



Evaluación del desempeño de los sistemas de salud

Informe de la Secretaría

1. La OMS se ha preocupado por fomentar el desarrollo de los sistemas de salud nacionales, para lo cual ha apoyado la evaluación sistemática de su desempeño por parte de los respectivos ministerios de salud. En el presente informe se describen el marco para la evaluación del desempeño; los indicadores, métodos y datos utilizados para dicha evaluación; la preparación de un informe inicial sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo (*Informe sobre la salud en el mundo 2000*); las reacciones de los ministros de salud al informe; y los planes de trabajo futuros. Asimismo, se resumen las observaciones de los ministros de salud de al menos 20 países, transmitidas a la Directora General entre los meses de agosto y octubre de 2000, y los comentarios expresados por los ministros y delegados en la XLII reunión del Consejo Directivo de la OPS/52ª reunión del Comité Regional para las Américas. En una resolución aprobada por el Consejo Directivo de la OPS/Comité Regional para las Américas se pidió que ese asunto figurara en el orden del día de la 107ª reunión del Consejo Ejecutivo. Los miembros del Consejo Ejecutivo examinaron la cuestión en el retiro que celebraron en Hertenstein (Suiza) del 12 al 14 de noviembre de 2000.

ELABORACIÓN DEL MARCO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

2. El fortalecimiento de sistemas de salud sostenibles es una de las cuatro orientaciones de la estrategia institucional de la OMS aprobada por el Consejo Ejecutivo en su 105ª reunión, celebrada en enero de 2000. El objetivo específico, que refleja los conceptos y valores básicos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, es establecer «sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos».

3. La OMS - la Secretaría y los Estados Miembros - han trabajado en la creación de una base más adecuada para el desarrollo de los sistemas de salud nacionales. Desde 1998 se ha hecho hincapié en la adopción de enfoques normalizados para evaluar la situación de los sistemas de salud. La primera fase consistió en acordar un marco para evaluar el desempeño de esos sistemas.

4. La finalidad del mencionado marco fue la siguiente:

- prestar apoyo a los Estados Miembros, junto con la comunidad de salud pública internacional, en la vigilancia y el análisis metódicos de sus sistemas de salud utilizando un conjunto de resultados críticos del sistema sanitario;

- sentar las bases para la creación de un sólido acervo de pruebas científicas sobre las relaciones entre la organización y los resultados de los sistemas de salud a fin de proporcionar información a los gobiernos para la elaboración de las políticas sanitarias;
- permitir a los usuarios entender mejor las funciones de los sistemas de salud y tener acceso a información sobre el grado en que se alcanzan resultados en el sistema sanitario.

5. El marco abarca las fronteras, las metas, las funciones y el desempeño de los sistemas de salud.

6. **Fronteras del sistema de salud.** Se consideran partes del sistema de salud todos los recursos, organizaciones y actores que realizan o apoyan acciones sanitarias (o sea, toda acción cuyo propósito principal sea proteger, fomentar o mejorar la salud). Sin embargo, pese a que la educación se considera un determinante clave de los resultados sanitarios, no se define como parte del sistema.

7. **Metas del sistema de salud.** Se especifican tres metas: la buena salud; un sistema de salud que responda adecuadamente a las expectativas legítimas del público; y la equidad de la contribución financiera.

8. **Funciones del sistema de salud.** El marco identifica cuatro funciones que son decisivas para el logro de esas metas: la financiación (que abarca la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y las compras); la prestación de servicios sanitarios personales y no personales; la generación de recursos; y la rectoría. Esta última función, es decir, la supervisión y orientación de todo el sistema de salud - privado y público - de manera que su desempeño sea óptimo, abarca el liderazgo, la dirección (política sanitaria) y la influencia (reglamentación y promoción), todo lo cual se ha de fundamentar en la mejor información sanitaria disponible.

9. **Desempeño del sistema de salud.** Los ministros de salud y demás instancias decisorias han de conocer lo siguiente: la medida en que el sistema de salud contribuye al logro de los resultados generales; si esa contribución puede aumentarse introduciendo cambios en la inversión de los recursos actualmente disponibles (*eficiencia* del sistema de salud); y, en caso de que esos cambios se hayan hecho (por ejemplo, en el contexto de la reforma del sector sanitario), si se han traducido en un mejor desempeño de los sistemas de salud.

