud, y aprender de ellos.

12. Asegurar la disponibilidad de instrumentos y metodologías

La difusión activa y la capacitación en el dominio de los instrumentos y metodologías desarrollados y probados en años recientes, tanto en educación como en planificación, regulación y gestión de la fuerza de trabajo en la salud pública y en otros campos, debe ser una estrategia muy avanzada, que sea utilizada en el marco de colaboración entre países.

13. Estrategia para la formulación de programas subregionales de apoyo a los esfuerzos nacionales

Esta estrategia recoge una iniciativa formulada y reclamada en la reunión de países de Centroamérica, Haití, Cuba y Puerto Rico, celebrada en la República Dominicana los días 15 y 16 de marzo de 2002. Hay mucha experiencia acumulada de iniciativas subregionales a lo largo y ancho de la Región que se puede aprovechar para impulsar el desarrollo de la fuerza de trabajo de la salud pública.

Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública: La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública. Washington, D.C., OPS, 2000.

Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas, Washington D.C., OPS, 2001.

Wislow, CD y W.L. Bramer. Future Work: Putting Knowledge to work in the Knowledge Economy. New York. Free Press, 1994.

CDC/ATSDER. Taskforce on Public Health Workforce Development. www.pphppo.cdc.gov/taskforce.

US.DDHHS.PHS.HRSA. Bureau of Health Profession. Sixth Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States, June 1998.

HRSA. The Public Health Workforce Enumeration. 2000.

Public Health Leadership Society — Principle for Enumeration. 2000.

Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos de Salud: Conjunto de datos básicos, 1999.

Davini M.C. y M. A. Clasen Roschke. Conocimiento significativo: el diseño de un proyecto de educación permanente en salud. Educación de Personal de Salud. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos 100. Washington, D.C., 1994.

Rogers C.R. Freedom to Learn: A view of What Education Might Become. Westerville, Ohio, Merrill, 1969.

Kolb D.A. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, 1984.

Fraser S.W. y Greenhalgh. Complexity Science: Coping with Complexity: Educating for Capability. BMJ 2001; 323: 799–803.

OPS-CINTERFOR. Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo, 2002.

Kirkpatrick D.L. Evaluating Training Programs. The Four Levels, Berrett-Kochler Publishers. San Francisco, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. Manual de gestión de la educación en servicios. PALTEX, 2002.

Byrne N. y M Rozental. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. Educación Médica y Salud, Vol. 28, No. 1: 53–93, 1994.

Cooperación internacional para el mejoramiento de la práctica de la salud pública

1. Cooperación para el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene el compromiso con sus países miembros de apoyar los procesos de transformación del sector de la salud, comúnmente denominados reformas en salud. Esto significa trabajar intensamente con los países en la formulación de opciones para el sector de la salud que signifiquen un avance efectivo en el acceso equitativo a los servicios de salud para los habitantes de nuestro continente.

Los jefes de Estado y de gobierno de los países de las Américas se pronunciaron con toda claridad en la Primera Cumbre Hemisférica de Miami sobre la necesidad de impulsar procesos de reforma del sector de la salud orientados a asegurar un acceso equitativo a los servicios básicos de salud. No a reformar por reformar, sino a reformar con un sentido y una dirección que supongan mejorar la salud de las personas, fomentar entornos y prácticas sociales saludables, llegar a los excluidos y a los más pobres, y eliminar las iniquidades que hoy existen en la situación de salud, el acceso a los servicios y el financiamiento sectorial.

En esa oportunidad, en diciembre de 1994, los mandatarios de nuestros países miembros recomendaron que se convocase un foro continental para discutir los avances y los desafíos que enfrentaban los procesos de reforma sanitaria sectorial en el continente. Eso fue en septiembre de 1995, en la ciudad de Washington, en el marco del Consejo Directivo de la OPS, que integra a todos los ministros de salud de las Américas. Participaron también las instituciones de la seguridad social en salud y de otros sectores de gobierno responsables de las decisiones económicas y de la planificación para el desarrollo relacionadas con el sector. Tal como lo habían solicitado los jefes de Estado y de gobierno, la OPS sumó esfuerzos con distintos organismos de cooperación bilaterales y multilaterales, así como con las principales instituciones financieras internacionales, para auspiciar un encuentro continental de debate sobre el estado de las reformas del sector de la salud.

Los jefes de Estado y de gobierno emitieron también en Miami, en 1994, el mandato, conferido a la OPS, de poner en marcha un proceso de seguimiento y evaluación de la reforma sanitaria sectorial en los países de las Américas. Este marco de referencia, que recibió el apoyo de los países miembros, es hoy un proceso en marcha que está permitiendo examinar el curso que han seguido las reformas y disponer de bases para definir los ajustes y cambios de rumbo que se requie-

ren para que las transformaciones del sector realmente tengan un impacto favorable en la prestación de servicios de salud, haciéndola accesible a las personas que más los necesitan.

Las deliberaciones celebradas y los mandatos suscritos subsecuentemente por los ministros de salud de las Américas en los órganos directivos de la OPS, tanto en 1997 como en 2001, destacan la alta prioridad que tiene el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias a todos los niveles del Estado, así como el mejoramiento del desempeño de las funciones esenciales de salud pública que le son propias. Asimismo, hacen hincapié en la necesidad de intensificar la cooperación en este ámbito en virtud de la multiplicidad de acciones que ello requiere.

En el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS, correspondientes a los cuadrienios 1995–1998 y 1999–2002, del Plan Estratégico que se propone para el período 2003–2007 y de las acciones de cooperación técnica en apoyo a los procesos de reforma sectorial, se ha procurado prestar especial atención al fortalecimiento de la autoridad sanitaria, al desarrollo de su capacidad rectora y al apuntalamiento del ejercicio de las FESP como ejes fundamentales del desarrollo institucional del sector.

Para ello se han concentrado esfuerzos programáticos regionales y de país en actividades dirigidas a:

a) la elaboración, diseminación y promoción de un marco de referencia conceptual y operativo del papel rector de los ministerios de salud en el nuevo contexto de la modernización del Estado y la reforma del sector;

b) la orientación y apoyo técnicos para la reorganización y fortalecimiento institucional de los ministerios de salud de los países miembros, a fin de que puedan desempeñar su papel de entes rectores ante las nuevas realidades sectoriales;

c) el desarrollo, diseminación y promoción de directrices, metodología e instrumentos específicos para consolidar el desarrollo institucional de la autoridad sanitaria de los países de la Región, con miras a que puedan ejercer plenamente sus responsabilidades de conducción, regulación, desarrollo de las funciones esenciales de salud pública, articulación de la prestación de servicios, vigilancia del aseguramiento y redistribución compensatoria del financiamiento sectorial;

d) divulgación e intercambio de experiencias nacionales de ejercicio de la capacidad rectora de los ministerios de salud y del desarrollo institucional para ese propósito.

Con ello se ha querido contribuir a que la autoridad sanitaria de los países de la Región fortalezcan su capacidad rectora sectorial y su papel de liderazgo intersectorial mediante avances en:

- el perfeccionamiento de su papel normativo, permitiendo la flexibilidad necesaria para la identificación y solución de los problemas, tanto nacionales como locales, dentro del marco del proceso de descentralización;

- la contribución a que la participación social desempeñe un papel determinante en la práctica de la salud pública en nuestras sociedades;

- el fomento y uso eficaces de la comunicación social para fines de salud;

- el fortalecimiento de la práctica de la salud pública;

- la formulación y ejecución de políticas que permitan aumentar la equidad en el acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud, favoreciendo la solidaridad social en la solución de los problemas de salud;

- la elaboración de pronósticos que permitan formular políticas de salud que en su implantación y sus acciones permitan logros sostenibles económicamente e irreversibles socialmente;

- el favorecimiento de políticas que permitan el incremento continuo de la calidad de los servicios para lograr la satisfacción de la población;

- la utilización de la investigación como proceso para la adopción de decisiones y el perfeccionamiento tecnológico del sistema de salud;

- el uso del análisis de situación de salud para establecer políticas de salud y evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios;

- el fomento de la investigación en salud pública y en servicios de salud para dirigir las políticas de salud en favor de mayor equidad;

- la evaluación del nivel de satisfacción de la población con el objeto

de vigilar el efecto de las políticas sobre los usuarios de los servicios.

- el desarrollo de la capacidad de análisis de las demandas y conflictos surgidos desde la sociedad civil y de las respuestas ofrecidas y sus consecuencias en las políticas públicas de salud.

El desarrollo de estas tareas requiere nueva capacidad profesional, un amplio desarrollo de instrumentos legislativos que les den fundamento, y una reorganización de la estructura y el funcionamiento de los ministerios de salud para poder cumplir con dichos cometidos. En muchos de los casos no se trata sólo de una reorganización administrativa sino más bien de una reingeniería profunda que requiere fortalecimiento institucional, desarrollo de la fuerza de trabajo e inversión bien dirigida. En los años venideros, la OPS, dentro de sus esfuerzos encaminados a apoyar el desarrollo de los sistemas y servicios de salud y los procesos de reforma sectorial en los países de la Región, deberá conceder alta prioridad a las acciones de cooperación tendientes a consolidar el ejercicio de la función rectora sectorial de la autoridad sanitaria a través del fortalecimiento de la capacidad institucional para ese propósito.

2. La necesidad de cooperación internacional para mejorar la práctica de la salud pública

El centenario de la OPS, que conmemora la colaboración sanitaria de los países de las Américas a lo largo de un siglo, supone un escenario inmejorable para la cooperación internacional y la acción conjunta de todos los países de la Región en torno al mejoramiento de la salud de nuestros pueblos. Para ello resulta fundamental intensificar la colaboración en cuanto al fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias como eje para un buen desempeño de las FESP y consecuentemente para el mejoramiento de la práctica de la salud pública.

El ejercicio de medición del desempeño de las FESP en 41 países y territorios de las Américas, sustentado tanto en la operacionalización de un marco de acción renovado en materia de salud pública como en el imperativo de fortalecer el papel rector de las autoridades sanitarias (tal como se discute en las primeras tres partes del libro), ha arrojado resultados que demandan, como seguimiento inmediato, esfuerzos importantes de desarrollo institucional y fortalecimiento de la infraestructura a fin de mejorar la práctica de la salud pública en la Región.

La magnitud y complejidad de la tarea, como ha podido verse en los capítulos precedentes de esta cuarta y última parte, aún requieren desarrollos conceptuales, metodológicos e instrumentales que trascienden los confines nacionales y que pueden beneficiarse de esfuerzos conjuntos de países y organismos internacionales de cooperación en salud. Ello permitirá sumar esfuerzos, compartir experiencias exitosas y fallidas, identificar espacios de actuación conjunta y crear economías de escala para avanzar con más celeridad y firmeza en este empeño.

De ahí la importancia de ir hilvanando gradualmente un programa o "agenda" de cooperación internacional en este campo, de vertientes múltiples en su contenido y en los procesos necesarios para ponerlo en práctica. Este conjunto de actuaciones resulta central para el trabajo futuro de la OPS, tanto en el ámbito regional como en cada uno de los países miembros. Con todo, dicho programa no puede quedar limitado a los esfuerzos de la Organización, ya que trasciende su campo de acción. De modo natural, un programa de estas características reúne a otros actores internacionales del campo de la salud (bilaterales, multilaterales, instituciones de financiamiento internacional y fundaciones privadas), así como a agrupaciones subregionales de salud y distintos actores decisivos dentro de los países, especialmente las autoridades sanitarias y las instituciones formadoras e investigadoras en salud pública, y requiere de los aportes de dichos actores.

El espíritu de colaboración entre países y organismos debe caracterizar la cooperación internacional tanto técnica como financiera en apoyo al desarrollo y fortalecimiento de la salud pública en nuestros países a fin de mejorar, en última instancia, la salud de nuestros pueblos. En este sentido, resulta fundamental para los países de las Américas mantener un diálogo y una colaboración estrecha con los organismos bilaterales, multilaterales y privados, por una parte, y con los bancos de desarrollo, por la otra, de tal manera que se logre el máximo de convergencia posible entre la cooperación técnica y la cooperación financiera. Esto es especialmente importante en el ámbito de las reformas sanitarias sectoriales que tienen que enfrentarse a la necesidad de definir la forma en que nuestras sociedades han

de responder a las necesidades de las personas; en el desarrollo de la capacidad institucional de las autoridades sanitarias para el ejercicio de la función rectora dentro del sistema de salud, y en el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para mejorar el desempeño de las FESP y con ello alcanzar mejoras sustantivas en la práctica de la salud pública.

3. Hacia una definición de aspectos prioritarios y procesos críticos que deben orientar la cooperación internacional

La riqueza de las experiencias generadas a lo largo de los tres años de desarrollo y puesta en marcha de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", la información arrojada por el proceso continental de evaluación del desempeño de las FESP que son competencia de la autoridad sanitaria, en 41 países y territorios, y el compromiso asumido e internalizado por las máximas autoridades de salud de los países miembros de superar las debilidades y potenciar las fortalezas identificadas tras efectuar la medición de las FESP, permiten avanzar en la definición de algunas áreas prioritarias de acción para la cooperación internacional y de ciertos procesos críticos que las viabilicen, creen sinergias entre ellas y establezcan economías de escala.

Como un esbozo preliminar, y de manera muy sucinta, los *aspectos prioritarios para la cooperación* en este campo, en los años venideros, pueden resumirse de la manera siguiente:

1. *Los instrumentos de medición del desempeño de las FESP deben seguir siendo perfeccionados y ajustados* a la evolución conceptual, a las realidades cambiantes, a la evolución tecnológica y a los arreglos institucionales y organizativos de la salud pública en la Región. Los avances logrados hasta ahora deben servir de base a un proceso creciente de revisión y validación de las variables, indicadores y formas de medición que permitan que el instrumento tenga un grado de objetividad creciente y una conexión directa con la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo de la infraestructura de salud pública, de modo que se convierta en una herramienta de uso común para la autoevaluación, para diagnosticar necesidades de inversión y para gestionar mejoras en la práctica.

2. Se torna cada vez más *necesario avanzar en el desarrollo de instrumentos de medición del desempeño de las FESP de carácter subnacional*, tanto para el contexto de los estados unitarios como de los estados federales. La base que hoy se tiene para medir el desempeño de las FESP por parte de la autoridad sanitaria nacional puede llevarse al escenario de los niveles intermedios (provincias, estados, regiones, etc.) y de los niveles locales (municipios, condados, parroquias), y con ello aumentar el poder de resolución tanto del proceso como de los instrumentos, acercando el ejercicio a realidades operativas específicas que pueden permitir desarrollar acciones correctivas con mayor celeridad. Conviene hacer esto con cierto grado de armonía regional o subregional a fin de poder identificar líneas de acción comunes y generar economías de escala en su desarrollo. De igual importancia será adecuar la elaboración de los instrumentos y la definición de las variables ponderadas en el ejercicio subnacional con la definición de competencias que cada país tenga para la autoridad sanitaria en los distintos niveles del Estado (nacional, intermedio y local).

3. De particular importancia resultan el *desarrollo y perfeccionamiento de metodología e instrumentos para planificar y gestionar el fortalecimiento de la infraestructura, el desarrollo institucional de la autoridad sanitaria y el mejoramiento general de la práctica de la salud pública*. Esta línea de acción tiene que estar en consonancia con los demás procesos nacionales de planificación y diseño de la inversión sectorial, de manera que no termine por ser un ejercicio paralelo y hasta cierto punto vertical que signifique un costo de oportunidad para el resto de los esfuerzos organizados de desarrollo del sector. El capítulo 13 plantea algunas de las directrices fundamentales que hay que tomar en cuenta para avanzar exitosamente en esta tarea y analiza algunos de los obstáculos y oportunidades que se presentan en este camino. Los ejercicios nacionales de medición del desempeño de las FESP constituyen un punto de referencia que ayuda a definir los ámbitos de intervención y las necesidades de recursos para el fortalecimiento institucional. No obstante, en la medida en que, como se señala en los puntos 1 y 2 que anteceden a este párrafo, se logre ir perfeccionando el poder de resolución del instrumento y se

pueda ir avanzando en la medición del desempeño de las FESP a nivel subnacional, los ejercicios de planificación y gestión del mejoramiento de la práctica cobrarán mayor pertinencia y estarán cada vez más cerca de la trinchera operativa.

4. Un área que apenas comienza a ser explorada y develada, y que requiere una profundización mucho mayor en su desarrollo conceptual metodológico y aplicativo, es la que hace referencia al *desarrollo de marcos de análisis del financiamiento, gasto, costeo y presupuestación de las FESP*. El capítulo 14 ofrece un examen muy preliminar sobre el tema, propone algunos abordajes iniciales, identifica una serie de interrogantes al respecto y deja entrever el largo camino que falta por recorrer en esta dirección. Buena parte de la tarea consiste en mejorar la capacidad de identificar, con mayor precisión, las fuentes de recursos y los objetos de gasto que se relacionan con las FESP. Sin embargo, resulta más importante la definición de funciones de producción de los distintos componentes que conforman las FESP, de manera tal que pueda existir una base apropiada para su costeo. Con ello podrá tenerse una indicación mas precisa de la magnitud y distribución de los recursos necesarios para poder sostener las operaciones y acometer la inversión requerida en el ejercicio de las tareas fundamentales de la autoridad sanitaria. Estos niveles de gasto tienen en la actualidad una dimensión inercial e histórica, pero todavía no se desprenden de una base sólida de costeo que permita una adecuada evaluación económica y sanitaria de las intervenciones, y de lugar a una optimización de las formas de organización institucional para ejecutar las FESP.

5. Muy poco podrá avanzarse en la mejora de la práctica de la salud pública si no se otorga la importancia adecuada a las *acciones de fortalecimiento institucional y creación de capacidades nacionales, subregionales y regionales para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública*. Los capítulos 13 y 15 exploran en forma detallada los aspectos conceptuales e instrumentales asociados con este eje fundamental del fortalecimiento de la infraestructura. Se plantea así, un abanico de posibilidades que será importante discutir, al interior de cada país, para identificar el énfasis que es necesario dar al desarrollo y mejoramiento de las competencias de los trabajadores de la salud pública. Las acciones deberán dirigirse, por una parte, al personal ubicado actualmente en los servicios que desempeñan tareas relacionadas con el ejercicio de las FESP, y por otro lado, de manera complementaria, a las instituciones académicas que se ocupan de la formación e investigación en salud pública, a fin de hacerlas más relevantes y pertinentes en los procesos de mejoramiento de la práctica de la salud pública. En este sentido los esfuerzos innovadores de carácter colaborativo multiinstitucional, como el Campus Virtual de Salud Pública y Gestión Sanitaria, resultan cruciales para alcanzar a grandes números de profesionales de la salud pública a través de la educación a distancia basada en internet y de recursos de información para el desarrollo profesional en materia de salud pública.

6. La evolución de los conceptos de prácticas sociales y funciones esenciales de salud pública, el avance alcanzado en materia de medición de desempeño de las FESP y el creciente interés en definir e instrumentar procesos de mejora de la práctica de la salud pública, todo ello resultado de la Iniciativa Salud Pública en las Américas, abren la puerta al mismo tiempo que demandan nuevos espacios de *discusión conceptual, desarrollo metodológico y diseño instrumental sobre la articulación de las FESP con el resto del sistema de salud.* En esto se incluyen, entre otras, áreas como:

   - la relación de las FESP con la Atención Primaria en Salud,
   - el impacto de las FESP en la reorientación de los servicios con criterios de promoción,
   - la vinculación entre el establecimiento de objetivos sanitarios y la medición del desempeño de las FESP,
   - la influencia de las FESP en los procesos de formulación de políticas, diseño de estrategias y planificación sanitaria, y
   - el replanteamiento de los programas categóricos o tradicionales de salud pública que implican intervenciones sustantivas de carácter poblacional y de atención a las personas (inmunizaciones, control de vectores, prevención y

control de enfermedades transmisibles y no transmisibles salud ocupacional, etc.) a la luz de las FESP y de la óptica de desarrollo institucional y fortalecimiento de la infraestructura que está en ellas implícita.

En cuanto a los *procesos críticos* que pueden viabilizar las acciones prioritarias arriba señaladas cabe apuntar, entre otros, los siguientes:

1. Es importante avanzar en *la institucionalización nacional y en la realización periódica* de los ejercicios de evaluación del desempeño de las FESP. El desafío es pasar de un proceso de autoevaluación auspiciado por la cooperación internacional a una dinámica permanente, de carácter periódico, en la que el ejercicio se implante por cada país como una parte integral de los procesos de desarrollo de la infraestructura y mejora permanente de la práctica de la salud pública. Esto supone que la medición del desempeño de las FESP sea visualizada, con las adaptaciones del caso que cada país estime pertinentes, como un componente del tablero de mandos que tiene que ser puesto en acción para evaluar y mejorar el desempeño de los sistemas de salud; como un termómetro y un acicate para la acción que permiten a la autoridad sanitaria mantener la guardia en alto para poder llevar a cabo una parte crucial de las actividades que constituyen su razón de ser.

2. De crucial valor estratégico y coyuntural resultará el *desarrollar los aspectos conceptuales e instrumentales para garantizar una vinculación entre la medición del desempeño de las FESP, la formulación de planes nacionales de mejora de la práctica y de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública, y los procesos de establecimiento de objetivos sanitarios nacionales, subregionales o regionales.* Crecientemente, los países del continente están desarrollando procesos de planificación estratégica del sector y de establecimiento de objetivos de mediano y largo plazo referidos tanto a aspectos de resultados sanitarios (reducción de la mortalidad y la morbilidad, mejora en la calidad de vida y abatimiento de los riesgos para la salud), como a los procesos intermedios que resultan necesarios para alcanzar las metas trazadas en materia de resultados (organización de la atención a la salud, evaluación del desempeño del sistema, intervenciones intersectoriales, ejecución adecuada de las FESP). Este es un territorio casi virgen al mismo tiempo que fértil en muchos de los países de las Américas y puede convertirse en un catalizador de los esfuerzos encaminados a mejorar la práctica de la salud pública en el continente.

3. Las experiencias que se han ido adquiriendo en el campo de la medición del desempeño de las FESP y de las acciones encaminadas hacia la mejora de la práctica de la salud pública deben ser documentadas e intercambiadas entre los actores interesados tanto en el ámbito de los países como internacionalmente. En este sentido resultaría de gran utilidad la *consolidación de un centro de acopio y diseminación de la información y de las lecciones aprendidas (observatorio o "clearinghouse") sobre la práctica de la salud pública* que registre, analice, compare y agregue valor a la información disponible y constituya, de esa forma, un recurso de información e inteligencia en apoyo a los esfuerzos de los países en este campo.

4. Cercanamente, relacionado con el punto anterior esta el tema del *fomento y consolidación de redes institucionales de intercambio y coaliciones interagenciales que apoyen la evaluación del desempeño de las FESP y la mejora de la práctica de la salud pública.* Para ello será fundamental propiciar la participación de instituciones nacionales que se apropien del bagaje conceptual y metodológico que ha sido consolidado durante el desarrollo de la Iniciativa Salud Pública en las Américas, lo diseminen y reproduzcan en sus ámbitos de actuación y lo perfeccionen progresivamente ofreciendo un desarrollo apropiado a las circunstancias específicas de los países. La construcción de esta masa crítica en la Región será el conducto para propiciar un intercambio horizontal mas intenso y para potenciar la cooperación entre países en este campo. Pero para que este tipo de esfuerzo fructifique será necesario extremar la colaboración de las agencias internacionales de cooperación técnica y financiera, tanto bilaterales, como multilaterales y privadas a fin de que sus actuaciones sean convergentes y redunden en una potenciación de la capacidad institucional de los países para acometer los desafíos a los que se hace referencia en este libro.

5. El complemento a los cuatro procesos críticos antes señalados es la

abogacía y promoción sostenidas, tanto en los países como entre la comunidad internacional, de los desafíos las posibilidades y la relevancia de la salud pública para obtener mejoras en la salud de las personas, para contribuir a la reducción de la pobreza, para abatir las iniquidades en salud y en el acceso a los servicios de atención, para avanzar en la consecución de las metas de desarrollo para el milenio trazadas por el Sistema de las Naciones Unidas, para afirmar una cultura de la salud y de la vida, para construir entornos saludables, para asegurar el acceso universal a la atención a la salud y para, en última instancia, ensanchar los márgenes de la calidad de vida y de la seguridad humana.

En el mundo de hoy queda cada vez mas claro el hecho de que el quehacer de la salud pública y su traducción material en las FESP son un bien público global. En esa medida la cooperación internacional en este campo cobra un carácter prioritario y demanda esfuerzos especiales que hagan posible la construcción de procesos convergentes, tanto al interior de los países como mas allá de las fronteras de las naciones, encaminados a fortalecer la infraestructura y a contribuir al desarrollo institucional que hará posible conseguir mejoras en la practica de la salud pública. Si esto acontece habremos sabido repensar nuestro futuro y contribuir a un desarrollo humano integral que, como diría el profesor Amartya Sen —premio Nobel de Economía—, ensanche las libertades humanas y la dignidad y haga posible la expresión plena de las potencialidades de los individuos y las sociedades. La iniciativa la Salud Pública en las Américas ha querido contribuir modestamente a este empeño y este libro, como obra colectiva que se alimenta del esfuerzo de miles de trabajadores de la salud pública en el continente, busca dejar constancia de ello.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de la medición del desempeño de las FESP

Introducción

En función de que en los capítulos 8, 9 y 10 del libro se hace una descripción pormenorizada del instrumento de medición de las FESP, en el presente anexo se ha obviado esa información para no crear duplicaciones. Se recomienda al lector que se remita a los capítulos de la Parte III, referidos con antelación, para complementar el contenido del Anexo A.

Hay que tener presente que para la medición se parte de las FESP, explicitando su definición, se construyen indicadores, se precisan estándares y se aplica un conjunto de mediciones y submediciones que se detallan a continuación.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

Definición

Esta función incluye:

- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de la salud en el país y sus factores determinantes, con especial énfasis en la identificación de inequidades en los riesgos, daños y acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades sanitarias de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de salud y la demanda de servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de los grupos de especial interés o mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de los recursos extrasectoriales que benefician la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de tecnología, aptitudes y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluidos los actores extrasectoriales, los proveedores y los ciudadanos).
- La definición y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recogidos y su correcto análisis.

Indicadores

1.1 Guías y procesos de seguimiento y evaluación del estado de salud

Estándar

La ASN (autoridad sanitaria nacional) dispone de:

- Guías para medir y evaluar el estado de salud en todos los niveles del sistema de salud pública.

- Un sistema nacional integrado de seguimiento y evaluación del estado de salud, especialmente orientado a identificar las inequidades.
- Protocolos específicos para proteger la confidencialidad de los datos personales.
- Perfiles del estado de salud que influyen en la asignación de recursos y en el establecimiento de prioridades para problemas de salud de la comunidad según criterios de equidad.
- Tendencias en los parámetros del estado de salud, las correlaciones con los factores de riesgo, el análisis en función del sexo y otras variables pertinentes.

1.1.1 La ASN ha desarrollado guías para medir y evaluar el estado de salud de la población.

Las guías u otros instrumentos para medir el estado de salud:

1.1.1.1 ¿Se han desarrollado para el nivel nacional del sistema de salud?

1.1.1.2 ¿Se han desarrollado para los niveles intermedios del sistema de salud?

1.1.1.3 ¿Se han desarrollado para el nivel local del sistema de salud?

1.1.1.4 ¿Describen métodos apropiados para recopilar información y elegir fuentes de información adecuadas?

1.1.1.5 ¿Describen los papeles que tienen el nivel nacional y los niveles subnacionales en la recopilación de información?

1.1.1.6 ¿ Permiten que los ciudadanos y grupos organizados de la comunidad accedan a la información y protegen al mismo tiempo el derecho a la intimidad de las personas?

1.1.1.7 ¿Incluyen un proceso de mejora continua de los sistemas de información para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios de los niveles nacionales y subnacionales (instancias decisorias, gestores de programas, etc.)?

Si es así, el proceso:

1.1.1.7.1 Incluye normas uniformes en todos los niveles del sistema de información?

1.1.1.7.2 ¿Incluye procedimientos compatibles con las necesidades de las instancias nacionales e internacionales de las que el sistema forma parte y a las que debe remitir la información?

1.1.1.7.3 ¿Incluye una revisión periódica de las normas y procedimientos para evaluar su pertinencia a la luz de los avances tecnológicos y los cambios de política sanitaria?

1.1.1.8 ¿Describen los procedimientos necesarios para divulgar la información a los medios de comunicación y al público general?

1.1.1.9 ¿Protegen la confidencialidad de la información mediante el uso de protocolos definidos para tener acceso a los datos?

1.1.1.10 ¿Describen los procedimientos que hay que seguir para organizar la información en un perfil del estado de salud que contenga información con respecto a los objetivos nacionales de salud?

1.1.2 La ASN identifica y actualiza anualmente los datos recogidos en un perfil del estado de salud del país.

Este perfil incluye:

1.1.2.1 ¿Variables sociodemográficas?

1.1.2.2 ¿Mortalidad?

1.1.2.3 ¿Morbilidad?

1.1.2.4 ¿Factores de riesgo?

1.1.2.5 ¿Información sobre los hábitos de vida?

1.1.2.6 ¿Riesgos ambientales?

1.1.2.7 ¿Acceso a los servicios de salud individuales?

1.1.2.8 ¿Contacto con los servicios de salud colectivos?

1.1.2.9 ¿Utilización de los servicios de salud colectivos e individuales?

1.1.2.10 ¿Obstáculos para acceder a la atención sanitaria?

1.1.3 La ASN utiliza el perfil del estado de salud.

El perfil de salud se usa:

1.1.3.1 ¿Para evaluar las necesidades sanitarias de la población?

1.1.3.2 ¿Para evaluar las inequidades en las condiciones de salud?

1.1.3.3 ¿Para efectuar el seguimiento de las tendencias en el estado de salud?

1.1.3.4 ¿Para efectuar el seguimiento de los cambios en la prevalencia de los factores de riesgo?

1.1.3.5 ¿Para efectuar el seguimiento de los cambios en el uso de los servicios de salud?

1.1.3.6 ¿Para determinar la suficiencia y pertinencia de los datos informados?

1.1.3.7 ¿Para definir las prioridades y las necesidades de la población en materia de acceso a los servicios, participación en las actividades de promoción y asignación de recursos, con especial énfasis en la detección de inequidades en el acceso y la utilización de los servicios de salud?[1]

1.1.3.8 ¿Para definir los objetivos y las metas nacionales de salud?

1.1.3.9 ¿Para evaluar el cumplimiento de los objetivos y las metas nacionales de salud?

1.1.3.10 ¿Para mejorar la eficiencia y calidad del sistema para ejercer las funciones de salud pública?

1.1.3.11 ¿Puede dar algún ejemplo en el que se haya utilizado este perfil?

1.1.4 La ASN divulga la información sobre el estado de salud de la población.

La ASN:

1.1.4.1 ¿Produce un informe anual?

1.1.4.2 ¿Da a conocer este informe a todos los interesados en la información que contiene?

1.1.4.3 ¿Lo presenta a un conjunto de instancias decisorias clave del país?

1.1.4.4 ¿Organiza regularmente seminarios u otras actividades destinadas a explicar a las instancias decisorias clave las implicaciones de los elementos contenidos en el informe anual del estado de salud de la población y a sensibilizarlos con respecto a esas implicaciones?

1.1.4.5 ¿Suministra los datos de los resultados sanitarios sobre los que se ha efectuado un seguimiento a lo largo del tiempo y se comparan con los estándares y las metas mencionados específicamente en el perfil?

1.1.4.6 ¿Suministra a las comunidades un conjunto de medidas comprensible para ayudarlas a hacer comparaciones, fijar las prioridades de los problemas de salud comunitarios y las decisiones de asignación de recursos?

1.1.4.7 ¿Solicita y evalúa periódicamente sugerencias para mejorar el contenido, presentación y distribución del perfil del estado de salud?

1.1.4.8 ¿Evalúa regularmente el uso que los destinatarios de la información hacen de los informes sobre el estado de salud de la población?

[1] Definición de necesidades en el sentido de la expresión inglesa “needs assessment” (evaluación de necesidades).

1.2 Evaluación de la calidad de la información

Estándar

La ASN:

- Dispone de instancias de evaluación objetiva de la calidad de la información que se produce en los distintos niveles del sistema de salud
- Dispone de protocolos y normas para la producción, análisis e interpretación de los datos, de manera que los instrumentos usados sean comparables en todo el país y permitan también aquellas comparaciones internacionales aceptadas por el país
- Actualiza estos instrumentos, protocolos y normas conforme al avance tecnológico y de conocimientos y de acuerdo con las necesidades locales de información.
- Se coordina con otras instituciones nacionales que producen datos pertinentes para el seguimiento del estado de salud con el fin de asegurar la calidad de los mismos.

1.2.1 La ASN tiene una instancia para evaluar la calidad de la información producida en el sistema de salud.

Esta instancia:

1.2.1.1 ¿Está fuera de la administración directa de la ASN?

1.2.1.2 ¿Realiza auditorías periódicas del sistema de información para medir el estado de salud del país?

1.2.1.3 ¿Propone modificaciones al sistema en aquellos puntos que se reconocen como débiles o susceptibles de perfeccionamiento?

1.2.1.4 ¿Toma en cuenta las propuestas de mejoras hechas por la instancia de evaluación para perfeccionar el sistema de medición del estado de salud?

1.2.2 La ASN forma parte de una instancia coordinadora nacional de estadísticas.

La ASN y otras instancias de estadística nacional:

1.2.2.1 ¿Se reúnen por lo menos una vez al año para proponer modificaciones a los sistemas de información que mejoren su compatibilidad?

1.2.2.2 ¿Tienen en cuenta las modificaciones propuestas para mejorar los sistemas de información de la ASN?

1.2.2.3 ¿Proponen medidas concretas para mejorar la calidad y la utilidad de la información de la ASN?

1.2.2.4 ¿Se conoce el porcentaje de defunciones con certificación médica?

Si es así:

1.2.2.4.1 ¿La ASN considera que este porcentaje es suficiente para hacer fiables los datos de mortalidad?

1.3 Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud

Estándar

La ASN:

- Cuenta con personal experto en la recopilación, evaluación, gestión, traducción, interpretación, divulgación y comunicación de los datos sobre el estado de salud
- Desarrolla competencias especializadas para el seguimiento y evaluación en función de las características del perfil de salud.
- Tiene acceso a los expertos y los recursos necesarios para transformar los datos en información útil para las instancias decisorias en materia de políticas de salud y para los líderes y representantes de la comunidad que participan en la planificación de las actividades sanitarias.
- Cuenta con estas competencias en los distintos niveles del sistema de salud pública. El nivel nacional debe disponer de o tener acceso a, por lo menos, un profesional con capacitación en epidemiología con un nivel de doctorado.

1.3.1 La ASN emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en epidemiología y estadística.

Este personal tiene capacitación y experiencia en las siguientes áreas:

1.3.1.1 ¿Epidemiología con un nivel de doctorado?

1.3.1.2 ¿Diseño de los planes de muestreo para la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos?

1.3.1.3 ¿Consolidación de los datos procedentes de fuentes diversas?

1.3.1.4 ¿Análisis integrado de datos?

1.3.1.5 ¿Interpretación de los resultados y formulación de conclusiones científicamente válidas a partir de los datos analizados?

1.3.1.6 ¿Traducción de los datos en información clara y útil por medio de la interacción con el personal cualificado para producir documentos comprensibles y atractivos para públicos diversos?

1.3.1.7 ¿Diseño y mantenimiento de los registros de información sobre enfermedades o problemas específicos (por ej., registros del cáncer)?

1.3.1.8 ¿Comunicación de la información sobre la salud a las instancias decisorias y a los miembros de las organizaciones comunitarias?

1.3.1.9 ¿Investigación y análisis cuantitativos?

1.3.2 La ASN en los niveles intermedios emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en epidemiología y estadística.

Este personal tiene capacitación y experiencia en las siguientes áreas:

1.3.2.1 ¿Diseño de planes de muestreo para la recopilación de datos?

1.3.2.2 ¿Consolidación de datos procedentes de fuentes diversas?

1.3.2.3 ¿Análisis de datos?

1.3.2.4 ¿Interpretación de los resultados y formulación de conclusiones científicamente válidas a partir de los datos analizados?

1.3.2.5 ¿Traducción de los datos en información clara y útil?

1.3.2.6 ¿Diseño y mantenimiento de registros de información sobre enfermedades o problemas específicos (por ej., registros de cáncer)?

1.3.2.7 ¿Comunicación de información sanitaria a la población?

1.3.2.8 ¿Comunicación de información a las instancias decisorias?

1.3.2.9 ¿Preparación y cualificación con un nivel de maestría en salud pública?

1.4 Soporte tecnológico para el seguimiento y la evaluación del estado de salud

Estándar

La ASN:

- Dispone de recursos informáticos para el seguimiento y la evaluación del estado de salud en todos sus niveles
- Tiene capacidad de compartir datos de diversas procedencias y convertirlos a formatos estandarizados
- Usa una red informatizada de comunicación de alta velocidad para establecer contacto con otros organismos y personas del ámbito nacional e internacional
- Garantiza la capacitación de las personas que manejan y acceden a los sistemas de datos y registros informatizados para usar adecuadamente estos recursos en todos los niveles del sistema de salud pública

1.4.1 La ASN utiliza recursos informáticos para efectuar el seguimiento del estado de salud de la población del país.

La ASN:

1.4.1.1 ¿Utiliza recursos informáticos para efectuar el seguimiento del estado de salud de la población del país en los niveles intermedios?

1.4.1.2 ¿Utiliza recursos informáticos para efectuar el seguimiento del estado de salud de la población del país en el nivel local?

1.4.1.3 ¿Considera que el personal está capacitado para su manejo y mantenimiento básico?

1.4.1.4 ¿Cuenta con una o más computadoras con procesadores de alta velocidad?

1.4.1.5 ¿Cuenta con programas informáticos comerciales de uso habitual (procesadores de texto, planillas de cálculo, de diseño gráfico y de presentaciones)?

1.4.1.6 ¿Puede transformar datos de procedencia diversa a formatos estándar?

1.4.1.7 ¿Cuenta con acceso especial y de alta velocidad a Internet?

1.4.1.8 ¿Cuenta con comunicación electrónica con los niveles subnacionales que generan y utilizan información?

1.4.1.9 ¿Tiene suficiente capacidad de almacenamiento para mantener las bases de datos del perfil del estado de salud del país?

1.4.1.10 ¿Cumple con los requisitos de diseño para compilar registros vitales?

1.4.1.11 ¿Cuenta con un acceso rápido al mantenimiento especializado del sistema informático?

1.4.1.12 ¿Evalúa una vez al año la necesidad de actualizar los recursos informáticos?

1.4.1.13 ¿Puede dar un ejemplo en el que se hayan utilizado recursos informáticos para efectuar el seguimiento del estado de salud?

1.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Estándar

La ASN:

- Colabora con los niveles subnacionales de salud pública para asegurar la recopilación, análisis y difusión de información oportunos que apoye el desarrollo y la evaluación de las políticas de salud
- Ofrece medios, capacitación y entrenamiento a los profesionales de los niveles subnacionales para la recopilación, interpretación y uso de datos
- Brinda apoyo para la preparación y publicación de diagnósticos de salud comunitarios y comunica la disponibilidad de dicho apoyo a toda la jurisdicción

1.5.1 La ASN, durante los últimos doce meses, ha asesorado a uno o más niveles subnacionales en materia de recopilación y análisis de datos.

1.5.1.1 ¿Se ha asesorado sobre el diseño de instrumentos para la recopilación de información de salud?

1.5.1.2 ¿Se ha comunicado a todos los niveles subnacionales que pueden recibir asesoramiento en materia de recopilación de información?

1.5.1.3 ¿Se ha comunicado a todos los niveles subnacionales que pueden recibir asesoramiento para analizar los datos recopilados localmente?

1.5.1.4 Durante los últimos doce meses, ¿la ASN ha asesorado a uno o más niveles subnacionales para analizar los datos recopilados localmente?

1.5.2 Durante los últimos doce meses, ¿la ASN ha divulgado de manera periódica y constante información a los niveles subnacionales y otros usuarios?

1.5.2.1 ¿Se ha solicitado retroalimentación a los usuarios de esta información?

1.5.2.2 ¿Se ha asesorado a los usuarios en cuanto a la interpretación de estos análisis?

1.5.2.3 Durante los últimos doce meses, ¿la ASN ha asesorado a los responsables de la publicación de un perfil del estado de salud del país o de la jurisdicción de los niveles subnacionales?

Si es así:

1.5.2.3.1 ¿Se ha comunicado a los responsables de la publicación de perfiles del estado de salud la posibilidad de recibir asesoramiento?

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública

Definición

Esta función incluye:

- La capacidad de investigar y vigilar los brotes epidémicos y los patrones de presentación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, los factores comportamentales, los accidentes y la exposición a sustancias tóxicas, las condiciones de vida y ambientales dañinas para la salud.
- La infraestructura de salud pública diseñada para llevar a cabo tamizajes de población, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general.
- Laboratorios de salud pública que pueden efectuar tamizajes rápidos y procesar un alto volumen de exámenes necesarios para la identificación y control de las amenazas para la salud emergentes
- El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas
- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan abordar mejor los problemas de salud de interés
- El fortalecimiento de la capacidad de vigilancia en el nivel local para activar unas respuestas rápidas, destinadas al control de los problemas de salud o los riesgos específicos

Indicadores

2.1 Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública.

Estándar

La ASN:

- Gestiona uno o más sistemas de vigilancia de salud pública, idealmente integrados[2], en cooperación con los niveles intermedios y locales, capaces de identificar y analizar las amenazas a la salud pública
- Asume el liderazgo en la definición de los papeles y las responsabilidades del personal clave del sistema, así como en lo que se refiere al desarrollo de las redes de comunicación y de respuesta epidemiológica, procurando la retroalimentación de la información a nivel local.
- Identifica las amenazas y los factores de riesgo para la salud pública del país.
- Está preparada para responder rápidamente en todos los niveles con el fin de controlar los problemas detectados

2.1.1 La ASN dispone de un sistema de vigilancia capaz de identificar oportunamente las amenazas y daños a la salud pública.

El sistema:

2.1.1.1 ¿Puede analizar la naturaleza y la magnitud de las amenazas?

2.1.1.2 ¿Puede efectuar un seguimiento de los acontecimientos adversos y los riesgos para la salud a lo largo del tiempo?

2.1.1.3 ¿Puede vigilar los cambios en las condiciones de vida que influyen en la salud pública?

2.1.1.4 ¿Permite definir las amenazas que requieren una respuesta de salud pública?

2.1.1.5 ¿Integra los sistemas de vigilancia de los niveles subnacionales?

2.1.1.6 ¿Prepara y divulga boletines periódicos?

2.1.1.7 ¿Obtiene y procesa una retroalimentación sistemática de sus publicaciones?

2.1.1.8 ¿Tiene definidos los papeles de los actores clave de los niveles subnacionales, con especial énfasis en el nivel local y la respuesta a las amenazas?

[2] Disponer de un sistema integral de vigilancia para diversos problemas de salud pública constituye el ideal, siempre que en el proceso de integración no se dañe la eficacia de los sistemas de vigilancia específicos en funcionamiento.

2.1.1.9 ¿Analiza regularmente las tendencias de las enfermedades, los daños o factores de riesgo bajo vigilancia?

2.1.1.10 ¿Incorpora la información derivada de otros sistemas de vigilancia de diferentes actores de salud (por ej., el sector privado asegurador o proveedor, las ONG)?

2.1.1.11 ¿Está integrado en sistemas de vigilancia supranacionales?

2.1.1.12 ¿Incluye actividades destinadas a explicar el carácter y las repercusiones de la información producida?

2.2 Capacidad y pericia en la vigilancia de la salud pública

Estándar

La ASN:

- Tiene suficiente pericia en epidemiología[3], en los niveles nacional y subnacionales para desarrollar y difundir protocolos escritos que ayuden a identificar y analizar los problemas y riesgos prioritarios para la salud
- Tiene acceso a servicios clínicos y ambientales capaces de desarrollar tamizajes de población rápidos y muestreos ambientales
- Realiza oportunamente análisis de las amenazas a la salud, los riesgos y los acontecimientos adversos, utilizando los insumos de estos servicios y de otros organismos de vigilancia epidemiológica que puedan existir en los niveles subnacionales
- Administra directamente o solicita a otras instituciones las investigaciones de los principales acontecimientos adversos para la salud pública

2.2.1 La ASN tiene capacidad suficiente de vigilancia de la salud pública para analizar las amenazas y los peligros para la salud.

Esa capacidad incluye:

2.2.1.1 ¿El desarrollo de protocolos escritos destinados a identificar las amenazas a la salud pública?

2.2.1.2 ¿Servicios de medicina forense?

2.2.1.3 ¿La gestión de sistemas de información geográfica?

Si es así, la ASN:

2.2.1.3.1 ¿Dispone de un sistema activo de información geográfica?

2.2.1.4 ¿Experiencia en saneamiento básico?

2.2.1.5 ¿Experiencia en salud ambiental y toxicología?

2.2.1.6 ¿Experiencia en análisis e investigación de las enfermedades infecciosas en la población?

2.2.1.7 ¿Experiencia en análisis e investigación de las enfermedades crónicas en la población?

2.2.1.8 ¿Experiencia en análisis e investigación de los accidentes y la violencia en la población?

2.2.1.9 ¿Experiencia en salud mental?

2.2.1.10 ¿Experiencia en salud ocupacional?

2.2.1.11 ¿Experiencia en métodos de evaluación epidemiológica rápidos (muestreos de conglomerados, detección de factores de riesgo, métodos de encuesta rápidos, etc.)?

2.2.1.12 ¿Lleva a cabo tamizajes rápidos de poblaciones expuestas a riesgos o sobre las que se ha informado de problemas de salud?

2.2.1.13 ¿Realiza muestreos ambientales rápidos en respuesta a los informes de riesgos para la salud de esta naturaleza?

2.2.1.14 ¿Diseña nuevos sistemas de vigilancia para problemas emergentes?

2.2.2 La ASN evalúa regularmente la información producida por el sistema de vigilancia de la salud pública.

La ASN:

2.2.2.1 ¿Evalúa anualmente la calidad de la información producida por el sistema de vigilancia de la salud pública?

2.2.2.2 ¿Evalúa anualmente el uso de la información producida por el sistema de vigilancia de la salud pública?

2.2.2.3 ¿Ha realizado o solicitado alguna investigación destinada a conocer mejor algún problema que represente una amenaza para la salud pública?

Si es así:

2.2.2.3.1 ¿Podría dar un ejemplo de investigación efectuada durante los últimos doce meses?

[3] En el caso de países pequeños, resulta aceptable concentrar las competencias en el nivel supranacional.

2.2.2.4 ¿Ha utilizado los resultados de dicha investigación para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica?

2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública

Estándar

La ASN:

- Dispone de, o tiene acceso a, una red de laboratorios de salud pública de complejidad creciente con competencias para apoyar la vigilancia y las investigaciones epidemiológicas.
- Responde por el estricto cumplimiento de las normas y los estándares de acreditación y evaluación, tanto del personal como del equipamiento, las instalaciones y la seguridad de los laboratorios por medio del control de calidad de sus procesos.
- Tiene capacidad para llevar a cabo todos los procesos de identificación de las enfermedades de notificación obligatoria y de aquéllas que requieren vigilancia epidemiológica
- Asegura que los laboratorios que forman la red puedan cruzar información con el resto de los laboratorios participantes, estandarizando sus procedimientos en función de los de un laboratorio de referencia nacional
- Asegura que el laboratorio de referencia nacional establezca una coordinación eficaz con laboratorios internacionales de referencia
- Asegura que la red de laboratorios de salud pública disponga de procedimientos para recibir información de los laboratorios públicos y privados para efectuar el seguimiento de las enfermedades en estudio
- Supervisa el estricto cumplimiento de las normas, estándares de acreditación, protocolos de manipulación y el almacenamiento y transporte de las muestras recogidas por los laboratorios públicos y privados
- Asegura la oportuna información con respecto a los laboratorios que tienen la capacidad de analizar las muestras clínicas o ambientales en caso de ocurrir un brote epidémico o cambios en el comportamiento de las enfermedades

2.3.1 La ASN cuenta con una red de laboratorios capaces de apoyar la vigilancia y las investigaciones epidemiológicas.

Los laboratorios de salud pública:

2.3.1.1 ¿Están en condiciones de identificar los agentes causales de todas las enfermedades de notificación obligatoria en el país?

2.3.1.2 ¿Mantienen una lista actualizada de los laboratorios que pueden efectuar análisis especializados según las necesidades derivadas de la vigilancia?

2.3.1.3 ¿Disponen de protocolos estrictos para la manipulación, transporte y almacenamiento de las muestras tomadas por laboratorios públicos o privados?

2.3.1.4 ¿Poseen mecanismos formales de coordinación y referencia de la red de laboratorios nacionales de salud pública con uno o más laboratorios internacionales de reconocida excelencia?

2.3.1.5 ¿Evalúan periódicamente la calidad del diagnóstico del laboratorio de referencia de la red mediante la comparación con los resultados del laboratorio de referencia internacional?

2.3.1.6 ¿Disponen de procedimientos normalizados para recibir información de otros laboratorios privados y públicos con el propósito de efectuar el seguimiento de enfermedades específicas?

Si es así:

2.3.1.6.1 ¿Se han evaluado algunos de estos procedimientos para determinar su eficacia frente a situaciones específicas?

2.3.1.7 ¿Pueden responder a las necesidades habituales de la vigilancia epidemiológica?

2.3.1.8 ¿Disponen de un sistema que determine el nivel de cumplimiento de los reglamentos destinados a certificar la calidad de estos laboratorios?

Si es así, los laboratorios de salud pública:

2.3.1.8.1 ¿Han cumplido estrictamente con las reglamentaciones para certificar la calidad de estos laboratorios?

2.4 Capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de los problemas de salud pública

Estándar

La ASN:

- Puede investigar y responder con rapidez y eficacia en sus distintos niveles de organización para asumir el control de los daños a la salud
- Evalúa la capacidad del sistema para responder de manera oportuna y eficaz
- Se preocupa de que los niveles subnacionales dispongan de recursos humanos capacitados y de la infraestructura necesaria para esta respuesta
- Promueve la evaluación permanente de los vínculos intersectoriales necesarios para esa respuesta en todos los niveles
- Asegura que se evalúe sistemáticamente toda acción organizada de respuesta a los daños a la salud pública, poniendo de manifiesto sus errores para una posterior corrección
- Asegura que la comunicación entre los diversos niveles se mantenga siempre activa
- Asegura una información al público apropiada, oportuna y educativa para el control de los problemas de salud pública
- Asegura que la respuesta de los niveles más cercanos al daño sea espontánea, sin esperar respuesta o instrucciones nacionales

2.4.1 La ASN tiene capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de los problemas de salud pública.

La ASN:

2.4.1.1 ¿Dispone de protocolos y manuales de procedimiento basados en la información obtenida de la vigilancia para facilitar una respuesta rápida a los daños a la salud del ambiente y de las personas?

2.4.1.2 ¿Ha definido las responsabilidades de los encargados de mantener activa la comunicación entre los distintos componentes del sistema de vigilancia?

2.4.1.3 ¿Insiste en la importancia de una respuesta rápida y autónoma de los niveles más cercanos al origen del problema en sus manuales de procedimiento y normas?

2.4.1.4 ¿Ha definido mecanismos de reconocimiento del desempeño adecuado de los equipos de salud responsables de la vigilancia?

2.4.1.5 ¿Ha definido mecanismos de reconocimiento del desempeño adecuado de los equipos responsables de la respuesta a las emergencias detectadas?

2.4.1.6 ¿Ha detectado de forma oportuna[4] alguna amenaza a la salud pública en los últimos 24 meses?

Si es así:

2.4.1.6.1 ¿Puede dar un ejemplo?

2.4.2 La ASN evalúa la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia a cada emergencia de salud a la que ha debido enfrentarse.

La ASN:

2.4.2.1 ¿Comunica los resultados de esta evaluación a todos sus integrantes y adopta medidas correctivas?

2.4.2.2 ¿Supervisa el cumplimiento de las medidas correctivas para el mejoramiento de la capacidad de respuesta?

2.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública

Estándar

La ASN:

- Guía y apoya a los niveles intermedios y al nivel local de salud pública para identificar y analizar las amenazas a la salud
- Informa a los niveles subnacionales sobre la forma de acceder a la red de laboratorios de salud pública
- Facilita a los niveles subnacionales de salud protocolos, guías, normas, consultas y capacitación sobre los métodos epidemiológicos que éstos requieran
- Proporciona información sobre las mejores prácticas en cuanto a salud pública, incluidos los descubrimientos más recientes de las investigaciones relacionadas con las acciones más eficaces de prevención y control de enfermedades
- Garantiza que los sistemas de comunicación entre los diferentes niveles sean sencillos, expeditos y estén basados en programas informáticos de uso masivo

2.5.1 La ASN asesora y apoya regularmente a los niveles subnacionales para desarrollar su capacidad de vigilancia.

[4] La oportunidad se refiere a una actuación dentro de un plazo que permita una intervención de salud pública eficaz ante cada problema específico.

La ASN:

2.5.1.1 ¿Efectúa un análisis de las necesidades de personal especializado, capacitación, equipos, mantenimiento de equipos y otras necesidades de los niveles subnacionales para la vigilancia?

Si es así:

2.5.1.1.1 ¿Utiliza este análisis para definir las prioridades en materia de contrataciones, capacitación e inversión en el sistema de vigilancia epidemiológica?

2.5.1.2 ¿Informa a todos los niveles subnacionales sobre las formas de acceder a la red de laboratorios de salud pública?

2.5.1.3 ¿Facilita información y capacitación a los niveles subnacionales en áreas críticas para asegurar la calidad de su trabajo?

2.5.1.4 ¿Asesora a los niveles subnacionales ante cualquier consulta referida al comportamiento que se debe seguir frente a una emergencia?

2.5.1.5 ¿Ha definido las responsabilidades en materia de comunicación con los niveles subnacionales dentro del equipo responsable de la gestión central del sistema de vigilancia?

2.5.1.6 ¿Ha comunicado a los niveles subnacionales la disponibilidad de expertos del nivel central que están en condiciones de colaborar con ellos sobre el terreno para enfrentarse a una emergencia de salud pública?

2.5.1.7 ¿Ha definido estándares sencillos y eficaces para la comunicación entre los distintos niveles del sistema de vigilancia?

2.5.1.8 ¿Ha divulgado información a los niveles subnacionales sobre el estado actual de las enfermedades bajo vigilancia permanente?

2.5.1.9 ¿Ha divulgado información a los niveles subnacionales respecto al avance y las prácticas recomendables en el control de enfermedades?

2.5.1.10 ¿Ha dado pautas a los niveles subnacionales para la elaboración de planes para hacer frente a las emergencias de salud pública?

2.5.1.11 ¿Ha recibido de los niveles subnacionales informes periódicos sobre las tendencias y los niveles de seguridad en el comportamiento de las enfermedades bajo vigilancia permanente en sus respectivos territorios?

FESP 3: Promoción de la salud[5]

Definición

Esta función incluye:

- El fomento de los cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una "cultura de la salud".
- El fortalecimiento de alianzas intersectoriales con el fin de que las iniciativas promocionales sean más eficaces.
- La evaluación del impacto de las políticas públicas sobre la salud.
- El desarrollo de iniciativas de educación y comunicación social destinadas a promover condiciones, estilos de vida, conductas y ambientes saludables.
- La reorientación de los servicios de salud para el desarrollo de modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Indicadores

3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer comportamientos y entornos saludables

Estándar

La ASN:

- Dispone de una política de promoción de salud consensuada con los actores sectoriales y extrasectoriales pertinentes
- Desarrolla, en todos los niveles, estrategias de promoción, dentro y fuera del sector, que respondan adecuadamente a las necesidades de la población
- Apoya a las comunidades locales y establece incentivos para el desarrollo de acciones eficaces de promoción de la salud

[5] Esta función se refiere a la definición de la capacidad específica que se requiere para desarrollar, desde la perspectiva de la ASN, los distintos elementos de promoción de salud definidos en la Carta de Ottawa y ratificados en la reciente Conferencia de México(1999). Como además se ha considerado necesario definir una función esencial de participación social, se ha concentrado en esta última la definición de competencias que apuntan, en buena medida, a la promoción de salud.

integrada en la atención sanitaria individual y en los diversos programas extrasectoriales relacionados
- Promueve el desarrollo de intervenciones y normativas destinadas a la promoción de conductas y ambientes saludables
- Establece incentivos para que los niveles subnacionales de salud pública preparen y pongan en práctica actividades de educación y promoción de la salud a las cuales puedan acceder todos los ciudadanos

3.1.1 La ASN dispone de una formulación escrita de su política de promoción de la salud.

La ASN:

3.1.1.1 ¿Tiene en cuenta las recomendaciones expresadas en las conferencias internacionales sobre el tema?[6]

3.1.1.2 ¿Incorpora las aportaciones de las tecnologías de la comunicación para promocionar la salud?

3.1.1.3 ¿Ha definido con claridad metas a corto y largo plazo en materia de promoción de la salud?

Si es así, estas metas están establecidas para:

3.1.1.3.1 ¿El nivel nacional?

3.1.1.3.2 ¿Los niveles intermedios?

3.1.1.3.3 ¿El nivel local (por ej., del tipo de estrategias para "municipios saludables")?

3.1.2 La ASN ha establecido un sistema para fomentar la participación de los niveles subnacionales, las instituciones privadas, otras instituciones del sector público y organizaciones comunitarias en las actividades de promoción de la salud.

La ASN ha realizado:

3.1.2.1 ¿Una evaluación anual del sistema de promoción?

Si es así:

3.1.2.1.1 ¿Se modifica el sistema de acuerdo con los resultados de la evaluación?

3.1.2.2 ¿Reconocimientos nacionales de promoción?

3.1.2.3 ¿Financiación para la capacitación, la asistencia a actos de promoción, etc.?

3.1.2.4 ¿Fondos a los que se puede concursas para proyectos de promoción?[7]

Puede dar un ejemplo de algún incentivo ofrecido en los últimos 12 meses a:

3.1.2.5 ¿Una institución privada?

3.1.2.6 ¿Una organización no gubernamental sin fines de lucro?

3.1.2.7 ¿Una organización comunitaria?

3.1.3 La ASN promueve el desarrollo de normas e intervenciones orientadas a promover entornos y comportamientos favorables.

La ASN:

3.1.3.1 ¿Ha identificado un conjunto de normas que promueven comportamientos y entornos saludables?

3.1.3.2 ¿Planifica anualmente el curso de acción para la elaboración de normas que promuevan comportamientos y entornos saludables?

3.1.3.3 ¿Dispone de una política para fomentar el desarrollo de intervenciones que promuevan comportamientos y entornos saludables?

Si es así:

3.1.3.3.1 ¿Puede mencionar algún ejemplo de este tipo de intervenciones puesto en práctica en los últimos doce meses?

3.1.3.3.2 ¿Evalúa por lo menos una vez al año los resultados obtenidos?

3.1.3.3.3 ¿Modifica el curso de acción de acuerdo con los resultados de la evaluación?

3.2 Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud

Estándar

La ASN:

- Asegura que las actividades realizadas refuercen la actuación de las instituciones de gobierno y estén en concordancia con las prioridades de salud definidas en los niveles subnacionales

[6] Se refiere a las conferencias de Ottawa, Jakarta, México entre otras reuniones dedicadas al tema.

[7] Se refiere a la pregunta 3.4.2.8.

- Dispone de un grupo de acción y asesoramiento de amplia base de apoyo que orienta el proceso de mejora de la salud
- Establece alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que contribuyen o se benefician de las funciones esenciales de salud pública e incentiva el desarrollo de estas asociaciones en los niveles subnacionales
- Informa periódicamente de las prioridades de salud, las iniciativas de fortalecimiento de promoción de la salud y las políticas de salud pública, y propugna el desarrollo de políticas públicas saludables
- Efectúa el seguimiento y evalúa el impacto de las políticas públicas extrasectoriales sobre la salud y la eficacia de su capacidad de establecimiento de estas alianzas, y ejecuta acciones de mejora en función de los resultados de esa evaluación

3.2.1 La ASN dispone de un órgano de coordinación en la que convoca a los representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado con el fin de planificar iniciativas encaminadas a alcanzar las metas en materia de promoción de la salud.

3.2.1.1 ¿Existe un plan de acción con responsabilidades explícitas de los actores integrados en este órgano de coordinación?

Si es así:

3.2.1.1.1 ¿El plan está diseñado teniendo en cuenta el perfil del estado de salud y el perfil de las necesidades de salud del país?

3.2.1.1.2 ¿Se evalúan periódicamente los progresos del plan de promoción y se comunican los resultados de esta evaluación a los miembros del órgano de coordinación?

3.2.1.1.3 ¿Se incorporan al plan las acciones correctivas derivadas de la evaluación?

3.2.1.1.4 ¿Se da cuenta anualmente de las actividades del órgano de coordinación de la promoción a los parlamentarios e instancias decisorias clave?

3.2.1.2 La ASN, ¿ha desarrollado en los últimos doce meses alguna actividad nacional de promoción junto con otra organización o sector?

Si es así, la ASN:

3.2.1.2.1 ¿Ha evaluado la relación intersectorial establecida y los resultados de la alianza?

3.2.1.2.2 ¿Ha comunicado a sus asociados los resultados de esta evaluación?

3.2.1.2.3 ¿Ha implantado medidas correctivas para mejorar los resultados en función de esta evaluación?

3.2.2 La ASN dispone de la capacidad para medir el impacto de las políticas públicas generadas por otros sectores en la salud.