INDICADORES, MÉTODOS Y DATOS UTILIZADOS PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO

10. La OMS ha introducido el mencionado marco como base para hacer evaluaciones comparables del desempeño del sistema de salud. Las tres metas del sistema de salud se traducen en cinco resultados específicos: el nivel de salud alcanzado en una población; la equidad en materia de salud dentro de esa población; la capacidad de respuesta del sistema de salud; la equidad en la capacidad de respuesta; y la equidad de la contribución financiera. La evaluación del rendimiento exige la existencia de indicadores claramente definidos para cada resultado, de métodos para medirlos, de estrategias para reunir datos y de procedimientos para la síntesis y la notificación regular de los resultados.

11. **Nivel de salud.** Sobre la base de 15 años de trabajo, la OMS acuñó la expresión *esperanza de vida sana*, concepto basado en la esperanza de vida al nacer ajustada en función del tiempo que se ha pasado con mala salud, como medida del nivel de salud alcanzado en una población. El cálculo de la *mortalidad* se basa en los datos sobre la mortalidad por edades obtenidos de los sistemas de registro

civil, los estudios sobre la mortalidad de niños y de adultos, y los sistemas de registro de muestras. El cálculo del *tiempo que se ha pasado con mala salud* se basa en los estudios sobre la carga de morbilidad y los resultados normalizados obtenidos de los instrumentos de estudios transversales elaborados mediante la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

12. **Distribución de la salud.** La OMS propone que los países midan la distribución de la esperanza de vida sana en las poblaciones utilizando los datos de los registros civiles y de estudios transversales. Aunque los métodos y los conjuntos de datos necesarios para realizar esa tarea se están mejorando, hay datos sobre la supervivencia infantil procedentes de esas fuentes que permiten medir las desigualdades en ese aspecto. Por el momento, la OMS utiliza la desigualdad en la supervivencia infantil como indicador principal de la distribución de la salud en una población.

13. **Capacidad de respuesta, nivel y distribución.** El indicador de la capacidad de respuesta del sistema de salud está concebido de manera que refleje la autonomía, dignidad, confidencialidad y orientación de los usuarios que caracterizan las interacciones de los individuos con diferentes partes del sistema. Se diferencia de los indicadores de la *satisfacción* con los servicios de salud, que reflejan más bien las expectativas de la población en lo que atañe a los servicios: *la capacidad de respuesta* capta sus experiencias reales de manera tal que se pueden hacer comparaciones. La OMS ha elaborado y ensayado sobre el terreno un instrumento de encuesta que arroja datos sobre la capacidad de respuesta; el instrumento se ha diseñado de manera que garantice la comparabilidad intercultural de los datos y se ha ensayado en numerosos países. Se ha demostrado que los resultados son fiables y válidos. Se está haciendo una encuesta muestral sistemática por hogares en más de 60 países; los datos se complementan con los resultados de encuestas de bajo costo de informantes clave que se realizan en casi todos los países. Estas últimas se validan mediante comparación con los resultados de las encuestas muestrales.

14. **Equidad en la contribución financiera.** Este indicador, que muestra en qué grado los recursos para la atención sanitaria se generan de manera que refleje la capacidad de pago de la población, denota la parte de los ingresos con que cada hogar contribuye al sistema de salud después de satisfacer sus necesidades de subsistencia. El cálculo de la contribución tiene en cuenta los impuestos, la seguridad social, el seguro privado y los pagos directos. Los datos del indicador se extraen de las encuestas sobre ingresos y gastos, realizadas por casi todos los Estados Miembros, de la información procedente de las planillas de impuestos y de la seguridad social, y de las cuentas sanitarias nacionales cuando se dispone de ellas.

15. **Recursos aportados al sistema de salud.** Cuando existen, las cuentas sanitarias nacionales también ofrecen una evaluación sistemática de las aportaciones de recursos de los sectores público y privado al sistema de salud. Durante el decenio pasado, casi todos los Estados Miembros facilitaron agregados del gasto en salud en los sectores público y privado, y alrededor de 60 países (de todas las regiones de la OMS) han finalizado las cuentas sanitarias nacionales; otros países tienen previsto hacer lo mismo.