La ASN:

3.2.2.1 ¿Cuenta con personal capacitado para el análisis epidemiológico de fenómenos multifactoriales?

3.2.2.2 ¿Cuenta con recursos asignados para medir el impacto de las políticas públicas en la salud?

3.2.3 La ASN fomenta el desarrollo de políticas sociales y económicas saludables.

La ASN:

3.2.3.1 ¿Identifica y promueve la definición y ejecución de las políticas de mayor impacto probable en la salud de las personas y del ambiente?

3.2.3.2 ¿Efectúa el seguimiento del impacto en la salud de las políticas sociales y económicas prioritarias y lo analiza?

Si es así, puede dar un ejemplo evaluación del impacto en la salud realizado por la ASN en materia de:

3.2.3.2.1 ¿Políticas ambientales?

3.2.3.2.2 ¿Políticas económicas?

3.2.3.2.3 ¿Políticas sociales?

3.2.3.3 ¿Propugna el refuerzo de las políticas públicas para obtener el máximo beneficio para la salud de las personas y del ambiente?

Si es así, puede mencionar un ejemplo de impulso realizado por la ASN en materia de:

3.2.3.3.1 ¿Políticas ambientales?

3.2.3.3.2 ¿Políticas económicas?
3.2.3.3.3 ¿Políticas sociales?

3.3 Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud

Estándar

La ASN:

- Desarrolla un proceso sistemático de información y educación al público para que éste actúe en el mejoramiento de las condiciones de salud
- Desarrolla este proceso en colaboración con organismos públicos y privados, sectoriales y extrasectoriales, en los distintos niveles, e iniciativas de promoción de salud para asegurar un enfoque coherente e integral para el desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables
- Apoya el desarrollo de programas educativos, cultural y lingüísticamente apropiados, dirigidos a grupos específicos de la sociedad
- Desarrolla campañas sanitarias educativas intersectoriales a través de los medios de comunicación de masas como la televisión, la radio y la prensa escrita
- Pone al alcance de toda la población una variedad de métodos para obtener información sobre salud
- Evalúa anualmente la eficacia y pertinencia de las actividades de promoción y educación, por medio de la retroalimentación aportada por la opinión de los ciudadanos que participan de los programas

3.3.1 La ASN ha desarrollado y puesto en práctica, en los últimos doce meses, un programa para la educación de las comunidades destinado a promover iniciativas para mejorar las condiciones de salud de la población.

Este programa u otras iniciativas de educación:

3.3.1.1 ¿Se desarrollan en colaboración con otras instituciones públicas?
3.3.1.2 ¿Incluyen a las instituciones privadas?
3.3.1.3 ¿Incluye las aportaciones de las comunidades?
3.3.1.4 ¿Incluyen la perspectiva actual de las ciencias de la comunicación en cuanto a la salud?
3.3.1.5 ¿Incluyen las recomendaciones y los acuerdos internacionales más importantes en cuando a promoción de salud?
3.3.1.6 ¿Aseguran la coherencia nacional de las iniciativas de promoción?
3.3.1.7 ¿Incluyen iniciativas destinadas a facilitar el acceso a la promoción a grupos culturalmente diversos?

3.3.2 Durante los últimos doce meses, la ASN ha puesto en marcha campañas de promoción a través de los medios de comunicación social.

Las campañas incluyeron:

3.3.2.1 ¿Prensa escrita?
3.3.2.2 ¿Radio?
3.3.2.3 ¿Televisión?
3.3.2.4 ¿Internet?
3.3.2.5 ¿Se evaluó el resultado de las campañas mediante encuestas de población o técnicas de grupos focales?

Si es así, se evaluaron:

3.3.2.5.1 ¿La comprensión de los mensajes?
3.3.2.5.2 ¿El acceso a los mensajes?
3.3.2.5.3 ¿Los resultados en función de los cambios en el conocimiento de la población?
3.3.2.5.4 ¿Los resultados en función de los cambios en el comportamiento?
3.3.2.5.5 ¿Se incorporaron los resultados de la evaluación en la planificación de las siguientes campañas?

3.3.3 La ASN pone a disposición de la población instancias dedicadas especialmente a suministrar información y materiales educativos para la promoción de salud (oficinas de información, páginas web, líneas telefónicas especiales y otros medios alternativos).

3.3.3.1 La ASN, ¿dispone de una página web con el fin de proporcionar información útil para la promoción de la salud?

Si es así:

3.3.3.1.1 ¿Se evalúa periódicamente (por lo menos cada seis meses) la utilización de la página por parte de los usuarios, conside-

rando el número de visitas y las opiniones de los usuarios?

3.3.3.2 ¿Se han actualizado en los últimos doce meses los materiales educativos distribuidos en estas instancias a partir de los resultados de la evaluación?

3.3.3.3 ¿Se ha evaluado la gestión de la oficina de información y su utilidad para la población en los últimos doce meses?

3.3.3.4 ¿Se evalúan periódicamente los resultados obtenidos?

3.3.3.5 ¿Dispone la ASN de una línea telefónica dedicada a difundir mensajes de promoción de la salud?

Si es así:

3.3.3.5.1 ¿Se evalúa el uso de la línea telefónica por lo menos cada seis meses?

3.3.3.6 La ASN, ¿evalúa la utilidad de los otros medios alternativos en uso?

3.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción

Estándar

La ASN:

- Fomenta y facilita el diálogo y el consenso entre las instancias decisorias para potenciar los recursos destinados a la promoción en los sistemas de servicios de salud
- Incorpora mecanismos de asignación de recursos a los proveedores de servicios para incentivarlos a adoptar criterios de promoción
- Desarrolla la infraestructura de salud pública para mejorar el desempeño de los servicios desde el punto de vista de la promoción de la salud
- Incluye criterios de promoción en los mecanismos de regulación dirigidos a la certificación, acreditación de centros de salud, redes de prestación de servicios, profesionales de la salud y planes de seguros de salud
- Refuerza la importancia relativa de la atención primaria de salud estableciendo programas mediante los cuales los proveedores asuman las responsabilidades del cuidado integral de las comunidades
- Refuerza el elemento de promoción en los programas de desarrollo de recursos humanos, en todos los niveles de formación en salud pública
- Promueve el consenso entre los expertos sobre guías clínicas que incorporen los elementos de prevención y promoción, y supervisa la ejecución de estos instrumentos
- Incentiva la comunicación entre proveedores, comunidades y pacientes para mejorar la eficacia de los cuidados de salud, estableciendo compromisos de corresponsabilidad en los cuidados de salud

3.4.1 La ASN ha discutido con las instancias consultivas y decisorias de salud la importancia de la promoción en los servicios de salud.

3.4.1.1 ¿Ha aportado datos con respecto a la inversión en promoción y en curación y a los resultados de las intervenciones promocionales en relación con las terapéuticas?

3.4.1.2 ¿Ha logrado una declaración de apoyo de estas instancias a la inversión en actividades promocionales en los servicios de salud?

3.4.2 La ASN ha desarrollado estrategias para la reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción.

La ASN:

3.4.2.1 ¿Ha establecido mecanismos de pago que incentiven la promoción de la salud en el sistema de seguro público?

Si es así,

3.4.2.1.1 ¿La ASN ha evaluado el resultado de la aplicación de estos mecanismos de pago para favorecer el desarrollo de la promoción de la salud en los servicios?

3.4.2.2 ¿Ha promovido el establecimiento de mecanismos de pago que incentiven la promoción de la salud en los sistemas de seguros privados?

Si es así:

3.4.2.2.1 ¿La ASN ha evaluado el resultado de la aplicación de estos mecanismos de pago para favorecer el desarrollo de la promoción de la salud en los servicios?

3.4.2.3 ¿Ha formulado un plan de desarrollo de la infraestructura de salud pública para favorecer la promoción de la salud?

3.4.2.4 ¿Ha desarrollado una pauta de acreditación de profesionales de la salud que tenga en cuenta su capacitación en materia de promoción de la salud?

3.4.2.5 ¿Ha desarrollado una pauta de acreditación de los establecimientos de salud que tenga en cuenta su dedicación a las actividades de promoción de la salud?

3.4.2.6 ¿Ha promovido la inclusión de intervenciones promocionales en los planes de seguros de salud ofrecidos en el país?

3.4.2.7 ¿Ha promovido la implantación de protocolos clínicos que avalen las prácticas eficaces de promoción de la salud individual?

Si es así:

3.4.2.7.1 ¿Puede citar un ejemplo de tales protocolos actualmente en uso?

3.4.2.8 ¿Ha impulsado la adopción de acuerdos de responsabilidades explícitas[8] de comunidades, pacientes y proveedores que incluyan el elemento promocional?

Si es así:

3.4.2.8.1 ¿Puede citar un ejemplo de corresponsabilidad en relación con los cuidados de salud logrado como resultado de este esfuerzo?

3.4.3 La ASN ha promovido un proceso para fortalecer la atención primaria de salud (APS).

La ASN:

3.4.3.1 ¿Promueve modelos de atención en función de la población a cargo de equipos de salud con formación en promoción de la salud?

3.4.3.2 ¿Promueve la adopción de incentivos destinados a hacer frente a los problemas de salud con un criterio promocional?

3.4.3.3 ¿Concede a los equipos de salud de la APS los recursos y la autoridad necesarios para poner en marcha programas de promoción dirigidos a la población a su cargo?

3.4.3.4 ¿Establece en la APS incentivos claros al desarrollo de programas promocionales destinados a las comunidades y a los individuos?

3.4.4 La ASN fortalece el desarrollo de recursos humanos con criterios de promoción.

La ASN:

3.4.4.1 ¿Impulsa en los centros de formación de estudiantes de carreras de la salud la inclusión de contenidos y capacitación de actitudes positivas con respecto a la promoción?

3.4.4.2 ¿Incluye elementos de promoción de la salud en los programas de educación continua del personal sanitario?

3.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud.

Estándar

La ASN:

- Dispone de capacidad y aptitudes para la promoción de la salud y las comparte con los niveles subnacionales
- Aporta orientación e información basada en los datos para fortalecer una promoción adecuada a las necesidades de los niveles subnacionales
- Incentiva a los niveles subnacionales operativos para que dispongan de recursos, instalaciones y equipos para potenciar el impacto y el acceso a la promoción y educación en salud de la población de todo el territorio

3.5.1 La ASN tiene capacidad y gente experta para fortalecer las iniciativas de promoción a los niveles subnacionales.

La ASN tiene capacidad y experiencia en las áreas siguientes:

3.5.1.1 ¿Promoción de la salud en el lugar de trabajo?

3.5.1.2 ¿Educación para la salud?

3.5.1.3 ¿Trabajo con grupos?

3.5.1.4 ¿Comercialización social?

3.5.1.5 ¿Colaboración y fomento de la sensibilización en los medios de comunicación de masas?

[8] Se refiere a compromisos de desempeño de los usuarios y proveedores de los servicios para preservar la salud con hábitos y conductas saludables.

3.5.1.6 ¿Técnicas de comunicación?

3.5.1.7 ¿Creación de materiales educativos para la promoción de la salud adaptados a culturas diversas?

Si es así:

3.5.1.7.1 En los últimos doce meses, ¿se han revisado los materiales educativos en uso con el fin de evaluar si son adecuados a los conocimientos actuales sobre los temas que se tratan y a la formulación de los mensajes?

3.5.1.7.2 ¿Se han evaluado los materiales para valorar si se adecuan a las diversas realidades existentes en el país?

3.5.1.8 ¿Se ha comunicado a los niveles subnacionales la existencia de materiales y apoyo experto en el nivel nacional y la disposición de asesoramiento con respecto a los esfuerzos en el terreno de la promoción de la salud?

3.5.1.9 ¿Se ha asesorado a los niveles subnacionales en la preparación de actividades promocionales específicas en los últimos doce meses?

3.5.2 La ASN evalúa las necesidades de especialistas en educación para la salud en los niveles subnacionales.

La ASN:

3.5.2.1 ¿Ha formulado un plan de desarrollo de la capacidad necesaria en cada nivel?

3.5.2.2 ¿Ha evaluado los resultados del plan y ejecutado acciones acordes con los resultados de la evaluación?

3.5.2.3 ¿Tiene acceso a instalaciones y equipos que permitan desarrollar materiales educativos?

Si es así, se tiene acceso a:

3.5.2.3.1 ¿Programas informáticos de diseño gráfico?

3.5.2.3.2 ¿Profesionales capacitados para usar esta tecnología?

3.5.2.4 ¿Establece la coordinación con actores capacitados para desarrollar iniciativas de promoción de la salud?

Si es así:

3.5.2.4.1 ¿Puede dar ejemplos de iniciativas coordinadas con estos actores sociales durante el último año?

3.5.3 La ASN, en el nivel nacional, utiliza medios y tecnologías que permitan potenciar el impacto y la accesibilidad a la promoción de la salud en el país.

La ASN utiliza medios y tecnologías tales como:

3.5.3.1 ¿Programas de radio?

3.5.3.2 ¿Teatro educativo popular?

3.5.3.3 ¿Programas de televisión?

3.5.3.4 ¿Videoconferencias?

3.5.3.5 ¿Profesionales capacitados para usar estos medios y tecnologías?

FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud

Definición
Esta función incluye:

- El refuerzo de la capacidad de los ciudadanos para cambiar su estilo de vida y ser parte activa del proceso destinado al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables que les permitan influir en las decisiones que afecten a su salud y su acceso a servicios de salud pública adecuados.
- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que favorezcan la vida saludable.

Indicadores

4.1 Fortalecimiento del poder de decisión de los ciudadanos en materia de salud pública

Estándar
La ASN:

- Garantiza mecanismos de consulta ciudadana, de recepción y respuesta permanente de la opinión ciudadana con respecto a los comportamientos y condiciones del entorno que afectan a la salud

- Promueve el desarrollo de instancias destinadas a proteger los derechos de las personas en cuanto a ciudadanos, consumidores y usuarios de los sistemas de salud
- Comunica oportunamente a la comunidad los resultados de la evaluación del estado de salud y la gestión de los servicios de salud y de salud pública

4.1.1 La ASN asegura la existencia y funcionamiento de mecanismos de consulta ciudadana y de recepción de la opinión de la comunidad en los asuntos de salud pública.

La ASN:

4.1.1.1 ¿Tiene en cuenta la definición de instancias formales de consulta ciudadana[9]?

Si es así, estas instancias existen y funcionan:

4.1.1.1.1 ¿En el nivel nacional?
4.1.1.1.2 ¿En los niveles intermedios?
4.1.1.1.3 ¿En los niveles locales?

4.1.1.2 ¿Tiene en cuenta la existencia de otras formas de recepción de la opinión de la sociedad civil?

Si es así, estas formas operan:

4.1.1.2.1 ¿En el nivel nacional?
4.1.1.2.2 ¿En los niveles intermedios?
4.1.1.2.3 ¿En el nivel local?

4.1.1.3 ¿Asegura la existencia y funcionamiento de los procedimientos de respuesta a las opiniones de la sociedad civil?

Si es así, estos procedimientos existen y operan:

4.1.1.3.1 ¿En el nivel nacional?
4.1.1.3.2 ¿En los niveles intermedios?
4.1.1.3.3 ¿En el nivel local?

4.1.2 Existe en el país una institución del tipo “defensor del ciudadano” con atribuciones en materia de salud.

4.1.2.1 ¿Es una instancia autónoma del Estado?

4.1.2.2 ¿Es una instancia que tiene atribuciones para ejercer acciones jurídicas o públicas dirigidas a la protección de las personas y de sus derechos en materia de salud con respecto a los servicios de salud individuales, públicos y privados?

4.1.2.3 ¿Es una instancia que tiene atribuciones para ejercer acciones jurídicas o públicas dirigidas a la protección de las personas y de sus derechos en materia de salud con respecto a los servicios de salud colectivos?

4.1.2.4 ¿Es una instancia con capacidad para realizar una labor social y ciudadana en el ámbito de la salud, en beneficio de las personas con escasos recursos que son discriminadas?

4.1.3 La ASN rinde cuentas al público respecto del estado de salud y la gestión de los servicios de salud individuales y colectivos.

La rendición de cuentas al público:

4.1.3.1 ¿Se efectúa por lo menos cada dos años?
4.1.3.2 ¿Contempla la conveniencia de suministrar los resultados a los medios de comunicación?
4.1.3.3 ¿Contempla la posibilidad de divulgar los resultados a las instancias de participación ciudadana?
4.1.3.4 ¿Tiene en cuenta la existencia de cauces formales de recepción de la opinión del público respecto de los resultados?
4.1.3.5 ¿Se comunican a la comunidad los cambios de política debidos a las insuficiencias detectadas en la rendición de cuentas al público?

4.2 Fortalecimiento de la participación social en la salud

Estándar

La ASN:

- Promueve la formación de instancias participativas y el establecimiento de alianzas para la salud en todos los niveles
- Desarrolla e impulsa la creación de mecanismos de información y educación ciudadana en todos los niveles, respecto de sus derechos y deberes en materia de salud

[9] Los ejemplos de estas instancias son las oficinas de reclamaciones, los consejos o comisiones consultivas de salud y las comisiones de salud existentes en las organizaciones comunitarias.

- Mantiene un sistema de información accesible que incluye una lista de organizaciones que trabajan o pueden potencialmente llegar a trabajar en iniciativas de salud pública y en el acceso a la información sobre "buenas prácticas" de participación social en materia de salud
- Define, con la participación de las comunidades, los objetivos y metas de salud pública de los distintos niveles y promueve el desarrollo de proyectos de salud pública gestionados por la sociedad civil
- Evalúa periódicamente su capacidad de fortalecer la participación social en materia de salud e introduce cuando es oportuno los cambios recomendados en estas evaluaciones

4.2.1 La ASN ha establecido una política que contempla la participación ciudadana como eje para la definición y cumplimiento de los objetivos y metas de salud pública.

La ASN:

4.2.1.1 ¿Contempla la participación ciudadana en la definición de objetivos y metas?

Si es así, esta participación se contempla:

4.2.1.1.1 ¿En el nivel nacional?

4.2.1.1.2 ¿En los niveles intermedios?

4.2.1.1.3 ¿En el nivel local?

4.2.1.2 ¿Tiene en cuenta las contribuciones de la ciudadanía suministra a las instancias participativas en materia de salud?

4.2.1.3 ¿Ha establecido instancias formales de participación de la ciudadanía en materia de salud?

Si es así, estas instancias operan:

4.2.1.3.1 ¿En el nivel nacional?

4.2.1.3.2 ¿En los niveles intermedios?

4.2.1.3.3 ¿En el nivel local?

4.2.1.4 ¿Contempla la participación ciudadana en la toma de decisiones en cuanto a la gestión de los servicios de salud?

Si es así, se efectúa:

4.2.1.4.1 ¿En el nivel nacional?

4.2.1.4.2 ¿En los niveles intermedios?

4.2.1.4.3 ¿En los niveles locales?

4.2.1.5¿ Puede mencionar un ejemplo de definición de objetivos realizada con participación comunitaria?

4.2.1.6 ¿Cuenta con programas de información y educación para la ciudadanía con respecto a los derechos en materia de salud?

Si es así, los programas se desarrollan:

4.2.1.6.1 ¿En el nivel nacional?

4.2.1.6.2 ¿En los niveles intermedios?

4.2.1.6.3 ¿En el nivel local?

4.2.2 La ASN dispone de personas capacitadas para la promoción de la participación comunitaria en programas de salud colectiva y de atención individual.

Estas personas están capacitadas en materia de:

4.2.2.1 ¿Metodologías que facilitan la participación del grupo?

4.2.2.2 ¿Planificación y coordinación de iniciativas comunitarias en materia de salud?

4.2.2.3 ¿Liderazgo, trabajo de grupo y gestión de conflictos?

4.2.2.4 ¿Desarrollo de estrategias de participación social en la salud?

4.2.2.5 ¿Creación de alianzas en la comunidad?

4.2.3 La ASN impulsa y fomenta el desarrollo de buenas prácticas de participación social en salud.

La ASN:

4.2.3.1 ¿Posee un directorio de organizaciones que pueden colaborar en el desarrollo de iniciativas comunitarias de salud colectiva e individual?

4.2.3.2 ¿Difunde las experiencias de participación comunitaria satisfactorias?

4.2.3.3 ¿Asigna recursos para el desarrollo de programas de salud pública gestionados por grupos organizados de la sociedad civil?

Si es así:

4.2.3.3.1 ¿Puede mencionar qué grupos han recibido financiación durante el último año?

4.2.3.4 ¿Facilita la celebración de encuentros, seminarios, talleres y otras reuniones para discutir cuestiones de salud comunitaria?

Si es así, se celebran:

4.2.3.4.1 ¿En el nivel nacional?

4.2.3.4.2 ¿En los niveles intermedios?

4.2.3.4.3 ¿En el nivel local?

4.2.3.5 ¿Ayuda a otras organizaciones a preparar estos encuentros?

Si es así:

4.2.3.5.1 ¿Recuerda por lo menos un ejemplo de este tipo de encuentros durante el último año?

4.2.3.6 ¿Tiene acceso a instalaciones –incluidos salas, equipos audiovisuales, e insumos– adecuadas para convocar una amplia variedad de encuentros?

Si es así, las instalaciones son accesibles en:

4.2.3.6.1 ¿El nivel nacional?

4.2.3.6.2 ¿Los niveles intermedios?

4.2.3.6.3 ¿El nivel local?

4.2.4 La ASN evalúa su capacidad de estimular la participación social en materia de salud.

La ASN:

4.2.4.1 ¿Evalúa anualmente esta capacidad?

4.2.4.2 ¿Incorpora a las estrategias futuras los cambios resultantes de las evaluaciones?

4.2.4.3 ¿Comunica los cambios de política de salud surgidas de las evaluaciones a las instancias participativas de la comunidad?

4.3 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para reforzar la participación social en la salud

Estándar

La ASN:

- Asesora a los niveles subnacionales, según sea necesario, en cuanto al desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de participación en la toma de decisiones en materia salud pública
- Asesora a los niveles subnacionales, según sea necesario, en cuanto a la creación y manutención de alianzas con la comunidad organizada y los grupos de la sociedad civil
- Respalda a las autoridades subnacionales en su relación con la comunidad
- Refuerza el liderazgo comunitario para la identificación y uso de las mejores prácticas en materia de salud pública, generadas a partir de las alianzas
- Aplica los mejores datos científicos actualizados en el apoyo técnico para el desarrollo de aptitudes de participación social en los niveles subnacionales
- Incentiva la formación de grupos comunitarios en el nivel local y proporciona apoyo técnico para este proceso

4.3.1 La ASN asesora y apoya a los niveles subnacionales en el desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de participación social en la adopción de decisiones en materia de salud pública.

Este apoyo incluye:

4.3.1.1 ¿Información a los niveles subnacionales sobre las experiencias desarrolladas?

4.3.1.2 ¿La convocatoria de grupos asesores y comités directivos con participación comunitaria y la creación de alianzas?

4.3.1.3 ¿La evaluación de los resultados de la participación social en materia de salud y la creación de alianzas con la comunidad?

4.3.1.4 ¿La definición de instancias formales de consulta ciudadana?

4.3.1.5 ¿El diseño de sistemas de recepción de la opinión ciudadana?

4.3.1.6 ¿El diseño y aplicación de sistemas de respuesta a la opinión ciudadana en materia de salud?

4.3.1.7 ¿El diseño de mecanismos para la rendición de cuentas públicas[10]?

4.3.1.8 ¿Mecanismos para la resolución eficaz de conflictos en la comunidad?

4.3.1.9 ¿La creación de redes en la comunidad?

4.3.1.10 ¿Métodos de intervención para el fomento de la organización comunitaria en materia de salud?

4.3.1.11 ¿La organización de instancias participativas a nivel local?

4.3.1.12 ¿La facilitación de alianzas para mejorar la salud comunitaria?

[10] Se entiende por "rendición de cuentas públicas" el proceso formal por el que la ASN expone periódicamente ante la comunidad, los resultados de su gestión y recoge la opinión de la misma para mejorar su actuación futura.

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

Definición

Esta función requiere:

La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean mensurables y estén en concordancia con un marco de valoración que favorezca la equidad.

- El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que responda al contexto político y económico en el cual se desarrollan.
- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con énfasis en los procesos de construcción, aplicación y evaluación de iniciativas destinadas a resolver los problemas de salud de la población.
- El desarrollo de competencias para la toma de decisiones basadas en los datos, que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de recursos.
- El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

Indicadores:

5.1 La definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública

Estándar

La ASN:

- Dispone de un proceso de definición de objetivos para el mejoramiento de la salud de la población, en el nivel nacional y subnacional, teniendo en cuenta el perfil actual de salud y su concordancia con el contexto económico y político del país.
- Apoya la identificación de prioridades sanitarias teniendo en cuenta la heterogeneidad del país, recomendando objetivos de salud mensurables y proponiendo un trabajo conjunto que acompañe la consecución de estos objetivos.
- Asegura la coherencia de los objetivos de salud nacionales y subnacionales
- Identifica a los actores y organizaciones responsables de la definición nacional y subnacional de los objetivos sanitarios y establece la coordinación con ellos.
- Identifica y desarrolla indicadores de éxito y mediciones de estos resultados como parte de un plan amplio y continuo de mejoramiento del estado de salud.
- Promueve y facilita el desarrollo de alianzas con asociaciones y grupos clave que participan en la financiación, , compra y prestación de servicios de salud.

5.1.1 La ASN lidera un proceso nacional de mejoramiento de la salud destinado al desarrollo de los objetivos sanitarios nacionales y subnacionales.

La ASN:

5.1.1.1 ¿Solicita aportaciones a los actores clave para la identificación de prioridades en los niveles nacionales y subnacionales?

5.1.1.2 ¿Desarrolla un plan con metas y objetivos nacionales vinculados estrechamente a las prioridades sanitarias en períodos determinados?

Si es así:

5.1.1.2.1 ¿Estas metas y objetivos de salud se basan en el perfil actual de la situación de salud?

5.1.1.2.2 ¿Los objetivos de salud se basan en la definición previa de las prioridades sanitarias?

5.1.1.2.3 ¿Los objetivos sanitarios coinciden con otros objetivos de desarrollo nacional relacionados con las políticas sociales?

5.1.1.2.4 ¿Existen mecanismos adecuados de financiación para ejecutar los planes y programas destinados a lograr los objetivos sanitarios?

5.1.1.2.5 ¿La ASN solicita la colaboración de los representantes de la comunidad para la definición de los objetivos sanitarios?

5.1.1.2.6 ¿La ASN identifica a los actores y organizaciones responsables de alcanzar los objetivos sanitarios definidos?

5.1.1.2.7 ¿La ASN establece indicadores de desempeño para medir el cumplimiento de los objetivos sanitarios definidos?

Si es así:

5.1.1.2.7.1 ¿En este proceso se incluyen indicadores para cada política, actividad o componente del plan?

5.1.1.2.8 ¿Se incorpora en el desarrollo de estos indicadores a otras organizaciones que contribuyen a las mejoras del perfil de salud o se benefician de él?

5.1.2 La ASN utiliza los indicadores para medir el logro de los objetivos sanitarios.

5.1.2.1 ¿Se efectúa el seguimiento de estos indicadores y se evalúan a través de un proceso participativo?

Si es así, este proceso participativo:

5.1.2.1.1 ¿Incluye a actores clave relacionados con la financiación de la atención de salud?

5.1.2.1.2 ¿Incluye a actores clave vinculados a la compra de servicios de salud (gestión de la financiación de la atención de salud)?

5.1.2.1.3 ¿Incluye actores clave de la prestación de servicios de salud?

5.1.2.1.4 ¿Contribuye a implantar una política nacional de salud?

5.1.3 La ASN evalúa a sus aliados, actuales y potenciales, para determinar el grado de apoyo y compromiso en el desarrollo, implantación y evaluación del proceso nacional de mejora de la salud.

5.1.3.1 ¿Se evalúa este proceso con el sector público de salud?

5.1.3.2 ¿Se evalúa este proceso con el sector privado de salud?

5.1.3.3 ¿Los resultados de la última evaluación indican que los aliados están identificados y bien preparados para asumir sus responsabilidades en el proceso nacional de mejora de la salud?

5.1.3.4 ¿Los resultados de la evaluación contribuyen al desarrollo de alianzas con actores clave en el sector público y privado?

5.2 Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública

Estándar

La ASN:

- Asume el liderazgo en la definición de políticas de salud pública e incorpora a los poderes ejecutivo y legislativo del gobierno, a los líderes de opinión y a la sociedad civil en este proceso.
- Desarrolla una aproximación plural para informar o influir en la creación de políticas de salud pública sostenibles y de regulación en el país.
- Efectúa el seguimiento de los procesos de desarrollo de políticas, los evalúa periódicamente y está preparada para emprender las acciones necesarias con el fin de mitigar el impacto potencial de las políticas en la salud de las personas

5.2.1 La ASN asume el liderazgo en el desarrollo del programa nacional de políticas de salud pública.

5.2.1.1 ¿Este programa coincide con los objetivos nacionales definidos por la ASN y sus aliados y descritos en el indicador 5.1.1?

5.2.1.2 ¿Este programa tiene el respaldo y aprobación del nivel más alto del poder ejecutivo?

5.2.1.3 ¿Este programa tiene el respaldo y aprobación del poder legislativo?

5.2.1.4 ¿La ASN solicita y tiene en cuenta los aportes de otros órganos de decisión responsables del desarrollo de políticas de salud y de la preparación de este programa?

5.2.1.5 ¿La ASN solicita y tiene en cuenta las aportaciones de la sociedad civil en la formulación de la política nacional de salud pública?

5.2.2 La ASN coordina actividades nacionales de participación social para la definición de la política nacional de salud pública.

Estas actividades incluyen:

5.2.2.1 ¿La adopción de acuerdos en materia de salud pública con respecto a aspectos de importancia nacional?

5.2.2.2 ¿La facilitación de foros de opinión pública para recoger testimonios y alcanzar un consenso con respecto a cuestiones pertinentes de la salud pública?

5.2.2.3 ¿La comunicación con los comités nacionales y asesores responsables de las políticas de desarrollo?

5.2.2.4 ¿La elaboración negociada de una legislación sanitaria que respalde la definición de la política nacional de salud pública?

5.2.2.5 ¿La ASN comparte este programa con otros participantes del nivel nacional y de los niveles subnacionales?

Si es así, se incluyen a:

5.2.2.5.1 ¿Los sindicatos?

5.2.2.5.2 ¿Las asociaciones profesionales?

5.2.2.5.3 ¿Los grupos privados?

5.2.2.5.4 ¿Los municipios?

5.2.2.5.5 ¿Los grupos de consumidores?

5.2.2.5.6 ¿Las organizaciones comunitarias?

5.2.2.5.7 ¿Las organizaciones no gubernamentales?

5.2.2.6 La ASN, ¿desarrolla políticas que se traducen en cuerpos legislativos y reglamentos en materia de salud pública?

Si es así:

5.2.2.6.1 ¿Puede dar un ejemplo específico de ley o reglamento formulados en el último año?

5.2.3 La ASN efectúa el seguimiento y la evaluación de las actuales políticas de salud pública para medir su impacto.

La ASN:

5.2.3.1 ¿Alerta a los órganos de decisión y al público en general sobre el impacto que pueden tener los resultados derivados de la aplicación de las políticas de salud pública?

5.2.3.2 ¿Usa la evaluación para definir e aplicar las políticas de salud?

5.2.3.3 ¿Tiene personal con la experiencia y capacitación necesarias para definir y aplicar las políticas de salud pública?

Si es así, esta experiencia y capacitación incluyen aptitudes en:

5.2.3.3.1 ¿La elaboración de propuestas de políticas de salud pública?

5.2.3.3.2 ¿La elaboración de propuestas de legislación en materia de salud pública?

5.2.3.3.3 ¿La celebración de foros públicos para definir las políticas de salud pública?

5.2.3.3.4 ¿La fijación de prioridades en las cuestiones de política de salud pública?

5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública

Estándar

La ASN tiene capacidad de gestión en:

5.3.1 Liderazgo y comunicación

- Asegura que su liderazgo pueda orientar al sistema de salud hacia visión claramente articulada con estándares de excelencia perfectamente definidos.
- Proporciona los recursos y estrategias necesarios para alcanzarlos.
- Posee el personal cualificado necesario para una comunicación eficaz de la visión y las estrategias de aplicación sobre una base de aproximación sistémica.

5.3.2 Toma de decisiones basadas en los datos

- Cuenta con competencias y los recursos para recoger, analizar y evaluar datos de diferentes fuentes destinados a desarrollar capacidades de gestión basadas en los datos, lo que incluye el apoyo a los procesos de planificación, toma de decisiones y evaluación de las intervenciones.
- Facilita el acceso a fuentes de datos pertinentes para apoyar los procesos de toma de decisiones y asegura que dichas fuentes se utilicen en los niveles intermedios y locales.
- Garantiza un análisis sistemático de la información sobre los resultados de sus intervenciones y cuenta con el personal necesario para efectuar este análisis.
- Utiliza la investigación sobre el funcionamiento de los sistemas de salud para aportar información al proceso de toma de decisiones

5.3.3 Planificación estratégica

- Dispone de la capacidad institucional para poner en marcha procesos de planificación en materia de salud de áreas estratégicas, basados en información pertinente y válida.

- Genera y asegura la viabilidad de los planes estratégicos a través de medidas para establecer alianzas con la sociedad civil orientadas a responder a las necesidades de salud.
- Garantiza que se hayan aplicado las medidas necesarias para coordinar la planificación y los esfuerzos de colaboración con otros organismos y la comunidad.
- Garantiza la coordinación y concordancia entre los niveles nacional y subnacional de los procesos de planificación en materia de salud pública con respecto a la aplicación por parte de los niveles subnacionales de diversas estrategias de desarrollo.

5.3.4 Desarrollo organizativo

- Establece una cultura, procesos y estructura de organización, cuyo aprendizaje y trabajo se basan en una retroalimentación continua en relación con los cambios del medio externo y en garantizar su óptimo desempeño.
- Facilita la participación y acceso del personal institucional y de la comunidad a la resolución de los problemas de salud pública.
- Asegura la existencia de las competencias internas necesarias para abordar las relaciones interinstitucionales, la gestión de conflictos, el trabajo en equipo y el desarrollo organizativo, con el fin de dirigir a la institución hacia la visión acordada previamente y de responder dentro de los estándares de excelencia.

5.3.5 Gestión de recursos

- Garantiza la disponibilidad de los recursos necesarios para el desarrollo de las herramientas indispensables para su funcionamiento, que incluyen elementos financieros, técnicos y humanos que permitan una asignación eficaz en función de las prioridades definidas.
- Cuenta con la capacidad de gestión de recursos necesaria para garantizar eficiencia, calidad y equidad en el acceso a la atención sanitaria.
- Da poder de decisión a su personal para fortalecer la capacidad de los proveedores y gestores en todos los niveles del sistema de salud en materia de diseño, aplicación y gestión de sistemas de apoyo eficaces para lograr un sistema de salud integrado.

5.3.1 La ASN desarrolla la capacidad institucional para ejercer el liderazgo en la gestión de salud.

La ASN:

5.3.1.1 ¿Posee la capacidad de gestión necesaria para ejercer su liderazgo en el sistema de salud?

Si es así, esta capacidad incluye:

5.3.1.1.1 ¿Medios para alcanzar consensos?

5.3.1.1.2 ¿Promoción de la colaboración intrasectorial?

5.3.1.1.3 ¿Resolución de conflictos?

5.3.1.1.4 ¿Técnicas de comunicación?

5.3.1.1.5 ¿Movilización de recursos?

5.3.1.1.6 ¿Promoción de la colaboración intersectorial?

5.3.1.2 ¿Utiliza su liderazgo para dirigir el sistema de salud hacia los objetivos sanitarios definidos?

5.3.1.3 ¿Dispone de suficiente personal capacitado para la comunicación eficaz de la perspectiva y las estrategias que permiten su funcionamiento con un enfoque sistémico?

5.3.2 La ASN desarrolla la capacidad institucional para adoptar decisiones basadas en los datos.

La ASN:

5.3.2.1 ¿Cuenta con capacidad para una gestión basada en los datos con respecto a los procesos de planificación, adopción de decisiones y evaluación de actividades?

Si es así, la ASN:

5.3.2.1.1 ¿Posee las capacidad necesaria para recopilar, analizar, integrar y evaluar la información procedente de fuentes diversas?

5.3.2.1.2 ¿Dispone de sistemas de información capaces de procesar la información recogida y preparar una base de datos integral que pueda emplearse en los procesos de planificación?

Si es así, el procesamiento de datos que alimentan la base de datos da cuenta de:

5.3.2.1.2.1 ¿Los recursos existentes en el sector de la salud?

5.3.2.1.2.2 ¿El análisis de costos?

5.3.2.1.2.3 ¿La producción de servicios?

5.3.2.1.2.4 ¿La calidad de los servicios?

5.3.2.1.3 ¿Utiliza la información de diversas fuentes para mejorar la adopción de decisiones en la gestión de los servicios de salud pública en todos los niveles?

5.3.2.1.4 ¿Promueve y facilita el uso de la información sobre el estado de salud de la comunidad en la adopción de decisiones?

5.3.2.1.5 ¿Dispone de personal cualificado para el uso de la información con el fin de adoptar decisiones basadas en los datos?

Si es así:

5.3.2.1.5.1 ¿El personal elabora la información en formatos sencillos?

5.3.2.2 ¿Utiliza metodologías científicas de investigación de los sistemas de salud para aportar información a la adopción de decisiones y los procesos de evaluación?

5.3.2.3 ¿Dispone de sistemas de supervisión y evaluación para medir la consecución de las metas y objetivos definidos?

5.3.2.4 ¿Dispone de indicadores de desempeño claros y bien definidos como parte integral del sistema de salud?

Si es así, estos indicadores de desempeño:

5.3.2.4.1 ¿Se recogen y analizan en función de la obtención coherente y sistemática de información?

5.3.2.4.2 ¿Se utilizan para el mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud?

5.3.2.4.3 ¿Puede dar un ejemplo de estos indicadores de desempeño en uso?

5.3.2.5 ¿Dispone de personal cualificado para la comunicación eficaz de los resultados de sus acciones?

5.3.3 La ASN desarrolla la capacidad institucional de planificación estratégica.

La ASN:

5.3.3.1 ¿Dispone de personal con la experiencia y capacidad necesarias para el diseño y aplicación de procesos de planificación estratégica?

5.3.3.2 ¿Utiliza la planificación estratégica como parte de sus actividades y operaciones?

Si es así, la ASN:

5.3.3.2.1 ¿Ha llevado a cabo un proceso de planificación estratégica en el último año?

Si es así, este proceso:

5.3.3.2.1.1 ¿Define la visión y misión de la ASN?

5.3.3.2.1.2 ¿Analiza las fortalezas y debilidades de la ASN?

5.3.3.2.1.3 ¿Identifica las oportunidades y amenazas para la ASN?

5.3.3.2.1.4 ¿Define objetivos y estrategias para la ASN?

5.3.3.2.1.5 ¿Logra la creación de alianzas para la ejecución de ese plan estratégico?

5.3.3.2.1.6 ¿Define, mediante el consenso, las tareas y responsabilidades necesarias para llevar a cabo el proceso?

5.3.3.2.1.7 ¿Realiza su evaluación sistemática y de forma repetida?

5.3.3.2.2 ¿Coordina esta planificación estratégica y las actividades en colaboración con otras instituciones?

5.3.4 La ASN mantiene un proceso permanente de desarrollo organizativo.

La ASN:

5.3.4.1 ¿Cuenta con una visión organizativa clara y compartida?

5.3.4.2 ¿Garantiza la posesión de una cultura, procesos y una estructura organizativa que

aprende continuamente de los cambios en el medio externo y adecua sus respuestas a ellos?

Si es así, la ASN:

5.3.4.2.1 ¿Examina su cultura organizativa?

5.3.4.2.2 ¿Efectúa una evaluación del desempeño de toda la organización?

Si es así:

5.3.4.2.2.1 ¿Esta evaluación se utiliza para adecuar sus respuestas a los cambios en el medio externo?

5.3.4.3 ¿Define estándares de excelencia?

Si es así, la ASN:

5.3.4.3.1 ¿Desarrolla las estrategias necesarias para alcanzar estos estándares?

5.3.4.3.2 ¿Suministra los recursos necesarios para cumplir con estos estándares?

5.3.4.3.3 ¿Facilita la aplicación de estos estándares en la práctica habitual?

5.3.4.3.4 ¿Dispone de una cultura organizativa que asegura el poder de decisión del personal en función de su propio desarrollo?

5.3.5 La ASN desarrolla la capacidad institucional de gestión de recursos.

La ASN:

5.3.5.1 ¿Dispone de la capacidad para gestionar recursos?

Si es así:

5.3.5.1.1 ¿La ASN tiene la potestad para reasignar los recursos en función de las prioridades y necesidades de cambio institucional?

Si es así:

5.3.5.1.1.1 ¿Puede dar un ejemplo de reasignación de recursos durante el último año?

5.3.5.1.1.2 ¿La ASN utiliza su capacidad de gestión de recursos para asegurar la eficacia, calidad y equidad en los servicios de salud?

5.3.5.1.1.3 ¿La ASN dispone de personal capacitado en tecnologías de gestión que puede ofrecer asesoramiento para la selección y gestión de las tecnologías apropiadas?

5.4 Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública

Estándar

La ASN:

- Dispone de la capacidad y experiencia necesarias para negociar con los organismos e instituciones de cooperación internacional que colaboran en materia de salud pública.
- Dispone de la capacidad para el diseño y aplicación de programas a medio y largo plazo, así como proyectos más limitados en su especificidad y duración.
- Dispone de sistemas de información sobre las necesidades y alternativas de cooperación internacional disponibles y busca activamente proyectos de cooperación que permitan abordar mejor las prioridades nacionales de salud.
- Está en condiciones de desarrollar programas de cooperación dentro y fuera de la región que pueden ser evaluados sistemáticamente junto con sus organismos/instituciones homólogos/as.

5.4.1 La ASN dispone de capacidad y recursos para dirigir, negociar y llevar a cabo procesos de cooperación internacional en el área de la salud pública.

La ASN:

5.4.1.1 ¿Cuenta con los recursos y la tecnología necesarios para buscar oportunidades de cooperación internacional que le permitan abordar mejor las prioridades nacionales de salud con el empleo de bases de datos a gran escala?

5.4.1.2 ¿Dispone del conocimiento de las políticas, las prioridades, las condiciones y los requi-

sitos que los diferentes organismos de cooperación internacional tienen para la asignación de recursos?

5.4.1.3 ¿Dispone de la capacidad necesaria para el desarrollo de proyectos de cooperación con otros países dentro y fuera de la región?

Si es así, esta capacidad incluye:

5.4.1.3.1 ¿El desarrollo de programas amplios de cooperación con organismos internacionales?

5.4.1.3.2 ¿El desarrollo específico de proyectos de cooperación a corto plazo?

5.4.1.3.3 ¿El desarrollo de proyectos de cooperación entre países?

5.4.1.4 ¿Garantiza que todo proyecto de cooperación sea evaluado sistemática y conjuntamente con los organismos o instituciones homólogos internacionales?

Si es así:

5.4.1.4.1 La ASN, ¿dispone de profesionales en todos los niveles del sistema de salud capacitados para participar en esta evaluación?

5.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Estándar

La ASN:

- Asesora y proporciona apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de actividades.
- Promueve y facilita el uso de procesos de planificación en los niveles subnacionales, así como la integración de los procesos de planificación en otras iniciativas comunitarias que afecten la salud de la población.
- Asegura que su capacidad de gestión apoye el desarrollo de la salud pública en todos los niveles y los asesora en prácticas de gestión que garanticen la sostenibilidad de los mecanismos de buena comunicación entre las partes.
- Establece relaciones con instituciones de formación para mejorar la capacidad de gestión del personal, de modo que resulten sostenibles en los niveles subnacionales.

5.5.1 La ASN asesora y proporciona apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, la planificación y la gestión de actividades de salud pública.

Este apoyo incluye:

5.5.1.1 ¿Capacitación en métodos eficaces de planificación en salud pública?

5.5.1.2 ¿Capacitación en métodos para la definición de políticas de salud pública?

5.5.1.3 ¿Capacitación en métodos para el desarrollo de una gestión sostenible?

Si es así, la ASN:

5.5.1.3.1 ¿Dispone de programas de capacitación para el desarrollo sostenible de la gestión destinada a mejorar la capacidad institucional de los niveles subnacionales?

5.5.1.3.2 ¿Proporciona capacitación en materia de servicios?

5.5.1.3.3 ¿Proporciona educación continua formal?

5.5.1.3.4 ¿Ha establecido relaciones con escuelas u organizaciones que dispongan de programas de capacitación para el desarrollo sostenible de la gestión que mejoren la capacidad institucional de los niveles subnacionales?

5.5.1.4 ¿Asesoramiento sobre estrategias eficaces de identificación de las prioridades subnacionales de salud y de la forma de abordarlas?

5.5.1.5 ¿Los recursos necesarios para apoyar a los niveles subnacionales en sus actividades de planificación estratégica?

5.5.1.6 ¿La facilitación del desarrollo de procesos de planificación local en materia de salud?

5.5.1.7 ¿La promoción de la integración de los esfuerzos de planificación local en otras iniciativas similares?

5.5.1.8 ¿El fortalecimiento de los procesos de descentralización de la gestión de la salud pública?

5.5.1.9 ¿Asesoramiento para apoyar el mejoramiento continuo de la gestión en los niveles subnacionales?

5.5.2 La ASN dispone de los sistemas necesarios para detectar de forma rápida y precisa las necesidades de mejoramiento de la gestión de los niveles subnacionales.

Estos mecanismos y políticas del sistema en todos los niveles facilitan:

5.5.2.1 ¿La detección de deficiencias en la capacidad de gestión de los niveles subnacionales?

5.5.2.2 ¿La respuesta rápida frente a las deficiencias pertinentes de los niveles subnacionales?

5.5.2.3 ¿Puede mencionar un ejemplo concreto de este tipo de mecanismos aplicado en los últimos dos años?

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

Definición

Esta función incluye:

- La capacidad institucional para desarrollar un marco de regulación para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La capacidad de crear nuevas leyes y reglamentaciones destinadas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, coherente y completa.

Indicadores

6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco de regulación

Estándar

La ASN:

- Revisa oportunamente –sobre la base del mejor conocimiento disponible, nacional e internacional- la normativa vigente destinada a proteger la salud pública y los ambientes saludables
- Estudia y elabora las normas que se propondrán en el futuro
- Propone la actualización de la redacción y contenido de la normativa para asegurar que refleje el conocimiento científico actual en materia de salud pública y los requisitos necesarios para el mejor desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP). Esta actualización, además, se propone para corregir los efectos no deseados que la legislación pueda causar
- Solicita información a los legisladores, asesores legales y público en general, especialmente a las personas y organizaciones reglamentadas o directamente afectadas por la legislación en proceso de actualización
- Efectúa el seguimiento de las propuestas legislativas durante su etapa de discusión, asesorando al respecto a los legisladores

6.1.1 La ASN cuenta con experiencia en la redacción de leyes y reglamentaciones de protección de la salud pública.

Esta experiencia incluye:

6.1.1.1 ¿Asesoría legal propia?

6.1.1.2 ¿Asesoría legal por contratación externa para revisiones específicas?

6.1.1.3 ¿Personal experto en los procedimientos legislativos y de regulación relativos a la aprobación, enmienda y rechazo de leyes y reglamentaciones en materia de salud pública?

6.1.2 La ASN revisa la normativa destinada a la protección de la salud y seguridad de la población.

La revisión:

6.1.2.1 ¿Incluye los proyectos de legislación?

6.1.2.2 ¿Tiene en cuenta que la legislación esté en concordancia con el conocimiento científico existente en materia de salud pública?

6.1.2.3 ¿Examina tanto el impacto esperado como los efectos adversos de estas leyes y reglamentaciones?

6.1.2.4 ¿Se hace en forma oportuna?

6.1.2.5 ¿Se efectúa periódicamente?

6.1.2.6 ¿Incorpora otros mecanismos de regulación?

6.1.3 La ASN solicita aportes que contribuyan a la evaluación de la normativa sobre salud.

Se solicitan aportes de:

6.1.3.1 ¿Legisladores clave que apoyan el desarrollo de la salud pública?

6.1.3.2 ¿Asesores legales?

6.1.3.3 ¿Otros organismos estatales?
6.1.3.4 ¿La comunidad en general?
6.1.3.5 ¿Representantes de organizaciones comunitarias?
6.1.3.6 ¿Las asociaciones de usuarios, grupos de interés y otras asociaciones?
6.1.3.7 ¿Individuos y organizaciones directamente afectados?
6.1.3.8 ¿Organismos internacionales interesados?

6.1.4 La ASN lidera las iniciativas para modificar las leyes y reglamentaciones de acuerdo con los resultados de la revisión.

La ASN:
6.1.4.1 ¿Ofrece asesoramiento y apoyo a los legisladores para la redacción de las modificaciones legislativas necesarias?
6.1.4.2 ¿Propugna activamente hacer posibles las modificaciones legislativas necesarias para la protección de la salud y seguridad de la población?

6.2 Hacer cumplir la normativa en materia de salud

Estándar
La ASN:

- Administra las actividades de fiscalización en materia de salud pública en su jurisdicción de acuerdo con claras pautas escritas
- Se coordina con otros sectores involucrados en la fiscalización para aumentar la eficiencia y el ámbito de acción
- Efectúa el seguimiento de las acciones y procedimientos de fiscalización para corregir abusos de autoridad o falta de ésta frente a la presión de grupos influyentes.
- Adopta una actitud fiscalizadora centrada, más que en el castigo posterior a las faltas, en la educación sobre la normativa en materia de salud pública y la prevención de las transgresiones
- Promueve, conjuntamente con los niveles subnacionales, el cumplimiento de la normativa en materia de salud, por medio de la educación e información de los consumidores y la integración de las actividades de fiscalización en el resto de las actividades de salud pública
- Desarrolla una política clara para prevenir la corrupción como práctica que puede instalarse en las actividades de fiscalización, evaluada periódicamente por organismos independientes, con el fin de introducir correcciones a partir de los resultados

6.2.1 La ASN desarrolla procesos sistemáticos para hacer cumplir la normativa existente.

La ASN:
6.2.1.1 ¿Tiene pautas escritas claras que respalden las actividades de fiscalización de la salud pública?
6.2.1.2 ¿Identifica a los responsables de la fiscalización?
6.2.1.3 ¿Supervisa los procedimientos de fiscalización utilizados?

Si es así:
6.2.1.3.1 ¿La ASN supervisa el abuso o mal uso de autoridad en la fiscalización?
6.2.1.3.2 ¿Efectúa el seguimiento del cumplimiento de las pautas de fiscalización?

6.2.1.4 ¿Actúa rápidamente para corregir los abusos o mal uso de autoridad?
6.2.1.5 ¿Tiene un sistema de incentivos para su personal de fiscalización que usa correctamente su autoridad como agente fiscalizador?
6.2.1.6 ¿Efectúa el seguimiento de la oportunidad y eficiencia de la fiscalización?

6.2.2 La ASN educa sobre de normas de salud pública y fomenta su cumplimiento.

La ASN:
6.2.2.1 ¿Informa ampliamente acerca de la importancia del cumplimiento de la normativa sanitaria y de los procedimientos aplicables para tal fin?
6.2.2.2 ¿Dispone de procedimientos preestablecidos para informar a las personas y organizaciones que se verán afectadas por las normativas de salud?
6.2.2.3 ¿Dispone de un sistema de incentivos destinados a favorecer el cumplimiento de la normativa?

Si es así:

6.2.2.3.1 ¿Se incluye la certificación de calidad relativa al cumplimiento de la normativa?

6.2.3 La ASN elabora y ejecuta políticas y planes destinados a prevenir la corrupción en el sistema de salud pública.

Estas políticas y planes:

6.2.3.1 ¿Son evaluados periódicamente por entidades independientes y se corrigen de acuerdo con los resultados de las evaluaciones cuando es necesario?

6.2.3.2 ¿Están en concordancia con las prioridades nacionales en la materia?

6.2.3.3 ¿Contemplan medidas para evitar las manipulaciones por parte de grupos de presión externos a la ASN?

6.2.3.4 ¿Disponen de sistemas de advertencia y castigo a las prácticas ilegales en materia de fiscalización?

Si es así:

6.2.3.4.1 ¿Los funcionarios de todos los niveles conocen estos sistemas?

6.3 Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco de regulación

Estándar

La ASN:

- Dispone de un equipo asesor competente con un alto nivel de conocimientos (tanto nacionales como internacionales) sobre procedimientos de regulación relacionados con la adopción, corrección y revocación de la normativa de salud pública
- Asegura la disponibilidad de mecanismos y recursos para hacer cumplir la normativa vigente
- Evalúa periódicamente el nivel de conocimientos y competencias nacionales y la capacidad para revisar y hacer cumplir la normativa de salud pública

6.3.1 La ASN posee la capacidad institucional suficiente para ejercer funciones normativas y fiscalizadoras.

La ASN

6.3.1.1 ¿Dispone de un equipo asesor competente para el desarrollo del marco de regulación y la elaboración de normativas?

6.3.1.2 ¿Dispone de los conocimientos, aptitudes y recursos para ejercer la función normativa en materia de salud pública?

Si es así:

6.3.1.2.1 ¿Existen recursos humanos suficientes para la función normativa?

6.3.1.2.2 ¿Existen recursos institucionales para elaborar normativas?

6.3.1.2.3 ¿Existen recursos financieros adecuados?

6.3.2 La ASN dispone de procedimientos y recursos para hacer cumplir la normativa?

6.3.2.1 ¿Existe alguna institución gubernamental especializada para ejercer la función fiscalizadora que le corresponde a la ASN?

6.3.2.2 ¿Existen recursos humanos suficientes para la fiscalización?

6.3.2.3 ¿Existen recursos institucionales para hacer cumplir la normativa?

6.3.2.4 ¿Existen recursos financieros para cumplir la programación de fiscalización definida?

6.3.2.5 ¿La ASN orienta al personal de fiscalización sobre los procedimientos para llevar adelante su trabajo?

Si es así, la ASN:

6.3.2.5.1 ¿Incluye alguna pauta con respecto al sentido del marco de regulación?

6.3.2.5.2 ¿Incluye esta pauta la definición de prioridades para la fiscalización de situaciones específicas?

6.3.3 La ASN asegura la disponibilidad de cursos de capacitación para el personal de fiscalización.

La ASN:

6.3.3.1 ¿Se orienta al personal nuevo en materia de fiscalización?

6.3.3.2 ¿Existen en la actualidad esos cursos de capacitación?

6.3.3.3 ¿Los cursos incluyen buenas prácticas de fiscalización?

6.3.3.4 ¿Asegura la regularidad de la educación continua para el personal de fiscalización?

6.3.3.5 ¿Se capacita al personal de fiscalización en comunicación interpersonal y aptitudes para la seguridad personal (por ej., manejo de situaciones y personas difíciles)?

6.3.4 La ASN evalúa su capacidad y experiencia para redactar leyes y reglamentos de salud pública.

6.3.4.1 ¿La ASN ha mejorado su capacidad de acuerdo con los resultados de su evaluación más reciente?

6.3.4.2 ¿Puede dar un ejemplo de una mejora del marco de regulación existente?

6.4 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública para la elaboración y fiscalización de leyes y reglamentos

Estándar

La ASN:

- Orienta y apoya a los niveles subnacionales y a las comunidades locales para el mejor cumplimiento de la normativas vigente en su jurisdicción
- Produce protocolos, responde a consultas, asesora y capacita en los procedimientos y prácticas de fiscalización mejores al resto de los niveles subnacionales
- Asiste a los niveles subnacionales en operaciones de fiscalización de alta dificultad o complejidad
- Evalúa periódicamente el apoyo y la asistencia técnica suministrada a los niveles subnacionales en las tareas de fiscalización y regulación
- Introduce mejoras en función de los resultados de estas evaluaciones

6.4.1 La ASN proporciona asistencia a los niveles subnacionales para la elaboración de normas y reglamentos de protección de la salud?

La ASN:

6.4.1.1 ¿Aporta a los niveles subnacionales protocolos para el desarrollo descentralizado de normas?

6.4.1.2 ¿Proporciona asesoramiento a los niveles subnacionales en materia de elaboración de normas?

6.4.1.3 ¿Apoya a los niveles subnacionales mediante la capacitación en procesos de regulación descentralizada?

6.4.1.4 ¿Brinda asistencia de personal especializado a los niveles subnacionales para el desarrollo de normativas complejas?

6.4.2 La ASN ofrece orientación y apoyo a los niveles subnacionales en materia de fiscalización de la salud pública en su área de competencia.

La ASN:

6.4.2.1 ¿Aporta a los niveles subnacionales protocolos que describen buenas prácticas de fiscalización?

6.4.2.2 ¿Ofrece asesoramiento a los niveles subnacionales en materia de aplicación de procedimientos de fiscalización?

6.4.2.3 ¿Apoya a los niveles subnacionales mediante la capacitación en procedimientos de fiscalización?

6.4.2.4 ¿Brinda asistencia de personal especializado a los niveles subnacionales para enfrentarse a operaciones de fiscalización complejas?

6.4.2.5 ¿Evalúa periódicamente la asistencia técnica suministrada a los niveles subnacionales para apoyar las acciones de fiscalización de las leyes y reglamentos de salud pública?

Si es así:

6.4.2.5.1 ¿Se perfeccionan la asistencia técnica de la ASN de acuerdo con los resultados de estas evaluaciones?

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

Definición

Esta función incluye:

- La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de iniciativas destinadas a superar los obstáculos de acceso a las intervenciones de salud pública y a facili-

tar la vinculación de los grupos vulnerables a los servicios de salud (excluida 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 para resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
- La estrecha colaboración con organismos gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Indicadores

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

Estándar

La ASN:

- Efectúa el seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de atención individual y de salud pública suministrados a los habitantes de la jurisdicción, por lo menos cada dos años
- Realiza la evaluación en colaboración con los niveles subnacionales de salud pública, los sistemas de suministro de atención clínica y otros puntos de acceso al sistema de atención de salud
- Determina las causas y efectos de los obstáculos para el acceso –recogiendo antecedentes de los afectados por estos obstáculos– e identifica las mejores prácticas para reducirlos y aumentar la equidad en el acceso a los servicios de atención sanitarios
- 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 los grupos de población que tienen menor prestación de servicios que los necesarios para atender a sus necesidades sanitarias

7.1.1 La ASN efectúa una evaluación nacional del acceso a lo servicios de salud colectivos necesarios.

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 para realizar una evaluación?

7.1.1.4 ¿Se realiza en conjunto con los niveles subnacionales de la ASN?

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 otros organismos gubernamentales?

7.1.1.4.4 ¿Se realiza en colaboración con otros organismos no gubernamentales?

7.1.1.5 ¿Se realiza por lo menos cada dos años?

7.1.2 La ASN efectúa una evaluación nacional del acceso a los servicios de salud individuales.

La evaluación:

7.1.2.1 ¿Se basa en una definición de los servicios de salud individuales que deben tener garantizado el acceso de toda la población?

7.1.2.2 ¿Incluye los problemas de costos y sistemas de pago por los servicios?

7.1.2.3 ¿Incluye la cobertura de servicios individuales por parte de organismos públicos, compañías de seguros y otras entidades pagadoras?

7.1.2.4 ¿Tiene en cuenta la distancia al centro de salud más cercano?

7.1.2.5 ¿Se realiza por lo menos cada dos años?

7.1.2.6 ¿Se realiza en colaboración con los niveles intermedios?

7.1.2.7 ¿Se realiza en colaboración con el nivel local?

7.1.2.8 ¿Se realiza en colaboración con el sistema de servicios de salud individuales?

7.1.2.9 ¿Se realiza en colaboración con otros organismos gubernamentales?

7.1.2.10 ¿Se realiza en colaboración con otros organismos no gubernamentales?

7.1.2.11 ¿Se realiza en colaboración con los organismos sanitarios de seguridad social para ga-

rantizar el seguimiento del acceso a los servicios de salud de las poblaciones de difícil acceso o subatendidas?[11]

7.1.3 La ASN investiga y abaliza las barreras de acceso a los cuidados de salud.

Se investigan y analizan los obstáculos por razón de:

7.1.3.1 ¿Edad?
7.1.3.2 ¿Sexo?
7.1.3.3 ¿Etnia?
7.1.3.4 ¿Cultura y creencias?
7.1.3.5 ¿Religión?
7.1.3.6 ¿Idioma?
7.1.3.7 ¿Analfabetismo?
7.1.3.8 ¿Residencia?
7.1.3.9 ¿Transporte?
7.1.3.10 ¿Escolaridad?
7.1.3.11 ¿Ingresos o pobreza?
7.1.3.12 ¿Previsión social?
7.1.3.13 ¿Nacionalidad?
7.1.3.14 ¿Orientación sexual?
7.1.3.15 ¿Discapacidad física?
7.1.3.16 ¿Discapacidad mental?
7.1.3.17 ¿Diagnóstico[12]?

La ASN:

7.1.3.18 ¿Incorpora metodologías para detectar las desigualdades (desagregación adecuada de los datos, muestreos enfocados a incluir a los grupos de población de mayor interés, encuestas, etc.)?
7.1.3.19 ¿Identifica las buenas prácticas para reducir los obstáculos identificados, aumentando así la equidad en el acceso a los servicios de salud?

Si es así, la ASN:

7.1.3.19.1 ¿Difunde las buenas prácticas a todos los niveles y las recomienda a los sistemas de prestación de atención sanitaria?