16. **Medición de la eficiencia del sistema de salud.** Los funcionarios nacionales han de examinar la relación que existe entre los resultados de sus sistemas de salud y las aportaciones de recursos a fin de medir la eficiencia de sus sistemas. Para interpretar los resultados obtenidos han de conocer los resultados *potenciales* que podrían lograrse con un determinado nivel de aportaciones. En teoría, tal evaluación podría hacerse mediante la agregación de todas las intervenciones existentes en un país en las esferas de la atención clínica, la salud pública, el fomento de la salud y la rehabilitación. La OMS, diversos organismos nacionales de evaluación de la tecnología y numerosos investigadores están intentando construir la base de datos científicos sobre los costos y efectos de las intervenciones. En la práctica, la eficiencia puede estimarse mediante técnicas estadísticas, sobre la base de la experiencia

real de los sistemas de salud. Un equipo de expertos en econometría está asesorando a la OMS en la aplicación de esas técnicas para evaluar la eficiencia de los sistemas de salud. El análisis tiene en cuenta los determinantes de la salud ajenos al sistema sanitario, como el nivel de educación.

17. **Utilidad de las evaluaciones del desempeño para medir los efectos de la política sanitaria.** Los métodos propuestos por la OMS permitirán a los países vigilar el logro y la eficiencia de sus sistemas de salud. Los resultados proporcionarán a los ministros de salud un instrumento más preciso para medir el éxito de las políticas destinadas a mejorar el desempeño del sistema.

EL PRIMER INFORME SOBRE EL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

18. Sobre la base de los debates acerca del marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud nacionales, la OMS respondió a las solicitudes de los países en relación con las modalidades de su aplicación práctica. Entre finales de 1999 y los primeros meses de 2000, el personal de la OMS trató de identificar indicadores del desempeño del sistema de salud que pudieran normalizarse, métodos para evaluarlos y datos que permitieran su estimación. Utilizando esos instrumentos y colaborando estrechamente con funcionarios e investigadores nacionales con miras a encontrar y analizar el mayor número de posibles datos nuevos, el personal de la OMS evaluó el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo. Numerosos encuestados de distintas comunidades, en los países y a nivel internacional, contribuyeron a la interpretación de los datos.

19. Esa información se recopiló en los anexos del *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, sobre la mejora del rendimiento de los sistemas de salud.

OBSERVACIONES ACERCA DEL INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2000

20. El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* suscitó un interés y debate sin precedentes en los países, en las organizaciones internacionales y en las instituciones de investigación. A los tres meses de su publicación más de 30 países habían pedido colaborar estrechamente con la Secretaría de la OMS al objeto de aplicar el nuevo marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. El propósito es que, después de cada evaluación del desempeño de los sistemas de salud, mejoren la calidad y la utilidad de la evaluación.

21. En general, los ministros de salud y sus representantes han apoyado el marco para la evaluación del desempeño y la elección de los indicadores. Algunos pidieron aclaraciones sobre el índice de la capacidad de respuesta y los indicadores de la equidad en materia de salud y en la capacidad de respuesta. La mayoría de las observaciones críticas o analíticas se refirieron a los métodos utilizados para evaluar los indicadores, la fiabilidad de los datos y la manera en que se presentaron los resultados.

22. En lo que respecta a los métodos, varios investigadores han puesto en entredicho la base teórica y las técnicas estadísticas elegidas, por ejemplo la combinación de cinco indicadores clave del resultado sanitario en la medición general de los logros del sistema de salud. La OMS basó la ponderación utilizada en el índice general en una encuesta a especialistas de salud pública de más de 100 Estados Miembros y clasificó la equidad en la salud como elemento importante al elaborar los nuevos indicadores, en consonancia con las opiniones expresadas por los órganos deliberantes en numerosas ocasiones.

23. Varios ministros han aludido al número limitado de países para los que había datos representativos. Por ejemplo, en la encuesta de informantes clave sobre la capacidad de respuesta había 35 países. Sólo 21 países aportaron los datos microeconómicos sobre los ingresos de los hogares y el gasto en salud necesarios para el indicador en la equidad en la contribución financiera. Sin embargo, la valoración de ese indicador también exige datos empíricos sobre la parte del gasto directo que se destina a la salud. Ese tipo de datos estaba disponible para 170 países.