7.1.4 La ASN usa los resultados de la evaluación para promover la equidad en el acceso a servicios de salud esenciales.

Esta evaluación:

7.1.4.1 ¿Incorpora el aporte de los afectados por los obstáculos al acceso?
7.1.4.2 ¿Define a partir de la evaluación las condiciones de acceso consideradas adecuadas para todo el sistema de salud?
7.1.4.3 ¿Aplica normativas destinadas a garantizar estas condiciones de acceso a toda la población?

7.2 Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población

Estándar

La ASN:

- Suministra, en conjunto con los niveles subnacionales, información a la población acerca de los servicios de salud colectivos y clínico-asistenciales individuales para los cuales reúne los requisitos, es decir información respecto de sus derechos en materia sanitaria
- Impulsa y apoya iniciativas orientadas a poner en práctica métodos innovadores y comprobados de atención sanitaria (tales como dispensarios móviles, campañas, operativos de asistencia sanitaria o telemedicina) para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
- Evalúa periódicamente la experiencia y capacidad para facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas y pone en marcha mejoras basadas en los resultados de esta evaluación.

7.2.1 La ASN tiene personal especializado en programas de acercamiento a la comunidad destinados a mejorar la utilización de los servicios de salud.

La ASN dispone de personal dedicado a:

7.2.1.1 ¿Detectar y efectuar el seguimiento de los patrones de utilización de servicios?
7.2.1.2 ¿Identificar casos específicos de obstáculos al acceso acceder a los servicios de salud individuales?

[11] Se refiere a situaciones en las cuales a pesar de que las personas tienen cobertura asegurada por los servicios de salud, existen obstáculos para que reciban la atención sanitaria que demandan, ya sea por escasez de prestadores, por las distancias al lugar donde la población reside o porque existen listas de espera, lo que hace que las personas reciban menos de lo que el plan de salud les garantiza.

[12] Incluye las "preexistencias" que significan exclusión de las personas de los sistemas de protección de salud por alguna enfermedad.

Si es así, el personal identifica casos:

7.2.1.2.1 ¿En el ámbito nacional?

7.2.1.2.2 ¿En los niveles intermedios?

7.2.1.2.3 ¿En el nivel local?

7.2.2 La ASN tiene personal capaz de informar a los ciudadanos sobre acceso a los servicios de salud.

El personal tiene experiencia y capacidad para:

7.2.2.1 ¿Disminuir los obstáculos lingüísticos y culturales?

7.2.2.2 ¿Centrar las actuaciones en poblaciones de difícil acceso?

7.2.2.3 ¿Informar a los proveedores acerca de programas de prevención?

7.2.2.4 ¿Acercar los servicios a las poblaciones de alto riesgo?

7.2.2.5 ¿Desarrollar programas nacionales de detección precoz?

7.2.2.6 ¿Apoyar a las poblaciones vulnerables o subatendidas para que reciban los servicios necesarios?

7.2.2.7 ¿Aplicar métodos innovadores de atención para promover el acceso a los servicios (por ej., dispensarios móviles, ferias, etc.)?

7.2.2.8 ¿Colaborar con las instituciones de seguridad social para asegurar un seguimiento centrado en las poblaciones subatendidas?

7.2.3 El personal de la ASN evalúa periódicamente su experiencia y capacidad para suministrar mecanismos que acerquen a la comunidad a los servicios de salud individuales y colectivos de forma eficaz.

La ASN:

7.2.3.1 ¿Introduce cambios de acuerdo con los resultados de estas evaluaciones?

Si es así, dispone de personal capacitado en estos temas en:

7.2.3.1.1 ¿El nivel nacional?

7.2.3.1.2 ¿Los niveles intermedios?

7.2.3.1.3 ¿El nivel local?

7.3 Fomento y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios

Estándar

La ASN:

- Suministra información a los órganos de decisión, los actores clave y la población en general con respecto a los obstáculos específicos que impiden el acceso a los servicios de atención individual en el país
- Colabora y establece alianzas con los sistemas de prestación de servicios de salud y las organizaciones dedicadas a vincular a las personas con los servicios sociales y de salud y a desarrollar programas para favorecer el acceso a estos servicios
- Fomenta la aprobación de leyes y reglamentaciones para aumentar el acceso a los servicios de los más necesitados
- Presta especial atención a la coordinación con las universidades u otras instituciones que preparan a los profesionales y técnicos de la salud para dotar a la formación de los recursos humanos con conocimientos y aptitudes destinados a favorecer el acceso a los servicios de salud colectivos e individuales necesarios
- Utiliza el conocimiento científico en materia de salud pública para el desarrollo de políticas que promuevan el acceso a los servicios de salud necesarios
- Identifica las diferencias en materia de distribución de los recursos humanos para llegar a las poblaciones sin cobertura y define estrategias para promover la superación de las carencias de cobertura

7.3.1 La ASN desarrolla procesos de fomento con otros actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.

La ASN:

7.3.1.1 ¿Informa a las instancias decisorias y actores clave, a los representantes y la población en general acerca de los obstáculos para acceder a los servicios de salud?

7.3.1.2 ¿Propugna la adopción de políticas, leyes o reglamentaciones que incrementen el acceso a los servicios de las personas con mayores necesidades?

7.3.1.3 ¿Establece y mantiene relaciones formales de asociación con individuos y organizaciones capaces de abordar los problemas de acceso a los servicios de salud?

7.3.1.4 ¿Establece conciertos con las universidades y otras instituciones de formación de profesionales de salud con el fin aumentar la dis-

ponibilidad de recursos humanos adecuados a las necesidades de salud?

7.3.1.5 ¿Promueve el reclutamiento de profesionales de la salud de todos los niveles en programas de educación continua para asegurar el acceso equitativo de todos los ciudadanos a servicios adecuados a las necesidades?

7.3.2 La ASN realiza acciones directas para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.

La ASN:

7.3.2.1 ¿Coordina programas nacionales destinados a resolver problemas de acceso?

7.3.2.2 ¿Identifica las áreas de carencia de recursos profesionales y fomenta la ubicación de los proveedores en ellas como forma de incrementar el acceso a los servicios?

7.3.2.3 ¿Identifica las diferencias en materia de recursos humanos necesarios para atender a las poblaciones con una alta demanda de salud y una baja cobertura?

7.3.2.4 ¿Identifica estrategias para superar las diferencias de distribución de los recursos humanos?

7.3.2.5 ¿Identifica las experiencias exitosas en materia de intervenciones dirigidas a aumentar el acceso a los servicios de salud?

Si es así, la ASN:

7.3.2.5.1 ¿Usa la información sobre las experiencias exitosas para la toma de decisiones políticas informadas en esta materia?

7.3.2.6 ¿Evalúa la eficacia de las medidas para mejorar el acceso a los servicios necesarios?

7.3.2.7 ¿Establece incentivos para impulsar a que los proveedores de servicios a que disminuyan la desigualdad en el acceso a los servicios?

Si es así, estos incentivos incluyen a proveedores de:

7.3.2.7.1 ¿Servicios de salud colectivos?

7.3.2.7.2 ¿Servicios de salud individuales?

7.3.2.8 ¿Tiene establecido un sistema en el nivel local que ayude a las comunidades a desarrollar asociaciones destinadas a la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud?

7.4 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios sanitarios

Estándar

La ASN apoya y asiste a los niveles subnacionales para:

- Identificar las necesidades de acceso de las personas que se topan con obstáculos para satisfacer sus necesidades de salud y las características de la oferta de servicios
- Crear y difundir mensajes públicos destinados a informar a los residentes de los niveles subnacionales sobre la disponibilidad de los servicios de salud necesarios
- Contribuir a la creación de alianzas innovadoras y establecer la coordinación con los proveedores para promover el acceso a los servicios de salud necesarios
- Colaborar y establecer la coordinación con programas complementarios que ayudan a atraer a los servicios a grupos con necesidades y riesgos especiales de salud

7.4.1 La ASN asiste a los niveles subnacionales en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

La ASN asiste en:

7.4.1.1 ¿La definición de un conjunto básico de servicios de salud individuales y colectivos que deben estar a disposición de toda la población?

Si es así, la ASN:

7.4.1.1.1 ¿Ayuda a los niveles subnacionales a coordinar las funciones y responsabilidades de los proveedores de servicios para la prestación de los mismos a las poblaciones subatendidas?

7.4.1.1.2 ¿Ayuda a los niveles subnacionales a crear y divulgar mensajes para informar al público —especialmente a los grupos suba-

tendidos— de la disponibilidad de servicios?

7.4.1.2 ¿La identificación de las necesidades insatisfechas de acceso de las personas?

7.4.1.3 ¿La identificación de los obstáculos para acceder a servicios adecuados a sus necesidades de salud?

7.4.1.4 ¿El desarrollo de estrategias para la reducción de esos obstáculos?

7.4.1.5 ¿La coordinación de programas complementarios que promuevan actividades de acercamiento a la comunidad y el acceso equitativo a los servicios de salud?

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Definición

Esta función incluye:

- La identificación de un perfil de los recursos humanos en salud pública adecuado a la prestación de servicios de salud pública.
- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención sanitaria, abordar con eficacia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las iniciativas de salud pública.
- La definición de los requisitos de acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la pertinente adquisición de experiencia en el terreno de la salud pública a todos los estudiantes, así como la educación continua sobre gestión de recursos humanos, y el desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- El desarrollo de aptitudes para el trabajo interdisciplinario y multicultural en salud pública.
- La formación ética del personal de salud pública, haciendo hincapié en principios y valores tales como la solidaridad, la equidad y el respeto a la dignidad de las personas.

Indicadores

8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública

Estándar

La ASN:

- Mantiene un registro actualizado de los puestos ocupados y vacantes en los servicios de salud pública, gubernamentales y no gubernamentales, en todos sus niveles, y efectúan estimaciones del número de trabajadores voluntarios que prestan servicios de salud pública en cada nivel
- Efectúa (por lo menos cada dos años) una evaluación del número, tipo, distribución geográfica, estructura salarial, requisitos mínimos de educación, acreditación, contratación y permanencia del personal especializado en salud pública
- Proyecta las futuras necesidades, en cuanto a cantidad y calidad, de la fuerza de trabajo.

8.1.1 La ASN define las necesidades actuales de personal de salud pública.

La ASN define:

8.1.1.1 ¿El número de trabajadores necesarios para ejercer las funciones esenciales y ocuparse de los servicios colectivos de salud pública? Si es así, esta definición existe:

8.1.1.1.1 ¿En el nivel nacional?

8.1.1.1.2 ¿En los niveles intermedios?

8.1.1.1.3 ¿En el nivel local?

8.1.1.2 ¿El perfil de los trabajadores necesarios para ejercer las funciones esenciales y ocuparse de los servicios colectivos de salud pública?

Si es así, el perfil existe para:

8.1.1.2.1 ¿El nivel nacional?

8.1.1.2.2 ¿Los niveles intermedios?

8.1.1.2.3 ¿El nivel local?

8.1.1.3 ¿Las competencias requeridas para ejercer las funciones esenciales y ocuparse los servicios colectivos de salud pública?

Si es así, las competencias requeridas están definidas para:

8.1.1.3.1 ¿El nivel nacional?

8.1.1.3.2 ¿Los niveles intermedios?

8.1.1.3.3 ¿El nivel local?

8.1.2 La ASN identifica las diferencias que hay que nivelar en materia de composición y disponibilidad de la fuerza de trabajo.

La ASN:

8.1.2.1 ¿Tiene criterios para calcular las necesidades futuras de personal de salud pública?

8.1.2.2 ¿Compara las necesidades actuales con las futuras?

8.1.2.3 ¿Establece criterios para reducir las diferencias existentes?

8.1.3 La ASN evalúa periódicamente la caracterización de la fuerza de trabajo en el ámbito de la salud pública existente en el país.

La ASN tiene acceso a datos acerca de:

8.1.3.1 ¿La estructura de remuneraciones y otros beneficios pecuniarios?

8.1.3.2 ¿La distribución geográfica de la fuerza de trabajo de la salud pública?

8.1.3.3 ¿La distribución de la fuerza de trabajo de la salud pública de acuerdo con las características de su empleo (no gubernamental, privado, publico)

8.1.3.4 ¿El perfil de educación requerido para puestos específicos?

8.1.3.5 ¿Las competencias requeridas para puestos de trabajo definidos?

Si es así:

8.1.3.5.1 ¿Se tienen en cuenta las competencias existentes para obtener una fuerza de trabajo adecuada para el trabajo multicultural?

Si es así:

8.1.3.5.1.1 La ASN, ¿define estrategias para encontrar una fuerza de trabajo competente para trabajar con comunidades cultural y lingüísticamente diversas?

8.1.3.6 ¿Tiene un sistema de información para la gestión capaz de efectuar el seguimiento de los datos antes mencionados?

8.1.4 La ASN mantiene un inventario en función de un perfil predeterminado y actualizado de los puestos de trabajo necesarios para desempeñar funciones de salud pública.

El inventario incluye:

8.1.4.1 ¿Una definición previa del perfil de los puestos?

8.1.4.2 ¿Una definición de prioridades para llenar las vacantes?

8.1.4.3 ¿Un análisis completo de los puestos ocupados y vacantes?

8.1.4.4 ¿A los niveles nacionales y subnacionales?

8.1.4.5 ¿Un cálculo de los trabajadores que prestan servicios voluntarios de salud pública?

8.1.4.6 ¿Un cálculo de áreas de crecimiento futuro?

8.1.5 La evaluación de la ASN de la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo cuenta con aportes de otras instituciones.

La evaluación incluye aportes que provienen de:

8.1.5.1 ¿Otras agencias de gobierno?

8.1.5.2 ¿Los niveles subnacionales de salud pública?

8.1.5.3 ¿Instituciones académicas?

8.1.5.4 ¿Líderes sociales del ámbito de la salud pública?

8.1.5.5 ¿Organizaciones no gubernamentales?

8.1.5.6 ¿Asociaciones profesionales?

8.1.5.7 ¿La sociedad civil?

8.1.5.8 ¿Organismos internacionales?

8.1.5.9 ¿El ministerio de educación?

8.1.5.10 ¿El ministerio del trabajo?

8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo

Estándar

La ASN:

- Asegura que los trabajadores y gerentes de la salud pública posean el nivel de educación y la certificación de estudios demostrable de acuerdo con lo que establece la legislación y los criterios preestablecidos
- Coordina programas de capacitación y colabora con instituciones educativas dedicadas a la formación en salud pública para recomendar un plan de estudios básico de salud pública que debe figurar en los programas de capacitación para los distintos niveles del trabajo en salud pública
- Evalúa periódicamente el rendimiento de los programas docentes, de capacitación y educación continua para asegurar

que contribuyan al mejoramiento y desarrollo de los recursos humanos del ámbito de la salud pública
- Propone incentivos y aplica planes que apuntan al mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo de la salud pública en todo el país
- Desarrolla una búsqueda activa de trabajadores con características para ejercer el liderazgo, los capacita e incentiva su permanencia en la organización
- Apoya a los líderes de la salud pública en su esfuerzo por desarrollar alianzas que posibiliten la acción en todos los ámbitos de la salud pública, facilitando las condiciones políticas y ambientales que lo permitan.

La ASN:

8.2.1 La ASN desarrolla estrategias para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.

La ASN:

8.2.1.1 ¿Cuenta con pautas o normas establecidas de acreditación y certificación de estudios para la contratación del personal de salud pública?

Si es así, la ASN:

8.2.1.1.1 ¿Evalúa el cumplimiento de estos criterios en los procesos de contratación en todo el país?

8.2.1.2 ¿Dispone de políticas que le permitan garantizar niveles de capacitación adecuados a sus responsabilidades en los profesionales y trabajadores de salud pública que dependen de ella?

8.2.1.3 ¿Colabora y coordina con instituciones académicas y sociedades científicas profesionales el desarrollo de un plan de estudios básico de salud pública?

8.2.1.4 ¿Incentiva la participación de la fuerza de trabajo de la salud pública en actividades de educación permanente que permitan mejorar la calidad de su desempeño?

8.2.1.5 ¿Ofrece o coordina la capacitación de los trabajadores de salud pública de menor experiencia?

8.2.1.6 ¿Dispone de estrategias que le permitan evaluar, por lo menos cada tres años, la eficacia de sus políticas de contratación, la calidad del empleo y la capacidad de retención de los trabajadores de la salud pública,?

8.2.1.7 ¿Dispone de estrategias que le permitan incentivar a su personal en el desarrollo de sus respectivas carreras funcionariales?

8.2.1.8 ¿Desarrolla y aplica planes destinados a la formación ética (incluidos los aspectos de bioética) del personal de salud pública, subrayando principios y valores tales como la solidaridad, la equidad y el respeto a la dignidad de las personas?

8.2.1.9 ¿Desarrolla e implementa planes para mejorar la calidad de la fuerza de trabajo en el ámbito de la salud pública del país?

Si es así, la ASN:

8.2.1.9.1 ¿Evalúa periódicamente estos planes?

8.2.2 La ASN desarrolla estrategias para el fortalecimiento del liderazgo en el terreno de la salud pública.

La ASN:

8.2.2.1 ¿Brinda oportunidades a la fuerza de trabajo de salud pública para el desarrollo del liderazgo?

8.2.2.2 ¿Identifica activamente a los líderes potenciales que forman parte de la fuerza de trabajo de la salud pública?

Si es así, la ASN:

8.2.2.2.1 ¿Promueve la permanencia de los líderes identificados?

8.2.2.2.2 ¿Ofrece incentivos para mejorar la capacidad de liderazgo?

8.2.2.3 ¿Dispone de mecanismos para identificar y contratar líderes potenciales?

8.2.2.4 ¿Establece acuerdos con instituciones académicas y otras instituciones dedicadas al desarrollo de liderazgo en materia de salud pública?

8.2.2.5 ¿Dispone de estrategias y mecanismos de discusión sobre las implicaciones de las decisiones en relación con los principios éticos y valores sociales?

8.2.3 La ASN dispone de un sistema de evaluación del desempeño de los trabajadores de la salud pública.

Este sistema:

8.2.3.1 ¿Define las expectativas institucionales sobre el desempeño de cada trabajador para un período determinado?

8.2.3.2 ¿Define resultados mensurables del trabajo de cada funcionario?

8.2.3.3 ¿Comunica a cada trabajador los resultados que se esperan de su labor en un periodo definido?

8.2.3.4 ¿Analiza los resultados y propone mejoras al sistema?

8.2.3.5 ¿Utiliza los resultados de la evaluación para asignar responsabilidades y retener a los trabajadores basándose en el mérito?

8.3 Educación continua y de posgrado en salud pública

Estándar

La ASN:

- Establece vínculos formales e informales con instituciones académicas dedicadas a la formación de posgrado en salud pública para posibilitar el acceso del personal humanos a la educación continua
- Evalúa e incentiva a las instituciones académicas para que adecuen sus programas y estrategias docentes a las necesidades derivadas del desempeño de las funciones esenciales de salud pública y los futuros desafíos
- Divulga los resultados de la evaluación de los procesos educativos y recaba la opinión de los profesionales al respecto.

8.3.1 La ASN orienta y promueve procesos de educación continua y formación de posgrado en salud pública.

La ASN:

8.3.1.1 ¿Facilita acuerdos formales e informales con instituciones académicas del ámbito de la salud pública para permitir el acceso a la educación continua?

8.3.1.2 ¿Incentiva a las instituciones académicas del ámbito de la salud pública para que ofrezcan programas que satisfagan las necesidades de los profesionales de la salud pública?

8.3.1.3 ¿Encuesta anualmente a los profesionales de la salud pública que han participado en las actividades de educación continua durante el período?

8.3.1.4 ¿Consulta a las instituciones empleadoras en relación con los conocimientos y aptitudes adquiridos en las actividades de educación continua y de capacitación o posgrado?

Si es así, la ASN:

8.3.1.4.1 ¿Divulga los resultados de esta encuesta entre las instituciones académicas para mejorar la calidad de los programas académicos que se ofrecen a los profesionales de salud pública?

8.3.1.5 ¿Dispone de estrategias y mecanismos para asegurar la permanencia y reinserción del personal que ha recibido capacitación en función de las aptitudes desarrolladas?

8.4 Perfeccionamiento de los RH para la prestación de servicios adecuados a las características socioculturales de los usuarios

Estándar

La ASN:

- Capacita al personal sanitario para la prestación de servicios de salud adecuados a poblaciones de usuarios pertenecientes a culturas diversas
- Se esfuerza por formar equipos de salud pública que incluyan a trabajadores procedentes de grupos socioculturales acordes con la población que atienden
- Realiza esfuerzos con el fin de reducir los obstáculos socioculturales para acceder a los servicios de salud orientados al usuario (por ej., oficinas de admisión con personal capacitado y multilingüe, facilitadores interculturales en los centros de salud, etc.)
- Evalúa continuamente la diversidad cultural entre los trabajadores de salud pública y emprende las acciones necesarias para eliminar los obstáculos étnicos y culturales

8.4.1 La ASN lleva a cabo un proceso de adecuación de los recursos humanos para la prestación de servicios apropiados para las diferentes características de los usuarios.

La ASN:

8.4.1.1 ¿Incorpora el enfoque basado en las diferencias por razón del sexo al perfeccionamiento de los recursos humanos?

8.4.1.2 ¿Capacita a la fuerza de trabajo para la prestación de servicios adecuados a grupos socioculturales diversos?

8.4.1.3 ¿Incorpora a la planificación y ejecución de las actuaciones en materia de salud pública el concepto de prestación de servicios adecuados a la cultura de la comunidad?

Si es así, la ASN incorpora estas prácticas:

8.4.1.3.1 ¿En el nivel nacional?

8.4.1.3.2 ¿En los niveles intermedios?

8.4.1.3.3 ¿En el nivel local?

8.4.1.3.4 ¿Puede mencionar algún ejemplo en un área específica?

8.4.1.4 ¿Evalúa la presencia de obstáculos que dificultan la diversidad deseable en la composición de la fuerza de trabajo de salud pública, acorde con las características de la población?

Si es así, la ASN:

8.4.1.4.1 ¿Intenta eliminar los obstáculos que dificultan la diversidad deseable de la fuerza de trabajo de la salud pública?

8.4.1.5 ¿Dispone de políticas que garanticen la contratación de una fuerza de trabajo de salud pública culturalmente apropiada?

Si es así, estas políticas se aplican:

8.4.1.5.1 ¿En el nivel nacional?

8.4.1.5.2 ¿En los niveles intermedios?

8.4.1.5.3 ¿En el nivel local?

8.4.1.6 ¿Intenta eliminar los obstáculos culturales, mediante la incorporación de los recursos humanos capaces de mejorar el acceso a los servicios de salud pública de grupos de socioculturales diversos (por ej., empleando facilitadores interculturales o personal bilingüe)?

8.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de los recursos humanos

Estándar

La ASN:

- Colabora con los niveles subnacionales para hacer un inventario y una evaluación de los recursos humanos del nivel local de salud pública
- Ofrece pautas y orientación a los niveles subnacionales de salud pública para reducir las diferencias en materia de calidad del personal
- Asegura la disponibilidad de programas de educación continua para el personal de salud pública en todos sus niveles, incluyendo la capacitación en el manejo de la diversidad y el perfeccionamiento de las aptitudes de liderazgo
- Facilita la vinculación entre los trabajadores de la salud pública de los diferentes niveles y las instituciones académicas nacionales e internacionales para asegurar la diversidad y actualidad de los programas de educación continua

La ASN:

8.5.1 La ASN ayuda a los niveles subnacionales en el desarrollo de los recursos humanos.

La ASN:

8.5.1.1 ¿Ofrece a los niveles subnacionales la orientación y el apoyo necesarios para identificar y corregir las diferencias de la fuerza de trabajo de la salud pública puestas de manifiesto en la evaluación nacional?

8.5.1.2 ¿Apoya el desarrollo de programas y recursos humanos cultural y lingüísticamente apropiados en los niveles subnacionales?

Si es así, lo hace en:

8.5.1.2.1 ¿Los niveles intermedios?

8.5.1.2.2 ¿Los niveles locales?

8.5.1.3 ¿Desarrolla estrategias que aseguren la existencia de programas de formación continua en los niveles subnacionales?

Si es así, lo hace en:

8.5.1.3.1 ¿Los niveles intermedios?

8.5.1.3.2 ¿El nivel local?

8.5.1.4 ¿Facilita acuerdos entre los niveles subnacionales y las instituciones académicas para asegurar la educación continua de la fuerza de trabajo de salud pública de dichos niveles?

8.5.1.5 ¿Desarrolla la capacidad de los niveles subnacionales y apoya la planificación y la

gestión descentralizadas de los recursos humanos?

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Definición

Esta función incluye:

- La promoción de la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de la calidad
- La creación de normas en relación con las características básicas imprescindibles en los sistemas de garantía y mejoramiento de calidad y la supervisión del cumplimiento esta obligación por parte de los proveedores de servicios.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que contribuye al proceso de toma de decisiones de todo el sistema de salud y a mejorar su calidad.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- La existencia de sistemas de evaluación del grado de satisfacción de los usuarios y el uso de estas evaluaciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Indicadores

9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Estándar

La ASN:

- Favorece la definición de estándares apropiados para evaluar la calidad de las prácticas de salud colectivas e individuales y efectúa una evaluación de la calidad teniendo en cuenta los datos de los niveles subnacionales.
- Utiliza estos estándares e identifica los instrumentos científicamente probados que deben usarse para medir la calidad de las prácticas y los servicios de salud individuales y colectivos
- Recomienda la adaptación de métodos de análisis en función de los resultados, en los cuales se incluyan la identificación científica de los parámetros que hay que evaluar, los datos que recopilar y los procedimientos que se deben seguir en la recopilación y análisis de los mismos
- Dispone de una instancia de acreditación y evaluación de calidad, autónoma e independiente de los servicios de salud

9.1.1 La ASN aplica una política de mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

Esta política incluye:

9.1.1.1 ¿La aplicación de estándares y técnicas de comparación de metas nacionales de desempeño?

9.1.1.2 ¿La aplicación de diversas metodologías para la mejora de la calidad?

9.1.1.3 ¿Procesos de mejora de la calidad en todas las divisiones o departamentos de la ASN?

9.1.1.4 ¿La medición del nivel de consecución de las metas y objetivos?

9.1.1.5 ¿Actividades para la evaluación de la actitud del personal hacia la satisfacción del usuario?

9.1.1.6 ¿Actividades destinadas al desarrollo de políticas y procedimientos?

9.1.1.7 ¿La medición de la satisfacción de los usuarios?

9.1.2 La ASN establece estándares y evalúa periódicamente la calidad de los servicios de salud colectivos (la práctica de la salud pública) en todo el país.

Para evaluar la calidad, la ASN:

9.1.2.1 ¿Promueve la definición de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud colectivos en todo el país?

9.1.2.2 ¿Solicita activamente el aporte de los niveles subnacionales para el desarrollo de estos estándares?

9.1.2.3 ¿Solicita activamente el aporte de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de estos estándares?

9.1.2.4 ¿Dispone de instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud colectivos con respecto al cumplimiento de estándares previamente definidos?

Si es así, estos instrumentos:

9.1.2.4.1 ¿Miden procesos?

9.1.2.4.2 ¿Miden resultados?

9.1.2.4.3 ¿Identifican los parámetros de desempeño que se evalúan?

9.1.2.4.4 ¿Identifican los procedimientos de recopilación de datos?

9.1.2.4.5 ¿Identifican los procedimientos para el análisis de datos?

9.1.2.5 ¿Comunica los resultados de la evaluación de calidad a los proveedores de los servicios de salud colectivos?

9.1.2.6 ¿Comunica los resultados de la evaluación de calidad a los usuarios de los servicios de salud colectivos?

9.1.2.7 ¿Dispone una instancia de acreditación y evaluación de calidad autónoma e independiente de los servicios de salud colectivos?

9.1.3 La ASN establece estándares y evalúa periódicamente la calidad de los servicios de salud individuales en todo el país.

Para evaluar la calidad, la ASN:

9.1.3.1 ¿Tiene atribuciones para acreditar y fiscalizar la calidad de los servicios individuales?

9.1.3.2 ¿ Promueve la definición de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud individuales en todo el país?

9.1.3.3 ¿ Solicita activamente el aporte de los niveles subnacionales para el desarrollo de estos estándares?

9.1.3.4 ¿Solicita activamente el aporte de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de estos estándares?

9.1.3.5 ¿Dispone de instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud individuales con respecto al cumplimiento de estándares previamente definidos?

Si es así, estos instrumentos:

9.1.3.5.1 ¿Miden procesos?

9.1.3.5.2 ¿Miden resultados?

9.1.3.5.3 ¿Identifican los parámetros de desempeño que se evalúan?

9.1.3.5.4 ¿Identifican los procedimientos de recopilación de datos?

9.1.3.5.5 ¿Identifican los procedimientos para el análisis de datos?

9.1.3.6 ¿Comunica los resultados de la evaluación de calidad a los proveedores y usuarios de los servicios de salud individuales?

9.1.3.7 ¿Dispone de una instancia de acreditación y evaluación de calidad autónoma e independiente de los servicios de salud individuales?

9.2 Mejora del grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud

Estándar

La ASN:

- Se compromete con un proceso de medición y mejoramiento del grado de satisfacción de las personas, consecuencia del aumento continuo de la calidad de sus propias acciones
- Recalca las necesidades del usuario en las actividades de perfeccionamiento del personal y en el desarrollo de políticas y procedimientos que orienten su quehacer en todos los niveles
- Explícita y divulga los derechos y deberes de los usuarios de los servicios
- Evalúa periódicamente el mejoramiento del grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud del país y toma medidas tendientes a obtener mejores resultados
- Es responsable de la información obtenida por medio de este proceso y retroalimenta no sólo a los niveles subnacionales y a los participantes en el proceso sino también a otros actores

9.2.1 La ASN impulsa activamente a la comunidad a evaluar el grado de satisfacción del público con los servicios de salud en general.

Esta evaluación se efectúa:

9.2.1.1 ¿Por medio de la información obtenida de las organizaciones locales?

9.2.1.2 ¿Por medio de encuestas realizadas en la comunidad?

9.2.1.3 ¿Por medio de técnicas de grupos focales?

9.2.1.4 ¿Por medio de la red Internet?

9.2.1.5 ¿Por medio de encuestas a la población atendida en los servicios de salud?

9.2.1.6 ¿Por medio de encuestas en el momento del egreso o recepción del servicio?

9.2.1.7 ¿Por medio de sondeos de opinión, reclamaciones y sugerencias?

Los resultados de la evaluación:

9.2.1.8 ¿Se usan como base de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud?

9.2.1.9 ¿Se utilizan en las actividades de perfeccionamiento del personal sanitario?

9.2.1.10 ¿Se comunican a la comunidad junto con los cambios de política surgidos de los mismos?

9.2.2 La ASN evalúa regularmente el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud colectivos.

9.2.2.1 ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de las instancias decisorias[13] involucradas en estos servicios de salud colectivos?

9.2.2.2 ¿Se da a las instancias decisorias la oportunidad de opinar sobre los factores que deben evaluarse?

9.2.2.3 ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de miembros de la sociedad civil afectados por estos servicios de salud colectivos?

9.2.2.4 ¿Se da a los miembros de la sociedad civil la oportunidad de opinar sobre los factores que deben evaluarse?

9.2.2.5 ¿Se incluyen en la evaluación mecanismos formales para que los usuarios aporten su opinión de forma oportuna y confidencial a la ASN?

9.2.2.6 ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren la calidad de los programas y los servicios prestados?

9.2.2.7 ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren el acceso a los servicios colectivos?

9.2.2.8 ¿Se comunican los resultados a todos los participantes en el proceso de evaluación?

9.2.2.9 ¿Se publica un informe en el que se resumen los principales resultados de la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud colectivos?

Si es así:

9.2.2.9.1 ¿El informe se distribuye ampliamente?

[13] Un espectro amplio que comprende proveedores de insumos, industriales afectados por reglamentaciones específicas, etc.

9.2.3 La ASN evalúa el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud individuales disponibles en el país.

9.2.3.1 ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de las instancias decisorias involucradas en estos servicios de salud individuales?

9.2.3.2 ¿ Se da a las instancias decisorias la oportunidad de opinar sobre los factores que deben evaluarse?

9.2.3.3 ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de miembros de la sociedad civil afectados por estos servicios de salud individuales?

9.2.3.4 ¿Se da a los miembros de la sociedad civil la oportunidad de opinar sobre los factores que deben evaluarse?

9.2.3.5 ¿Se incluyen en la evaluación mecanismos formales para que los usuarios aporten su opinión de forma oportuna y confidencial a la ASN?

9.2.3.6 ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren la calidad de los programas y los servicios prestados?

9.2.3.7 ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren el acceso a los servicios colectivos?

9.2.3.8 ¿Se comunican los resultados a todos los participantes en el proceso de evaluación?

9.2.3.9 ¿Se publica un informe en el que se resumen los principales resultados de la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios?

Si es así:

9.2.3.9.1 ¿El informe se distribuye ampliamente?

9.3 Sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías sanitarias para respaldar la toma de decisiones en materia de salud pública

Estándar

La ASN:

- Aplica uno o más sistemas de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías sanitarias, que, de forma ideal, funcionan integrados en una red
- Utiliza los datos disponibles sobre seguridad, eficacia y análisis de la relación costo-eficacia de las intervenciones en

materia de salud para elaborar recomendaciones relativas a la incorporación y al uso de tecnologías en la salud
- Promueve el uso de la evaluación de tecnologías y prácticas sanitarias basadas en los datos de todo el sistema de salud por medio de una red nacional que incluya a aseguradores, proveedores públicos y privados y consumidores
- Evalúa periódicamente el nivel de conocimientos y competencias nacionales y subnacionales con respecto a la incorporación, uso y evaluación de las tecnologías, y pone en marcha las mejoras necesarias

9.3.1 La ASN desarrolla y promueve sistemas de gestión tecnológica de la salud.

La ASN:

9.3.1.1 ¿Ha establecido una o más instancias de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías sanitarias como parte de redes integradas?

Si es así:

9.3.1.1.1 ¿Estas instancias sirven de base para la formulación de políticas de salud o procesos de toma de decisiones para la formulación de dichas políticas?

9.3.1.2 ¿Usa la información que posee para recomendar las mejores tecnologías disponibles a los proveedores y usuarios de los servicios de salud?

9.3.2 La ASN asegura el funcionamiento adecuado de su sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías sanitarias.

La ASN:

9.3.2.1 ¿Define las funciones de los responsables clave para el desarrollo de este sistema?

9.3.2.2 ¿Define las responsabilidades y tareas de estos responsables?

9.3.2.3 ¿Define los canales de comunicación que deben emplear estos responsables?

Si es así:

9.3.2.3.1 La ASN, ¿utiliza estos canales de comunicación para obtener información de los niveles subnacionales?

9.3.3 La ASN utiliza las metodologías disponibles para la evaluación sistemática de las tecnologías.

Esta evaluación incluye:

9.3.3.1 ¿La seguridad?

9.3.3.2 ¿La eficacia?

9.3.3.3 ¿La relación costo-eficacia?

9.3.3.4 ¿La utilidad?

9.3.3.5 ¿La relación costo-utilidad?

9.3.3.6 ¿La aceptación social?

9.3.4 La ASN impulsa el desarrollo de la gestión tecnológica y la evaluación de tecnologías en función de los datos procedentes de una red nacional de instancias decisorias.

En esta red se incluyen:

9.3.4.1 ¿Los seguros públicos de salud?

9.3.4.2 ¿Los seguros privados de salud?

9.3.4.3 ¿Los proveedores públicos de salud?

9.3.4.4 ¿Los proveedores privados de salud?

9.3.4.5 ¿Los usuarios?

9.3.4.6 ¿Las Instituciones académicas y centros de formación?

9.3.4.7 ¿Las asociaciones de profesionales?

9.3.4.8 ¿Las asociaciones científicas?

9.3.5 La ASN evalúa regularmente la capacidad nacional de desarrollo de gestión de tecnologías y de efectuar evaluaciones de las mismas.

La ASN:

9.3.5.1 ¿Hace recomendaciones para mejorar esta capacidad?

9.3.5.2 ¿Evalúa periódicamente la capacidad de los niveles subnacionales para efectuar evaluaciones de tecnologías y realizar una gestión tecnológica?

9.3.5.3 ¿Hace recomendaciones para mejorar la capacidad de los niveles subnacionales?

9.4 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios

Estándar

La ASN apoya y proporciona asesoramiento técnico a los niveles subnacionales en:

- La recopilación y análisis de los datos relacionados con la calidad de atención, incluidos los datos sobre estructura, pro-

cesos y resultados de los servicios prestados por los proveedores de salud del nivel local
- El uso de herramientas de evaluación de tecnologías y prácticas sanitarias basadas en los datos procedentes de los servicios de salud individuales y colectivos
- La evaluación del desempeño del sistema de salud realizada por los niveles subnacionales, usando los criterios de funcionamiento recomendados por los datos científicos disponibles
- La evaluación formal del grado de satisfacción de los usuarios con los programas y servicios prestados localmente

9.4.1 La ASN proporciona asesoramiento técnico a los niveles subnacionales para la recopilación y análisis de datos relacionados con la calidad de los servicios de salud pública colectivos.

Los datos de interés incluyen:

9.4.1.1 ¿La estructura organizativa y la capacidad de los niveles subnacionales?

9.4.1.2 ¿Los procedimientos y prácticas de los niveles subnacionales?

9.4.1.3 ¿Los resultados derivados de los servicios prestados en los niveles subnacionales?

9.4.1.4 ¿El grado de satisfacción de los usuarios?

9.4.2 La ASN proporciona asesoramiento técnico a los niveles subnacionales en materia de recopilación y análisis de datos relacionados con la calidad de los servicios de salud individuales.

Los datos de interés incluyen:

9.4.2.1 ¿La estructura organizativa y la capacidad de los niveles subnacionales?

9.4.2.2 ¿Los procedimientos y prácticas de los niveles subnacionales?

9.4.2.3 ¿Los resultados derivados de los servicios prestados en los niveles subnacionales?

9.4.2.4 ¿El grado de satisfacción de los usuarios?

9.4.3 La ASN proporciona asesoramiento técnico a los niveles subnacionales en materia de uso de instrumentos para la gestión y evaluación de tecnologías.

La ASN:

9.4.3.1 ¿Proporciona asesoramiento técnico a los niveles subnacionales para medir el desempeño de gestión en esos niveles?

Si es así, este asesoramiento está dirigido a los:

9.4.3.1.1 ¿Servicios de salud colectivos?

9.4.3.1.2 ¿Servicios de salud individuales?

9.4.4 El asesoramiento en evaluación de tecnologías sanitarias a los niveles subnacionales comprende todos los ámbitos de evaluaciones de tecnologías de la salud.

El asesoramiento incluye evaluaciones de tecnologías de la salud en:

9.4.4.1 ¿Seguridad?

9.4.4.2 ¿Eficacia?

9.4.4.3 ¿Relación costo-eficacia?

9.4.4.4 ¿Utilidad?

9.4.4.5 ¿Relación costo-utilidad?

9.4.4.6 ¿Aceptación social?

FESP 10: Investigación en salud pública

Definición:

Esta función incluye:

- La investigación rigurosa destinada a incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en sus diferentes niveles.
- La aplicación y desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extrasectoriales, para realizar estudios oportunos que apoyen la toma de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en su más amplio campo de acción.

Indicadores

10.1 Desarrollo de un programa de investigación en salud pública

Estándar

La ASN:

- Elabora un programa de investigación prioritario en salud pública, identifica y moviliza las fuentes de financiación de la misma, teniendo en cuenta las carencias detectadas por las comunidades y los diferentes actores sectoriales y extrasectoriales relacionados con la salud

- Estimula el estudio de los problemas contenidos en el programa en las escuelas de salud pública, universidades y centros de investigación independientes
- Reconoce, como una de las prioridades de investigación, los problemas derivados de la diversidad cultural, así como la medicina tradicional y alternativa
- Coopera para puesta en práctica del programa mediante la recopilación y divulgación de información a las instituciones interesadas, en el ámbito nacional y en los niveles subnacionales

10.1.1 La ASN ha preparado un programa de investigación en salud pública.

El programa de investigación en salud pública incluye:

10.1.1.1 ¿La carencia de conocimientos existente en materia de control de las prioridades de salud del país?

10.1.1.2 ¿La necesidad de datos para fundamentar las decisiones políticas pertinentes en materia de salud pública?

10.1.1.3 ¿La carencia de datos para mejorar la gestión de los servicios de salud que actúan en el terreno de la salud pública?

10.1.1.4 ¿La carencia de datos para asegurar la viabilidad y sostenibilidad económica de las innovaciones en salud pública?

10.1.1.5 ¿ Las fuentes de financiación existentes para llevar a la práctica estas investigaciones?

10.1.1.6 ¿Las opiniones de un conjunto amplio de actores de salud (académicos, no gubernamentales, privados, comunitarios) con respecto a las prioridades de investigación?

10.1.1.7 ¿La colaboración de instituciones dedicadas a la investigación en salud pública para preparar el programa y planificar su ejecución?

10.1.1.8 ¿La discusión de este programa de investigación con las instituciones nacionales e internacionales que financian la investigación en materia de salud en el país?

10.1.1.9 ¿La incorporación de enfoques basados en la diversidad cultural y las diferencias por razón del sexo en las investigaciones incluidas en el programa?

10.1.1.10 ¿Existe alguna instancia en la estructura de la ASN a cargo de desarrollar el programa y poner en marcha la investigación incluida en el mismo?

10.1.2 La ASN evalúa periódicamente los progresos en el cumplimiento del programa de investigación esencial en salud pública.

La ASN:

10.1.2.1 ¿Comunica los resultados de la evaluación a todos los que participan en el cumplimiento del programa?

Si es así, la ASN comunica los resultados a las instituciones participantes:

10.1.2.1.1 ¿Del nivel nacional?

10.1.2.1.2 ¿De los niveles subnacionales?

10.1.2.2 ¿Promueve la divulgación y utilización de los resultados de las investigaciones?

Si es así, la ASN promueve la divulgación y utilización de los resultados en las instituciones interesadas de:

10.1.2.2.1 ¿El nivel nacional?

10.1.2.2.2 ¿Los niveles subnacionales?

10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación

Estándar

La ASN:

- Asume un papel proactivo en la colaboración y coordinación con la comunidad científica que aborda temas pertinentes de salud pública y actúa como referente de alto nivel en la interlocución con los investigadores
- Realiza investigaciones autónomas siempre que sean la mejor opción para abordar un problema y posee la experiencia suficiente para preparar propuestas y programas de investigación oportunos
- Asegura la existencia de procedimientos de aprobación de las investigaciones con seres humanos
- Asegura el acceso a herramientas de análisis, incluidas la actualización de bases de datos, la tecnología informática y las instalaciones en general
- Posee la experiencia y capacidad para obtener fondos de investigación
- Puede citar ejemplos concretos de la forma en que los resultados de recientes investigaciones se han usado para mejorar las prácticas de salud pública

10.2.1 La ASN desarrolla la capacidad institucional de investigación en salud pública.

La ASN:

10.2.1.1 ¿Dispone de equipos técnicos que interactúen con los investigadores en temas prioritarios de salud pública?

Si es así:

10.2.1.1.1 ¿La ASN dispone de las capacidades para llevar adelante esta interlocución?

10.2.1.2 ¿Está capacitada para llevar adelante investigaciones autónomas sobre temas pertinentes para la salud pública del país, cuando no existen grupos externos capaces de efectuarla?

Si es así, esta investigación:

10.2.1.2.1 ¿Se realiza de forma interdisciplina?

10.2.1.2.2 ¿Incluye enfoques basados en las diferencias por razón del sexo y la diversidad cultural?

10.2.1.3 ¿Cuenta con un procedimiento de aprobación de investigaciones en las que se utilicen sus instalaciones y la población bajo su responsabilidad?

Si es así, este procedimiento incluye:

10.2.1.3.1 ¿Una evaluación de la pertinencia del tema que se va a investigar desde el punto de vista de las prioridades nacionales evitando duplicaciones?

10.2.1.3.2 ¿Un procedimiento formal que salvaguarde los aspectos éticos de la investigación de acuerdo con los cánones internacionales aceptados?

10.2.1.3.3 ¿Un mecanismo formal y transparente para canalizar fondos de investigación a los presupuestos de las unidades a su cargo?

10.2.1.3.4 ¿Un mecanismo formal y transparente de fijación de honorarios de los investigadores?

10.2.2 La ASN dispone de herramientas adecuadas de análisis cualitativo y cuantitativo para la investigación de los problemas de salud colectivos.

La ASN:

10.2.2.1 ¿Dispone de bases de datos actualizadas con información cualitativa y cuantitativa sobre salud, útil para la investigación de los problemas de salud colectivos?

10.2.2.2 ¿Dispone de programas informáticos de estadística para la gestión de bancos de información de gran tamaño[14]?

10.2.2.3 ¿Dispone de expertos en programas informáticos para el análisis de grandes bancos de información?

10.2.2.4 ¿Dispone del soporte informático necesario para llevar a cabo análisis de bancos de información de gran tamaño?

10.2.2.5 ¿Dispone de expertos para el análisis cualitativo y cuantitativo de datos?

10.2.2.6 ¿Dispone de profesionales capaces de "traducir", para los interesados dentro y fuera de la ASN, los resultados de los trabajos de investigación relevantes para la toma de decisiones?

10.2.2.7 ¿Organiza regularmente seminarios internos con el fin de presentar y discutir los resultados de las investigaciones relevantes para la toma de decisiones?

10.2.2.8 ¿Ha financiado en los últimos 24 meses algún proyecto de investigación sobre problemas de salud relevantes efectuado por sus investigadores (asociados o no con grupos externos a la ASN)?

10.2.2.9 ¿Puede citar algún ejemplo de uso (en los últimos 24 meses) de los resultados de una investigación efectuada o encargada por la ASN para modificar o introducir una medida de control adecuada para un problema de salud relevante?

[14] Se refiere a paquetes estadísticos utilizados para la gestión de encuestas de población o bancos de información de población; por ejemplo: SPSS, SAS, ARIEL, STATA, etc.

10.3 Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública

Estándar

La ASN:

- Establece una amplia red de divulgación de los descubrimientos de las investigaciones, innovaciones y prácticas nuevas de salud pública que comprende a los niveles subnacionales
- Facilita el acceso de los niveles subnacionales a los expertos capaces de interpretar estos estudios y apoya al nivel local en la identificación de recursos para poner en práctica las innovaciones en materia de salud pública y desarrollar actividades de investigación sobre el terreno
- Impulsa la participación de los profesionales y trabajadores de la salud de los niveles subnacionales en los proyectos de investigación en materia de salud pública de alcance nacional, como forma de consolidar la capacitación de sus cuadros en metodología de investigación
- Facilita la formación de recursos humanos en investigación, especialmente en investigación operativa

10.3.1 La ASN asesora a los niveles subnacionales en metodología de investigación operativa en salud pública.

La ASN los asesora en:

10.3.1.1 ¿Investigación de brotes epidémicos en su territorio?

10.3.1.2 ¿Investigación de brotes de intoxicación alimentaria?

10.3.1.3 ¿Investigación de factores de riesgo de enfermedades crónicas?

10.3.1.4 ¿Evaluación de la eficacia de las intervenciones colectivas en salud?

10.3.1.5 ¿Investigación en servicios de salud?

10.3.1.6 ¿Investigación en salud comunitaria?

10.3.2 La ASN asesora a los niveles subnacionales en la interpretación adecuada de los resultados de las investigaciones.

La ASN:

10.3.2.1 ¿Organiza talleres de lectura crítica de información científica u otras formas de aprendizaje con el mismo propósito para los niveles subnacionales?

10.3.2.2 ¿Asesora a los niveles subnacionales en la preparación de iniciativas para poner en práctica intervenciones basadas en los resultados de la investigación en materia de salud pública en sus respectivos territorios?

10.3.3 La ASN dispone de una red amplia de instituciones e individuos que se dedican a o se benefician de los resultados de las investigaciones de salud pública.

La ASN:

10.3.3.1 ¿Divulga, en esta red, los resultados de la investigación pertinente para enfrentar los problemas de salud relevantes para el país, de modo que llegue a los miembros de la comunidad científica del ámbito de la salud pública?

Si es así, la red incluye:

10.3.3.1.1 ¿Las instancias decisorias?

10.3.3.1.2 ¿Las escuelas de salud pública?

10.3.3.1.3 ¿Los niveles subnacionales de la ASN?

10.3.3.1.4 ¿Las facultades de ciencias de la salud o afines?

10.3.3.1.5 ¿Otras instituciones dedicadas a la investigación en salud pública?

10.3.3.1.6 ¿Otros actores extrasectoriales pertinentes?

10.3.3.2 ¿Promueve la participación de los profesionales de los niveles subnacionales en proyectos de investigación de alcance nacional?

Si es así, éstos participan en:

10.3.3.2.1 ¿El diseño de proyectos de investigación?

10.3.3.2.2 ¿La recopilación de información?

10.3.3.2.3 ¿El análisis de los resultados?

10.3.3.3 ¿Promueve, en los niveles subnacionales, el uso de los resultados de estas investigaciones para mejorar las prácticas de salud pública?

Si es así:

10.3.3.3.1 ¿Puede citar algún ejemplo de uso de los resultados en los últimos dos años?

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud[15]

Definición

Esta función incluye:

- El desarrollo de políticas, la planificación y ejecución de iniciativas de prevención, mitigación, preparación, respuesta y reconstrucción temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Una política integral con respecto a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles de acuerdo con la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de las emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de problemas de salud originados por emergencias y desastres.

Indicadores

11.1 Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres

Estándar

La ASN promueve y facilita:

- La comprensión de los beneficios sociales y sanitarios de la reducción del impacto de las emergencias y desastres en todos los sectores, incluidos al sector privado y la comunidad
- La colaboración y coordinación intra e intersectorial para la aplicación de medidas de reducción del impacto de los desastres y emergencias en la infraestructura del sector salud (servicios de salud, sistemas de agua y saneamiento), que incluyen la preparación, prevención, mitigación, respuesta y reconstrucción temprana en relación con la salud pública
- La capacitación del personal sanitario y no sanitario en la reducción del impacto de emergencias y desastres
- La protección de la infraestructura física y funcional ante diferentes amenazas (por ej., de hospitales, centros de salud, sistemas de agua potable, alcantarillado, etc.)
- La educación del público por medio de campañas en los medios de comunicación de masas y actividades de educación para la salud

11.1.1 La ASN dispone de un plan nacional institucional de reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

11.1.1.1 ¿El plan nacional del sector salud está integrado en el plan nacional de emergencias?

11.1.1.2 ¿El plan cuenta con un mapa de amenazas, vulnerabilidad y riesgos de emergencias y desastres en el territorio nacional?

11.1.1.3 ¿El plan nacional del sector salud incluye planes subnacionales?

11.1.1.4 ¿Existe alguna unidad en la ASN dedicada a la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud?

Si es así:

11.1.1.4.1 ¿Cuenta la unidad de emergencias y desastres con un presupuesto asignado específicamente a ella?

11.1.2 La ASN coordina a todo el sector salud en su conjunto en la aplicación de medidas de preparación para los desastres y emergencias.

La ASN:

11.1.2.1 ¿Dispone de una red de comunicaciones preparada para funcionar en situaciones de emergencia?

Si es así:

11.1.2.1.1 ¿Se evalúa periódicamente su funcionamiento?

11.1.2.2 ¿Dispone de un sistema de transporte preparado para funcionar en situaciones de emergencia o desastre?

Si es así:

11.1.2.2.1 ¿Se evalúa periódicamente su funcionamiento?

11.1.3 La ASN capacita a su personal sanitario en la preparación para emergencias y desastres.

[15] La reducción de las emergencias y desastres en la salud comprende la prevención, mitigación, preparación, respuesta y reconstrucción ante desastres naturales o tecnológicos complejos.

La ASN capacita a su personal para:

11.1.3.1 ¿Definir pautas para enfrentarse a las emergencias y desastres del sector salud?

11.1.3.2 ¿Coordinar actividades del sector salud?

11.1.3.3 ¿Coordinar actividades con otros sectores?

11.1.3.4 ¿La prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles como consecuencia de desastres?

11.1.3.5 ¿La protección de los trastornos mentales como consecuencia de los desastres?

11.1.3.6 ¿Mantener la seguridad de los alimentos con posterioridad a los desastres?

11.1.3.7 ¿El saneamiento y la salud ambiental con posterioridad a los desastres?

11.1.3.8 ¿El control de vectores en situaciones de emergencia?

11.1.3.9 ¿La gestión de servicios sanitarios en situaciones de emergencia?

11.1.3.10 ¿Efectuar ejercicios de simulación y simulacros de situaciones de emergencia?

11.1.3.11 ¿Efectuar evaluaciones rápidas del riesgo y las necesidades?

11.1.3.12 ¿Conseguir, solicitar y distribuir equipamiento/suministros sanitarios fundamentales para las situaciones de emergencia y desastres?

11.1.3.13 ¿Operar sistemas de comunicaciones y salas de situación en situaciones de emergencia?

11.1.3.14 ¿Operar el sistema de transporte en situaciones de emergencia?

11.1.3.15 ¿Divulgar información sanitaria a través de los medios de comunicación de las masas y de otros medios?

11.1.3.16 ¿Asegurar la transparencia y eficiencia en el suministro de auxilios después de las catástrofes?

11.1.3.17 ¿La elaboración de proyectos de emergencias para la reconstrucción del sector salud?

11.1.4 La ASN desarrolla estrategias para incluir en el programa de enseñanza profesional elementos de preparación para emergencias y desastres.

La ASN:

11.1.4.1 ¿Coordina con las escuelas de ciencias de la salud la inclusión en el plan de estudios de elementos de preparación para situaciones de emergencia y desastres?

11.1.4.2 ¿Coordina con las escuelas de salud pública la inclusión en el plan de estudios de elementos de preparación para situaciones de emergencia y desastres?

11.1.4.3 ¿Coordina con las escuelas relacionadas con la inclusión en el plan de estudios de elementos de preparación para situaciones de emergencia y desastres?

11.2 Desarrollo de normas y pautas de apoyo a la reducción del impacto de las emergencias y desastres

Estándar

La ASN:

- Elabora normas y pautas para la construcción, modernización y mantenimiento de infraestructuras en el sector salud y sus servicios, haciendo hincapié en la preparación para los desastres y la reducción de su vulnerabilidad física y orgánica
- Desarrolla y mantiene normas y estándares para el equipamiento sanitario de las áreas susceptibles de catástrofe
- Prepara listas de medicamentos esenciales e insumos necesarios para las emergencias y desastres
- Colabora en la elaboración de normas para los planes de emergencia y respuesta a los desastres
- Desarrolla y promueve normas y pautas que contribuyen a la preparación para determinadas consecuencias de las emergencias y desastres, como brotes de enfermedades transmisibles, etc.

11.2.1 La ASN desarrolla estrategias para reducir el impacto de las emergencias y desastres en el ámbito de la salud.

La ASN:

11.2.1.1 ¿Elabora normas sanitarias para el plan nacional de emergencia?

11.2.1.2 ¿Desarrolla normas y pautas que contribuyan a la preparación para afrontar las consecuencias de las emergencias y desastres?

Si es así, estas normas y pautas incluyen:

11.2.1.2.1 ¿Brotes de enfermedades transmisibles?

11.2.1.2.2 ¿Saneamiento de alojamientos, albergues y campamentos?

11.2.1.2.3 ¿Normas y políticas para donaciones de medicamentos esenciales e insumos necesarios?

11.2.1.2.4 ¿Control de vectores?
11.2.1.2.5 ¿Equipamientos, medicamentos e insumos necesarios para emergencias y desastres?
11.2.1.2.6 ¿Saneamiento básico?
11.2.1.2.7 ¿Seguridad y protección de los alimentos?
11.2.1.2.8 ¿Gestión de la salud mental en situaciones de emergencia?
11.2.1.2.9 ¿Construcción y mantenimiento de una infraestructura física de salud?

Si es así, las normas y pautas para construcción y mantenimiento de una infraestructura de salud, se refieren a;
11.2.1.2.9.1 ¿Servicios hospitalarios?
11.2.1.2.9.2 ¿Servicios ambulatorios?
11.2.1.2.9.3 ¿Servicios de agua?
11.2.1.2.9.4 ¿Servicios de deshechos sólidos?

11.2.1.3 ¿Desarrolla normas y pautas para afrontar las consecuencias de las emergencias y desastres?

Si es así, las normas tienen en cuenta:
11.2.1.3.1 ¿La infraestructura física de los centros de salud?
11.2.1.3.2 ¿La gestión de los centros y organizaciones de salud en situaciones de emergencia y desastres?
11.2.1.3.3 ¿La prestación de servicios sanitarios durante las emergencias?

Si es así, la prestación de servicios incluye:
11.2.1.3.3.1 ¿La disponibilidad y distribución del personal?
11.2.1.3.3.2 ¿Alternativas de funcionamiento de las unidades asistenciales fundamentales?
11.2.1.3.3.3 ¿Criterios de priorización en la atención de la demanda de servicios en emergencias?

11.3 Coordinación y alianzas con otros organismos e instituciones

Estándar

La ASN:
- Se coordina y colabora con organismos nacionales de emergencias u otros organismos con responsabilidad multisectorial
- Coordina a otros centros de actividad, unidades o comisiones de desastres
- Colabora y establece la coordinación con los programas de emergencias y desastres del sector salud ya existentes en otras naciones de la misma región
- Establece y mantiene alianzas con organizaciones de nivel nacional, subnacional e internacional que se ocupan de las emergencias y reducción de desastres
- Desarrolla, en conjunto con otros organismos, los protocolos necesarios para establecer diferentes formas de comunicación

11.3.1 La ASN coordina con otros organismos o instancias la reducción del impacto de las emergencias y desastres.

La ASN establece alianzas o la coordinación con:
11.3.1.1 ¿Las oficinas nacionales de emergencias?
11.3.1.2 ¿Las oficinas subnacionales de emergencias?
11.3.1.3 ¿El sector transporte?
11.3.1.4 ¿El sector de obras públicas?
11.3.1.5 ¿El sector vivienda?
11.3.1.6 ¿El sector telecomunicaciones?
11.3.1.7 ¿El sector educación?
11.3.1.8 ¿Relaciones exteriores?
11.3.1.9 ¿Las fuerzas armadas, policiales y de orden público?
11.3.1.10 ¿Los bomberos?
11.3.1.11 ¿El Coordinador Residente de las Naciones Unidas?
11.3.1.12 ¿El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)?
11.3.1.13 ¿La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)?
11.3.1.14 ¿El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)?
11.3.1.15 ¿El Programa Mundial de Alimentos (PMA)?

11.3.1.16 ¿La Organización Panamericana de la Salud (OPS)?

11.3.1.17 ¿La Cruz Roja nacional; la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja; el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)?

11.3.1.18 ¿Asociaciones profesionales?

11.3.1.19 ¿Otras organizaciones no gubernamentales?

11.3.1.20 ¿Otros organismos o comisiones?

La ASN:

11.3.1.21 ¿Establece la coordinación de las actividades con el organismo nacional de protección civil u otros organismos con responsabilidades multisectoriales?

Si es así:

11.3.1.21.1 ¿Desarrollan en conjunto los protocolos necesarios para divulgar información a través de los medios de comunicación?

11.3.1.22 ¿Establece y mantiene alianzas a nivel internacional para enfrentarse a las emergencias?

Si es así, la ASN:

11.3.1.22.1 ¿Colabora y establece la coordinación con los programas existentes de emergencias y desastres del sector salud de otras naciones vecinas?

11.3.1.22.2 ¿Colabora y establece la coordinación con organismos e instituciones regionales, subregionales e internacionales vinculados a la preparación para las emergencias y desastres?

11.4 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud

Estándar

La ASN:

- Promueve, suministra y facilita el asesoramiento técnico en los niveles subnacionales para establecer la capacidad local en materia de movilización y coordinación de la reducción del impacto de emergencias o desastres naturales, tecnológicos o producidos por fallos humanos
- Brinda apoyo para establecer la capacidad de colaboración intersectorial en situaciones de emergencia y vínculos con proveedores de servicios de emergencia
- Ayuda a identificar a los líderes que promoverán la reducción del impacto de emergencias en el nivel local
- Establece normas y pautas para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en los niveles subnacionales
- Proporciona el asesoramiento técnico necesario para efectuar evaluaciones de necesidades en materia de reducción del impacto ante situaciones de emergencia y aporta los recursos necesarios para fortalecer los puntos débiles en cuanto a capacidad de respuesta oportuna a los desastres

11.4.1 La ASN ayuda a los niveles subnacionales a reducir el impacto de las emergencias y desastres en el terreno de la salud.

La ASN:

11.4.1.1 ¿Facilita asesoramiento técnico a los niveles locales para reforzar la capacidad local de tomar medidas ante las emergencias o desastres?

11.4.1.2 ¿Apoya a los niveles subnacionales para fortalecer la capacidad local de colaborar con otros sectores ante emergencias o desastres?

11.4.1.3 ¿Apoya a los niveles subnacionales a establecer vínculos con otros proveedores de servicios de emergencia locales?

Si es así, se trata de servicios de emergencia de:

11.4.1.3.1 ¿Salud?

11.4.1.3.2 ¿Otros sectores?

11.4.2 La ASN colabora con los niveles subnacionales para establecer la capacidad de reducir el impacto de las emergencias y desastres en salud.

La ASN:

11.4.2.1 ¿Identifica a los líderes locales para promover la reducción del impacto de las situaciones de emergencia o desastre?

11.4.2.2 ¿Elabora normas y pautas con el fin de que los niveles subnacionales dispongan de preparación para las emergencias y desastres?

11.4.2.3 ¿Define las responsabilidades de cada nivel para abordar las emergencias y desastres?

11.4.2.4 ¿Analiza la vulnerabilidad frente a emergencias y desastres de la infraestructura de salud de la que estos niveles son responsables?