24. Como es habitual cuando se elabora información para fines de política, los valores de muchos de los índices se estimaron, en este caso mediante métodos estadísticos aceptados. En el informe se señala claramente la utilización de esos métodos y se dan las referencias apropiadas.

25. Se han expresado inquietudes en el sentido de que la clasificación de los datos sobre los resultados sociales, particularmente si se basa en un índice compuesto, pueda tener un efecto desalentador y probablemente no produzca mejoras. Sin embargo, hay varios ejemplos que demuestran que la clasificación, particularmente en las esferas sociales, puede alentar el análisis, ayudar a identificar las prácticas óptimas y contribuir a crear una base de pruebas científicas acerca de las intervenciones que dan buenos resultados. El informe abre nuevos caminos al indicar los intervalos de incertidumbre de todas las mediciones - tanto de los niveles reales como de las posiciones. La amplitud de los intervalos de incertidumbre resultantes del uso de las estimaciones es claramente visible.

26. En relación con el proceso, algunos ministros han criticado que las consultas entre el personal de la OMS y los funcionarios nacionales durante la evaluación de los indicadores hayan sido limitadas. Un objetivo de esta iniciativa era respaldar a los países en su búsqueda de apoyo interno para aumentar la inversión en el sistema de salud. Varios ministros han indicado que la utilización de la metodología prescrita por la OMS aumentó su capacidad de concentrar la atención en los problemas que afrontan. Ahora se encontrarán en mejor posición para iniciar sus propias evaluaciones del desempeño del sistema. A tal fin, algunos han pedido el apoyo de la OMS para evaluar el desempeño de sus sistemas de salud.

PLANES Y MEDIDAS PARA EL FUTURO

27. La OMS seguirá recabando las aportaciones de los expertos para asegurar que los mejores métodos se utilicen y se pongan a total disposición de los Estados Miembros. La metodología se está mejorando mediante una amplia participación de la comunidad científica y la realización de exámenes colegiados.

28. En estrecha colaboración con los funcionarios nacionales, el personal de la OMS está realizando un importante esfuerzo para incorporar las fuentes de datos que no se incluyeron en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* en la valoración de los indicadores del desempeño de los sistemas de salud, de manera que las evaluaciones puedan ajustarse cuando sea necesario. La Directora General ha escrito a todos los Estados Miembros alentándolos a que velen por que en la evaluación del desempeño del sistema de salud se utilicen los mejores datos existentes. La participación en la encuesta multipaíses sobre la salud y la capacidad de respuesta que se está realizando es un ejemplo del interés de los Estados Miembros por mejorar la medición.

29. Con objeto de que los mejores datos disponibles queden reflejados en las futuras evaluaciones comparativas del desempeño de los sistemas de salud, todos los Estados Miembros serán consultados sobre las cifras utilizadas para evaluar los indicadores, con inclusión de los datos sobre las aportaciones de recursos. Además, se dedicará el tiempo necesario a la consulta y el diálogo cuando se preparen los futuros informes sobre el desempeño.

30. El *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, sobre el tema de la salud mental, incluirá, como es habitual, un anexo estadístico. El informe y el anexo estadístico se publicarán por separado; no se prevé que estén listos antes del final de septiembre de 2001.

31. Alrededor de 30 países están colaborando con personal de la OMS en una iniciativa específica para entender mejor el desempeño general de sus sistemas de salud, utilizando el marco de «metas y funciones» de la OMS como criterio analítico común, y para vincular ese mayor conocimiento con estrategias que mejoren el desempeño mediante el fortalecimiento a largo plazo de la capacidad nacional para desarrollar los sistemas de salud.

32. La OMS tiene el compromiso a largo plazo de mejorar el desarrollo de los sistemas de salud prestando apoyo a los países para que midan y analicen el desempeño de sus sistemas de salud, identifiquen las opciones de política e introduzcan mejoras funcionales específicas en sus sistemas. Una labor parecida se está haciendo dentro de los países, a nivel regional y provincial, a fin de facilitar información para la elaboración de la política sanitaria y la gestión de los sistemas de salud locales.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

33. Se invita al Consejo a que tome nota del informe.

= = =