11.4.2.5 ¿Confecciona mapas de riesgo de emergencias y desastres en los territorios que están bajo su responsabilidad?

11.4.2.6 ¿Evalúa las necesidades de los niveles subnacionales?

Si es así, la ASN proporciona:

11.4.2.6.1 ¿El asesoramiento necesario para corregir las deficiencias identificadas por medio de la evaluación?

11.4.2.6.2 ¿Los recursos necesarios para corregir las deficiencias identificadas por medio de la evaluación?

ANEXO B

Ejemplo de informe nacional de medición

Informe operativo

Antecedentes

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó esta iniciativa de fortalecimiento de la salud pública en las Américas con el fin de mejorar el ejercicio de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado, a partir de la definición y medición de las funciones esenciales de la salud pública (FESP), lo que ha contribuido a la mejora del diálogo entre la salud y otras disciplinas relacionadas con ella en los distintos niveles de la región.[1]

En este contexto, las autoridades nacionales llevaron a cabo el ejercicio de medición del desempeño de las FESP mediante el instrumento diseñado y para ello se realizó un taller para recoger las experiencias y opiniones de los profesionales participantes, seleccionados de otros ámbitos pertinentes de la salud pública en (nombre del país).[2]

Para su aplicación en (nombre del país), el proceso y el instrumento de medición se sometieron al examen de un grupo de responsables de adoptar decisiones dentro de la ASN, con el fin de proceder a la medición del desempeño de las FESP.[3] Este ejercicio tuvo lugar entre los días . . . y . . . de . . . de . . . y contó con la participación de un numeroso grupo de profesionales de distintos ámbitos de la salud pública del país.

La mencionada reunión fue organizada por el Ministerio de Salud de (nombre del país), con la colaboración de la delegación de la OPS en el país y de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la misma organización. Contó con el respaldo firme del Secretario o Ministro de Salud, que ofreció su apoyo a esta iniciativa, dirigida al fortalecimiento de la infraestructura de salud pública dentro del país y de la región de las Américas.

Descripción del proceso

El Ministerio de Salud de (nombre del país), en colaboración con la delegación local de la OPS y adoptando una metodología en forma de taller, coordinó y organizó las etapas preparatorias del ejercicio de evaluación de las FESP.

La delegación de la OPS en (nombre del país), en cooperación con los funcionarios del Ministerio de Salud, coordinaron y organizaron el taller de aplicación del instrumento de medición de las FESP. Asimismo, por decisión del Ministro de Salud y de la OPS, se formó a un grupo de instructores nacionales que serían los encargados de conducir la aplicación definitiva del instrumento de medición de las FESP.

[1] Resolución CD42.R14. Funciones esenciales de la salud pública. 42º Consejo Directivo de OPS. Washington, D.C., 25 al 29 de Septiembre de 2000.

[2] El listado de participantes en el ejercicio se presenta como anexo.

[3] Id.

Se contó con . . . representantes de la ASN que participaron en el taller de formación de instructores, de manera que se constituyó un equipo local, preparado para continuar con el proceso y servir de apoyo al ejercicio.

Aplicación del instrumento

Durante los . . . días del ejercicio, participaron . . . profesionales seleccionados y convocados por el Ministerio de Salud entre funcionarios, académicos y otros especialistas de la salud. Se formaron . . . grupos, en los que se distribuyó a los profesionales de acuerdo con su perfil y su relación con las funciones específicas.

Cada grupo contó con el apoyo de un instructor local para la concertación de una respuesta de grupo, de un secretario encargado del seguimiento del recuento de las respuestas y de ratificar el nivel de consenso por parte del grupo, y también dispuso de apoyo técnico para anotar el resultado de la respuesta. A la vez, un instructor externo de la OPS ayudaba a recopilar las observaciones y sugerencias dadas por los participantes para precisar la terminología o hacer algunas mejoras editoriales en el instrumento.

Como mecánica del ejercicio se estableció que cada instructor diera lectura en voz alta de la definición, los estándares, preguntas y subpreguntas de cada función que tenía que ser discutida por el grupo. A continuación, el instructor externo, con el apoyo del instructor local del ministerio, ponía en marcha la votación correspondiente con el fin de poder alcanzar una respuesta consensuada del grupo participante.

Resultados de la medición

Descripción del mecanismo de puntuación y medición

El valor resultante en cada uno de los indicadores que forman parte de la medición de cada función se construye basándose en la puntuación obtenida por la variable que se mide.

Las preguntas correspondientes a medidas y submedidas sólo tienen las alternativas de respuesta afirmativa o negativa. Por esta razón, la forma en que se elabora la respuesta colectiva a cada medida y submedida es una cuestión importante, y finalmente se determinó que, en caso de que no fuera posible obtener una respuesta consensuada del grupo o si el resultado de la segunda ronda de una pregunta era otro empate, después de un primer empate y su consiguiente debate en grupo, la respuesta sería automáticamente negativa, debido al nivel de incertidumbre existente.

Para registrar y procesar los resultados de las respuestas, se utilizó un programa informático que permite calcular de forma directa e instantánea la puntuación final de cada variable, en función de las respuestas dadas a las medidas y submedidas que la componen. Este cálculo de la puntuación final de cada variable funciona, en general, como un promedio ponderado de las respuestas afirmativas a las medidas y submedidas, salvo en el caso de las excepciones que se especifican en el instrumento.

La puntuación asignada al indicador es el promedio ponderado de los resultados obtenidos en cada una de las medidas respectivas; y el promedio ponderado simple de los resultados de los indicadores determina la puntuación asignada al desempeño de cada función de la salud pública.

Al ser ésta la primera medición realizada en los países de la región, se optó por la modalidad de puntuación uniforme, en que todas las funciones, indicadores y medidas tienen el mismo peso relativo. El hecho de que todas las mediciones sean igualmente consideradas facilita el análisis y la decisión posterior del país.

Como convención y para servir de guía de interpretación global, se adoptó la siguiente escala:

76 – 100% (0,76 a 1,0)
Cuartil de desempeño óptimo

51 – 75% (0,51 a 0,75)
Cuartil de desempeño medio superior

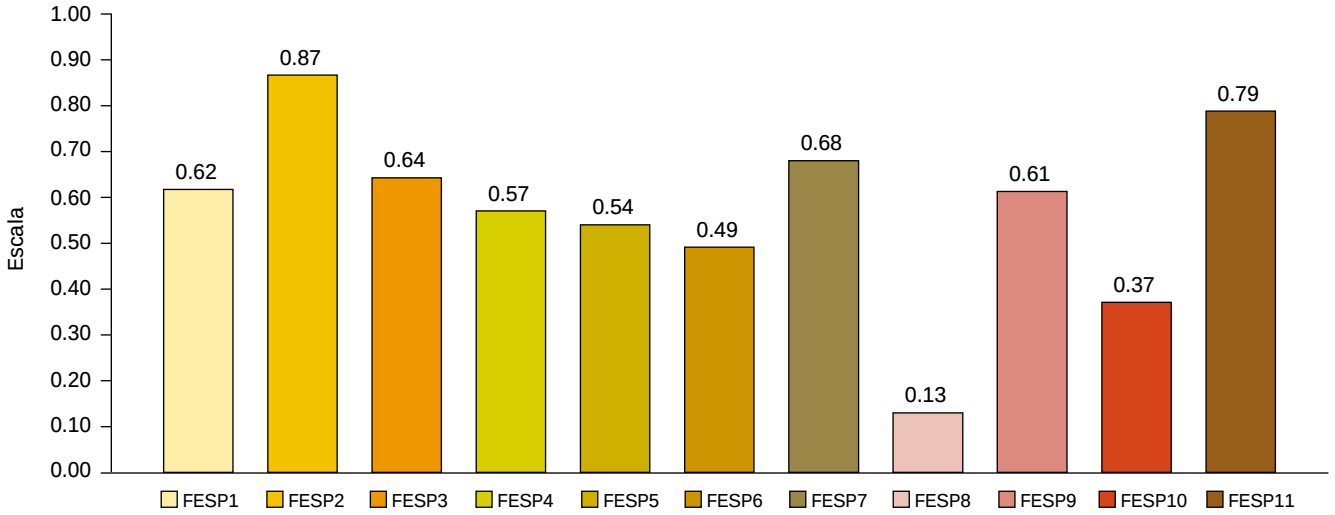
26 – 50 % (0,26 a 0,50)
Cuartil de desempeño medio inferior

0 – 25% (0,0 a 0,25)
Cuartil de desempeño mínimo

En la última parte del taller, durante la sesión plenaria, los resultados de la medición del desempeño de cada una de las FESP fueron compartidos y analizados por los participantes, con el fin de identificar las áreas de intervención, repartidas entre procesos y resultados, capacidades e infraestructura y competencias descentralizadas.

Se consideró que ésta era la parte más útil e importante del proceso de medición, dado que en ella se vierten las manifestaciones de los participantes, y a la vez permite que se pongan de manifiesto las fortalezas y debilidades, lo que

Figura 1 Resultados de la medición para cada función[4]



dio a la ASN la posibilidad de elaborar un plan de desarrollo institucional para el mejoramiento de las FESP, que son su competencia inmediata.

Análisis general de los resultados

El análisis de los resultados del ejercicio lo llevaron a cabo las autoridades competentes de (nombre del país) a la luz de las características y condiciones específicas del ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública establecidas por las autoridades sanitarias. También cabe señalar la necesidad de relativizar la interpretación de los resultados obtenidos debido a las posibles irregularidades que hayan podido surgir durante la formación de los grupos que analizaron cada función. La siguiente representación gráfica de los resultados permite apreciar el comportamiento de cada una de las 11 FESP.

[4] El listado de las funciones esenciales de la salud pública se presenta como anexo.

Los resultados generales de la evaluación de las 11 funciones esenciales contenidas en el instrumento de medición muestran niveles elevados de desempeño para las FESP 2 (vigilancia de la salud pública), 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios) y 11 (reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud). Con niveles medios de desempeño fueron evaluadas las FESP 1 (seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud), 3 (promoción de la salud), 5 (desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública) y 4 (participación de los ciudadanos en la salud). Los niveles más bajos fueron los asignados a las FESP 6 (fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública), 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública) y 10 (investigación en salud pública). Más adelante, se analizará con más detenimiento la estructura interna de cada una de las funciones.

Lo que es importante destacar de este informe es que tanto las puntuaciones más altas como las más bajas observadas en la descripción general que se presenta, deben analizarse con sumo cuidado, evitando extraer conclusiones sobre el grado de suficiencia que cada puntuación representa para la adopción de decisiones de la ASN. En efecto, una puntuación alta en una función puede implicar que lo que queda para alcanzar una puntuación del 100% sea extraordinariamente importante para una decisión política de alto nivel.

Por otra parte, las puntuaciones bajas pueden implicar desempeños bajos en áreas específicas y muy significativas dentro del instrumento de medición, que no deben coincidir necesariamente con las prioridades de la política de salud de (nombre del país).

Se puede apreciar en la visión general del desempeño de las 11 FESP (figura 1) que la FESP 2 (vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública) tiene los

resultados más altos con respecto a todas las demás funciones; lo cual puede interpretarse como resultado del interés que el país ha puesto en la cuestión de la vigilancia, tanto en la capacitación como en el funcionamiento.

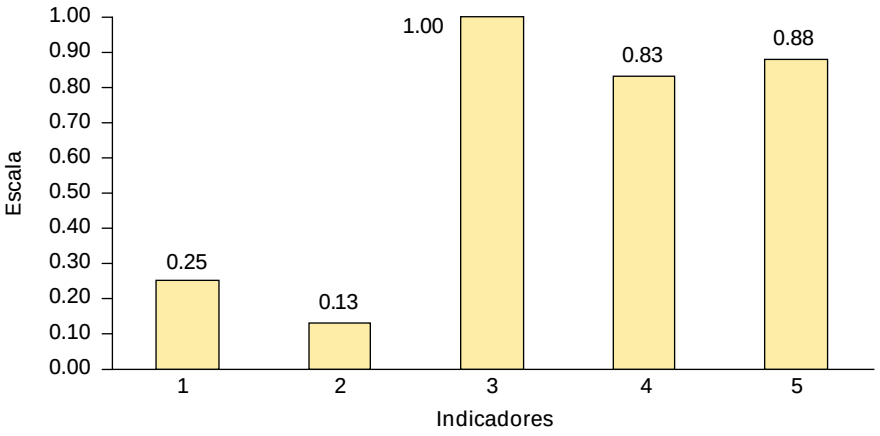
La segunda puntuación más alta fue para la FESP 11 (reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud), sobre la que había poco conocimiento dentro del grupo que la analizó, y en la que prevalecieron, por tanto, las cuestiones de la evacuación del personal implicado directamente en estas situaciones. Es un ejemplo de las posibles irregularidades, mencionadas anteriormente, que obligan a una interpretación cuidadosa.

En el otro extremo del análisis, llama la atención el resultado de desempeño mínimo en la FESP 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública), que puede representar una clara insatisfacción del grupo ante las condiciones de desarrollo del personal.

También la FESP 10 (investigación en salud pública) obtuvo una puntuación que la sitúa en el cuartil de desempeño medio inferior, lo que puede implicar una preocupación ante la aparente baja atención concedida a la investigación.

La baja calificación asignada a las FESP 8 y 10 puede significar un cierto abandono de los esfuerzos de inversión relacionados con el desarrollo del capital humano y del bagaje científico que han servido de apoyo al desarrollo de la salud pública en el país. Tal hipótesis merecería un análisis más exhaustivo debido a las implicaciones que tiene a medio y largo plazo la presencia o no de tales esfuerzos de inversión dentro del contexto de un proceso de fortalecimiento de la salud pública.

FESP 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud



Indicadores:
1. Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud.
2. Evaluación de la calidad de la información.
3. Apoyo de expertos y de recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud.
4. Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación de la situación de salud.
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública.

De igual manera, la FESP 6 (fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública) quedó calificada en el mismo nivel de desempeño medio inferior, lo que explica la preocupación manifestada desde antes del ejercicio por incluir algunos aspectos adicionales de reglamentación, especialmente en lo relativo a las compañías aseguradoras.

En general, lo que se puede deducir de los resultados obtenidos en estas tres últimas funciones (6, 8, y 10) es que ayudan a identificar ciertas áreas de ruptura o debilidades que quizás merezcan la atención prioritaria de las autoridades sanitarias.

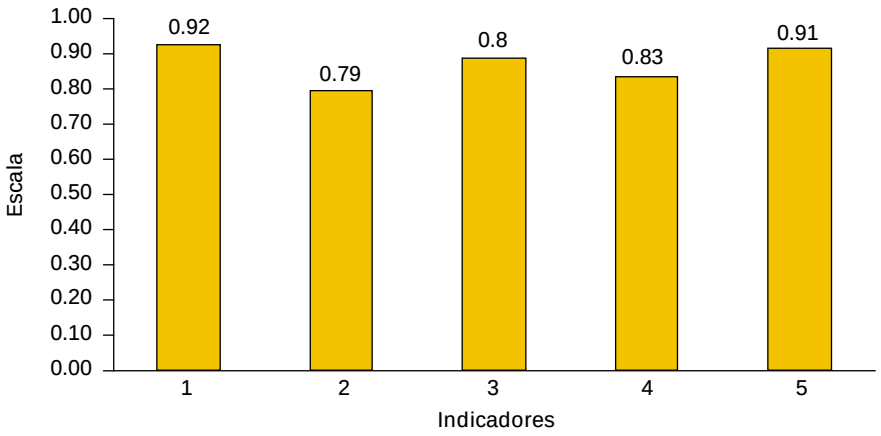
En el resto de las funciones se obtuvieron, generalmente, puntuaciones que las sitúan en el cuartil de desempeño medio superior, que no es el óptimo que se plantea como objetivo final del proceso.

Para analizar con más detenimiento los resultados, a continuación se adjuntan y comentan las figuras del perfil de los indicadores de cada función. Insistimos en que los comentarios realizados sobre estos resultados se hicieron en el taller y como un primer intento de análisis, producto de las conclusiones alcanzadas por los distintos grupos durante el ejercicio.

Destaca en el perfil de esta función la baja puntuación obtenida en los dos primeros indicadores, que reflejan el proceso y el producto del seguimiento, análisis y evaluación de la situación de salud, a pesar de que se reconoce como óptima la capacidad institucional para hacerlo bien (indicadores 3, 4 y 5). Esto puede interpretarse como un problema de gestión institucional, y no de recursos o infraestructura.

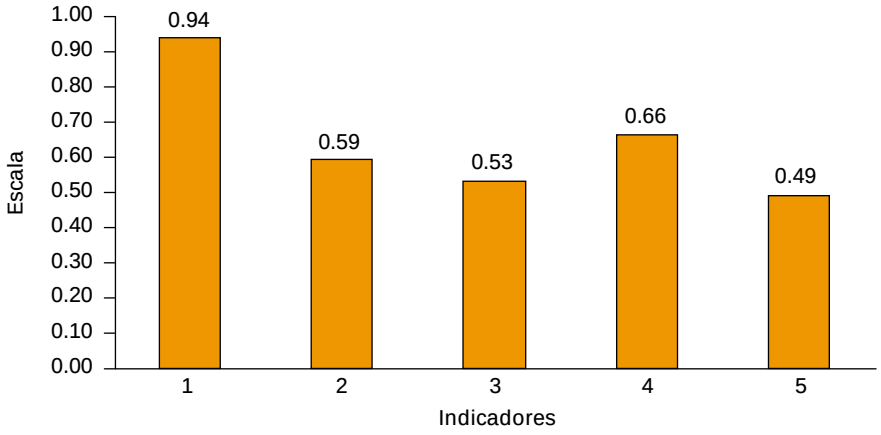
Como se dijo en el análisis global, esta función obtuvo una calificación de de-

FESP 2 Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública



Indicadores:
1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas a la salud pública.
2. Capacidades y conocimientos sobre epidemiología.
3. Capacidad de los laboratorios de salud pública.
4. Capacidad de respuesta oportuna y eficaz dirigida al control de problemas de salud pública.
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública.

FESP 3 Promoción de la salud



Indicadores:
1. Apoyo a las actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer los comportamientos y entornos saludables.
2. Elaboración de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.
3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.
4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las actuaciones destinadas a la promoción de la salud.

sempeño casi óptimo, resultado de los altos valores obtenidos en cada uno de los indicadores, aunque cabe preguntarse si no existe alguna irregularidad debida a la composición del grupo que la analizó. De todos modos, es significativa la coherencia en los resultados positivos.

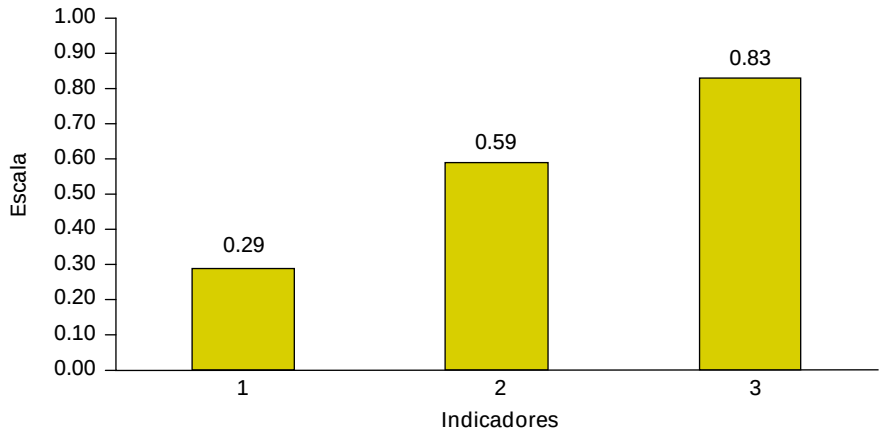
Al contrario de lo observado en la primera función, en ésta parece que el juicio favoreció al ejercicio de uno de los procesos implicados, el que se realiza en el interior de la organización de los servicios de salud. Sin embargo, se reconoce que hay un desarrollo bajo de la capacidad descentralizada para el cumplimiento de esta función (indicador 5).

Es significativo que los procesos que se refieren a la labor de las autoridades sanitarias hacia fuera del sector (indicadores 2 y 3) obtuvieran un resultado medianamente insatisfactorio. Ello puede significar una dificultad para las autoridades sanitarias para que aumenten su liderazgo en la dinámica extrasectorial que incida en la calidad de vida; de alguna forma, se explica así el interés existente desde antes de la reunión por profundizar en la promoción de los factores condicionantes de la calidad de vida, cuando se propuso como una cuestión de posible ampliación en el instrumento.

Al igual que en la primera función, en ésta se puede destacar la alta insatisfacción con el ejercicio, en contraste con el reconocido esfuerzo por aumentar la capacidad de descentralización para cumplir con los dos procesos implicados en esta función.

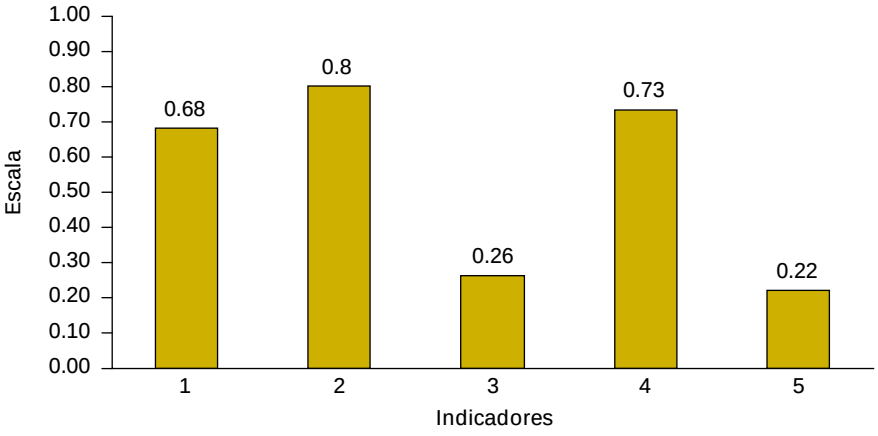
A pesar del funcionamiento deficitario de ambos procesos, puede ser interesante profundizar en la importante diferencia que existe entre los resultados relacionados con el aumento del poder de la población y con la participación social.

FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud



Indicadores:
1. Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la adopción de decisiones en salud pública.
2. Fortalecimiento de la participación social en la salud.
3. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en la salud.

FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública



Indicadores:
1. La definición nacional y subnacional de los objetivos en materia de salud pública.
2. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública.
3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de los sistemas de salud pública.
4. Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

En el perfil de esta función destaca la debilidad en el desarrollo de la capacidad institucional de gestión en contraste con el desempeño medianamente satisfactorio en cuanto a la definición de objetivos y políticas de salud pública; asimismo, es significativo el bajo nivel que se le concede al fortalecimiento de los niveles subnacionales para la planificación y gestión descentralizadas.

De ser ciertas las mencionadas deficiencias, éstas podrían ser la causa del desfase entre el ejercicio de algunos procesos y la capacidad real con la que se cuenta, tal como se observa en las FESP 1, 4, 7 y 10.

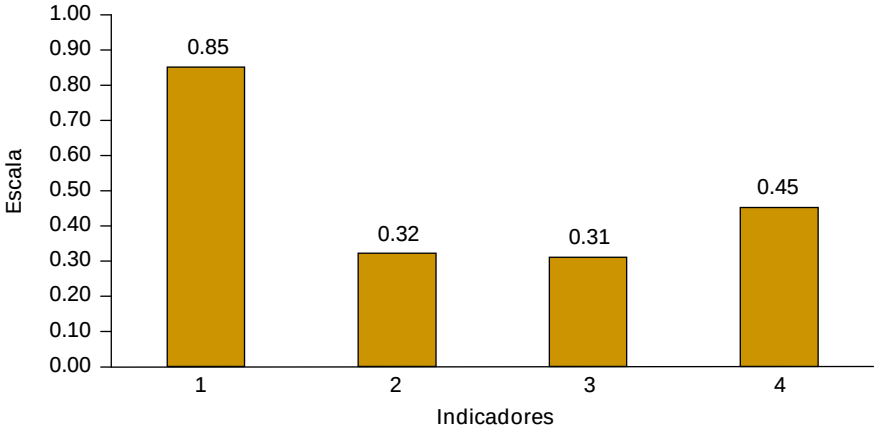
Las deficiencias acusadas en esta función se refieren a la capacidad y al ejercicio del papel fiscalizador y coercitivo de las autoridades sanitarias, como complemento a su función reguladora.

Destaca el poco esfuerzo que se le reconoce al fortalecimiento de las capacidades de reglamentación y fiscalización en los niveles subnacionales. Esto puede ser objeto de un análisis con más detenimiento debido a las implicaciones que tiene para el ejercicio de la función rectora de la salud, dadas las características de amplitud y diversidad geográfica y demográfica del país.

Una vez más se refleja en el perfil de esta función la diferencia previamente comentada entre el ejercicio de los procesos y las capacidades para ejercerlos.

Asimismo, es significativa la importante diferencia entre la satisfacción en cuanto al fomento para mejorar el acceso y la insatisfacción en cuanto al conocimiento sobre las condiciones de acceso y las formas de intervenir para mejorarlo, que sería conveniente anali-

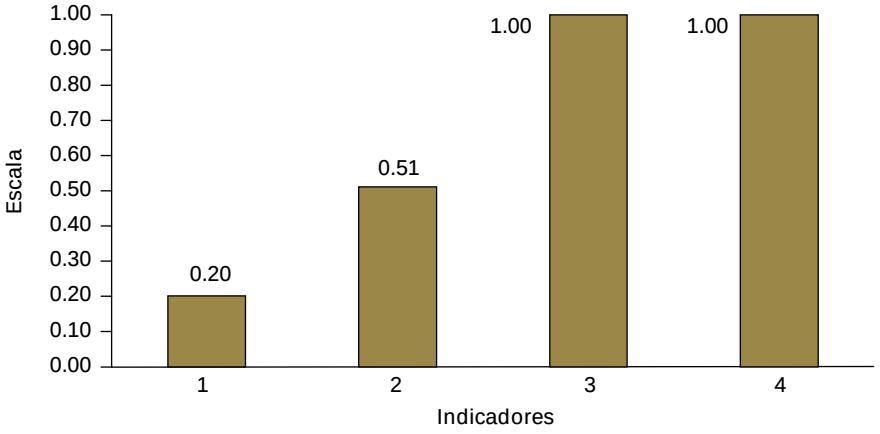
FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública



Indicadores:

1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulador.
2. Hacer cumplir la normativa en salud.
3. Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador.
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública en la formulación y fiscalización de leyes y reglamentos.

FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios



Indicadores:

1. Evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios.
2. Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar a la población los programas y servicios de salud necesarios.
3. Impulso y acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública en lo relativo a la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud.

zar con detenimiento. Es evidente la existencia de un nivel óptimo reconocido de a tarea de fortalecer la capacidad descentralizada de abordar los problemas de acceso.

El perfil resultante de esta función denota una fuerte insatisfacción del grupo evaluador nacional frente al desempeño de las autoridades sanitarias en materia de desarrollo de recursos humanos. Es significativa la baja puntuación con relación a la existencia de esfuerzos en materia de formación continua y del apoyo a los niveles subnacionales.

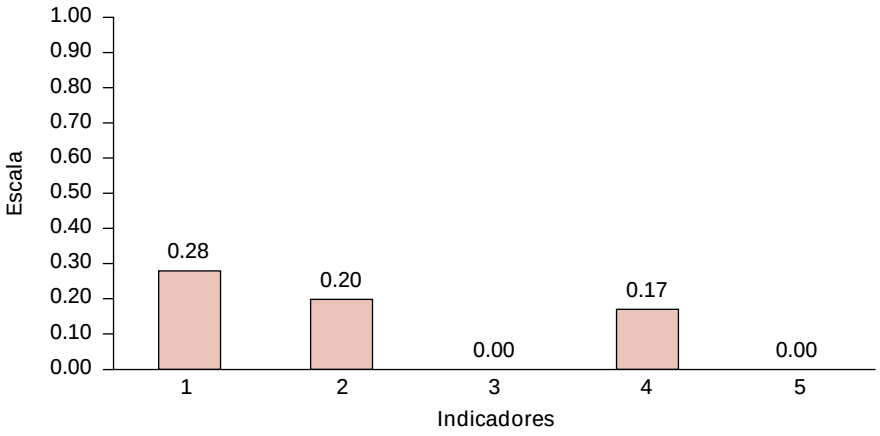
Por último, sería necesario realizar con más detenimiento un análisis de los resultados de estos cinco indicadores en su contexto, con el fin de validar su objetividad y conocer los factores que los determinan, y así elaborar en consecuencia una estrategia de intervención.

Una vez más aparece la asimetría entre los procesos normativos (indicador 1) y los de carácter operativo (indicadores 2 y 3), con perjuicio de estos últimos. Igualmente destaca la eventual falta de coherencia entre la capacidad desarrollada en los niveles descentralizados para asegurar la calidad y las acciones dirigidas a la mejora de la satisfacción de los usuarios.

Así pues, se pone de manifiesto de nuevo que éstos son ejemplos claros de que el análisis del desempeño de estas funciones debe hacerse con un conocimiento profundo de la realidad nacional y que debe orientarse a identificar los factores condicionantes con el fin de elaborar las estrategias de intervención pertinentes.

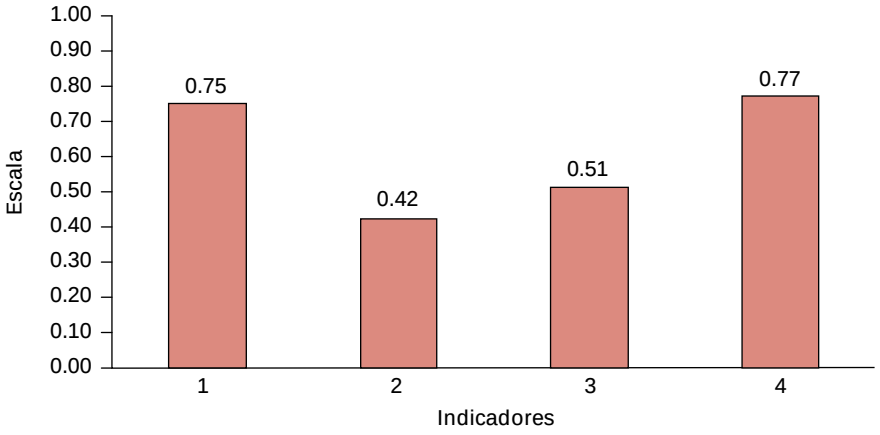
Como se ha comentado con anterioridad, en esta función se señala una vez

FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública



Indicadores:
1. Caracterización del personal que trabaja en salud pública.
2. Mejoramiento de la calidad del personal.
3. Educación continua y de posgrado en salud pública.
4. Perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios.
5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos.

FESP 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos



Indicadores:
1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
2. Mejora de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.
3. Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías sanitarias para apoyar la adopción de decisiones en salud pública.
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública y para asegurar la calidad de los servicios.

más la diferencia entre la capacidad real y su aplicación en los procesos de investigación.

La baja calificación asignada a los indicadores de esta función puede denotar un esfuerzo limitado por parte de las autoridades sanitarias para mantener un proceso de generación del conocimiento, que se realiza conduciendo un programa nacional de investigación e incorporando los resultados de las investigaciones que realicen otros actores.

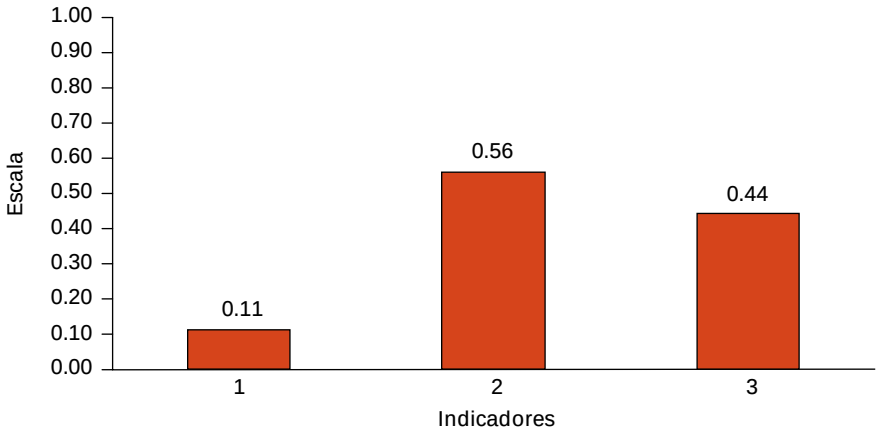
Del mismo modo, se podría analizar más detenidamente la posible relación entre los bajos resultados obtenidos en la FESP 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública) y en esta función de investigación.

El perfil de esta función manifiesta, una vez más, el desfase entre la capacidad normativa (indicador 2) y la operativa (indicador 1), y entre la capacidad desarrollada y su aplicación en los procesos de trabajo. Por la configuración del grupo que la analizó y el conocimiento de que disponían, sería recomendable una revisión de los resultados obtenidos en la última aplicación del instrumento.

Identificación de las áreas de intervención prioritarias para el plan de desarrollo institucional

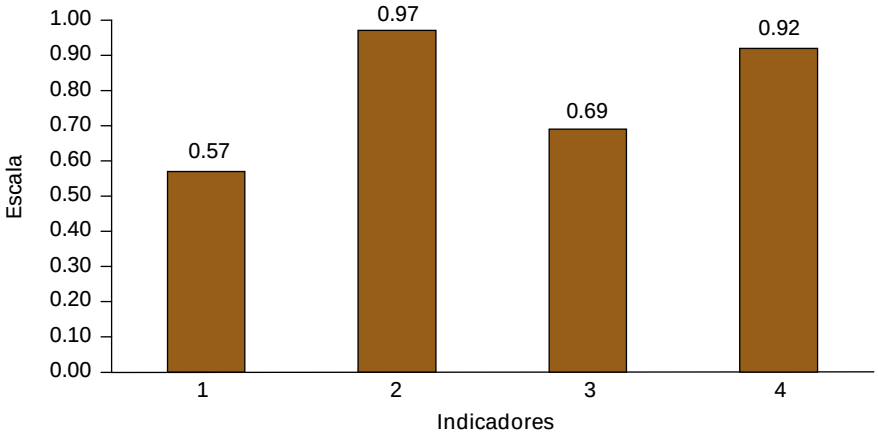
La finalidad de este ejercicio es la elaboración de un plan de desarrollo de la capacidad institucional de las autoridades sanitarias para mejorar el ejercicio de las FESP que son de su competencia, mientras que el objetivo inmediato de esta medición del desempeño es que, para esta finalidad última, se consiga partir de dos premisas básicas:

FESP 10 Investigación en salud pública



Indicadores:
1. Desarrollo de un programa de investigación en materia de salud pública.
2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación.
3. Asesoramiento y apoyo técnico a la investigación en los niveles subnacionales de la salud pública.

FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud



Indicadores:
1. Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres.
2. Desarrollo de normas y líneas de actuación que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.
3. Coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones.
4. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

1) Que el desarrollo del plan sea de carácter institucional, lo que implica que sea abordado íntegramente, y que no se limite a la realización de intervenciones aisladas sobre los actores y los ámbitos de cada función. Por lo tanto, se ha hecho una integración de los indicadores de todas las funciones según tres áreas estratégicas de intervención:

- **Cumplimiento de resultados y procesos clave,** que es el componente sustancial mediante el que se manifiesta la labor de las autoridades sanitarias en materia de salud pública y, consecuentemente, el objetivo central de las intervenciones para mejorar su desempeño. Se refiere a la eficacia, es decir, a los resultados y a la eficiencia en el establecimiento de los procesos con que se realizan las funciones que son competencia de las autoridades sanitarias en materia de salud pública.

- **Desarrollo de capacidades e infraestructura,** entendidas como las condiciones humanas, tecnológicas, de conocimientos y de recursos, necesarias para el desempeño óptimo de las funciones que competen a las autoridades sanitarias en materia de salud pública.

- **Desarrollo de competencias descentralizadas,** en cuanto a facultades y capacidades dirigidas a apoyar los niveles subnacionales o a transferirles competencias para fortalecer el ejercicio descentralizado de las autoridades sanitarias en materia de salud pública, de acuerdo con los requerimientos que conlleven la modernización del Estado y del sector.

2) Por otro lado, las intervenciones para el desarrollo institucional estuvieron orientadas a superar las *deficiencias* aprovechando las *fortalezas*. Y para clasificar el desempeño en los distintos indicadores como fortalezas o debilidades se necesita un *valor de referencia* 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 y consoliden las deficiencias diagnosticadas y, por el otro, que represente un desafío alcanzable y un estímulo razonable al esfuerzo continuo de mejora.

No obstante, a efectos de estas primeras aplicaciones, y con el propósito de facilitar la consolidación de los resultados de las distintas evaluaciones en los países de la región orientadas a la formulación de un plan de acción regional, se ha establecido como convención que el valor de referencia sea el promedio de los resultados globales en las 11 funciones. De este modo, la mayoría de las deficiencias quedan calificadas como debilidades que se deben superar.

Así pues, en esta presentación de resultados ha servido también de referencia la misma que se ha adoptado para el ejercicio regional, a pesar de que las autoridades nacionales puedan modificarla con el fin de elaborar su plan de desarrollo. En el caso de que hayan elegido un valor de referencia nacional, deberá hacerse explícito y realizarse el análisis en función de la aplicación de ese valor nacional.

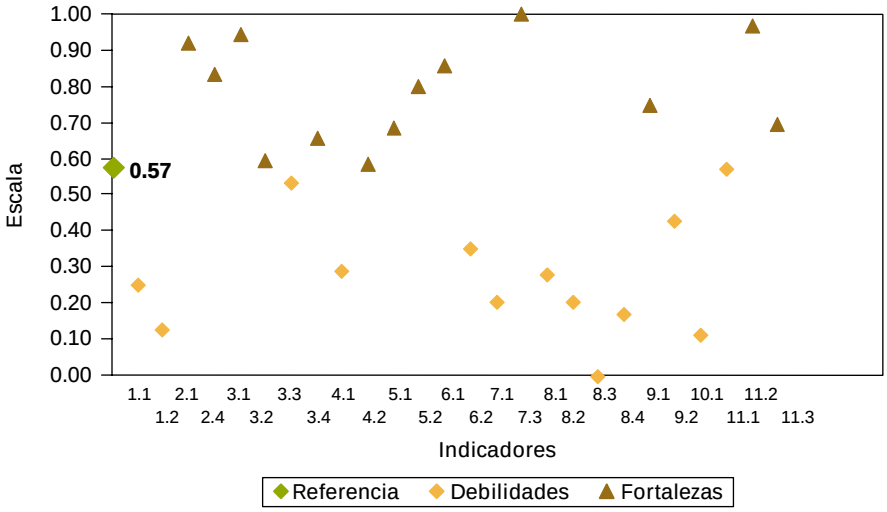
A continuación se presenta la clasificación de los indicadores como fortalezas o debilidades, como resultado de la aplicación del mencionado valor de referencia, y se incluyen algunos comentarios sobre posibles áreas de intervención prioritaria en los tres componentes identificados dentro del desarrollo institucional.

Las principales debilidades en las que parece que habría que concentrar las intervenciones prioritarias para mejorar tanto los procesos como la producción

Área de intervención Cumplimiento final de resultados y procesos clave

FESP		Indicadores	Clasificación	
1	**1.1**	Guías de seguimiento y evaluación de la situación de salud	0,25	**D**
1	**1.2**	Evaluación de la calidad de la información	0,13	**D**
2	**2.1**	Sistema de vigilancia para identificar amenazas a la salud pública	0,92	**F**
2	**2.4**	Capacidad de respuesta oportuna y eficaz dirigida al control de los problemas de salud pública	0,83	**F**
3	**3.1**	Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer comportamientos y entornos saludables	0,94	**F**
3	**3.2**	Elaboración de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud	0,59	**F**
3	**3.3**	Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud	0,53	**D**
3	**3.4**	Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción	0,66	**F**
4	**4.1**	Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la adopción de decisiones en materia de salud pública	0,29	**D**
4	**4.2**	Fortalecimiento de la participación social en salud	0,59	**F**
5	**5.1**	La definición nacional y subnacional de los objetivos en materia de salud pública	0,68	**F**
5	**5.2**	Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública	0,80	**F**
6	**6.1**	Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulador	0,85	**F**
6	**6.2**	Hacer cumplir la normativa en materia de salud	0,35	**D**
7	**7.1**	Evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios	0,20	**D**
7	**7.3**	Fomento y acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios	1,00	**F**
8	**8.1**	Caracterización del personal que trabaja en la salud pública	0,28	**D**
8	**8.2**	Mejoramiento de la calidad del personal	0,20	**D**
8	**8.3**	Educación continua y de postgrado en salud pública	0,00	**D**
8	**8.4**	Perfeccionamiento de los recursos humanos para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios	0,17	**D**
9	**9.1**	Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	0,75	**F**
9	**9.2**	Mejora de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud	0,42	**D**
10	**10.1**	Desarrollo de un programa de investigación en salud pública	0,11	**D**
11	**11.1**	Gestión de la reducción del impacto de las emergencias y desastres	0,57	**D**
11	**11.2**	Desarrollo de normas y líneas de actuación que apoyen la reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud	0,97	**F**
11	**11.3**	Coordinación y alianzas con otros organismos o instituciones	0,69	**F**

Cumplimiento final de resultados y procesos claves



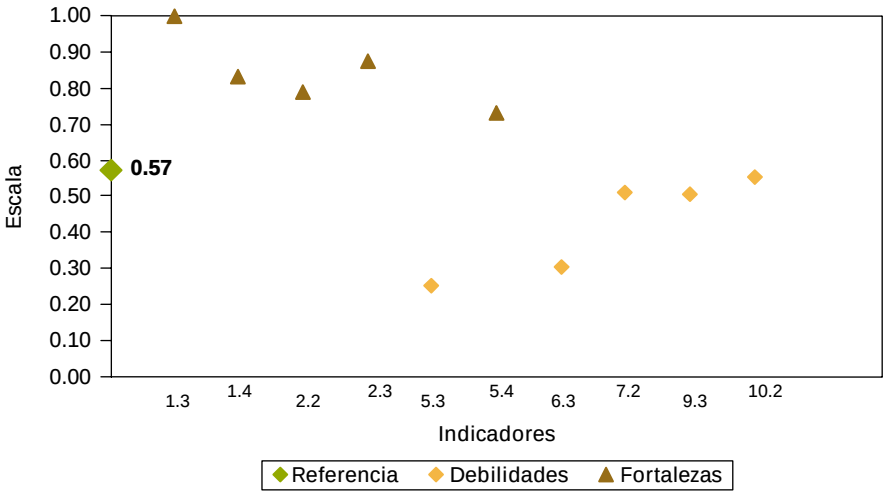
Área de intervención Desarrollo de las capacidades e infraestructura

FESP		Indicadores	Clasificación	
1	**1.3**	Apoyo de expertos y recursos para el seguimiento y evaluación de la situación de salud	1,00	**F**
1	**1.4**	Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud	0,83	**F**
2	**2.2**	Capacidades y conocimientos sobre epidemiología	0,79	**F**
2	**2.3**	Capacidad de los laboratorios de salud pública	0,88	**F**
5	**5.3**	Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de los sistemas de salud pública	0,26	**D**
5	**5.4**	Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública	0,73	**F**
6	**6.3**	Conocimientos, aptitudes y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulador	0,31	**D**
7	**7.2**	Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar a la población los programas y servicios de salud necesarios	0,51	**D**
9	**9.3**	Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en materia de salud para apoyar la adopción de decisiones en salud pública	0,51	**D**
10	**10.2**	Desarrollo de la capacidad institucional de investigación	0,56	**D**

de resultados en el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública que competen a las autoridades sanitarias serían las relativas al desarrollo de los recursos humanos y de un programa de investigación, junto a la mejora de la calidad de la información que se produce y utiliza para el seguimiento y evaluación de la situación de salud y del acceso a ella. En primer lugar, porque son los indicadores que se sitúan en un intervalo de desempeño mínimo; y en segundo lugar, porque están relacionados con el fortalecimiento del poder de decisión de la población, de la comunicación para la promoción de la salud y de la mejora de la satisfacción de la población, a las actividades de fiscalización destinadas a hacer cumplir la normativa existente y a la gestión para la reducción del impacto de las emergencias y los desastres.

El tipo de intervenciones para el mejoramiento de los procesos y resultados es de carácter gerencial y consiste en adoptar medidas para que la capacidad instalada se aplique más eficazmente y redunde en la mejora del funcionamiento y en la consecución de resultados. Estas acciones pueden apoyarse en las fortalezas identificadas en algunas áreas afines a las debilidades mencionadas, como son el hecho de que el funcionamiento del sistema de vigilancia y de respuesta para el control de los problemas de salud pública pueda servir de referencia para mejorar el área del seguimiento y la evaluación de la situación de salud; el

Desarrollo de capacidades e infraestructura

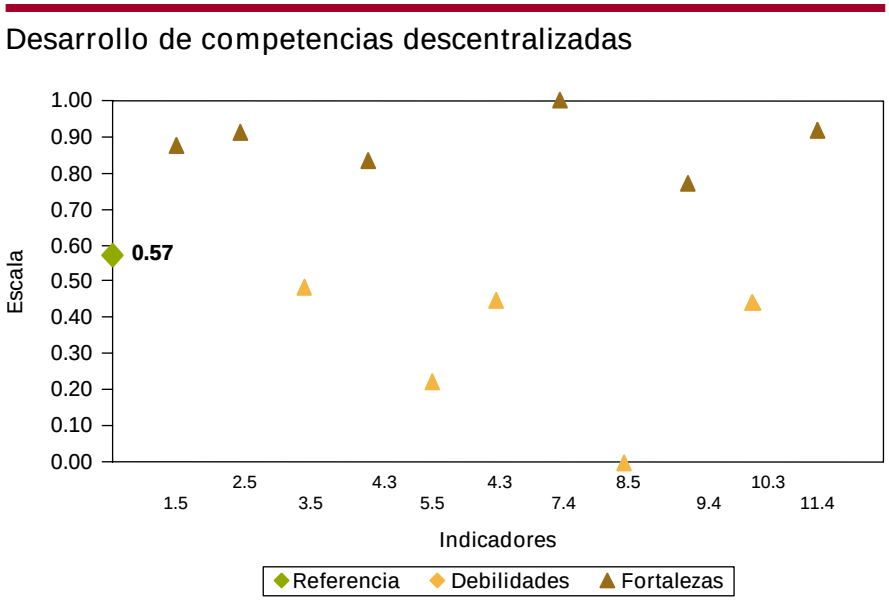


Área de intervención Desarrollo de competencias descentralizadas

FESP		Indicadores		
1	**1.5**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública	0,88	**F**
2	**2.5**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública	0,91	**F**
3	**3.5**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las actuaciones de promoción de la salud	0,49	**D**
4	**4.3**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en la salud	0,83	**F**
5	**5.5**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública	0,22	**D**
6	**6.4**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública para la formulación y fiscalización de leyes y reglamentos	0,45	**D**
7	**7.4**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública para la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud	1,00	**F**
8	**8.5**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de los recursos humanos	0,00	**D**
9	**9.4**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud para asegurar la calidad de los servicios	0,77	**F**
10	**10.3**	Asesoramiento y apoyo técnico a la investigación en los niveles subnacionales de la salud pública	0,44	**D**
11	**11.4**	Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	0,92	**F**

que el desarrollo de las normas e intervenciones de promoción deberían ser la base para mejorar las estrategias de comunicación para la promoción; el que las actuaciones de participación social podrían ser utilizadas para fortalecer el poder de los ciudadanos en la adopción de decisiones; y, obviamente, el hecho de que el desarrollo de la normativa sea la base para mejorar las actuaciones destinadas a hacer cumplir dicha normativa, por ejemplo.

Las principales debilidades en las que parece que habría que concentrar las intervenciones prioritarias dentro del desarrollo de las capacidades humanas, técnicas y de infraestructura para mejorar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública que competen a las autoridades sanitarias serían las relativas a aumentar la capacidad institucional de gestión, de reglamentación y fiscalización, en primer lugar; y, en segundo lugar, las relativas a mejorar el acceso a los servicios, la gestión tecnológica y la investigación. Las intervencio-



nes para aumentar las capacidades institucionales son más bien de inversión en capacitación, incorporación de conocimientos y adquisición de unos recursos tecnológicos para el mejor cumplimiento de las funciones en las que se ha detectado una capacidad deficiente.

Las principales debilidades en las que parece que habría que concentrar las intervenciones prioritarias para fortalecer el ejercicio descentralizado de las funciones esenciales de la salud pública que competen a las autoridades sanitarias serían las relativas al desarrollo de los recursos humanos y de la capacidad de planificación y gestión en los niveles subnacionales, en primer lugar, que son las que se encuentran en el intervalo de desempeño mínimo; y en segundo lugar, las relacionadas con el apoyo técnico a los niveles subnacionales para la promoción de la salud, la investigación y la fiscalización descentralizadas.

Las intervenciones en esta área del desarrollo institucional tienen que ver con la delegación de funciones acompañada por el fortalecimiento de las capacidades para asumirlas, y el apoyo técnico de los niveles centrales para el cumplimiento óptimo en los niveles subnacionales.

Conclusión

El ejercicio de aplicación piloto del instrumento en (nombre del país) culminó con éxito, no solamente por el interés y la motivación demostrados por los participantes, sino también por las aportaciones para la mejora del instrumento a partir de la capacidad y la calidad profesional y de la experiencia compartida en los aspectos de las FESP.

Asimismo, es presumible que sirva como referencia para futuras actuaciones de desarrollo y evaluaciones dentro del país.

Apéndice I Lista de funciones esenciales de la salud pública

Funciones esenciales de la salud pública

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Apéndice II Lista de participantes en el taller

N°	NOMBRE	CARGO E INSTITUCIÓN
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		

Apéndice III Resultados e indicadores para cada función

FESP 1: Seguimiento, análisis y evaluación de la situación de salud

	PUNTUACIÓN FINAL FESP 1:	**0,62**
1.1	**Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud**	**0,25**
1.1.1	*¿La ASN ha realizado guías para medir y evaluar el estado de salud de la población?*	*0.00*
	En todo caso, las guías u otros instrumentos para medir el estado de salud:	
1.1.1.1	¿Se han realizado para el nivel nacional del sistema de salud?	0
1.1.1.2	¿Se han realizado para los niveles intermedios del sistema de salud?	0
1.1.1.3	¿Se han realizado para el nivel local del sistema de salud?	0
1.1.1.4	¿Describen métodos apropiados para recopilar información y para elegir las fuentes de información adecuadas?	0
1.1.1.5	¿Describen las funciones del nivel nacional y de los niveles subnacionales en la recopilación de la información?	0
1.1.1.6	¿Permiten el acceso a la información a los ciudadanos y a grupos organizados de la comunidad, protegiendo a la vez la intimidad de las personas?	0
1.1.1.7	¿Incluyen un proceso de mejora continua de los sistemas de información para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios de los niveles nacionales y subnacionales (responsables de adoptar decisiones, gestores de programas, etc.)?	0
	Si es así, el proceso:	0
1.1.1.7.1	¿Incluye normas uniformes en todos los niveles del sistema de información?	0
1.1.1.7.2	¿Incluye procedimientos compatibles con las necesidades de los organismos nacionales e internacionales de los que forma parte el sistema y a los que debe facilitar información?	0
1.1.1.7.3	¿Incluye una revisión periódica de las normas y procedimientos con el fin de evaluar su validez a la luz de los avances tecnológicos y cambios en las políticas de salud?	0
1.1.1.8	¿Describen los procedimientos para divulgar información a los medios de comunicación y al público general?	0
1.1.1.9	¿Protegen la confidencialidad de la información mediante el uso de protocolos definidos para tener acceso a los datos?	0
1.1.1.10	¿Describen los procedimientos que se deben seguir para organizar la información según un perfil integral del estado de salud que contenga información respecto a los objetivos nacionales de salud?	0
1.1.2	*¿La ASN identifica y actualiza anualmente los datos recopilados dentro de un perfil de la situación de salud del país?*	*0,50*
	En todo caso, este perfil incluye:	
1.1.2.1	¿Variables sociodemográficas?	1
1.1.2.2	¿Mortalidad?	1
1.1.2.3	¿Morbilidad?	0
1.1.2.4	¿Factores de riesgo?	0
1.1.2.5	¿Información sobre hábitos de vida?	0
1.1.2.6	¿Riesgos ambientales?	0
1.1.2.7	¿Acceso a servicios de salud individuales?	1
1.1.2.8	¿Contacto con servicios de salud de la población?	1
1.1.2.9	¿Utilización de servicios de salud de la población e individuales?	1
1.1.2.10	¿Obstáculos en el acceso a la atención de salud?	0
1.1.3	*¿La ASN utiliza el perfil del estado de salud?*	*0,50*
	En todo caso, el perfil de salud se usa:	
1.1.3.1	¿Para evaluar las necesidades de salud de la población?	0
1.1.3.2	¿Para evaluar las desigualdades en las condiciones de salud?	1
1.1.3.3	¿Para efectuar el seguimiento de las tendencias en el estado de salud?	1
1.1.3.4	¿Para efectuar el seguimiento de los cambios en la prevalencia de los factores de riesgo?	0
1.1.3.5	¿Para efectuar el seguimiento de los cambios en el uso de los servicios de salud?	1
1.1.3.6	¿Para determinar la suficiencia y la pertinencia de los datos obtenidos?	0
1.1.3.7	¿Para definir las prioridades y necesidades de la población en relación con el acceso a los servicios, su participación en actividades de promoción y asignación de recursos, con especial atención a la identificación de desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud?	1
1.1.3.8	¿Para definir objetivos y metas nacionales de salud?	1
1.1.3.9	¿Para evaluar el cumplimiento de objetivos y metas nacionales de salud?	0
1.1.3.10	¿Para mejorar la eficacia y la calidad del sistema en el ejercicio de las funciones de la salud pública?	0
1.1.4	*¿La ASN divulga la información sobre el estado de salud de la población?*	*0,00*
	En todo caso, la ASN:	
1.1.4.1	¿Realiza un informe anual?	0
1.1.4.2	¿Da a conocer este informe a todos los interesados en la información que contiene?	0

1.1.4.3	¿Lo presenta a un conjunto de responsables de adoptar decisiones clave en el país?	0
1.1.4.4	¿Organiza regularmente seminarios u otras actividades dirigidas a explicar y concienciar a los responsables de adoptar decisiones clave sobre las implicaciones de la información contenida en el informe anual de la situación de salud de la población?	0
1.1.4.5	¿Facilita datos sobre los resultados de la salud a lo largo del tiempo y éstos se comparan con estándares y metas que se mencionan específicamente en el perfil?	0
1.1.4.6	¿Proporciona a las comunidades un conjunto comprensible de medidas para ayudar a hacer comparaciones, establecer prioridades de problemas de salud comunitarios y adoptar decisiones sobre la asignación de recursos?	0
1.1.4.7	¿Solicita y evalúa periódicamente las sugerencias para mejorar el contenido, la presentación y la distribución del perfil del estado de salud?	0
1.1.4.8	¿Evalúa regularmente el uso que los destinatarios de la información hacen de los informes producidos sobre el estado de salud de la población?	0
1.2	**Evaluación de la calidad de la información**	**0,13**
1.2.1	*¿Existe una instancia para la evaluación de la calidad de la información producida en el sistema de salud?*	*0,00*
1.2.1.1	¿Está ubicada fuera de la administración directa de la ASN?	0
1.2.1.2	¿Realiza auditorías periódicas al sistema de información para la medición del estado de salud del país?	0
1.2.1.3	¿Propone modificaciones al sistema en aquellos puntos que se reconocen como débiles o susceptibles de perfeccionamiento?	0
1.2.1.4	¿Tiene en cuenta las proposiciones de mejora hechas por el organismo evaluador para perfeccionar el método de medición del estado de salud?	0
1.2.2	*¿Existe un organismo coordinador nacional de estadísticas del que forme parte la ASN?*	*0,25*
1.2.2.1	¿Se reúne al menos una vez al año para proponer modificaciones de los sistemas de información que mejoren su compatibilidad?	0
1.2.2.2	¿Se tienen en cuenta las modificaciones propuestas para mejorar los sistemas de información de la ASN?	0
1.2.2.3	¿Propone medidas concretas para mejorar la calidad y la utilidad de la información de la ASN?	0
1.2.2.4	¿Se conoce el porcentaje de defunciones con certificación médica?	1
1.2.2.4.1	¿La ASN considera que este porcentaje es suficiente para hacer fiables los datos de mortalidad?	1
1.3	**Apoyo de expertos y recursos para el seguimiento y evaluación de la situación de salud**	**1,00**
1.3.1	*¿La ASN emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en epidemiología y estadística?*	*1,00*
1.3.1.1	¿Epidemiología en el grado de doctorado?	1
1.3.1.2	¿Diseño de planes de muestreo para la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos?	1
1.3.1.3	¿Consolidación de datos procedentes de fuentes diversas?	1
1.3.1.4	¿Análisis integrado de datos?	1
1.3.1.5	¿Interpretación de los resultados y formulación de conclusiones científicamente válidas a partir de los datos analizados?	1
1.3.1.6	¿Traducción de los datos en información clara y útil por medio de una interacción con personal cualificado para elaborar documentos comprensibles y atractivos para públicos variados?	1
1.3.1.7	¿Existe un diseño y mantenimiento de registros de información sobre enfermedades o problemas específicos (por ejemplo, de casos de cáncer)?	1
1.3.1.8	¿Se comunica la información de salud a los responsables de adoptar decisiones y a miembros de organizaciones comunitarias?	1
1.3.2	*¿Emplea o tiene acceso la ASN a personal con capacitación y experiencia en epidemiología y estadística, en los niveles intermedios?*	*1,00*
1.3.2.1	¿Se formulan planes de muestreo para la recopilación de datos?	1
1.3.2.2	¿Se realiza la consolidación de datos procedentes de fuentes diversas?	1
1.3.2.3	¿Hay análisis de datos?	1
1.3.2.4	¿Existe una interpretación de los resultados y una formulación de conclusiones científicamente válidas a partir de los datos analizados?	1
1.3.2.5	¿Se realiza una traducción de los datos en información clara y útil?	1
1.3.2.6	¿Existe un diseño y mantenimiento de registros de información sobre enfermedades o problemas específicos (por ejemplo, de casos de cáncer)?	1
1.3.2.7	¿Se comunica la información de salud a la población?	1
1.3.2.8	¿Se comunica la información de salud a los responsables de adoptar decisiones?	1
1.4	**Soporte tecnológico para el seguimiento y evaluación de la situación de salud**	**0,83**
1.4.1	*¿La ASN utiliza recursos informáticos para efectuar el seguimiento de la situación de salud de la población del país?*	*0,83*
1.4.1.1	¿Utiliza recursos informáticos para efectuar el seguimiento de la situación de salud de la población del país en los niveles intermedios?	1

(continuación)

1.4.1.2	¿Utiliza recursos informáticos para efectuar el seguimiento de la situación de salud de la población del país en el nivel local?	0
1.4.1.3	¿Considera que el personal está formado para su manejo y mantenimiento básico?	1
1.4.1.4	¿Dispone de uno o más ordenadores con procesadores de alta velocidad (300 mHz o más)?	1
1.4.1.5	¿Cuenta con programas informáticos de uso habitual (procesadores de texto, plantillas de cálculo, diseño gráfico y de presentaciones)?	1
1.4.1.6	¿Es capaz de transformar datos de procedencia diversa en formatos estándar?	1
1.4.1.7	¿Cuenta con acceso propio y de alta velocidad a la Internet?	1
1.4.1.8	¿Mantiene comunicación electrónica con los niveles subnacionales que generan y utilizan la información?	1
1.4.1.9	¿Tiene suficiente capacidad de almacenamiento para mantener las bases de datos del perfil del estado de salud del país?	1
1.4.1.10	¿Cumple con los requisitos de diseño para recopilar registros vitales?	1
1.4.1.11	¿Cuenta con acceso rápido al mantenimiento especializado del sistema informático?	0
1.4.1.12	¿Evalúa una vez al año la necesidad de actualización de los recursos informáticos?	1

1.5	**Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales de la salud pública**	**0,88**
1.5.1	*¿Ha asesorado la ASN a uno o más niveles subnacionales en materia de recopilación y análisis de datos, durante los últimos doce meses?*	*0,75*
1.5.1.1	¿Se le(s) ha asesorado en el diseño de instrumentos para la recopilación de información de salud?	1
1.5.1.2	¿Se ha comunicado a todos los niveles subnacionales que existe la disposición a asesorarlos en materia de recopilación de información?	1
1.5.1.3	¿Se ha comunicado a todos los niveles subnacionales que existe la disposición a asesorarlos en el análisis de datos recopilados localmente?	0
1.5.1.4	¿Ha asesorado la ASN a uno o más niveles subnacionales para el análisis de datos recopilados localmente, durante los últimos doce meses?	1
1.5.2	*¿La ASN ha divulgado información a los niveles subnacionales y a otros usuarios de la misma de manera periódica y constante, durante los últimos doce meses?*	*1,00*
1.5.2.1	¿Se ha solicitado retroalimentación a los usuarios de esta información?	1
1.5.2.2	¿Se ha asesorado a los usuarios en la interpretación de estos análisis?	1
1.5.2.3	¿Ha asesorado la ASN a los responsables de la publicación de un perfil del estado de salud del país o de la jurisdicción de los niveles subnacionales, durante los últimos doce meses?	1
1.5.2.3.1	¿Se ha comunicado a los responsables de la publicación de perfiles del estado de salud de la existencia de esta disposición a asesorarlos?	1